

UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO

MAESTRIA EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

NIVELES DE FATIGA LABORAL EN PERSONAL DE SALUD Y ADMINISTRATIVO EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN Y SU RELACIÓN CON AGRESIONES POR PARTE DE USUARIOS.

**AUTORA:
YADIRA ELIZABETH BAYAS ROMERO.**

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:
KEVIN ERNESTO PALACIOS ANDRADE**

Quito, 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Yadira Elizabeth Bayas Romero declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado, calificación profesional, o proyecto público ni privado; y que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

En caso de que la Universidad auspicie el estudio, se incluirá el siguiente párrafo:

A través de la presente declaración cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la UNIVERSIDAD DEL PACIFICO, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Yadira Elizabeth Bayas Romero', written over a horizontal line.

Nombre y firma

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con todo mi amor a mi hijo Anthony Julián, ya que sus tiernos ojos y palabras de cariño me dan la fuerza necesaria para intentar ser una mejor madre cada día de mi vida, quiero que te sientas orgulloso de mi.

A mi esposo Diego por estar siempre en esos momentos difíciles apoyándome y brindándome su amor incondicional, paciencia y comprensión; sin ti, no lo hubiera logrado.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme vivir y disfrutar a mi familia; gracias a mi familia por cuidarme y apoyarme en cada decisión que tomo, siempre están ahí y siempre estaré para Ustedes.

A mi Aurorita quien desde el cielo nos cuida siempre, a mi Madre Isabel quien ha sido mi mayor apoyo; y.

A la Universidad del Pacifico por brindarme la oportunidad de formar parte de su primera cohorte.

ÍNDICE GENERAL

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
ÍNDICE GENERAL	5
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE CUADROS.....	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11
CAPÍTULO 1: INTRODUCTORIO.....	12
ÍNDICE DE ANEXOS.....	12
1.1 Introducción	13
1.2 Planteamiento del problema.....	18
1.3 Formulación del problema	21
1.4 Sistematización del problema	21
1.5 Delimitación del problema.....	21
1.6 Objetivos	24
1.6.1 Objetivo General.....	24
1.6.2 Objetivos Específicos	24
1.7 Hipótesis	24
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	26
2.1 Fundamentación teórica.....	26

2.1.1 Fatiga laboral	26
2.1.2 Epidemiología.....	27
2.1.3 Causas de fatiga laboral	28
Falta de sueño	29
Factores ambientales.....	31
2.1.4 Consecuencias.....	32
2.1.5. Actividad física en la prevención de la fatiga laboral.....	34
2.2 Regulaciones laborales actuales.....	35
2.2.1 Regulaciones laborales actuales.....	35
2.2.2 Regulaciones laborales para las enfermeras	37
2.2.3 Regulaciones laborales para médicos residentes	38
2.2.4. Regulaciones laborales en el Ecuador	39
2.3 Violencia en el Trabajo.....	40
2.4 Desarrollo Histórico.....	50
2.4.1 Origen de la jornada laboral de 8 horas	50
2.4.2 Investigaciones sobre fatiga laboral en trabajadores de la salud	51
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	55
3.1 Tipo de estudio.....	55
3.2 Método de estudio.....	55
3.3 Técnicas y herramientas para el levantamiento de la información.	56
3.3.1 Técnicas	56
3.3.2 Herramientas	56
3.4 Población y muestra.....	57
3.5 Selección de las variables del estudio.....	58
3.6 Planificación del proceso estadístico	59
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	60
4.1 Agresiones	60

4.2 Fatiga	74
CAPÍTULO V: PROPUESTA	84
5.1 Análisis de la situación actual.....	84
5.2 Justificación de la propuesta	92
5.3 Descripción de la propuesta.....	97
5.3.1 Objetivos de la propuesta.....	97
5.3.2 Contenido de la propuesta.....	97
Fuente: Elaboración propia	118
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	119
6.1 Conclusiones	119
6.2 Recomendaciones	120
BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXOS.....	142

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cartera de Servicios del Hospital Carlos Andrade Marín.....	222
Tabla 2. Distribución según características de la agresión	64
Tabla 3. Distribución según frecuencia percibida de la violencia verbal	65
Tabla 4. Motivo de la agresión	67
Tabla 5. Percepción de solidaridad de parte de sus colegas	69
Tabla 6. Respuestas a los reportes de agresión	71
Tabla 7. Asociación entre edad, sexo, cargo, tipo de maltrato y percepción de respaldo con el grado de afectación del bienestar en el trabajo	73
Tabla 8. Cuestionario de Yoshitake.....	74
Tabla 9. Síntomas generales de fatiga según cargo.	77
Tabla 10. Síntomas de fatiga mental según cargo.....	790
Tabla 11. Síntomas de fatiga física según cargo.....	81
Tabla 12. Asociación entre fatiga y tipo de maltrato	83

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Factores de riesgo de violencia laboral. Trabajadores de la salud.....	46
Cuadro 2. Lista de acciones para la prevención de agresiones en la consulta ...	100
Cuadro 3. Lista de chequeos. Prevención de violencia laboral.	103
Cuadro 4. Pausas activas para la prevención de la fatiga laboral	108
Cuadro 5. Ejercicios para el dolor de espalda	111
Cuadro 6. Análisis DAFO del plan de acción.....	118
Cuadro 7. Cronograma del programa de prevención de fatiga laboral asociada a eventos violentos en el área de Urgencias HECAM.....	119

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por sexo y edad	6061
Gráfico 2. Distribución por sexo y cargo.....	61
Gráfico 3. Distribución por edad y cargo.....	62
Gráfico 4. Distribución según características de la jornada laboral.....	63
Gráfico 5. Características del agresor	66
Gráfico 6. Lugar en que se produjo la agresión	66
Gráfico 7. Considera justificada la agresión	68
Gráfico 8. Reporte del evento	71
Gráfico 9. Afectación de la agresión en el bienestar en el trabajo.....	71
Gráfico 10. Prevalencia y tipos de fatiga según cargo.....	75

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue establecer los niveles de fatiga laboral en personal de salud y administrativo del Hospital Carlos Andrade Marín y su relación con agresiones por parte de usuarios. Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, observacional y transversal. Se incluyeron los 180 trabajadores. Se utilizó el Cuestionario de síntomas subjetivos de fatiga de Yoshitake (1967) y el Cuestionario de Agresiones el Ochoa (2016). Se obtuvo una prevalencia de agresiones de 97,2%. La fatiga laboral estuvo presente en el 79,3% de las mujeres y en el 78,3% de los hombres. Los médicos tuvieron los mayores niveles de fatiga general (53,1%), y mental (24,4%). Los enfermeros tuvieron más fatiga física (34,5%). se concluyó que la mayoría de los trabajadores tenían fatiga laboral, sin embargo, los más afectados fueron los médicos y el personal de enfermería. La fatiga laboral no se relacionó con el tipo de agresión o el sexo de los trabajadores. Se propusieron una serie de acciones para prevenir la fatiga laboral y las agresiones.

Palabras clave: Fatiga laboral, Agresiones, Violencia laboral, Riesgo.

ABSTRACT

The objective of this work was to establish the levels of labor fatigue in health and administrative personnel of the Carlos Andrade Marín Hospital and its relationship with aggressions by users. A quantitative, descriptive, observational and cross-sectional investigation was carried out. The 180 workers were included. The Yoshitake Fatigue Subjective Symptoms Questionnaire (1967) and the El Ochoa Aggression Questionnaire (2016) were used. A prevalence of aggressions of 97.2% was obtained. Labor fatigue was present in 79.3% of women and 78.3% of men. The doctors had the highest levels of general fatigue (53.1%), and mental (24.4%). The nurses had more physical fatigue (34.5%). It was concluded that most of the workers had work fatigue, however, the most affected were doctors and nurses. Labor fatigue was not related to the type of aggression or the sex of the workers. A series of actions were proposed to prevent labor fatigue and aggressions.

Keywords: Workplace fatigue, Aggressions, Work-related violence, Risk.

CAPÍTULO 1: INTRODUCTORIO**ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo 1. Cuestionario de Síntomas Subjetivos de Yoshitake (1967).....	142
Anexo 2. Cuestionario de Agresiones. Ochoa (2016)	143

1.1 Introducción

La fatiga relacionada con el trabajo es una queja común que se encuentra entre los trabajadores. Se ha informado que la prevalencia varía de <10% a> 40%. Cada vez se reconoce más que la fatiga es un factor de riesgo de lesiones y enfermedades en el lugar de trabajo, y algunos estudios mencionan la fatiga como un predictor de ausencia de enfermedad (Sagherian et al., 2017).

Los profesionales de la salud se han considerado como con gran prevalencia de fatiga laboral, debido en la mayoría de los casos, el exceso de trabajo, y se estima que los que sufren de fatiga tienen un riesgo 2.1 veces mayor que el de sus compañeros de trabajo no fatigados de sufrir una lesión ocupacional y, en ocasiones, el riesgo de estar ausentismo laboral (Gore, 2018).

Además de su propia seguridad personal, la fatiga entre los empleados en el sector de servicios también es una preocupación importante para sus clientes. Este es especialmente el caso de los trabajadores de la salud, que son responsables de la seguridad de aquellos a quienes prestan servicios. Estudios previos que investigaron esta asociación entre el personal médico han relacionado la fatiga con la disminución del rendimiento profesional, el aumento de errores médicos y la reducción de la seguridad del paciente (Ho et al., 2013).

Si bien las causas de la fatiga relacionada con el trabajo entre el personal médico incluyen la falta de sueño, largas horas de trabajo, turnos de trabajo de duración prolongada; la escasez de personal y la elevada demanda de atención médica, han contribuido a que tales condiciones de trabajo sean difíciles de evitar (Owens, 2007).

La fatiga laboral, en los trabajadores de la salud, que prestan servicio directo a los pacientes, puede asociarse con alteraciones del estado de ánimo, lentitud del pensamiento, apatía, irritabilidad, incluso, puede predisponerlos al cometimiento de errores. Esto, unido a las dificultades en la disponibilidad de espacio, recursos, a los largos tiempo de espera, y a las demoras por problemas administrativos, les predispone a ser agredidos por los pacientes, o sus familiares.

Ninguna ocupación es inmune a la victimización relacionada con el trabajo; miles de empleados anualmente en todos los principales grupos ocupacionales son víctimas mientras trabajan. La victimización relacionada con el trabajo, o la violencia en el lugar de trabajo, incluye actos de lenguaje o amenazas abusivos, amenaza con un arma, agresión física, acoso sexual, intento de violación y violación contra empleados de la salud instigados por pacientes, visitantes y compañeros de trabajo.

El estrés y la violencia son cada vez más notorios en los lugares de trabajo del sector salud. Los médicos, las enfermeras y los trabajadores sociales ocupan un lugar destacado en la lista de ocupaciones con niveles de estrés graves, mientras que la violencia en el sector de la salud constituye casi una cuarta parte de toda la violencia en el trabajo. El enorme costo del estrés laboral y la violencia en el trabajo para el individuo, el lugar de trabajo y la comunidad en general es cada vez más evidente. Los empleadores y los trabajadores están igualmente interesados en la prevención de la violencia y el estrés severo en el lugar de trabajo.

Según Gordon, Fisher y Gates (2015), la victimización relacionada con el trabajo es un problema bien documentado para los empleados de atención médica tienen más frecuencia que en la industria privada. De hecho, la Oficina de

Estadísticas Laborales informa que la tasa de incidencia de victimización relacionada con el trabajo contra los empleados de la salud es de 14.6 por 10,000 empleados de tiempo completo en comparación con 3.8 por 10,000 empleados de tiempo completo en toda la industria privada.

Si bien el problema de la victimización relacionada con el trabajo en la atención médica es conocido por los administradores del hospital y los gerentes de riesgos, se sabe poco sobre la victimización entre los principales campos dentro de la atención médica o las medidas de protección tomadas por los empleados y los empleadores para evitar la victimización mientras trabajan.

Es importante comprender las diferencias entre los principales campos de la atención médica para que los administradores de los hospitales y los gerentes de riesgos puedan concentrar recursos limitados en el campo con la mayor carga de victimización relacionada con el trabajo e implementar medidas de protección para evitar la victimización de los empleados de atención médica mientras trabajan (Gordon L. Gillespie & Fisher, 2014).

Según la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), aproximadamente el 75 por ciento de los casi 25,000 asaltos en el lugar de trabajo reportados anualmente ocurrieron en entornos de atención médica y servicios sociales¹⁰ y los trabajadores en entornos de atención médica tienen cuatro veces más probabilidades de ser víctimas que los trabajadores de la industria privada (Occupational Safety and Health Administration, 2015).

La violencia contra los trabajadores de la salud se produce en prácticamente todos los entornos, con el departamento de emergencias y los entornos psiquiátricos de pacientes hospitalizados que tienen la mayor cantidad de incidentes registrados.

El entorno de atención domiciliaria presenta desafíos particulares porque este entorno está menos controlado que otros entornos de atención médica.

El 61% de los trabajadores de atención domiciliaria informan violencia en el lugar de trabajo cada año. Los centros de atención residencial a largo plazo para pacientes ancianos, con problemas cognitivos y enfermos mentales presentan desafíos especiales (Phillips, 2016).

Prácticamente todos los tipos de profesionales de la salud han sido víctimas. Las enfermeras y los auxiliares de enfermería, particularmente aquellos en entornos de emergencia y en hogares de ancianos con unidades de demencia, han sido víctimas de la tasa más alta.

Un estudio de la Asociación Internacional de seguridad en los trabajadores de la salud, descubrió que, durante un período de tres años, el 25 por ciento de las enfermeras registradas y los estudiantes de enfermería encuestados informaron haber sido agredidos físicamente por un paciente o un familiar de un paciente, y aproximadamente la mitad informó haber sido intimidado. Los médicos, en particular los médicos de medicina de emergencia, y los trabajadores psiquiátricos hospitalizados también son víctimas frecuentes (International Association for Healthcare Security & Safety Foundation, 2017).

La característica más común exhibida por los perpetradores de violencia en el lugar de trabajo es el estado mental alterado asociado con demencia, delirio, intoxicación por sustancias o enfermedad mental descompensada. Además, un estudio mostró que los pacientes bajo custodia policial dentro de un entorno de atención médica están involucrados en el porcentaje de tiroteos en los departamentos de emergencia, con un 11% durante los intentos de fuga. Cada vez

más, los hospitales brindan atención a personas potencialmente violentas (Wassell, 2009).

Es alarmante que el número real de incidentes violentos que involucran a trabajadores de la salud probablemente sea mucho mayor porque la denuncia es voluntaria; además, se ha propuesto que hasta la tercera parte de los incidentes no son reportados, por lo que es un problema poco abordado en la mayoría de los casos.

En esta investigación se analizó la fatiga laboral y la violencia en el lugar de trabajo, en 180 trabajadores del Hospital Carlos Andrade Marín. Se determinaron niveles elevados de fatiga y de violencia, aunque, no pudo establecerse una asociación significativa entre ellas. Se propuso además, una serie de acciones, para prevenir tanto la fatiga laboral, como las agresiones en el trabajo.

1.2 Planteamiento del problema

La fatiga es un problema importante en la sociedad moderna, en gran parte debido a las altas demandas en el lugar de trabajo, los largos períodos de servicio, los ritmos circadianos alterados, las demandas sociales y personales y el sueño insuficiente. Es un fenómeno complejo que se produce en función del tiempo despierto, la hora del día, las cargas de trabajo, la salud y las responsabilidades y el estilo de vida en el trabajo y fuera de servicio. La fatiga es una consecuencia inevitable de la sociedad industrial moderna por una variedad de razones.

Las operaciones las 24 horas del día, los horarios de trabajo inconsistentes y las transiciones de zona horaria rápidas o frecuentes a menudo afectan de manera adversa los ritmos circadianos internos. Los periodos cortos y variables fuera de servicio, los largos desplazamientos y los entornos de sueño menos que óptimos suelen degradar la cantidad y la calidad del sueño.

Además, existen diferencias individuales sustanciales tanto en los requisitos de sueño como en la tolerancia a la fatiga que generalmente ponen a algunas personas en mayor riesgo que otras. La fatiga y la somnolencia diurna excesiva también son consecuencias de los trastornos del sistema nervioso central o periférico u otros estados patológicos que incluyen enfermedades comunes como infecciones, asma, trastornos gastrointestinales y anomalías metabólicas.

La fatiga mental y física en el lugar de trabajo de los Servicios Médicos de Emergencia afecta a una gran cantidad de personal y, se ha relacionado con lesiones del personal, error de atención al paciente y eventos adversos. El personal que se desempeña en los servicios de emergencias trabaja en turnos, lo que se ha demostrado en otros grupos de trabajadores por turnos que alteran los patrones

normales de sueño y los ritmos circadianos, y contribuyen a la fatiga. El problema del personal de emergencias fatigado (Patterson et al., 2018).

La fatiga laboral, como se ha mencionado anteriormente, es el resultado de una combinación de factores, que incrementan la demanda de energía física o mental, de los trabajadores de la salud; especialmente aquellos que trabajan en servicios de emergencias, o los que hacen turnos demasiado largos y frecuentes. Aunque existen pocas investigaciones que relacionan la fatiga laboral con las agresiones sufridas en el trabajo, hay evidencias que sustentan que, estas, pueden contribuir a la fatiga en estos trabajadores.

Esto se entiende porque, los trabajadores que sufren agresiones laborales, se producen una serie de reacciones, que incluyen el miedo, la ansiedad, los trastornos del sueño; incluso, puede tener repercusiones en su estado físico, en caso de agresiones corporales, golpes, o maltrato físico. Esta relación, se convierte en un elemento de cuidado, si se tiene en cuenta que, los profesionales de la salud, tienen un riesgo mayor, al de otras profesiones, de ser agredidos durante su jornada laboral.

De acuerdo a los hallazgos de Anand, *et al.*, (2016) en la India, hasta el 40,8% de los médicos residentes es víctima de violencia y agresiones durante su jornada laboral. Las agresiones verbales son las más frecuentes, afectando a más de 75% de los médicos analizados. Estos investigadores reportan que, a pesar de que no existen diferencias significativas en cuanto al sexo de los residentes, se constató que, las mujeres, son víctimas de agresiones verbales con mayor frecuencia, mientras que en los hombres, predominan las agresiones físicas.

En una investigación realizada por Travetto, *et al* (2015), en la que participaron 19.967 profesionales de la salud, de 22 países, en los que estaba

incluido el Ecuador, se obtuvo que el 66,7% de ellos había sido víctima de algún tipo de agresión en el trabajo durante los últimos 12 meses. En esta investigación, se identificaron diferencias significativas entre sexo para los profesionales agredidos.

Para estos investigadores, los factores que incrementan el riesgo de ser agredido, son el trabajar en el servicio de emergencias, el comunicar a los familiares del fallecimiento del paciente, la intoxicación etílica o por otras drogas, por parte del agresor. El personal de seguridad no tuvo ningún impacto en el riesgo de ser agredido de forma física, ya sea que estuviera presente o no, las agresiones no variaban; además, hasta el 46,7% de estos profesionales, manifestó sentirse inseguro durante su jornada laboral (Travetto et al., 2015).

En el Ecuador, la evidencia sobre las tasas de agresiones en los profesionales de la salud, es escasa. Autores como Cobo (2017), analizaron la prevalencia de agresiones en los trabajadores de la salud, en un hospital del sur de Quito, indicando que hasta el 95% de los trabajadores de este hospital, habían sufrido algún tipo de agresión en el trabajo, siendo las agresiones verbales las más frecuentes, aunque, el 40% de los casos, se trató de agresiones físicas, especialmente en mujeres, con el uso de objetos como sillas, cristales o fierros.

Teniendo en cuenta que la fatiga laboral, se evidencia en los trabajadores de la salud, por las particularidades de su profesión, incluidas las horas de trabajo, la falta de personal, la gravedad de sus pacientes, la falta de sueño, los turnos de noche y el estrés que todo esto implica.

Teniendo en cuenta además, que hasta el 25% de las agresiones laborales las sufren los trabajadores de la salud (Mayorca, Lucerna, Cortés, & Lucerna, 2013)

y que, la información disponible sobre la influencia de estas agresiones en la fatiga laboral de estos trabajadores, no ha sido ampliamente abordada, en la literatura internacional, o en el contexto ecuatoriano, se decide realizar esta investigación, cuyo problema se ha formulado a través de la siguiente pregunta:

1.3 Formulación del problema

¿Existe relación entre las agresiones en el trabajo y la fatiga laboral, en el personal de salud y administrativo del Hospital Carlos Andrade Marín?

1.4 Sistematización del problema

El problema se sistematizó a través de las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Cuál es el nivel de fatiga laboral en el personal de salud y administrativo del Hospital Carlos Andrade Marín?
- ✓ ¿Cuáles son las características de las agresiones laborales que sufren los trabajadores de salud y administrativos del Hospital Carlos Andrade Marín?
- ✓ ¿Cómo se relacionan las agresiones que sufre este personal en el trabajo con el nivel de fatiga laboral?

1.5 Delimitación del problema

Esta investigación se realizó en periodo del 01 de marzo al 01 de mayo de 2019, en el Hospital Carlos Andrade Marín, que se encuentra al norte de la ciudad de Quito, en la Parroquia Santa Prisca. Se trata de una institución que pertenece al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Ha prestado servicios a la comunidad por más de 48 años.

Dentro de los principales servicios que presta, se encuentran la atención ambulatoria y hospitalización, en especialidades clínicas y quirúrgicas, pediátricas y de adultos. Tiene un servicio de emergencias, con área de *triage*, para todas las edades. Como promedio, se prestan 16 061 963 atenciones médicas al año. Tiene un 96,1% de ocupación.

En el área de consulta externa, se prestan los siguientes servicios:

Tabla 1. Cartera de Servicios del Hospital Carlos Andrade Marín

Servicio ambulatorio	Servicio hospitalización
Angiología.	Cardiología
Cirugía plástica y reconstructiva.	Gastroenterología
Cirugía vascular.	Hematología
Oftalmología.	Medicina Crítica
Coloproctología.	Medicina Interna - Infectología
Urología.	Endocrinología
Hemodinamia.	Nefrología
Traumatología y ortopedia.	Neumología
Otorrinolaringología.	Neurología
Cirugía pediátrica.	Oncología
Medicina interna.	Psiquiatría
Endocrinología.	Urgencias
Geriatría.	Anestesiología
Angiología.	Cirugía Cardiorácica
Dermatología.	Cirugía General
Salud mental.	Neurocirugía
Nefrología y diálisis peritoneal.	Oftalmología

Nutrición	Otorrinolaringología
Oncología	Cirugía Plástica
Neumología	Traumatología
Cardiología	Urología
Infectología	Cirugía Vascular
Neurología	Ginecología - Obstetricia
Neurocirugía.	Pediatría
Gastroenterología	Neonatología
Hematología	Cuidados intensivos
Máxilo Facial y Estomatología	
Médico de Personal	
Ginecología	
Pediatría	
Trasplante Renal	
Clínica del dolor y acupuntura	
Neonatología	
Proctología	
Rehabilitación	

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2016). Cartera de servicios del Hospital Carlos Andrade Marín. Disponible en: <https://hcam.iess.gob.ec/wp-content/uploads/CARTERA-DE-SERVICIOS.pdf>

El presente trabajo fue realizado tras revisión del Área de Docencia y autorización de Comité de Bioética del Hospital Carlos Andrade Marín.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Establecer la relación entre fatiga laboral y agresiones por parte de usuarios en personal de salud y administrativo del Hospital Carlos Andrade Marín, durante el periodo del 01 de marzo al 01 de mayo de 2019, para proponer acciones preventivas/correctivas.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Determinar los niveles de fatiga laboral en el personal de salud y administrativo del Hospital Carlos Andrade Marín.
- Calcular la prevalencia de agresiones por parte de usuarios en estos trabajadores, para identificar la magnitud de este problema.
- Mencionar las principales causas de agresiones por parte de los usuarios del Hospital Carlos Andrade Marín, para poder corregirlas.
- Relacionar la fatiga laboral con el tipo de maltrato percibido y sus características, en estos trabajadores, para identificar las posibles oportunidades de mejora.
- Proponer una serie de acciones para prevenir la fatiga laboral y los agresiones en estos profesionales, determinados en un plan de acción.

1.7 Hipótesis

H⁰: No existe relación entre la fatiga laboral y las agresiones por parte de usuarios, en el personal de salud y administrativo del Hospital Carlos Andrade Marín.

H¹: Existe relación entre la fatiga laboral y las agresiones por parte de usuarios, en el personal de salud y administrativo del Hospital Carlos Andrade Marín.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Fundamentación teórica

2.1.1 Fatiga laboral

Existen muchas definiciones diferentes de fatiga, pero en general, puede considerarse como un estado de cansancio, agotamiento o sueño que resulta de un trabajo mental y físico prolongado, periodos prolongados de ansiedad, exposición a ambientes hostiles o pérdida de sueño; puede afectar el rendimiento de las personas y perjudicar su estado de alerta mental, lo que conduce a errores peligrosos (Caldwell, Caldwell, Thompson, & Lieberman, 2019).

La fatiga es el estado de sentirse muy cansado, cansado o somnoliento como resultado de un sueño insuficiente, trabajo mental o físico prolongado, o períodos prolongados de estrés o ansiedad. Las tareas aburridas o repetitivas pueden intensificar los sentimientos de fatiga. La fatiga se puede describir como aguda o crónica (Caldwell et al., 2019).

La fatiga es un estado que supera el hecho de estar cansado o con la necesidad de dormir. En el mundo laboral, la fatiga se traduce en un estado de agotamiento mental o físico, que disminuye la capacidad de la persona para desarrollar su trabajo de forma segura y efectiva. Puede ser consecuencia de una actividad física o mental prolongada, de falta de sueño o de cualquier situación que interrumpa el ritmo circadiano normal. La fatiga puede ser causada por factores que pueden o no estar relacionados con el trabajo, o una combinación de ambos y pueden acumularse con el tiempo (Sagherian et al., 2017).

El término “fatiga” tuvo un uso generalizado en la medicina ocupacional. La fatiga es un fenómeno complejo que puede atribuirse a muchos factores. Por lo tanto, es difícil encontrar una definición completa con un acuerdo universal para ello. Además, hay otros términos como somnolencia, que a menudo se usan en la literatura de manera intercambiable en lugar de fatiga. Uno de ellos es un aspecto de la fatiga, y luego es más fácil definirlos en comparación con la fatiga. El primer paso en el enfoque de las quejas de fatiga es distinguir entre somnolencia y fatiga. Distinguir entre ellos puede ser difícil incluso para un clínico experto, pero las pruebas de latencia de sueño múltiples pueden ser útiles (Gander, Purnell, Garden, & Woodward, 2007).

Una persona fatigada recibe una señal de su cuerpo de que la actividad en curso, ya sea actividad física o actividad mental, debe terminar. Es necesario mencionar que existen diferencias entre la somnolencia y la fatiga en términos de definición y causas, pero los efectos de ambos podrían ser los mismos. Esencialmente, sus efectos incluyen una disminución en la capacidad para realizar actuaciones físicas y mentales (Yazdi & Sadeghniaat-Haghighi, 2015).

2.1.2 Epidemiología

La queja de fatiga es alta en la población general en un rango de 18,3 a 27%. La mayor prevalencia de fatiga se ha informado en muchos entornos operativos que inducen problemas de salud y seguridad. De acuerdo con los resultados del estudio, realizado en Australia, la fatiga es una razón común para que los empleados consulten con un médico general en entornos industriales. Las tasas de prevalencia de fatiga en industrias que dependen de los instrumentos utilizados se han reportado entre 7 y 45 % (Dawson, Chapman, & Thomas, 2012).

En la encuesta entre pilotos comerciales de corta distancia sobre fatiga severa y empeoramiento de la misma, se reportan en 57 y 81 % de los encuestados, respectivamente, en una muestra de 98 profesionales, de Australia (Williamson & Friswell, 2013). . En el Ecuador, no se han analizado los niveles de fatiga en pilotos comerciales, sin embargo, los niveles de fatiga reportados en este trabajo, son similares a los reportados en otros trabajadores ecuatorianos, como taxistas (87,6%)(Cueva, 2017), enfermeras (91, 2%) (Proaño, 2017).

En otro trabajo, realizado en Italia, por Valent *et al.*, (2016), con 200 trabajadores de un hospital universitario, que habían reportado incidentes con riesgo biológico, accidentes de trabajo entre 2013 y 2014, se obtuvo que, la mayoría de los eventos adversos tenían relación con fatiga, apuro, distracción, situaciones de emergencia, el ser interno o residente, pacientes no conformes, exceso de ruido, procedimientos complejos y enojo.

2.1.3 Causas de fatiga laboral

Las causas de fatiga laboral son diversas, pueden organizarse en factores relacionados con el lugar de trabajo y fuera de este. Estos factores pueden influir en los niveles de fatiga. La causa más importante de la fatiga es la falta de sueño reparador; en el caso de los trabajadores de salud, las agresiones de los pacientes o sus familiares, son también una causa reconocida de fatiga laboral (Tucker, Cohen, Bulsara, & Acton, 2017).

La fatiga se puede inducir a partir de una combinación de factores interrelacionados. La carga de trabajo se refiere a la cantidad de trabajo que se asigna a un empleado para hacer, que induce fatiga en el lugar de trabajo y puede

evaluarse en tres categorías, incluida la carga física, la carga ambiental y la carga mental (Horrey et al., 2011).

Carga física: incluye la demanda de esfuerzo físico, la necesidad de trabajar de pie, la inmovilidad y los movimientos repetitivos (Dalager, Søgaaard, Bech, Mogensen, & Jensen, 2017).

Carga mental: hace referencia a los horarios de trabajo irregulares, los trabajos que demandan un gran esfuerzo mental y concentración, estrés laboral, las relaciones laborales con sus colegas y con la administración y, la autonomía en la toma de decisiones (Akbari, Akbari, Shakerian, & Mahaki, 2017; García, Gutiérrez, Bellón, Muñoz, & Fernández, 2015).

Carga ambiental: en este apartado, se incluyen la temperatura, humedad, el ruido o el nivel de iluminación (Brown, Schell, & Pashniak, 2017).

Falta de sueño

La privación del sueño puede verse si se producen <5 horas de sueño en un período de 24 horas. Puede causar déficits medibles en la función cognitiva; sin embargo, la motivación puede compensar la disminución del rendimiento al aumentar el esfuerzo y la excitación de un individuo. Los efectos generales de la falta de sueño son la disminución de la eficiencia, la inestabilidad, el déficit de memoria reciente, la dificultad para pensar, la despersonalización y el humor inadecuado. El trabajo continuo afecta negativamente la función cognitiva y el estado de ánimo en detrimento de la persona (Scott, Arslanian-Engoren, & Engoren, 2014).

El rendimiento mental aumenta entre las 8 am y las 2 pm y luego disminuye gradualmente, alcanzando un punto bajo entre las 2 am y las 5 am. Este rendimiento está limitado por el ritmo circadiano del cuerpo, que gobierna la temperatura corporal, los procesos hormonales y el rendimiento general. La temperatura corporal está en su nivel más bajo entre las 2 am y las 5 am y está asociada con el sueño, la disminución del rendimiento y el empeoramiento del estado de ánimo. La alerta sigue de cerca el ritmo de la temperatura corporal (Eanes, 2015).

En algunas investigaciones (Eanes, 2015; Geiger et al., 2012; Scott et al., 2014) se ha descrito un incremento del estado de alerta hacia el final de la tarea, esperando terminar lo antes posible con una labor determinada. En caso de esto no pueda obtenerse, el trabajador experimenta una especie de decepción, debido a que no se solucionó la tarea en el tiempo esperado. Es por este motivo que en la actualidad, se recomienda que el tiempo máximo de trabajo sin interrupciones o descansos, no supere las 4 horas.

La pérdida de sueño afecta el rendimiento de las nuevas habilidades más que las habilidades automatizadas. En condiciones de falta de sueño, las tareas cognitivamente excitantes parecen ser las menos afectadas. El desempeño en tareas cognitivas también se mejora cuando se realiza ejercicio vigoroso durante los períodos de descanso, pero este efecto disminuye a medida que aumenta la privación del sueño (Geiger et al., 2012).

Una de las consecuencias de trabajar turnos largos o noches de trabajo puede ser una disminución en la cantidad total de sueño para los trabajadores. Muchos de los que trabajan en turnos de noche informan que su sueño total es de cinco o seis

horas (Purim, Guimaraes, Titski, & Leite, 2016; Sanches, Teixeira, dos Santos, & Ferreira, 2015).

Otro de los problemas de la falta de sueño y la fatiga laboral en el personal de salud, es que los predispone a los accidentes de tránsito, ya que se ha documentado, que la mayoría de estos reconoce haber conducido en estado somnoliento, al terminar el turno de trabajo (Pikovsky, Oron, Shiyovich, Perry, & Nesher, 2013).

Factores ambientales

Los profesionales de la salud, sufren la incidencia de los factores ambientales en su capacidad para realizar tareas que precisan de un alto grado de concentración, como sería el monitoreo continuo de los pacientes en UCI, o sometidos a anestesia general. Mientras mayor es la complejidad de la tarea que realizan estos profesionales, es más probable que ocurran descuidos y fallos en los procedimientos. Esta dificultad para mantener la atención, puede incrementarse en condiciones ambientales desfavorables, como el ruido, las temperaturas poco confortables o el exceso de humedad (Arce, Giraldo, & Cueva, 2017).

El ruido puede causar distracción durante los períodos críticos. Afecta negativamente el procesamiento de la información y la memoria a corto plazo, interfiere con la comunicación verbal efectiva y enmascara las señales relacionadas con la tarea (Mariconte & Giliberti, 2015). Sin embargo, también puede actuar como un "activador", y la música de fondo adecuada puede evitar que el rendimiento disminuya con el tiempo (Sallamy, Kabbash, El-Fatah, & El-Feky, 2018).

La temperatura del ambiente también puede afectar el rendimiento: las habitaciones secas y sobrecalentadas pueden deteriorar el rendimiento y las temperaturas extremadamente frías causan distracción y reducen la destreza manual. Se recomienda un rango de temperatura de 17 ° C a 18 ° C con humedad moderada (50%) para el mejor trabajo (Venugopal et al., 2015).

2.1.4 Consecuencias

La fatiga afecta a todos los trabajadores, independientemente de la habilidad, el conocimiento y el entrenamiento. Influye directamente en las capacidades físicas y mentales de muchas personas, necesarias para llevar a cabo tareas incluso sencillas. Los efectos más importantes de la fatiga incluyen disminución de la motivación de la tarea, mayor tiempo de reacción, reducción del estado de alerta, disminución de la concentración, menor coordinación psicométrica, problemas en la memoria y procesamiento de la información y falta de juicio. Se estima que los trabajadores con fatiga en el lugar de trabajo cuestan más de 18 mil millones de dólares al año en los Estados Unidos (Lock, Bonetti, & Campbell, 2018).

Además, las personas fatigadas tienen una mala comunicación con el entorno y más rápidamente se enojan con otras personas. Por lo tanto, un trabajador con fatiga es potencialmente peligroso para ellos mismos y para otros y, la tasa más alta de incidentes catastróficos se encuentra generalmente entre los trabajadores de cambio de fatiga. Por ejemplo, algunos de los accidentes más graves en las últimas décadas de la historia se han atribuido a la fatiga del trabajador por turnos (Razmpa, 2016).

La presencia de fatiga laboral, guarda una relación negativa con la seguridad en el trabajo. Se asocia a con una disminución del estado de alerta, que puede inducir al cometimiento de errores, e incrementar la incidencia injurias o incidentes laborales, especialmente en el caso de los trabajadores que tienen la responsabilidad de operar plantas móviles o fijas, donde se incluyen los vehículos; en los casos en que deban realizarse acciones complicadas, que necesiten alto grado de concentración; en los trabajos por turnos, en horarios en los que normalmente, se debería estar durmiendo (Ruggiero & Redeker, 2014).

Las consecuencias a largo plazo de la fatiga laboral, se relacionan con la aparición de enfermedades como la hipertensión arterial, cardiopatías de toda índole, alteraciones del metabolismo de los glúcidos, del funcionamiento gastrointestinal, disminución de la fertilidad y, síntomas psiquiátricos como la depresión o la ansiedad (Oriyama & Miyakoshi, 2018).

En los trabajadores que están padeciendo fatiga laboral, es más probable que se incrementen las llegadas tarde y el ausentismo laboral; aparecerán manifestaciones como la somnolencia diurna excesiva, con bostezos frecuentes o episodios de sueño en el trabajo; alteraciones de la memoria a corto plazo, con olvidos frecuentes, disminución de la capacidad para sostener una comunicación efectiva, con sus compañeros de trabajo; alteraciones en la capacidad de tomar decisiones y en el juicio. En el caso de los trabajadores que realizan tareas manuales, se constatará una alteración en la coordinación ojo – mano y lentitud de respuesta (Kawamura, Yamada, & Morioka, 2015).

No es infrecuente que, las personas con fatiga laboral, experimenten síntomas como la somnolencia excesiva, cefalea, decaimiento marcado,

dificultades para lograr concentrarse; visión borrosa o alteraciones de la percepción visual y; de forma notable, manifiestan la necesidad de poder dormir durante varios días (Kawamura et al., 2015).

La fatiga es un peligro en el lugar de trabajo y puede estar asociada con la seguridad y la salud del trabajador. Afecta la salud y la seguridad tanto del empleado como de sus colegas.

2.1.5. Actividad física en la prevención de la fatiga laboral

Aunque la actividad física requiere energía física y recuperación física (Ament & Verkerke, 2009), también puede proporcionar energía "mental" y reducir los sentimientos de fatiga relacionada con el trabajo (Lindwall, Gerber, Jonsdottir, Börjesson, & Ahlborg, 2014).

Los mecanismos de trabajo exactos que subyacen a estas asociaciones observadas aún no están claros. Se han propuesto hipótesis biológicas y psicológicas. Con respecto a las primeras, las hipótesis de endorfinas o monoaminas establecen que la actividad física produce cambios en ciertos neurotransmisores (por ejemplo, endorfinas) que están asociados con sentimientos de energía, pero la evidencia aún es débil (Dishman & O'Connor, 2009).

Además, mediante la actividad física regular, el cuerpo se "endurece" y está en mejores condiciones para manejar el estrés psicológico. Esto da como resultado reacciones corporales más bajas debido al estrés laboral y una recuperación corporal más rápida después de estar expuesto al estrés laboral, es decir, una recuperación más rápida del estrés (Ramírez & Wipfli, 2013).

Con respecto a las hipótesis psicológicas, se ha propuesto que la actividad física aumenta la autoeficacia de las personas, genera sentimientos positivos sobre el yo, y crea una imagen corporal más positiva. La actividad física también puede generar energía al proporcionar a las personas la oportunidad de distraerse de los estímulos negativos, como la rumiación sobre el trabajo, es decir, "desapego psicológico"; hipótesis de distracción y, en cambio, cambiar hacia estímulos más agradables (Sonnetag, 2012; Tian & Smith, 2011).

También puede existir la relación opuesta entre la actividad física y la fatiga relacionada con el trabajo: los empleados que experimentan altos niveles de fatiga relacionada con el trabajo pueden ser menos activos físicamente. En general, la fatiga se ve como un fenómeno adaptativo: es una señal para detener una determinada tarea (antes de que ocurra el daño) y, por lo tanto, se asocia con personas que tienen una menor tendencia a comenzar o completar tareas, en particular cuando una tarea requiere un alto nivel de esfuerzo (Hockey, 2013).

2.2 Regulaciones laborales actuales

2.2.1 Regulaciones laborales actuales

La Ley de Normas Laborales Justas, promulgada en 1938, establece el salario mínimo y define el trabajo de horas extra, pero no regula directamente muchos aspectos de las horas de trabajo de los empleados. Los estados individuales también tienen leyes que regulan el salario mínimo (U.S Department of Labor, 2009).

Esta ley no regula los períodos de descanso de los empleados con el fin de aliviar la fatiga, pero la Ley incluye lenguaje sobre los períodos de descanso y la compensación de los empleados. La Ley de Normas Laborales Justas establece que

se recomiendan períodos cortos de descanso (20 minutos o menos) y, por lo general, deben pagarse como tiempo de trabajo, mientras que los períodos de comida obligatorios de 30 minutos o más no se compensan como tiempo de trabajo, y el empleado debe ser liberado por completo durante ese tiempo.

Los empleados exentos de esta ley incluyen trabajadores ferroviarios y conductores de camiones comerciales que están cubiertos, respectivamente, por la Ley de Trabajo Ferroviario y la Ley de Autotransportistas. Otros trabajadores, como los trabajadores del transporte aéreo y los marinos mercantes, se rigen por sus propios reglamentos específicos de la industria.

A diferencia de los EE. UU., La Unión Europea (UE) limita las horas de trabajo en todas las profesiones, incluido el campo médico, a no más de 48 horas de trabajo por semana. La Directiva sobre el tiempo de trabajo, promulgada en 2003, exige un mínimo de 4 semanas de vacaciones pagadas por año, descansos de al menos 11 h durante cada período de 24 h, y un día de descanso obligatorio cada 7 días (Imrie, Frank, & Parshuram, 2014).

Las excepciones a este reglamento en el Reino Unido incluyen a aquellos empleados en las fuerzas armadas, personal de emergencia y policía, y empleados domésticos en hogares privados.

Además, como exclusivos del Reino Unido, algunos grupos de empleados pueden "excluirse" de este reglamento, pero algunos trabajadores, incluidos los trabajadores de líneas aéreas, trabajadores de barcos o embarcaciones, y los conductores de transporte de entrega por carretera no pueden hacerlo. Francia y Alemania también mantienen ciertas leyes laborales únicas, incluida una nueva ley que establece el "derecho a desconectarse" de los empleados, que prohíbe a las

empresas enviar correos electrónicos a su personal después de las horas de trabajo (United Kingdom Government, 2017).

Aunque no existen regulaciones federales para la mayoría de los trabajadores con respecto a los períodos de trabajo y descanso dentro de los EE. UU., La mayoría de los estados tienen leyes vigentes. Por ejemplo, Massachusetts tiene una ley estatal de "día de descanso". Además, los sindicatos a menudo negocian las horas de los empleados, el descanso, las pausas para comer, etc., y la negociación colectiva puede reemplazar las regulaciones que rigen a otras fuerzas laborales (Commonwealth of Massachusetts, 2018).

La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos brinda orientación sobre horarios extendidos y trabajo por turnos, sin embargo, no existe una norma específica de OSHA para los turnos extendidos o inusuales. Un turno de trabajo normal se define como un período de trabajo de 8 horas consecutivas, durante las horas del día, que se realiza 5 días a la semana y con un período de descanso de al menos 8 horas cada día. El trabajo durante más horas consecutivas, más días a la semana o durante las horas nocturnas es "extendido o inusual"(Occupational Safety and Health Administration, 2017).

2.2.2 Regulaciones laborales para las enfermeras

Actualmente, no hay regulaciones federales con respecto a los ciclos de trabajo / descanso para enfermeras en los EE. UU. Sin embargo, 16 estados individuales actualmente tienen herramientas reglamentarias para evitar que las enfermeras trabajen horas extraordinarias sin períodos de descanso adecuados (American Nurses Association, 2012).

El primero de ellos es una política de horas extra obligatorias que permite a las enfermeras rechazar las solicitudes de horas extra obligatorias por parte de los empleadores, a menos que se produzca una "situación de emergencia imprevisible". Una segunda herramienta, la política de horas de trabajo consecutivas, tiene como objetivo restringir el número de horas consecutivas a las que pueden trabajar las enfermeras. En la mayoría de los casos, las enfermeras están restringidas a trabajar 12 h en un período de 24 h (Bae & Yoon, 2014).

También hay restricciones que incluyen descansos obligatorios, como un período de descanso de 10 h, entre períodos de turno. La Asociación Americana de Enfermeras ha aplicado la legislación federal para la protección de las enfermeras y respalda las regulaciones estatales individuales vigentes. Además, el Instituto de Medicina ha formulado recomendaciones para que no se permita a las enfermeras trabajaren cualquier combinación de turnos programados, horas extra obligatorias u horas extraordinarias voluntarias de más de 12 h en un período determinado de 24 h y más de 60 h en una semana (American Nurses Association, 2012).

2.2.3 Regulaciones laborales para médicos residentes

Las regulaciones actuales establecen una semana laboral de 80 h como el máximo permitido y establecen pautas para una mayor supervisión por parte de los médicos tratantes. En 2017, las regulaciones se actualizaron para eliminar los cambios de duración extendida (16 h) de los residentes del primer año. En comparación, los médicos residentes en otros países trabajan significativamente menos horas por semana (Asch, Bilimoria, & Desai, 2017).

2.2.4. Regulaciones laborales en el Ecuador

En la constitución de la República del Ecuador, se considera el trabajo, en su artículo 33, como:

Art. 33.- El trabajo es un derecho y un deber social, y un derecho económico, fuente de realización personal y base de la economía. El Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado (Asamblea Constituyente, 2008, p.29).

Además, el Ministerio de trabajo norma la extensión de la jornada laboral, las jornadas nocturnas y los días de descanso de los trabajadores, como se observa en los artículos 47, 49 y 51 del Código del Trabajo.

Art. 47.- De la jornada máxima.- La jornada máxima de trabajo será de ocho horas diarias, de manera que no exceda de cuarenta horas semanales, salvo disposición de la ley en contrario (Ministerio del Trabajo, 2019, p.5).

Art. 49.- Jornada nocturna. Entiéndase la que se realiza entre las 19:00 y las 06:00 del día siguiente, podrá tener la misma duración y dará derecho a igual remuneración que la diurna, aumentada en 25% (Ministerio del Trabajo, 2019, p.6).

Art. 51.- Duración del descanso (...) lo gozarán todos los trabajadores. Comprenderá un mínimo de 48 horas consecutivas (Ministerio del Trabajo, 2019, p.8).

Por otra parte, la Ley Orgánica de Servidores Públicos (LOSEP) (Ministerio de Finanzas del Ecuador, 2010), en su artículo 25, literal b, considera la jornada laboral, en el caso de los trabajadores de salud, como una jornada especial, que garantice un servicio ininterrumpido a los pacientes y la población en general.

También en el manejo del riesgo psicosocial, el Ministerio del Trabajo ecuatoriano, establece acciones encaminadas a disminuir la fatiga en el trabajo, incluyendo la reducción en lo posible de las tareas monótonas, garantizar que cada trabajador tenga una carga de trabajo razonable, que no resulte excesiva o muy baja,

estimular el trabajo en equipo, establecer buenas estrategias de comunicación, monitorear la realización de turnos extendidos y trabajo nocturno, y, ofrecer información continuada a los trabajadores y capacitarlos, para el manejo y la prevención de la fatiga en el trabajo (Ministerio del Trabajo, 2018).

Como complemento de esto, puede mencionarse el Acuerdo Ministerial 0082, en el que se establecen normas concretas para prevenir la discriminación en el centro de trabajo, incluyendo acciones relacionadas con la prevención de acciones que puedan hacer sentir discriminado al trabajador y las herramientas para denunciar estas acciones (Ministerio del Trabajo, 2017).

En el año 2014, se incorporó en el código integral penal (COIP), la responsabilidad penal de los profesionales sanitarios en su desempeño diario, lo que ha cambiado la realidad de estos trabajadores, que no solamente han experimentado un incremento de las oportunidades, con inversiones y desarrollo de nuevos hospitales e instituciones de salud, sino que, se les ha sumado la responsabilidad legal, que complejiza aún más sus tareas.

2.3 Violencia en el Trabajo

La violencia en el lugar de trabajo puede definirse como cualquier acto o amenaza, ya sea implícita, verbal o física, con la intención de intimidar o dañar a una persona, ya sea en el trabajo o de otra manera, que se origina en el lugar de trabajo. La Organización Mundial de la Salud (2016) define la violencia como la posibilidad de causar o provocar lesiones, muerte, daño psicológico, deterioro del desarrollo de una persona, grupo o comunidad con esfuerzo físico intencional, uso de la fuerza.

La violencia en el lugar de trabajo es un problema grave. Diferentes organizaciones la han definido de varias maneras. El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional define la violencia en el lugar de trabajo como "actos violentos, que incluyen agresiones físicas y amenazas de agresión, dirigidos hacia personas en el trabajo o de servicio" (Occupational Safety and Health Administration, 2015, p.2).

La violencia se puede ver en todas partes y se ha convertido en un problema serio que afecta a todas las profesiones. La violencia en el lugar de trabajo se define como los eventos que una persona o personas han sido maltratadas o atacadas durante situaciones que involucran el trabajo de un empleado. La violencia en el lugar de trabajo se puede ver en muchos tipos diferentes como el acoso verbal, la agresión física, el acoso, la intimidación, las amenazas y el comportamiento obsceno (Mayorca et al., 2013).

La violencia en el lugar de trabajo, ya sea física o psicológica, se ha convertido en un problema global cuyos límites van más allá de los entornos laborales y los grupos ocupacionales. Se ha intensificado en los últimos años y ahora se ha convertido en una prioridad tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo (Sun et al., 2017).

Como una de las dimensiones de la violencia laboral, las agresiones en el trabajo incluyen un amplio rango de eventualidades, que van desde las agresiones encubiertas y veladas, hasta las confrontaciones activas, destrucción de la propiedad o agresiones físicas directas (Emelda Pacheco, Cunha, & Duarte, 2016).

Las agresiones en el trabajo, se pueden manifestar por violencia física, el daño psicológico (que incluyen los insultos verbales, o ignorar a la víctima de las

agresiones); el daño indirecto, mediante la destrucción de la propiedad del otro. Investigaciones recientes se han centrado en algunas formas de agresión en el trabajo, como el *mobbing*, la incitación a la violencia, el estilo de administración basado en la retaliación, el abuso emocional o la tiranía (Hershcovis, 2011; Tong, Schwendimann, & Zúñiga, 2017).

Se han identificado cuatro categorías de agresiones en el trabajo, dentro de las que pueden encuadrarse la mayoría de los incidentes relacionados con esto:

Agresión laboral tipo 1: ocurre cuando el perpetrador de la violencia no tiene un vínculo legítimo con la organización o con sus empleados. En esta categoría se incluyen hasta el 85% de los homicidios ocurridos en el lugar de trabajo (Dupré & Barling, 2003).

Agresión laboral tipo 2: en este tipo de agresiones, el perpetrador tiene un vínculo legítimo con la organización y, se vuelve violento, mientras está siendo servido por esta. En este tipo de agresión, se incluyen las cometidas por clientes, pacientes o estudiantes (Dupré & Barling, 2003).

Agresión laboral tipo 3: este tipo de agresión, es cometida por un empleado actual o anterior de la organización, quien ataca a un trabajador actual o a un ex trabajador de la misma. Hasta el 7% de las agresiones en el trabajo, responden a esta categoría (Dupré & Barling, 2003).

Agresión laboral tipo 4: tiene lugar cuando el agresor tiene una relación personal con la víctima, pero no con la organización. Esto sucede, clásicamente, cuando una persona acude al centro de trabajo de su expareja o pareja actual a agredirla (Dupré & Barling, 2003).

Hills (2018) clasifica las agresiones en el ámbito de las instituciones de la salud, como agresiones verbales o escritas y agresiones físicas. Estas agresiones, provienen de dos fuentes principales: agresiones internas, en la que participan los compañeros de trabajo y, las agresiones externas, que son ocasionadas por los pacientes, sus familiares o cuidadores u otras personas ajenas a la institución de salud.

Las instituciones de salud son una de las áreas laborales en las que la violencia es más notable. La violencia en las instituciones de atención médica se refiere a amenazas verbales o de comportamiento, ataques físicos o agresiones sexuales que crean un riesgo para los trabajadores de atención médica de pacientes, familiares o cualquier otra persona. Las instituciones de salud se encuentran entre los lugares donde la violencia en el lugar de trabajo se experimenta mayormente debido a factores de riesgo ambientales (Ataman & Aba, 2016).

Atender a las personas vulnerables que tienen enfermedades mentales, drogadictos y delincuentes es el mayor factor de riesgo al estar expuesto a la violencia de los trabajadores de la salud. Los hospitales pueden convertirse en entornos riesgosos y peligrosos para ellos (Çalışanlarina et al., 2012).

En la literatura, aunque se discuten principalmente los tipos de violencia verbal y física, la violencia psicológica, sexual y económica se ha incluido en los tipos de violencia. Se ha informado que el tipo más común de violencia en las instituciones de salud, es la violencia verbal. Estos ataques contra los trabajadores de la salud son cada vez más numerosos (Magnavita & Heponiemi, 2012).

La violencia que se observa en el sector de la salud es diferente a la de otros sectores. Los trabajadores de la salud a menudo brindan servicios a los pacientes y

sus familiares en circunstancias difíciles. Trabajar en una institución de salud es más riesgoso que en otros lugares de trabajo debido a la violencia (Wolf, Perhats, Delao, & Clark, 2017).

La frecuencia de la violencia verbal es mayor que la violencia física. En diferentes estudios, se ha declarado que trabajar en instituciones de salud es 16 veces más riesgoso que en otros lugares de trabajo debido a la violencia. Se afirma que enfrentarse a la violencia puede ser un problema grave para los médicos así como para otro personal de salud debido al hecho de que los pacientes o los familiares de los pacientes pueden no aceptar demoras en la atención por diversos motivos y suelen ser agresivos (Kowalczyk & Krajewska-Kułak, 2017).

Existen diferentes factores que aumentan el riesgo de violencia en las instituciones de salud. Estos incluyen atención médica ininterrumpida las 24 horas brindada por trabajadores de la salud, la presencia de familiares estresados, los largos tiempos de espera para los pacientes y la incapacidad del personal de salud para mantener su atención (Shafran, Zelker, Stern, & Chinitz, 2017).

También se ha informado que la intensidad del trabajo, la cantidad insuficiente de personal, el trabajo en un entorno de hacinamiento, el trabajo en solitario, la falta de educación para hacer frente a la violencia, la falta de suficiente personal de seguridad, la falta de restricción a la violencia pueden considerarse factores que aumentan el riesgo de violencia laboral en las instituciones de salud (Shaw, 2015).

Las principales causas de la violencia en las instituciones de salud son una interacción entre trabajadores de la salud y pacientes, factores organizativos, factores ambientales y variables sociales. Los pacientes y sus familiares y

trabajadores de la salud se encuentran en un proceso de interacción que involucra relaciones complejas. En este proceso, es necesario que los individuos estén en contacto intercambiando información para llevar a cabo el proceso de comunicación para una interacción saludable (Partridge & Affleck, 2017).

Sin embargo, la comunicación clara y efectiva generalmente no tiene lugar entre los trabajadores de la salud y los pacientes y sus familiares, y surgen algunos problemas de comunicación. Los factores organizativos que crean violencia en las instituciones de salud incluyen falta de infraestructura y equipo, falta de personal, largas colas, citas retrasadas, exceso de trabajo, condiciones de trabajo adversas, falta de tiempo para la hospitalización, falta de camas vacías y falta de seguridad (Ashton, Morris, & Smith, 2018).

Factores como la cultura, el nivel de delincuencia en la comunidad, el nivel de pobreza, el nivel de uso de drogas, la densidad de población se encuentran entre los factores ambientales de la violencia en las instituciones de salud. La violencia en el lugar de trabajo daña la estructura física, psicológica y social de los trabajadores de salud y puede llevar a muchos trastornos, como el aumento del estrés y los errores médicos, la disminución de la eficiencia en el trabajo y la calidad de vida, la ansiedad y las dificultades de concentración, la retirada de las relaciones sociales, además de los efectos iniciales (Stowell, Hughes, & Rozel, 2016).

También puede causar consecuencias adversas, tanto físicas como psicológicas. Estos resultados negativos pueden llevar a un aumento en las reacciones emocionales, enojo, conmoción, miedo, depresión y ansiedad y trastornos del sueño. Accidentes laborales, lesiones e incluso suicidios se pueden ver en lugares de trabajo expuestos a la violencia con frecuencia (Cannavò, La

Torre, Sestili, La Torre, & Fioravanti, 2019). En el cuadro 1 se resumen los principales factores de riesgo de violencia en el trabajo a los que están expuestos los trabajadores sanitarios.

Cuadro 1. Factores de riesgo de violencia laboral. Trabajadores de la salud.

CATEGORÍA	FACTORES DE RIESGO
Diseño del lugar de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • No existe una delimitación adecuada entre el área de pacientes y la zona exclusiva del equipo médico. • Falta de controles para acceder a áreas de personal y pacientes únicamente (por ejemplo, acceso fácil y gratuito a todos). • Mala iluminación, hacinamiento y exceso de ruido. • Acceso deficiente a las salidas, baños y comodidades.
Políticas y prácticas de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempos de espera prolongados. • Mal servicio al cliente por parte de todo el personal • Déficits en los niveles de personal o mezcla inadecuada de habilidades. • Mecanismos ineficaces para advertir y finalmente negar el servicio a pacientes con comportamientos preocupantes repetidos.
Factores relacionados con los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad actual con desequilibrios o alteraciones fisiológicas. • Intoxicación activa, dependencia de sustancias, mal uso o abuso. • Estresores psicosociales • Experiencias pobres anteriores con servicios de salud • Antecedentes de violencia conocidos.

Fuente: Moylan (2017). Occupational Violence and staff safety in general practice. Australian Family Physicians; 46(12): 26-34. Disponible en: <https://www.racgp.org.au/afp/2017/december/occupational-violence/>

En 2009, la Asociación de Enfermeras de Emergencia (ENA) publicó un estudio innovador que describe las experiencias y percepciones de violencia de las enfermeras de emergencia en los Departamentos de Emergencia en los Estados Unidos (Gacki et al., 2009).

Los resultados de la encuesta de este estudio descriptivo de las experiencias de 3.465 enfermeras registradas miembros de la Asociación de Enfermeras de Emergencia notaron una alta prevalencia de violencia en este entorno. Aproximadamente el 25% de los encuestados habían experimentado violencia física más de 20 veces en los últimos tres años. Casi el 20% informó haber encontrado abuso verbal más de 200 veces en el mismo período de tiempo (Gacki et al., 2009).

Las respuestas del estudio indicaron que los episodios frecuentes de violencia física y / o abuso verbal condujeron a resultados tales como no informar debido al temor a represalias y al miedo a la falta de apoyo de los empleadores. Los investigadores concluyeron que un factor importante para mitigar la violencia en el lugar de trabajo en el Departamento de Emergencia es el compromiso de garantizar un lugar de trabajo más seguro por parte de los administradores del hospital, los gerentes del Departamento de Emergencia y la seguridad del hospital.

En la actualidad, se reconoce la violencia en el lugar de trabajo como un riesgo laboral grave que requiere respuestas específicas de los empleadores, las fuerzas del orden y la comunidad. Esta declaración de posición informaba: "La industria del cuidado de la salud lidera a todos los demás sectores en la incidencia de ataques no fatales en el lugar de trabajo, y el departamento de emergencias es un entorno particularmente vulnerable", un factor importante para mitigar la violencia en el lugar de trabajo en el departamento de emergencias es el compromiso de

garantizar un lugar de trabajo más seguro por los administradores del hospital, los gerentes de urgencias y la seguridad del hospital (Pacheco, Cunha, & Duarte, 2016).

Los estudios de vigilancia de Asociación de Enfermeras de Emergencia revelaron que más del 50% de las enfermeras del servicio de urgencias participantes experimentaron violencia verbal o física en el trabajo. De todas las enfermeras encuestadas que reportaron agresión física, casi la mitad dijo que fueron jaladas o agarradas, pero la forma más común de abuso fue verbal, insultar y gritar (International Association for Healthcare Security & Safety Foundation, 2017; Occupational Safety and Health Administration, 2015; Workplace Health and Safety Queensland, 2014).

Cómo prevenir y disminuir la violencia en el lugar de trabajo se está convirtiendo en un problema urgente que debe ser investigado. Algunos estudios han propuesto estrategias para prevenir la violencia mediante la eliminación de factores de riesgo en el entorno laboral (Fisekovic, Trajkovic, Bjegovic-Mikanovic, & Terzic-Supic, 2015; Mantzouranis, Fafliora, Bampalis, & Christopoulou, 2015).

Los trabajadores de la salud tienen un mayor riesgo de violencia en el lugar de trabajo. De 2002 a 2013, los incidentes de violencia grave en el lugar de trabajo (aquellos que requieren días libres para que el trabajador lesionado se recupere) fueron cuatro veces más comunes en la atención médica que en la industria privada en promedio (Occupational Safety and Health Administration, 2015).

En 2013, el amplio sector de "asistencia sanitaria y social" tuvo 7,8 casos de violencia grave en el lugar de trabajo por cada 10.000 empleados a tiempo completo. Otros sectores importantes como la construcción, la manufactura y el

comercio minorista tuvieron menos de dos casos por cada 10,000 empleados a tiempo completo (Occupational Safety and Health Administration, 2015).

Según reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)(2017), en el Ecuador, el 66,7% de los trabajadores de la salud han sufrido algún tipo de agresión por parte de pacientes durante su trabajo, con un claro incremento, en comparación con investigaciones anteriores. De acuerdo a esta organización, hasta el 11,3% de las agresiones, son de tipo físicas, ocasionando baja temporal e imposibilitando al trabajador, hasta en el 30% de las exposiciones.

Los trabajadores de instituciones públicas son más vulnerables a este tipo de agresiones y, el departamento de emergencias es el que más eventos ha reportado. Estas agresiones son causadas por la demora en la atención médica en el 44,2% de los casos; por la no disponibilidad de medicamentos u otros recursos en el 33,6% de los casos y por la muerte de un familiar o paciente, en el 8,6% de los casos (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Las agresiones sufridas por los profesionales de salud ecuatorianos, son provocadas en la mayor parte por personas con buen nivel de consciencia, sin exposición a sustancias psicotrópicas y, sin el antecedente de trastornos psiquiátricos que pudieran justificar esta conducta (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En el Ecuador, la violencia en el lugar de trabajo ha provocado que hasta el 46,6% de los trabajadores de la salud refiera sentirse inseguro durante su jornada laboral, con poco respaldo de sus colegas y superiores, ante cualquier situación que implique agresiones por parte de pacientes o familiares (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

2.4 Desarrollo Histórico

2.4.1 Origen de la jornada laboral de 8 horas

En 1890, muchos empleados industriales de tiempo completo en los Estados Unidos trabajaban un promedio de 100 horas por semana (Derickson, 2014). Sin embargo, con la formación de organizaciones laborales y otras entidades centradas en la protección y los derechos de los trabajadores, la semana laboral se convirtió en la semana laboral estándar de 8 h día / 40 h (Ward, 2017).

El primer intento de establecer un día laboral de 8 h en los EE. UU. Fue una petición fallida por parte de la *National Labor Union* al Congreso en 1866. Sin embargo, en 1867 la Legislatura del Estado de Illinois aprobó una ley que limita el día laboral a las 8 h, con una advertencia: Los empleadores podrían contratar más de 8 horas de trabajo con sus empleados. Esto llevó a un punto de inflexión en el movimiento obrero, una huelga en varias ciudades de Estados Unidos y Europa el 1 de mayo de 1867 (Ward, 2017).

A los trabajadores del gobierno se les concedió un día de 8 h en una proclamación de 1869 por parte del presidente Grant, y en 1898, el sindicato *United Mine Workers* solicitó con éxito un día de 8 h obligatorio. Sin embargo, el gran avance se produjo en 1926 cuando Henry Ford, presidente de *Ford Motor Company*, ordenó una semana laboral de 8 h por día / 40 h.

Como consecuencia, en 1937, los trabajadores de General Motors se declararon en huelga para exigir horas de trabajo más cortas. Finalmente, se estableció un estándar nacional en 1938 cuando el Congreso aprobó la Ley de Normas de Trabajo Justo, que limita la semana laboral de los empleados de los EE.

UU. A 8,8 h por día y 44 h por semana, que se modificó en 1940 a 8 h por día y 40 h por semana (Ward, 2017).

2.4.2 Investigaciones sobre fatiga laboral en trabajadores de la salud

Los efectos de la fatiga en el rendimiento se manifiestan en una disminución del estado de alerta, vigilancia, concentración, juicio, estado de ánimo y rendimiento. La fatiga y los errores se han demostrado en muchas ocupaciones no relacionadas con el cuidado de la salud, como las tripulaciones de vuelo, los conductores de camiones y los mineros.

Autores como Dembe *et al.*, (2005), analizaron el impacto de la fatiga laboral y las jornadas de trabajo excesivamente prolongadas del personal de enfermería, en la aparición de eventos adversos en los pacientes. En este trabajo, se incluyeron 10,793 trabajadores de la salud, obteniendo que las horas de trabajo extendidas por día se asociaron con una tasa de eventos adversos 37% mayor (Dembe, Erickson, Delbos, & Banks, 2005).

Para Smith, *et al.*,(1994), los trabajadores de salud, que hacen turnos nocturnos, tienen un riesgo más elevado de desarrollar fatiga laboral, no solamente física, sino también, de tipo mental. Para estos investigadores, las personas que tienen jornadas laborales extendidas, tienen mayor probabilidad de desarrollar lesiones musculoesqueléticas y accidentes laborales, por pinchazos de agujas en enfermeras. Estos autores, reconocen a la falta de sueño y el estrés mantenido, como las causas principales de fatiga laboral en estos trabajadores, de igual manera, tienen una relación estrecha con los eventos adversos y los accidentes laborales.

Para Gates, *et al.*, (2018) la fatiga laboral en los médicos, especialmente relacionada con la carencia de sueño, pueden provocar serias afectaciones en la salud de los profesionales y, en el pronóstico de los pacientes. Estos investigadores demostraron que la fatiga laboral se asocia con alteraciones motoras finas, disminución de la concentración e irritabilidad, lo que afecta el desempeño de los médicos y otros profesionales de la salud. Esto a su vez, es un factor de riesgo importante para recibir agresiones por parte de los pacientes y sus familiares, lo que contribuye a que exista fatiga laboral y altos niveles de estrés, formando un ciclo entre la fatiga y las agresiones en el trabajo.

En otra publicación, de McClelland *et al.*, (2016) se confirmó que los niveles de fatiga laboral en los profesionales de la salud son elevados, especialmente en aquellos que trabajan con pacientes en estado crítico, ya sea en el departamento de emergencias, en la UCI o en el Quirófano. La fatiga laboral se relacionó con alteraciones en la salud de estos profesionales, con afectaciones del bienestar psicológico y en la relaciones con los colegas y pacientes.

En el Ecuador, Gordillo *et al.*, (2019) analizaron las agresiones externas en 181 profesionales sanitarios de la ciudad de Ibarra, entre los que se incluyeron médicos, enfermeros, auxiliares y administrativos. Estos investigadores obtuvieron una prevalencia de agresiones de 61,9%; con un predominio de las agresiones verbales, incluidos insultos y amenazas. Al analizar el perfil de los agresores, se obtuvo que en su mayoría eran mujeres, de entre 30 y 50 años y, eran acompañantes de los pacientes. Estos investigadores concluyeron que la falta de espacio, la demora en la atención médica y la disponibilidad variable de recursos, son las causas que más se relacionaron con agresiones.

Por otra parte, Cobo (2017) incluyó en su investigación, a 126 trabajadores del Hospital Enrique Garcés, de las áreas de emergencias y cuidados intensivos, constatando que la prevalencia de agresiones era del 95%. Esta investigadora describe también que los agresores, en la mayoría de los casos son mujeres, que utilizan los gritos, insultos e intimidación para agredir al personal de salud. En la investigación mencionada, se obtuvo también que la mayoría de los trabajadores que sufrieron agresiones, experimentaban después sentimientos de miedo, angustia, ansiedad y, bajo rendimiento laboral.

En otro trabajo, realizado por Abril y Sánchez (2018) en el que se incluyeron 96 profesionales sanitarios, del Hospital Docente de Ambato, y se incluyeron médicos, enfermeras, psicólogos, auxiliares y trabajadores sociales, se obtuvo que estos perciben poco apoyo de la administración ante cualquier situación en el trabajo y, además, que la comunicación y el trabajo en equipo eran deficientes, lo que se aceptó como un factor de riesgo psicosocial, que incrementa la vulnerabilidad de los trabajadores a la fatiga en el trabajo y a tener consecuencias importantes, en caso de eventos adversos.

Ochoa (2015) evaluó el riesgo psicosocial en los hospitales de Guayaquil, para esto, analizó 435 médicos, que en su mayoría tenían contratos de trabajo temporal y eran de sexo masculino. En esta investigación, en la que se incluyeron cinco hospitales de esta ciudad, se obtuvo que la mayoría de los profesionales se sentían satisfechos con las condiciones laborales, en cuanto a cuestiones de infraestructura de la institución.

Los niveles de agotamiento y síndrome de *burnout* fueron elevados (58,82%), y los niveles de cinismo superaron el 65,5%. Esta investigadora

estableció una relación entre los altos niveles de cinismo y la mayor propensión a sufrir agresiones por parte de los pacientes y sus acompañantes, lo que incrementaba el desinterés y el agotamiento en estos profesionales (Ochoa, 2015).

De igual manera, la valoración otorgada al trabajo en equipo y la comunicación fue positiva entre estos trabajadores, en los que también se describen niveles elevados de *work engagement*, demostrando niveles elevados de dedicación al trabajo y de absorción, aunque los niveles de vigor fueron más discretos (Ochoa, 2015).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, observacional y transversal.

3.2 Método de estudio

En esta investigación se utilizaron los métodos que se describen a continuación:

Método científico: porque se siguieron las etapas de planteamiento del problema, composición de un marco lógico, planteamiento de la hipótesis y comprobación de la misma, con el propósito de crear información de forma ordenada, racional y analítica (Torre, 2016), sobre la relación entre fatiga laboral y agresiones por parte de pacientes en los trabajadores del Hospital.

Método analítico sintético: porque se realizó un análisis del comportamiento de la fatiga laboral y las agresiones por parte de los pacientes en estos trabajadores, sintetizando el análisis para obtener resultados. Este método se basa en la aplicación de dos procesos complementarios: el análisis y la síntesis de la información (Rodríguez, Pérez, & Omar, 2017).

Método inductivo-deductivo: porque se basó en generalizar conocimientos más articulares, a partir de los elementos comunes en cada unidad de análisis. Con este método, se puede arribar a conclusiones empíricas, que complementan la información obtenida con el método analítico sintético (Rodríguez et al., 2017).

3.3 Técnicas y herramientas para el levantamiento de la información.

3.3.1 Técnicas

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron dos técnicas: en primer lugar, la investigación documental, que permitió realizar la revisión teórica y el marco lógico. Para la obtención de información en los trabajadores, se utilizó la encuesta, con los instrumentos que se describen a continuación:

3.3.2 Herramientas

Para el desarrollo de este trabajo, se utilizaron las siguientes herramientas:

1. Cuestionario de síntomas subjetivos de fatiga de Yoshitake. Este instrumento fue creado en el año 1967 y se utilizar para identificar los síntomas subjetivos de fatiga en los trabajadores. Se evalúan tres dimensiones de la fatiga laboral: los síntomas generales de fatiga, los síntomas de fatiga mental y los de fatiga física. El instrumento es autoaplicado, y está conformado por 30 preguntas simples, de “sí o no”; Las primeras diez preguntas evalúan los síntomas generales de fatiga, incluidos la sensación de “pesadez de cabeza”, cansancio y somnolencia. Las preguntas 11 a 20, se centran en los síntomas de fatiga mental, especialmente en los olvidos y dificultad para mantener la atención. Las últimas diez preguntas del instrumento, están dirigidas a identificar síntomas más específicos de fatiga física, incluidas la cefalea, temblor o la dificultad para respirar (Ver anexo 1). Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado, con buenos resultados, de validez y consistencia interna para la identificación de síntomas subjetivos de fatiga laboral (Abregú, 2016; Barrientos, Martínez, & Méndez, 2005; Villalta, 2016).

2. Para medir las agresiones por parte de los usuarios, se utilizó el cuestionario diseñado y validado por Ochoa (2016), en profesionales de la salud colombianos. Este cuestionario, indaga las siguientes dimensiones de la agresión por parte de los usuarios: “tipo de maltrato percibido”; “características del maltrato verbal”, “características del maltrato físico”; “determinantes de la violencia hacia los profesionales” y el “impacto percibido” de estas agresiones por los profesionales. También tiene preguntas relacionadas con el apoyo recibido de parte de la administración, los compañeros de trabajo y los familiares, frente a las agresiones de los usuarios (D. Ochoa, 2016).

3.4 Población y muestra

El **universo** de esta investigación estuvo conformado por la totalidad de los trabajadores de las áreas: Urgencias adultos, Derivaciones de urgencias, y Jefatura de guardia del hospital Carlos Andrade Marín, lo que corresponde a 180 trabajadores.

La **muestra** estuvo conformada por la totalidad de la población, es decir, 180 trabajadores; entre Médicos, Enfermeros, Auxiliares de Enfermería y personal Camillero del área de Urgencias Adultos, Jefatura de Guardia y Derivaciones de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín.

3.4.1 Tipo de muestreo

En esta investigación no se realizó ningún muestreo, ya que se incluyó la totalidad de la población.

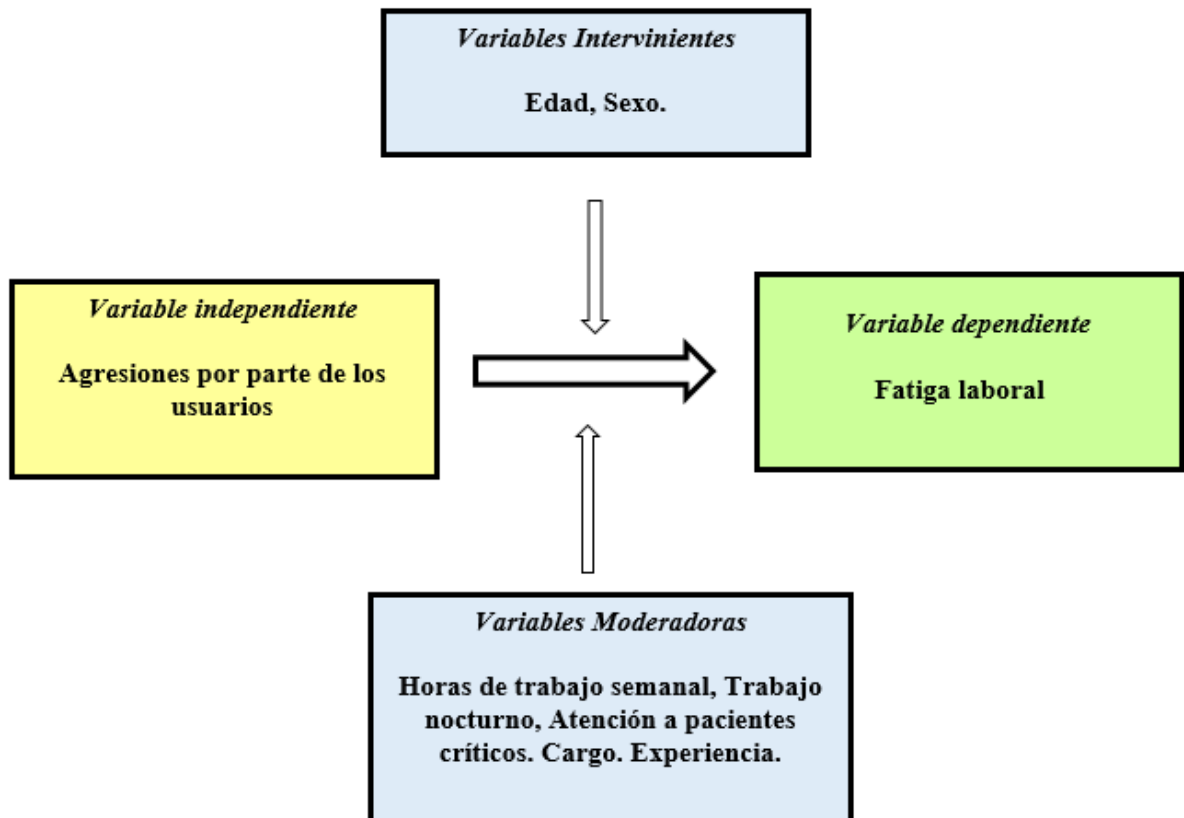
3.5 Selección de las variables del estudio

En esta investigación se consideraron las siguientes variables:

- **Variables Intervinientes:** edad, sexo.
- **Variable Dependiente:** Fatiga laboral: Síntomas generales de fatiga. Fatiga mental. Fatiga Física.
- **Variable Independiente:** Agresiones por parte de usuarios: Tipo de maltrato percibido. Características del maltrato verbal. Características del maltrato físico. Determinantes de la violencia hacia los profesionales. Impacto percibido.
- **Variables Moderadoras:** Tiempo de experiencia. Cargo. Horas de trabajo semanal. Trabajo nocturno. Atención a pacientes críticos.

La relación entre estas variables se muestra en la figura 1.

Figura 1. Relación entre variables de la investigación



Fuente: Elaboración propia.

3.6 Planificación del proceso estadístico

Para organizar la información, se utilizó un instrumento creado por la autora (Anexo 3), en una hoja de Excel, que luego se exportó al programa estadístico SPSS v22.0, con el que se determinaron estadísticos descriptivos e inferenciales.

Análisis univariado: se determinaron frecuencias y porcentajes.

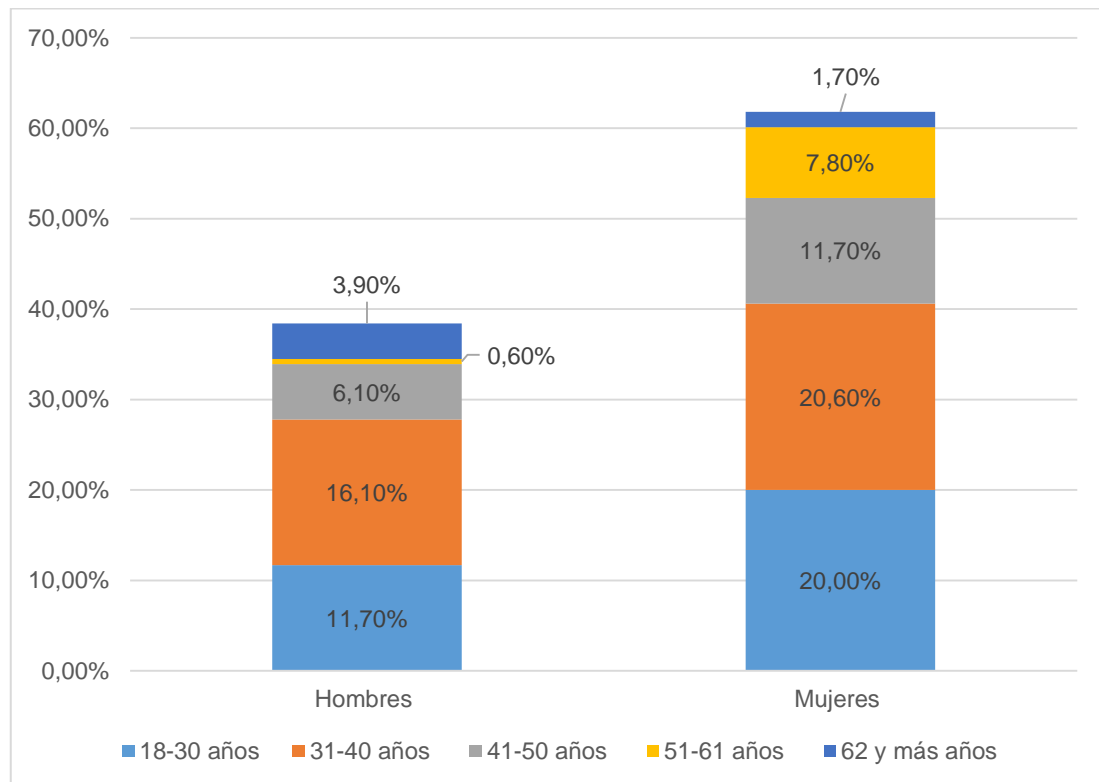
Análisis bivariado: se estableció la relación entre agresiones por parte de usuarios y fatiga laboral, utilizando el test de chi cuadrado (X^2) y el coeficiente de Spearman. Considerando un nivel de significación estadística cuando el valor de $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Agresiones

En esta investigación se incluyeron 180 trabajadores, del Hospital Carlos Andrade Marín, se incluyeron médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal administrativo.

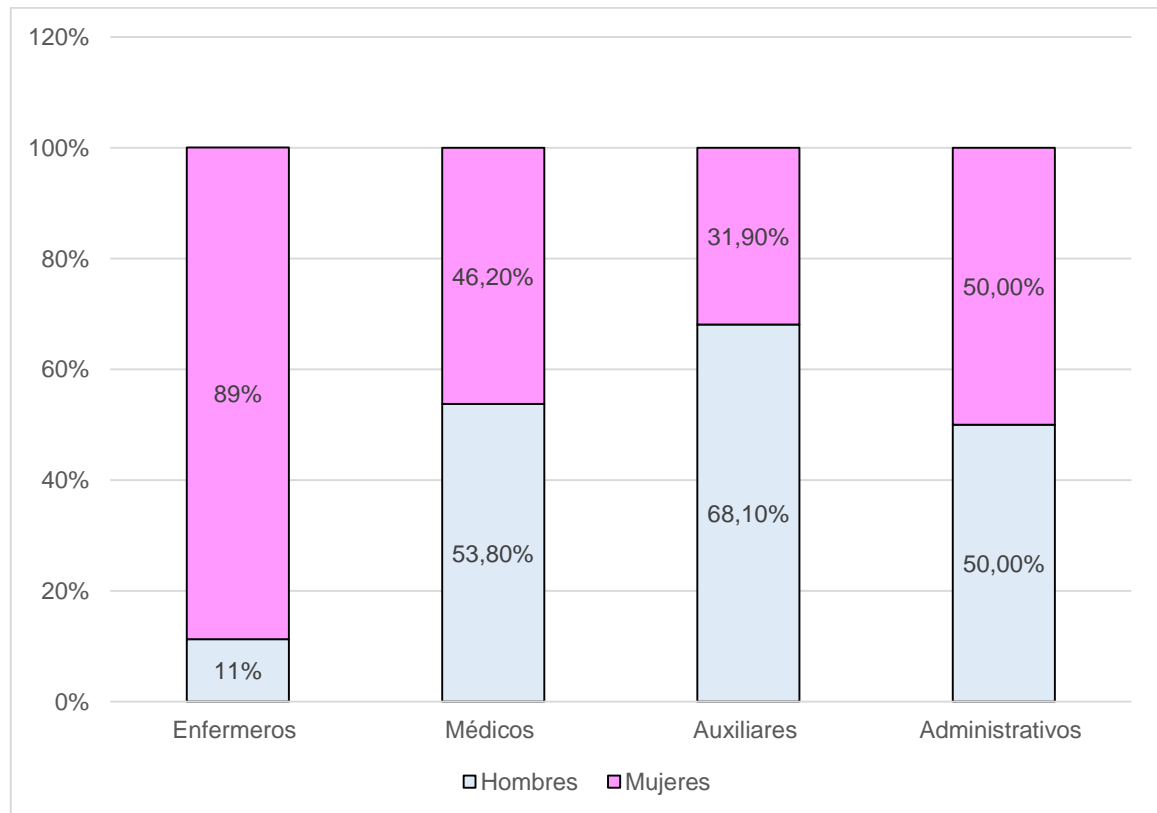
Gráfico 1. Distribución por sexo y edad



Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

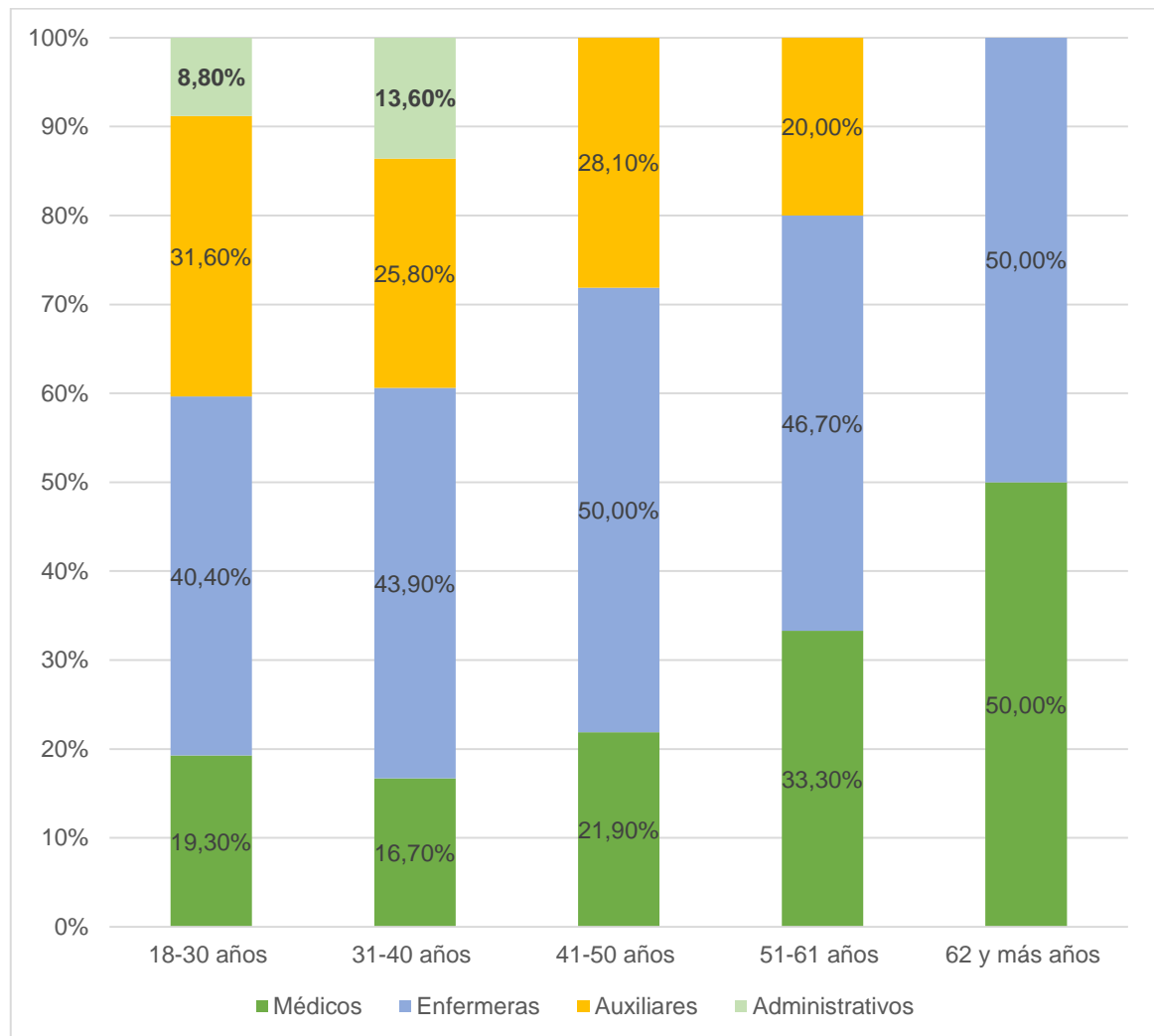
En el gráfico 1 se observa que, el 36,7% de los trabajadores, estaban en el rango de edad de 31 a 40 años; que predominó el sexo femenino (61,7%) y en el 44,4% de los casos, eran enfermeros.

Gráfico 2. Distribución por sexo y cargo



Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

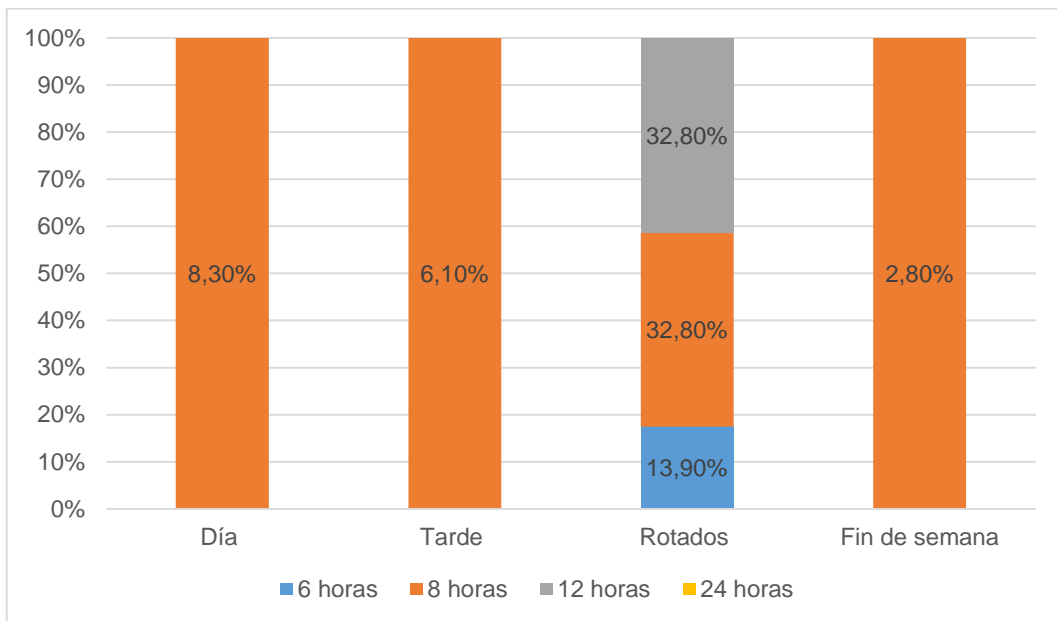
En el gráfico 2 se muestra la distribución por sexo, según la ocupación de los encuestados. Se obtuvo que, dentro del personal de enfermería, predominan las mujeres (89%), mientras que entre los médicos y los auxiliares de enfermería, predominan los hombres (46,2% y 31,9% respectivamente). En el personal administrativo, hubo una distribución igual de hombres y mujeres.

Gráfico 3. Distribución por edad y cargo

Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

En el gráfico 3 se muestra la distribución por edad y cargo. En el rango de entre 18 a 30 años, el 19,3% de los trabajadores eran médicos, el 40,4% eran enfermeros, el 31,6% eran auxiliares de enfermería y el 8,8% era de administración. En el grupo de trabajadores de más de 62 años, la mitad eran médicos y la otra mitad enfermeros, no hubo auxiliares o administrativos en este grupo de edad.

Gráfico 4. Distribución según características de la jornada laboral.



Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

En el gráfico 4 se observa que la mayoría de los trabajadores, trabajaban por turnos rotados (82,8%), y la duración de la jornada fue de 8 horas en el 50% de los casos. Todos los trabajadores con jornada diurna, vespertina o de fines de semana, trabajaban 8 horas diarias.

Tabla 2. Distribución según características de la agresión

	Porcentaje (%)
Agresor	
Paciente	23,3
Familiar	28,9
Ambos	45,0
No ha sido agredido	2,8
Tipo de maltrato	
Verbal	85,0
Verbal y físico	12,2
No ha sido agredido	2,8
Formas de maltrato	
Gritos	51,1
Amenazas	11,7
Insultos	22,2
Violencia física	12,2
Ninguna	2,8
Total	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

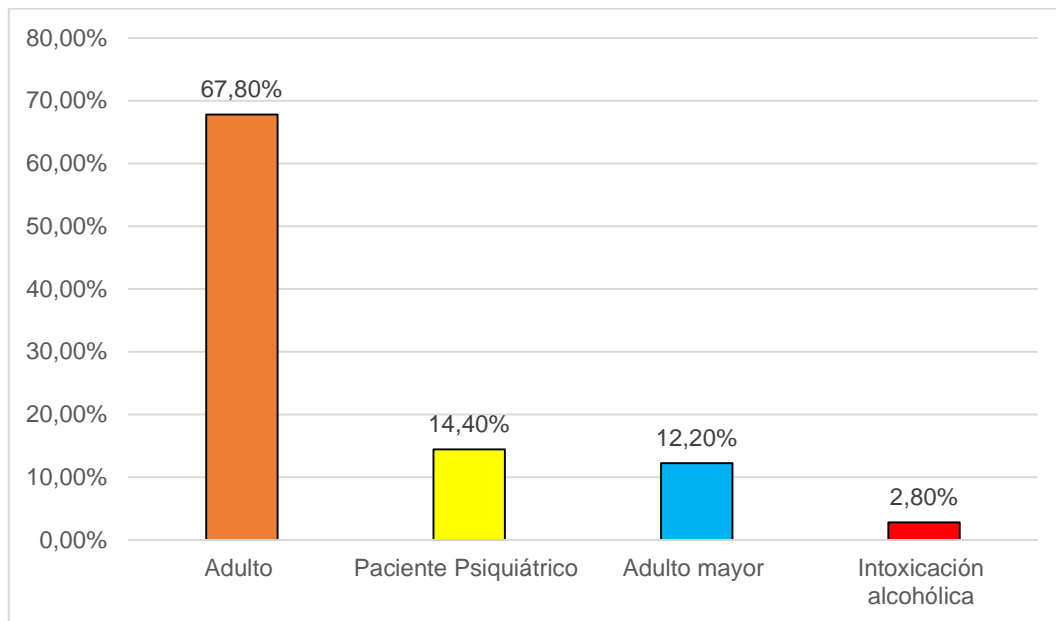
En el 45% de las agresiones, los agresores fueron tanto los pacientes como sus familiares. El familiar solo fue el responsable de la agresión en el 28,9% de los casos. La forma de maltrato más frecuente fue la verbal (85%). Los trabajadores mencionaron haber sido agredidos con gritos en el 51,1% de los casos, con insultos, en el 22,7% y de forma física, con golpes o empujones, en el 12,2% de los casos. Ver tabla 2.

Tabla 3. Distribución según frecuencia percibida de la violencia verbal

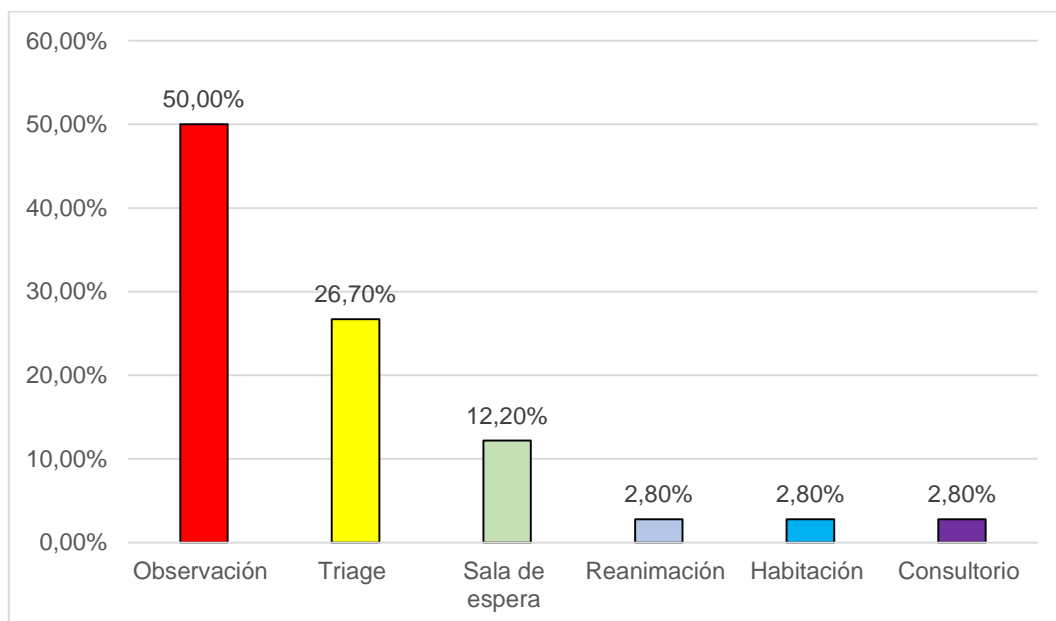
	Infrecuente (%)	Poco frecuente (%)	Más o menos frecuente (%)	Frecuente (%)	Bastante frecuente (%)	Muy frecuente (%)
Trato verbal ofensivo	21,1	2,8	5,6	5,6	19,4	45,6
Amenazas verbales	23,9	5,6	14,4	12,2	21,1	22,8
Críticas injustas	21,1	5,6	11,7	29,4	20,6	11,7
Tono imperativo	30,6	20,6	20,0	6,1	16,7	6,1
Censura	43,9	22,8	18,3	2,8	8,9	3,3
Burla y ridiculización	60,6	15,0	5,6	3,3	2,8	12,8

Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

De acuerdo a la opinión de los trabajadores encuestados, la forma más frecuente de violencia verbal fue el tono verbal ofensivo (45,6%), que incluye las groserías o insultos; la segunda forma más frecuente de maltrato físico, según la percepción de estos trabajadores, fueron las amenazas de reporte al jefe o demandas legales (22,8%). La forma menos frecuente de maltrato verbal, fueron las burlas y ridiculizaciones, el 60,6% de los encuestados lo consideró como infrecuente. Ver tabla 3.

Gráfico 5. Características del agresor

Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

Gráfico 6. Lugar en que se produjo la agresión

Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

En el 67,8% de los casos, el agresor era una persona adulta, sin otra característica. En el 14,4%, se trataba de una persona con antecedentes de trastornos psiquiátricos y en el 2,8% de los casos, se trataba de una persona con intoxicación alcohólica. Ver gráfico 5.

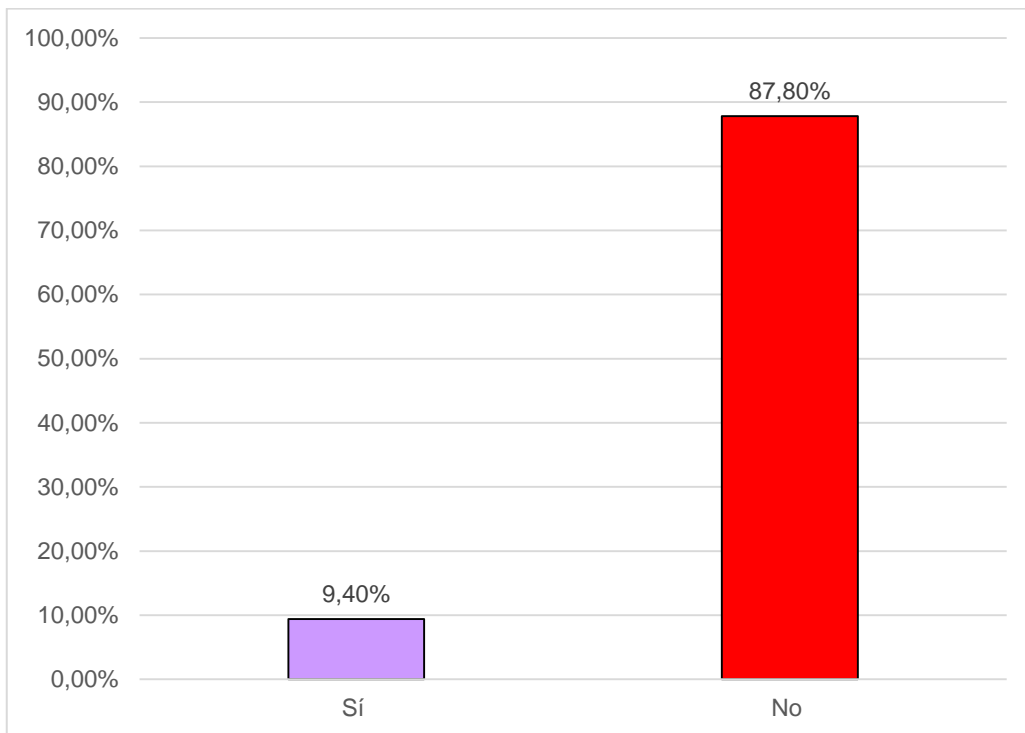
En el gráfico 6 se observa que, el lugar en que más agresiones se produjo fue el área de observación (50%), en la zona de *triage*, se produjo el 26,7% de las agresiones y en la sala de espera, tuvo lugar el 12,2% de las agresiones.

Tabla 4. Motivo de la agresión

	Porcentaje (%)
Tiempo de espera prolongado para la atención	47,8
Paciente en ubicación inadecuada por falta de camas	22,8
Falta de personal de salud	8,9
No contar con el tratamiento requerido	5,6
Reingreso del paciente	2,7
Efectos del alcohol/drogas	2,7
Otros	6,7
Nunca ha sido agredido	2,8
Total	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

El motivo de la agresión fue por un tiempo de espera prolongado en la mayoría de los casos (47,8%), el segundo motivo más importante de las agresiones, fue la falta de camas, por lo que fue necesario ubicar a los pacientes en lugares temporales e inadecuados (22,8%). Ambos motivos tienen relación con la gran demanda de atenciones, que supera la disponibilidad de personal y de camas. Ver tabla 4.

Gráfico 7. Considera justificada la agresión

Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

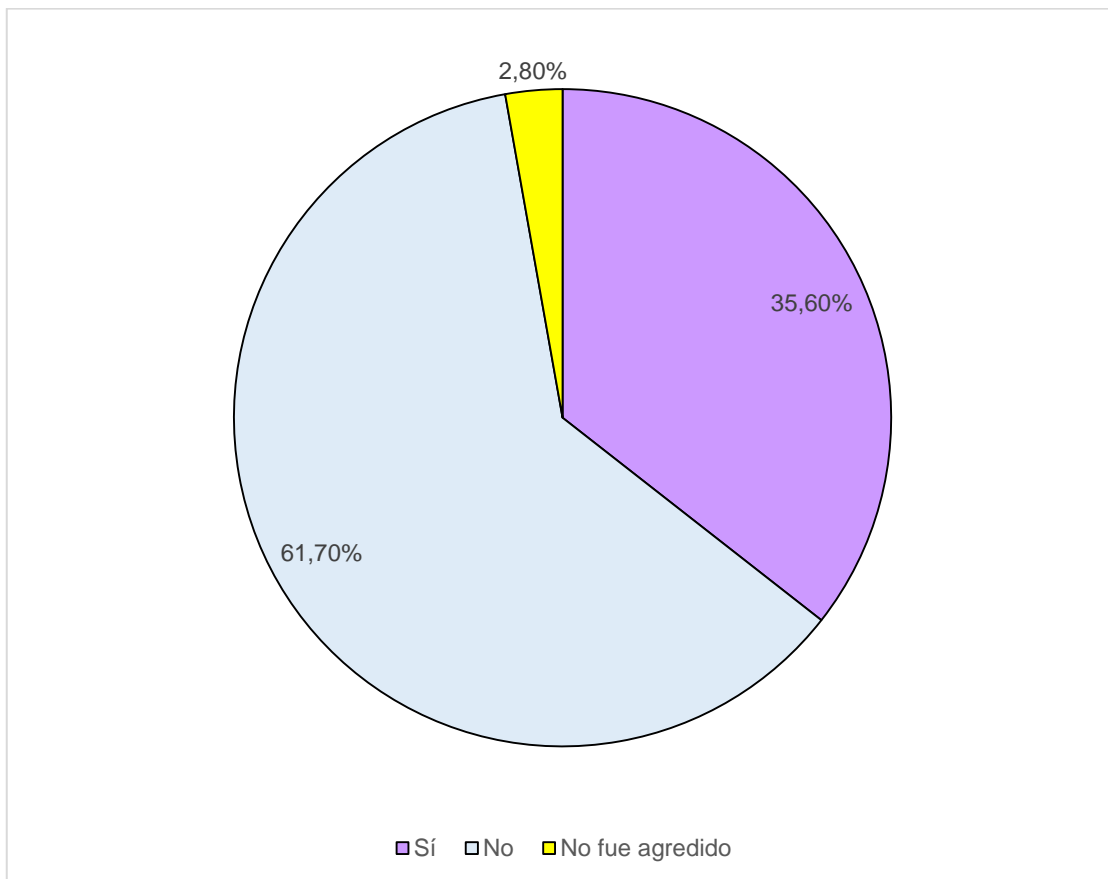
De acuerdo a la opinión de estos trabajadores, las agresiones fueron injustificadas en el 87,8% de los casos, ya que consideran que ellos no son responsables de que no haya suficiente disponibilidad de personal o de camas para responder a todas las solicitudes de atención médica. Ver gráfico 7.

Tabla 5. Percepción de solidaridad de parte de sus colegas

	Porcentaje (%)
Muy solidarios	17,8
Moderadamente solidarios	40,0
Poco solidarios	32,8
Nada solidarios	6,7
No opinaron por no haber experimentado agresiones	2,8
Total	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.
Elaboración propia.

Los trabajadores que sufrieron agresiones, percibieron solidaridad de sus colegas de forma moderada en el 40% de los casos, mientras que el 32,8% los percibió como poco solidarios. Se percibió un alto grado de solidaridad en el 17,8% de los casos de agresiones. Ver tabla 5.

Gráfico 8. Reporte del evento

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Elaboración propia.

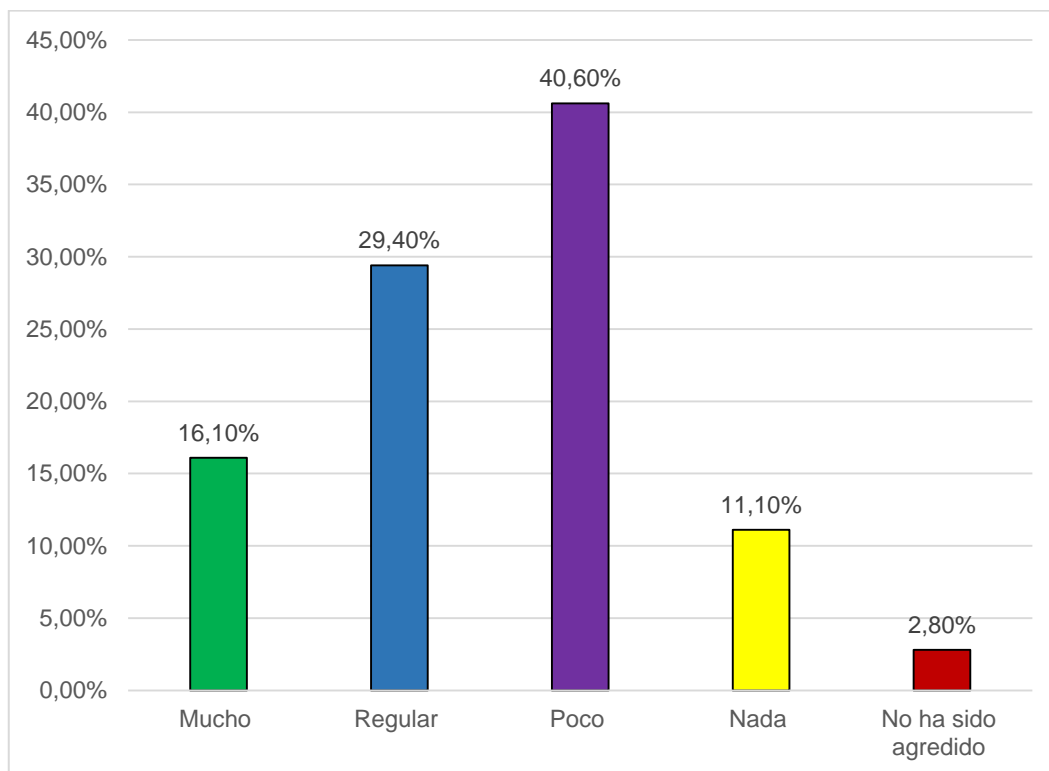
La agresión fue reportada en el 35,6% de los casos, lo que indica que, la mayoría de los trabajadores agredidos durante su jornada laboral, no reportaron lo sucedido.

Tabla 6. Respuestas a los reportes de agresión

	Porcentaje (%)
Recibió respuestas al reporte	
Sí	11,7
No	82,8
No recibió agresiones	2,8
Total	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

Solamente el 11,7 % de los trabajadores recibieron algún tipo de respuesta ante el reporte de la agresión. Ver tabla 6.

Gráfico 9. Afectación de la agresión en el bienestar en el trabajo

Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

La mayoría de los trabajadores experimentó poca afectación en su bienestar en el trabajo, debido a la agresión (40,6%). Hasta el 16,1% mencionó que esto había

tenido una gran repercusión en su bienestar, mientras que en el 11,1% de los casos, no hubo ningún tipo de afectación. Esto pudiera estar en relación a la alta frecuencia de agresiones que sufre el personal sanitario en su jornada laboral, lo que les obliga a crear estrategias de afrontamiento efectivas, que de cierta forma, disminuye su sensibilidad ante estos eventos. De cualquier manera, el grado de afectación fue elevado en un porcentaje no pequeño de trabajadores. Ver gráfico 9.

Tabla 7. Asociación entre edad, sexo, cargo, tipo de maltrato y percepción de respaldo con el grado de afectación del bienestar en el trabajo

	Afectación del bienestar en el trabajo					X^2	p
	Porcentaje (%) ¹						
	Mucho	Regular	Poco	Nada	No agredido		
Sexo (%)							
Masculino	17,4	30,4	39,1	11,6	1,4	0,942	0,919
Femenino	15,3	28,8	41,4	10,8	3,6	0,942	0,919
Cargo (%)							
Médico	10,3	41,0	48,7	0,0	0,0	36,897	0,004
Enfermero	16,3	33,8	40,0	6,3	3,8	36,897	0,005
Auxiliar	12,8	21,3	40,4	21,3	4,3	36,897	0,006
Administrativo	42,9	0,0	21,4	35,7	0,0	36,897	0,002
Edad (años) (%)							
18-30	10,5	26,3	45,6	17,5	0,0	74,901	0,007
31-40	27,3	24,2	40,9	7,6	0,0	74,901	0,071
41-50	15,6	37,5	31,3	0,0	15,6	74,901	0,077
51-61	0,0	66,7	0,0	33,3	0,0	74,901	0,004
≥62	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	74,901	0,003
Tipo de maltrato (%)							
Verbal	15,0	27,5	44,4	11,1	0,0	50,893	0,006
Físico y verbal	27,3	50,0	22,7	0,0	0,0	50,893	0,001
No agresiones	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	50,893	
Percepción de apoyo de sus colegas (%)							
Muy solidarios	18,8	0,0	50,0	31,3	0,0	257,27	0,008
Moderadamente solidarios	6,9	20,8	65,3	6,9	0,0	257,27	0,008
Poco solidarios	20,3	54,2	16,9	8,5	0,0	257,27	<0,001
Nada solidarios	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	257,27	<0,001
No agresiones	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	257,27	

¹. Los porcentajes se han calculado para cada fila.

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Elaboración propia.

En la tabla 7 se analiza la asociación entre factores como la edad, el sexo, la ocupación, el tipo de maltrato recibido y la percepción que tienen los trabajadores, sobre la solidaridad de sus compañeros, con la afectación a su bienestar. Se obtuvo que, de forma estadísticamente significativa, los trabajadores que son víctimas de violencia física y verbal, los trabajadores menores de 50 años, y los que perciben poco apoyo por parte de sus colegas, sufren de mayor afectación a su bienestar en el trabajo, como consecuencia de las agresiones recibidas.

El cargo también se asoció de forma significativa con el grado de afectación, siendo esta mayor en los administrativos y en los enfermeros, que en los médicos y auxiliares de enfermería. No se obtuvieron diferencias significativas entre el sexo de los trabajadores y el grado de afectación de su bienestar en el trabajo ($p < 0,05$).

4.2 Fatiga

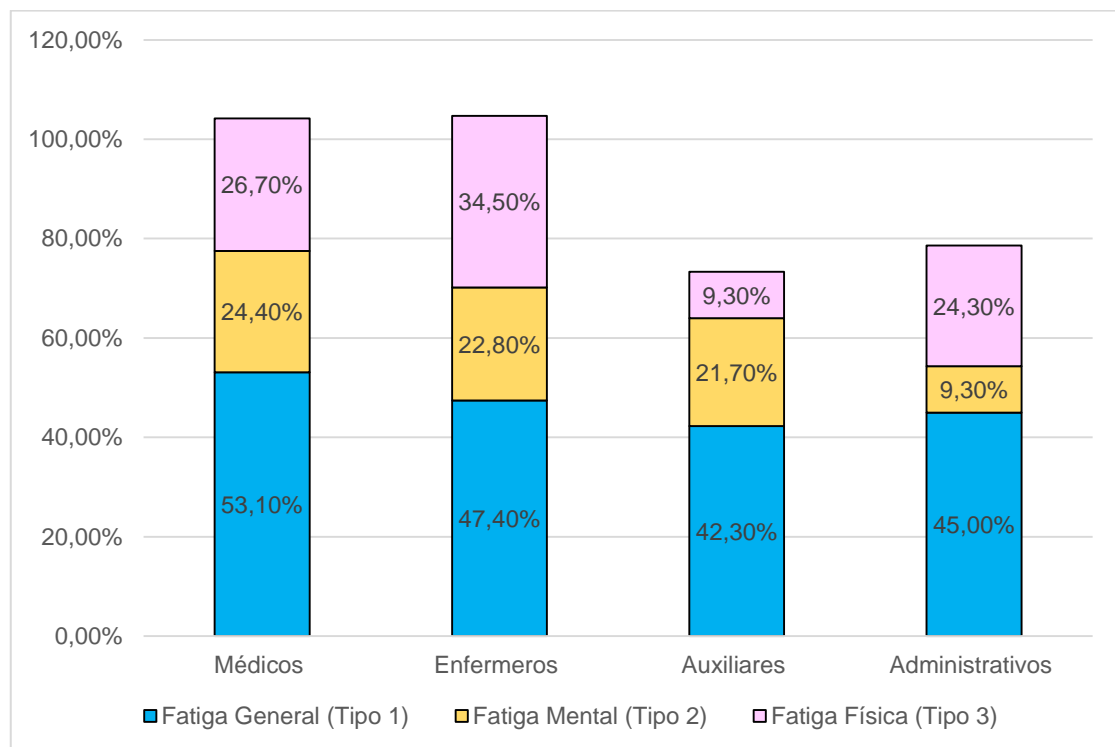
Tabla 8. Cuestionario de Yoshitake.

	Respuestas positivas (%)	Respuestas negativas (%)	Total de respuestas (%)
Síntomas de fatiga general (preguntas 1-10)	47,3	52,7	100,0
Síntomas de fatiga mental (preguntas 11-20)	21,8	78,2	100,0
Síntomas de fatiga física (preguntas 21-30)	31,1	68,9	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

En la tabla 8 se muestra el resultado obtenido en el cuestionario de Yoshitake en la totalidad de los trabajadores. Se observa que los síntomas de fatiga general, tuvieron el mayor porcentaje de respuestas positivas (47,3%), en comparación con los síntomas de fatiga física (31,1%) y los síntomas de fatiga mental (31,1%).

Gráfico 10. Prevalencia y tipos de fatiga según cargo.



Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

En el gráfico 10 se muestra la prevalencia de fatiga según el grupo de estudio. El tipo de fatiga más frecuente fue la fatiga ganeral (tipo 1) (53,1% de los médicos, 47,4% de los enfermeros, 42,3% de los auxiliares y 45% de los administrativos).

La fatiga física (tipo 3), predominó entre los enfermeros (34,5%), seguido por los médicos (26,7%) y, en menor porcentaje, afectó a los auxiliares de enfermería (9,3%).

La fatiga mental afectó (tipo 2) predominantemente a los médicos (24,4%), seguido por los enfermeros (22,8%), los auxiliares de enfermería (21,7%) y en los administrativos (9,3%).

Tabla 9. Síntomas generales de fatiga según cargo.

	Síntomas generales de fatiga									
	Médicos (%)		Enfermeros (%)		Auxiliares (%)		Administrativos (%)		Total (%)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Siente pesadez de cabeza?	59,0	41,0	60,0	40,0	57,4	42,6	64,3	35,7	59,4	40,6
¿Siente el cuerpo cansado?	66,7	33,3	60,0	40,0	53,2	46,8	64,3	35,7	60,0	40,0
¿Tiene cansancio en las piernas?	56,4	73,6	71,3	28,7	72,3	27,7	64,3	37,5	67,8	32,2
¿Tiene deseos de bostezar?	84,6	15,4	65,0	35,0	53,2	46,8	64,3	35,7	66,1	33,9
¿Siente la cabeza aturdida, atontada?	41,0	59,0	42,5	57,5	40,4	59,6	0,0	100,0	38,3	61,7
¿Está somnoliento?	59,0	41,0	35,0	65,0	29,8	70,2	64,3	35,7	41,1	58,9
¿Siente la vista cansada?	74,4	25,6	57,5	42,5	48,9	51,1	64,3	35,7	59,4	40,6
¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos?	15,4	84,6	22,5	77,5	29,8	70,2	0,0	100,0	21,1	78,9
¿Se siente inseguro o poco firme al estar de pie?	5,1	94,9	15,0	85,0	14,9	85,1	0,0	100,0	11,7	88,3
¿Tiene deseos de acostarse?	69,2	30,8	45,0	55,0	31,9	68,1	64,3	35,7	48,3	51,9
Total de respuestas	53,1	46,9	47,4	52,6	43,2	56,8	45,0	55,0	47,3	52,7

Fuente: Instrumento de recolección de datos. **Elaboración propia.**

En la tabla 9, se muestra en análisis de las primeras diez preguntas del cuestionario de Yoshitake, que miden la presencia de síntomas de fatiga de forma general. Al analizar el número total de respuestas positivas (47,3%), este fue menor al número total de respuestas negativas (52,7%), lo que pudiera interpretarse como que, de forma general, en estos trabajadores, no predominan los síntomas generales de fatiga.

Este patrón se repitió en el análisis de las puntuaciones en los enfermeros, auxiliares de enfermería y en el personal administrativo; sin embargo, al analizar las respuestas de los médicos, se obtuvo que predominaron las respuestas positivas (53,1%) sobre las respuestas negativas (46,9%), por lo que pudiera decirse que, los médicos, son los trabajadores que más síntomas generales de fatiga manifestaron en esta investigación. Ver tabla 11.

Tabla 10. Síntomas de fatiga mental según cargo.

	Síntomas de fatiga mental									
	Médicos (%)		Enfermeros (%)		Auxiliares (%)		Administrativos (%)		Total (%)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Siente dificultad para pensar?	28,2	71,8	17,5	82,5	14,9	85,1	0,0	100,0	17,8	82,2
¿Está cansado de hablar?	30,8	69,2	20,0	80,0	21,3	78,7	0,0	100,0	21,1	78,9
¿Está nervioso?	15,4	84,6	23,8	76,3	25,5	74,5	0,0	100,0	20,6	79,4
¿Se siente incapaz de fijar la atención?	0,0	100,0	7,5	92,5	10,6	89,4	0,0	100,0	6,1	93,9
¿Se siente incapaz de ponerle atención a las cosas?	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0
¿Se le olvidan fácilmente las cosas?	10,3	89,7	18,8	81,3	21,3	78,7	21,4	78,6	18,8	82,2
¿Le falta confianza en sí mismo?	12,8	87,2	13,8	86,3	8,5	91,5	0,0	100,0	11,1	88,9
¿Se siente ansioso?	23,1	76,9	28,7	71,3	25,5	74,5	21,4	78,6	26,7	73,9
¿Le cuesta trabajo mantener el cuerpo en buena postura?	84,6	15,4	76,3	23,8	70,2	29,8	14,3	85,7	71,7	28,3
¿Se le agotó la paciencia?	38,5	61,5	21,3	78,8	19,1	80,9	35,7	64,3	25,6	74,4
Total de respuestas	24,4	75,6	22,8	77,2	21,7	78,3	9,3	90,7	21,8	78,2

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Elaboración propia.

En la tabla 10 se muestra la presencia de síntomas de fatiga mental en los trabajadores, según su cargo. Se observa que los administrativos, fueron los que menos respuestas positivas dieron a los síntomas de fatiga mental (9,3%); entre estos trabajadores, no se reportaron síntomas de fatiga mental, cansancio al hablar, nerviosismo, dificultades para mantener la atención o relacionadas con la autoconfianza.

Los trabajadores que más respuestas positivas dieron en relación con la fatiga mental, fueron los médicos (24,4%). Entre estos trabajadores, el síntoma más frecuente fue la dificultad para mantener la postura correcta (84,6%) y dificultad para mantener la paciencia durante la atención a los pacientes (38,5%). El 28,2% de los médicos mencionó que tenía dificultad para pensar y, el 23,1% refirió sentirse ansioso, mientras que los síntomas de que reflejan dificultad para mantener la atención, no estuvieron presentes entre estos profesionales.

Entre los enfermeros, el porcentaje de respuestas positivas totales fue 22,8%, siendo el síntoma más frecuente, la dificultad para mantener una buena postura (76,3%) y los síntomas de ansiedad (28,7%).

Entre los auxiliares de enfermería, el porcentaje de respuestas positivas fue 21,7%, siendo la dificultad para mantener la postura correcta el más frecuente (70,2%), seguida por la ansiedad y el nerviosismo (25,5%).

Tabla 11. Síntomas de fatiga física según cargo.

	Síntomas de fatiga física									
	Médicos (%)		Enfermeros (%)		Auxiliares (%)		Administrativos (%)		Total (%)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Tiene dolor de cabeza?	61,5	38,3	50,0	50,0	40,4	59,6	21,4	78,6	47,8	52,2
¿Siente los hombros entumecidos?	30,8	69,2	38,8	61,3	36,2	63,8	28,6	71,4	35,6	64,4
¿Tiene dolor de espalda?	38,5	61,5	62,5	37,5	44,7	55,3	42,9	57,1	51,1	48,9
¿Siente opresión al respirar?	25,6	74,4	16,3	83,8	8,5	91,5	0,0	100,0	15,0	85,0
¿Tiene sed?	28,2	71,8	56,3	43,8	70,2	29,8	85,7	14,3	56,1	43,9
¿Tiene la voz ronca?	20,5	79,5	13,8	86,3	8,5	91,5	7,4	92,6	13,3	86,7
¿Se siente mareado?	20,5	79,5	26,3	73,8	21,3	78,7	57,1	42,9	26,1	73,9
¿Le tiemblan los párpados?	2,6	97,4	23,8	76,3	25,5	74,5	0,0	100,0	17,8	82,2
¿Tiene temblor en las piernas o en los brazos?	7,7	92,3	12,5	87,5	8,5	91,5	0,0	100,0	9,4	90,6
¿Se siente mal?	28,2	71,8	45,0	55,0	48,9	51,1	0,0	100,0	38,9	61,1
Total de respuestas	26,7	73,6	34,5	65,5	31,3	68,7	24,3	78,6	31,1	68,9

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Elaboración propia.

En la tabla 11 se analizan los síntomas de fatiga física en estos trabajadores. Se observa que, el mayor porcentaje de síntomas de fatiga física lo manifestaron los enfermeros (34,5%), seguido por los auxiliares de enfermería (31,3%).

Entre los enfermeros, el síntoma con mayor frecuencia fue el dolor de espalda (62,5%), seguido por la sed (53,3%) y el dolor de cabeza (50%).

Entre los auxiliares de enfermería, el síntoma más frecuente de fatiga física fue la sed (70,2%), estos trabajadores fueron los que más sed tuvieron, al analizar la totalidad de los trabajadores. El segundo síntoma más frecuente entre los auxiliares de enfermería, fue el sentirse mal (48,9%), y el dolor de espalda (44,7%).

Entre los médicos, los síntomas de cansancio físico estuvieron presentes en el 26,7% de los casos, siendo la queja más frecuente el dolor de cabeza (61,5%) y el dolor de espalda (38,5%).

El grupo de trabajadores con menos síntomas de fatiga física fue el de los administrativos (24,3%). Dentro de estos, la queja más frecuente fue la sed (85,7%) y sentirse mareado (57,1%).

Tabla 12. Asociación entre fatiga y tipo de maltrato

Tipo de agresión	PRESENCIA DE FATIGA							
	Hombres				Mujeres			
	Porcentaje (%)				Porcentaje (%)			
	Sí	No	X^2	p	Sí	No	X^2	p
Verbal	80,0	78,6	1,09	0,577	87,5	91,3	0,596	0,742
Física y verbal	14,5	21,4	1,214	0,432	10,2	8,7	0,594	0,725
Ninguno	5,5	6,7	1,099	0,451	2,3	0,0	0,590	0,720
Total	78,3	21,7			79,3	20,7		

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Elaboración propia.

En la tabla 14 se analiza la relación entre fatiga y el tipo de agresión que sufrieron los trabajadores, se obtuvo que, entre las mujeres, la fatiga estuvo presente en el 79,3% de los casos (n=88), de las cuales, el 87,5% había sufrido agresiones verbales (n=77) y el 10,2% (n=9) había sufrido agresiones físicas y verbales; sin embargo, en dos de los casos de fatiga, no se había producido ningún tipo de agresiones. No se estableció significación estadística para la asociación entre el tipo de agresión y la fatiga en las mujeres que participaron en esta investigación ($p < 0,05$).

En cuanto a los hombres, la fatiga se constató en el 78,3% de los casos (n=54); de los cuales, el 80% (n=44) había sido víctima de agresiones verbales, el 14,5% sufrió agresiones físicas y verbales. Tampoco se estableció una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de agresiones y la fatiga entre los trabajadores de género masculino ($p < 0,05$).

CAPÍTULO V: PROPUESTA

5.1 Análisis de la situación actual

En esta investigación se utilizó para el análisis de la fatiga laboral, el cuestionario de Yositate (1971), quien consideró que, deben tenerse en cuenta los síntomas subjetivos de cada trabajador, debido a que, la fatiga laboral, se traduce esencialmente en las actitudes, orientaciones y la adaptación de los trabajadores a los requerimientos de su empresa o centro de trabajo.

Al aplicar estos instrumentos se obtuvo una alta prevalencia de exposición a agresiones, de forma tal que solamente el 2,8% de los trabajadores analizados no habían sufrido ningún tipo de agresión. Se obtuvo además que los niveles de fatiga laboral son muy elevados, tanto la fatiga física como la mental, con una afectación importante entre los médicos y enfermeras, lo que indica que, ambas situaciones: la exposición a agresiones y el grado de fatiga laboral, deben ser modificados.

Para este autor, los síntomas subjetivos de fatiga se relacionan con cualquier sentimiento de malestar o disconfort experimentado por los trabajadores; de forma que, describió una correlación elevada entre las quejas de fatiga y el sentimiento real de fatiga; de forma que, los trabajadores que más se quejan por sentirse fatigados, son los que más fatiga experimentan (Yoshitake, 1971).

Según el creador del instrumento utilizado en esta investigación, los síntomas de fatiga entre los trabajadores, se manifiestan en tres patrones fundamentales; en primer lugar: la somnolencia y el embotamiento, que predominan tanto entre los trabajadores con muchos síntomas como entre los que manifestaban pocos síntomas de fatiga y no es característico de ningún tipo particular de trabajo (Yoshitake, 1978).

En segundo, la incapacidad para concentrarse es más frecuente entre aquellos trabajadores que manifestaron muchos síntomas y es característico del trabajo intelectual, especialmente después de horarios nocturnos. El tercer patrón de síntomas de fatiga laboral, predominan las quejas por incomodidad física, que es predominante entre los trabajadores que se dedican a tareas con gran demanda física (Yoshitake, 1978).

La fatiga es un fenómeno normal que es el resultado de actividades físicas y mentales o estrés emocional. El grado de fatiga depende de los factores ambientales y personales. Recientemente, se ha prestado mucha atención a la fatiga debido a sus consecuencias no deseadas en las personas y su desempeño. La fatiga puede desarrollarse en un período de trabajo específico y hacer que el individuo sea incapaz y reacio a realizar trabajos físicos y mentales. Cuando existe fatiga, las funciones del individuo se ralentizarán, los trabajos se realizarán más lentamente y el rendimiento se reducirá en gran medida.

Muchos empleados experimentan fatiga relacionada con el trabajo en la actualidad, se estima que la fatiga afecta al 22% de los trabajadores. Su manifestación más extrema, el "agotamiento" es, al menos en parte, el resultado del estrés prolongado relacionado con el trabajo, como resultado de la carga de trabajo excesiva, la presión del tiempo o el cambio organizacional (De Vries, van Hooff, Guerts, & Kompier, 2017).

Las consecuencias negativas para los empleados incluyen deterioro del funcionamiento cognitivo, reducción de la productividad en el trabajo y problemas de salud como depresión y enfermedades cardiovasculares. Estas consecuencias

negativas han provocado llamamientos para intervenciones efectivas para reducir la fatiga relacionada con el trabajo (Potter et al., 2010).

Entre los resultados negativos de la fatiga laboral, se destacan las tasas más altas de error humano, accidentes, daños a la memoria, razonamiento y capacidad de toma de decisiones, mayor riesgo de ansiedad, depresión, problemas mentales, ausencia del trabajo e incapacidades. La fatiga relacionada con el trabajo es de gran importancia para preservar una buena relación entre el personal sanitario y los pacientes y, garantizar la satisfacción y seguridad de los pacientes en el sistema de servicios médicos y de salud (Hunsaker, Chen, Maughan, & Heaston, 2015).

En general, la fatiga y el estrés proporcionados por el ambiente clínico de atención médica están correlacionados. El efecto del estrés laboral en la salud mental, como la ansiedad, la depresión y la satisfacción laboral en el personal sanitario, la fatiga puede causar un comportamiento inadecuado, ausentismo laboral, indiferencia hacia los pacientes, disminución de la confianza en sí mismo, una reducción de la satisfacción laboral, incluso, abandono del trabajo (Zhang, Zhang, Han, Li, & Wang, 2018).

En el personal de la salud, la presencia de fatiga puede relacionarse con el cometimiento de errores en el atención a los pacientes, que pueden dar lugar a eventos adversos, en ocasiones graves y; con las consecuencias que puede traer esto para la salud del trabajador. Independientemente de la fatiga, los trabajadores de la salud deben mantener un nivel elevado de alerta y vigilancia para garantizar que se brinde atención médica segura y de calidad.

En la actualidad, abundan las investigaciones sobre los efectos de la fatiga de los trabajadores de la salud, ya que se presenta como un problema de seguridad

del paciente y de salud de los empleados. Hay un aumento en la conciencia de que la fatiga perjudica el rendimiento, y los estudios han demostrado que 17 horas de vigilia sostenida es equivalente a un nivel de alcohol en la sangre de 0,05% y que después de 24 horas, es equivalente a 0,10% (Geiger & Trinkoff, 2010) .

Los trabajadores de la salud experimentan fatiga por una variedad de razones, pero las dos causas principales de fatiga son la interrupción del sueño del ritmo circadiano y la privación del sueño. La naturaleza del trabajo sanitario es tal que el personal trabajará durante la noche y durante turnos prolongados, como turnos de 12 horas y horas extras. Estas condiciones van en contra de la necesidad de descanso del cuerpo y pueden provocar que el trabajador se sienta fatigado en el trabajo (Dubeck, 2014).

En estudios realizados con enfermeras, se demostró que trabajar un turno de trabajo de 12 horas o trabajar horas extras se asocia con dificultades para mantenerse despierto mientras está de servicio, reduce los tiempos de sueño y casi triplica el riesgo de cometer un error, con las elevaciones más significativas en el riesgo de cometer un error cuando las enfermeras trabajaban 12.5 horas o más (Rogers, 2008).

Además, el deterioro cognitivo relacionado con la fatiga se ha relacionado con eventos adversos y errores en la atención, al igual que trabajar más de 40 horas por semana o trabajar horas extras voluntarias remuneradas (Ho et al., 2013).

Los sentimientos de fatiga, cansancio, falta de sueño, enfermedad y malestar general entre el personal se informaron como factores contribuyentes a los errores. Además de las largas horas de trabajo, el agotamiento físico también puede ser

causado por la falta de descansos para comer y / o beber (Somville, De Gucht, & Maes, 2016).

Los datos sobre los efectos de las horas de trabajo extendidas como riesgo para la seguridad del paciente no estaban disponibles cuando los hospitales comenzaron a utilizar turnos de 12 horas. Muchos hospitales han adoptado turnos de 12 horas como norma, y es una opción similar con el personal de enfermería que elige limitar la cantidad de días que trabajan dentro de una semana (Tang, Liu, Fang, Xiang, & Min, 2019).

Existe mucha discusión sobre si la fatiga contribuye a los errores humanos asociados con los eventos adversos del paciente. En la actualidad se acepta que un trabajador fatigado tiende a cometer más errores. Los datos del evento centinela publicados en septiembre de 2013 enumeran los "factores humanos", incluida la fatiga, como la causa subyacente más frecuentemente identificada de un evento centinela, y ahora se recomienda que la fatiga se considere y evalúe como un factor contribuyente en el análisis de la causa de los errores y eventos adversos.

La fatiga laboral y sus formas de manifestarse pueden dar lugar, aunque no se forma exclusiva, a que el personal de la salud sea víctima de agresiones y violencia durante su jornada laboral. En esta investigación, la prevalencia de agresiones fue de 97,2% y, los niveles de fatiga fueron también elevados entre los trabajadores, sin embargo, no se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre fatiga y agresiones en esta serie de casos.

Además, la sobreexposición repetitiva a otros riesgos laborales como los riesgos físicos, la violencia y las situaciones que aumentan el riesgo de fatiga,

también pueden tener importantes consecuencias para la salud y el bienestar en los médicos de urgencias (Ayranci, 2005; Chepenik & Mallory, 2013).

Si bien el Departamento de Emergencias a menudo se considera un microcosmos de la comunidad, y generalmente experimenta problemas como la violencia un poco antes en la línea de tiempo que otras unidades de pacientes hospitalizados dado su primer estado de contacto, la violencia en el lugar de trabajo también es un problema en muchas otras unidades hospitalarias. Los estudios de los departamentos de emergencias en los Estados Unidos y otros países han documentado claramente que los trabajadores de salud, dentro de los cuales las enfermeras tienen preponderancia, están en riesgo de recibir agresiones y violencia en el trabajo (Magnavita, 2011).

Los factores precipitantes para el riesgo de violencia incluyeron el estado como paciente de salud conductual; pacientes que estaban bajo la influencia de drogas o alcohol; apiñamiento; y alto volumen de pacientes y tiempos de espera prolongados (Fujita et al., 2012).

Mientras que 4 de cada 5 incidentes de violencia ocurren en el servicio de urgencias, otras áreas de alto estrés y, por lo tanto, alta incidencia de violencia, notadas en la literatura fueron el área de perinatología, salón de partos, las unidades de salud maternoinfantil y los entornos psiquiátricos.

Hay muchas maneras de controlar el riesgo de violencia relacionada con el trabajo, sin embargo, algunas medidas son más efectivas que otras. Las medidas de control de riesgos deben seleccionarse sobre la base de la protección más alta y la mayor confiabilidad.

Las medidas de control más efectivas eliminan el peligro y el riesgo asociado, por ejemplo, eliminando el manejo de efectivo en un estacionamiento público mediante la introducción de un sistema de pago electrónico (Workplace Health and Safety Queensland, 2014).

Si no es razonablemente posible eliminar el peligro, el riesgo debe minimizarse mediante la implementación de una gama de medidas de control, por ejemplo, en un banco, use controles de ingeniería, como barreras anti-salto, CCTV y otras medidas de seguridad, también como controles administrativos, como los procedimientos de manejo de efectivo (Arnetz et al., 2017).

Los controles administrativos están diseñados para minimizar la exposición a un peligro: dependen del comportamiento humano, están expuestos al error y son la forma menos efectiva de minimizar los riesgos. Las medidas de control deben eliminar o minimizar el riesgo, y no deben introducir un nuevo peligro.

La violencia contra el personal de la salud se asocia con un mayor estrés, consumo de alcohol y riesgo de desarrollar problemas de salud mental, como depresión, ansiedad e ideas suicidas. También puede resultar en ausencias, problemas físicos, consumo de sustancias, o negarse a trabajar en áreas de alto riesgo y comprometer la atención del paciente (Miedema et al., 2012).

Existe consenso en la literatura del predominio de estrés y fatiga en relación a la violencia y el riesgo laboral, entre el personal de emergencias y paramédicos, se ha descrito además que las repercusiones de los eventos violentos en el trabajo, son mayores en los médicos de emergencia que en otros médicos e incluso en las enfermeras de emergencia (Edward et al., 2016).

Una de las razones de esto puede ser una diferencia en la exposición a eventos traumáticos y riesgos laborales. Es bien sabido que la exposición a eventos traumáticos y / o riesgos laborales puede tener una amplia gama de consecuencias psicológicas como pesadillas, pensamientos recurrentes, recuerdos retrospectivos, problemas para dormir, irritabilidad, depresión, falta de interés en la vida diaria, ira, pérdida de concentración, inquietud, fatiga y niveles clínicos de depresión (Pajonk, Cransac, Müller, Teichmann, & Meyer, 2012).

Sin embargo, en esta investigación, se obtuvo que la repercusión en el bienestar en el trabajo de los profesionales víctimas de agresiones, fue baja. De cierta forma, ven las agresiones como algo normal e inherente a su trabajo y, lastimosamente existe un consenso no establecido, de que los trabajadores de la salud son agredidos durante su jornada laboral, lo que se manifiesta también en la reticencia manifiesta para hacer las denuncias, ya que dan por sentado que no habrá una respuesta adecuada por parte de las autoridades del hospital o la policía.

Se han realizado investigaciones en las que hasta las tres cuartas partes de los profesionales que tuvieron un encuentro abusivo en el mes anterior no buscaron ayuda, y el 64% no informó el incidente. Más de la mitad no conocía ninguna política para protegerlos. Debido a que algunos de los perpetradores tienen psicosis, problemas de adicción o demencia, los médicos pueden ver la violencia como parte de la condición médica del paciente, es entonces cuando la violencia se convierte en parte del trabajo (Miedema et al., 2010).

La falta de apoyo social adecuado puede contribuir al agravamiento y la persistencia de estas consecuencias. Estas consecuencias del estrés también pueden reducir la satisfacción laboral y el compromiso, el absentismo y la rotación del

personal de atención de emergencia e influir negativamente en la calidad de la atención. Esto también se manifestó en esta investigación, en la que se constató que los profesionales que percibían menos apoyo de sus colegas, sufrían de mayores alteraciones en el bienestar en el trabajo que los que percibían mayor apoyo durante la agresión.

Algunos estudios han encontrado que el apoyo social está relacionado negativamente con el estrés laboral y la insatisfacción laboral de los trabajadores de la salud. Los estudios también han informado que el apoyo social puede amortiguar los efectos de la violencia en los resultados relacionados con la salud y el trabajo. Por lo tanto, el apoyo social puede reducir el estrés y otras consecuencias adversas experimentadas por los trabajadores que han estado expuestos a la violencia en el lugar de trabajo (Morphet, Griffiths, Beattie, Velasquez Reyes, & Innes, 2018; Zhao et al., 2015).

5.2 Justificación de la propuesta

Esta propuesta debe ejecutarse porque, en este trabajo se obtuvo que hasta el 97,2% de los trabajadores habían sido víctimas de agresiones en su trabajo por parte de pacientes o acompañantes; además, porque pudo constatarse que los síntomas de fatiga general, afectaron al 47,3% de los trabajadores, y, aunque en menor medida (31,1%), también se obtuvieron síntomas de fatiga física y mental

Esta propuesta está enfocada en dos problemas muy importantes en el mundo laboral, para los trabajadores de la salud, que aunque no se relacionaron de forma significativa en esta investigación, es necesario abordarlos como parte de los programas de seguridad y salud ocupacional. Estos problemas son la violencia en el trabajo y la fatiga laboral.

Los trabajadores en hospitales, hogares de ancianos y otros entornos de atención médica enfrentan riesgos significativos de violencia en el lugar de trabajo, lo que puede referirse a cualquier agresión física o verbal hacia una persona en un entorno laboral. Las manifestaciones de violencia en el trabajo, puede manifestarse de múltiples maneras, sin embargo, aun en su grado más leve, puede causar una seria afectación al bienestar del trabajador, con obvias implicaciones en su rendimiento y en la calidad de su desempeño.

La importancia de prevenir la violencia en los centros de salud, radica en que, esta puede presentarse de diferentes maneras y tiene diferentes orígenes, como amenazas verbales o ataques físicos por parte de pacientes, riñas callejeras que se extienden hasta el departamento de emergencias, un familiar angustiado que puede ser abusivo o incluso convertirse en un tirador activo, una disputa doméstica que se extiende al lugar de trabajo, a la intimidación de compañeros de trabajo y mucho más; es por esto que se hace necesario establecer acciones que contribuyen a educar al trabajador, para que sea capaz de identificar las posibles situaciones riesgosas y sepa cómo actuar de forma segura ante este riesgo.

Para los trabajadores de la salud, el riesgo de sufrir violencia se incrementa porque, trabajan directamente con personas que tienen antecedentes de violencia o que pueden estar con alteraciones de la conciencia, bajo el efecto de drogas o alcohol, o experimentando ansiedad por ver a su familiar en estado delicado. Igualmente, se ha mencionado que este riesgo aumenta durante los fines de semana o festivos, en el horario de mayor demanda de atención, que suele ser en horas de la tarde y noche (Rosenthal, Byerly, Taylor, & Martinovich, 2018).

Es por esto que es preciso realizar esta propuesta, que le permitirá al trabajador tener conocimientos y herramientas para identificar el riesgo y saber qué hacer en caso de ser agredido durante su jornada laboral, ya que, según pudo constatarse en el trabajo de campo, las agresiones tienen una prevalencia muy elevada (97,2%) y, no existe un mecanismo o protocolo establecido para que el profesional pueda enfrentar esto de forma segura.

La capacitación es una de las estrategias que se proponen en este trabajo como una estrategia importante contra la violencia. Se espera que esto tenga un efecto protector, ya que, pueden ser más propensos a intervenir durante eventos violentos, mientras que sus contrapartes sin capacitación pueden ser más pasivos. Se espera también que después de poner en práctica esta propuesta, mejoren las habilidades de resolución de problemas y de coordinación de los trabajadores, ayudándoles a predecir los factores de riesgo de violencia y aumentando su conocimiento sobre cómo evitar situaciones que son potencialmente peligrosas.

Por estas razones, es necesaria la implementación de varias acciones encaminadas a mejorar la seguridad de los trabajadores médicos, enfermeras y administrativos del Hospital Carlos Andrade Marín. Se pondrá a consideración de las autoridades una lista de acciones y una serie de capacitaciones periódicas, donde se le dará al trabajador la información necesaria sobre las agresiones en el lugar de trabajo y, la forma de actuar ante estas agresiones.

Con esta propuesta se pretende además fomentar la cultura de seguridad en este hospital, y cambiar la mentalidad muy arraigada entre estos trabajadores, de que las agresiones forman parte de su profesión. Por tanto, es necesario hacerles saber que no es solamente estar preparados y enfrentarlo de la mejor manera, sino

que es imprescindible denunciar y, la administración del hospital es responsable de ofrecer una respuesta y acompañamiento al trabajador en estas circunstancias.

Por otra parte, se obtuvieron en esta investigación niveles elevados de fatiga laboral, especialmente en su forma general y física. Los trabajadores más afectados fueron los médicos y las enfermeras. Es por esto que se hace necesario, establecer acciones para prevenir la fatiga en los trabajadores.

Se proponen una serie de ejercicios para la prevención del dolor de espalda y el dolor cervical, que fueron quejas frecuentes entre estos trabajadores; además, se pretende implementar las pausas activas, durante la jornada laboral y al terminar estas.

El ejercicio puede ayudar a los empleados a separarse psicológicamente del trabajo y, de esta manera, evitar respuestas de estrés prolongadas que pueden provocar fatiga duradera. Además, el aumento de la condición física puede promover la resistencia al estrés a través de una recuperación más rápida del estrés, reduciendo así el riesgo de fatiga persistente.

Cada vez hay más pruebas de que la actividad física es un remedio eficaz contra los problemas de salud mental. Como una proporción sustancial de los problemas de salud mental está relacionada con el trabajo, es valioso examinar el potencial de la actividad física para reducir tales problemas.

Con la implementación de esta propuesta, se contribuirá a fortalecer los programas de seguridad y salud ocupacional del Hospital Carlos Andrade Marín, que es una institución de salud de referencia en el país, en el que, existe una gran demanda de atenciones médicas y por tanto, la carga de trabajo es elevada.

Se espera que esta propuesta contribuya también a mejorar el bienestar de los trabajadores y su rendimiento, que disminuyan los niveles de fatiga y de agresiones en el trabajo, que tanto ponen en riesgo su salud física y mental y, de forma indirecta, la seguridad de los pacientes.

5.3 Descripción de la propuesta

Se diseñó una propuesta de mejora, para prevenir la fatiga laboral y la violencia en el lugar de trabajo. Está conformada por dos estrategias de prevención, la primera, encaminada a la violencia laboral y la segunda, a la reducción de los niveles de fatiga en los trabajadores de esta institución de salud.

5.3.1 Objetivos de la propuesta

- Crear una lista de acciones para prevenir la violencia en el trabajo, durante la consulta médica.
- Proponer un programa de capacitación continua sobre la violencia en el trabajo, destinada a trabajadores sanitarios y administrativos, para que puedan saber cómo actuar frente a una agresión.
- Crear una delegación para recepción de quejas/ denuncias / novedades sobre agresiones por parte de usuarios a personal de salud en el área de urgencias; el mismo que deberá ser imparcial, realizar el seguimiento y verificar que los usuarios agredidos reciban apoyo psicológico en caso de ser necesario.
- Introducir las pausas activas, en el horario de trabajo, para prevenir la fatiga laboral.
- Establecer un programa de ejercicios físicos para la prevención del dolor de espalda, que fue una de las quejas más frecuentes entre enfermeras y auxiliares de enfermería, con la finalidad de disminuir la fatiga y mejorar la atención a los pacientes.

5.3.2 Contenido de la propuesta

FASE I: “PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO”.

- ✚ **Responsable:** Médico ocupacional. Responsable de seguridad y salud ocupacional del Hospital. Psicólogo organizacional.
- ✚ **Fecha de inicio:** enero de 2020.
- ✚ **Duración:** permanente.
- ✚ **Frecuencia de las capacitaciones:** mensual.
- ✚ **Duración:** 30 minutos.
- ✚ **Recursos:** material de oficina, sala de conferencias, medios de apoyo audiovisual.
- ✚ **Estrategia:** Para la prevención de la violencia en el trabajo, se diseñó una lista de acciones, que se debe socializar con todo el personal médico y de enfermería, como una forma de garantizar su seguridad durante la atención a los pacientes. Esta lista de acciones está conformada por tres momentos importantes en la atención médica, el antes, durante y después de la consulta. Se publicará en todas las áreas del hospital, material informativo con esta lista de acciones de prevención de la violencia laboral (cuadro 2), antes, durante y después de la interacción con los pacientes. Además de esta lista de acciones, se propone establecer un programa de capacitación continua a todo el personal sanitario y administrativo, que deberá programarse con una frecuencia mensual, en el que se aborden temas como:
 - ✓ Factores de riesgo, clínicos y no clínicos, de violencia en los lugares de trabajo sanitarios.
 - ✓ Identificación de signos de que el riesgo está aumentando y puede ocurrir violencia.

- ✓ Estrategias para mejorar la comunicación y reducir el riesgo.
- ✓ Factores que pueden ayudar a prevenir la violencia en los lugares de trabajo.
- ✓ Las políticas de su lugar de trabajo en torno a la violencia y la agresión.
- ✓ ¿Qué hacer en caso de emergencia y después de que ocurra un incidente?
- ✓ Reafirmar que el personal tiene derecho a sentirse seguro y retirarse en cualquier momento.

Cuadro 2. Lista de acciones para la prevención de agresiones en la consulta médica

MOMENTO	ACCIONES
Antes de la consulta	<p><u>En el área de consulta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que existe una vía de salida segura y expedita. • Evitar bloqueos físicos en la puerta de salida de emergencias (sillas, mesas, equipamiento médico, personas esperando). • Crear las condiciones para poder solicitar ayuda en caso de emergencias (botón de pánico u otro sistema de alarma). • Verificar que no hayan objetos cerca de los pacientes o sus familiares que puedan convertirse en potenciales armas de agresión (objetos filosos, cortopunzantes, objetos pesados).

	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de realizar la consulta en compañía de un enfermero o auxiliar, sin violentar el principio de la confidencialidad, siempre que el paciente lo permita. • Considerar si se trata de un paciente con antecedentes conocidos de violencia, o con claros signos de agitación o de intoxicación etílica o por drogas, en este caso, solicitar la presencia de un agente de seguridad.
<p>Durante la consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar si existen signos de agitación o violencia evidentes, como amenazas veladas o abiertas, gestos violentos o comunicación interpersonal intensa (por ejemplo, mirar fijamente, gritar), aumento de la agitación psicomotora, como agitación o inquietud anormales. • Analizar si es seguro utilizar técnicas de persuasión: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Mantener la calma, permitir el silencio, usar preguntas reflexivas conduce a una disminución de la agitación? ✓ ¿El paciente o sus familiares quiere resolver el problema con usted? • Si la agitación continúa aumentando:

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Puede informarse con seguridad que está finalizando la consulta? ✓ ¿Necesita llamar para solicitar asistencia o tomar un breve descanso para obtener ayuda?
<p>Después de terminada la consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar si ha abandonado el paciente, o sus familiares las instalaciones de forma segura. • Identificar si este paciente representa un riesgo para otros pacientes o para el resto del personal. • <u>Notificación de riesgos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentar adecuadamente lo que ocurrió y colocar una alerta en el archivo del paciente, según corresponda (AS400) ✓ Determinar si este un evento único o una repetición de incidentes anteriores para este individuo. ✓ Realizar la notificación a la comisión creada para estos fines, agentes de la policía o de seguridad dentro de la institución; según amerite el caso.

Elaboración propia.

Teniendo en cuenta que el entorno físico de trabajo puede afectar la probabilidad de incidentes violentos y la facilidad con la que las personas pueden responder. Se deben utilizar múltiples medidas de control, por esto; además de estas acciones que están destinadas al personal médico, se creó una lista de chequeos para

el personal de seguridad y administrativo del hospital, que será discutida con todos los agentes de seguridad del hospital, comenzando por los del departamento de emergencias. Esta lista está en el cuadro 3.

Cuadro 3. Lista de chequeos. Prevención de violencia laboral.

LISTA DE CHEQUEOS DEL PERSONAL DE SEGURIDAD
<ul style="list-style-type: none">• Asegúrese de que el edificio sea seguro, mantenido y adecuado para su propósito.• Separar a los trabajadores del público cuando sea posible, por ejemplo con barreras protectoras o pantallas.• Controlar el acceso a las instalaciones y áreas vulnerables.• Evitar el acceso público a las instalaciones cuando las personas trabajan solas o de noche.• Asegúrese de que los trabajadores puedan ver quién ingresa a las instalaciones y que puedan restringir el acceso si es necesario.• Ajuste los sistemas de comunicación y alarma y asegúrese de que se mantengan y prueben regularmente.• Limite la cantidad de efectivo, objetos de valor y medicamentos que se encuentran en el área de urgencias.• Almacene efectivo, objetos de valor y medicamentos de forma segura.• Evitar el acceso a implementos u objetos peligrosos que podrían arrojarse o usarse para dañar a alguien.• Use iluminación interna y externa para mejorar la visibilidad.

- Proporcione un retiro seguro para los trabajadores y otras personas para que puedan evitar situaciones violentas.
- Arregle muebles y particiones para permitir una buena visibilidad de las áreas de servicio y evitar movimientos restrictivos.
- Utilice la señalización adecuada para dirigir clientes y visitantes.

Fuente: Workplace Health and Safety Queensland (2014). Preventing and responding to work-related violence; p. 26-31. Disponible en: https://www.worksafe.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/82648/preventing-respond-work-violence.pdf

Elaboración propia.

Fase II: “NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO FRENTE A ACTOS VIOLENTOS”

- ✚ **Responsable:** Médico ocupacional. Responsable de seguridad y salud ocupacional del Hospital. Trabajadora social. Jefatura de Urgencias Adultos y Derivaciones HECAM
- ✚ **Fecha de inicio:** enero de 2020.
- ✚ **Duración:** permanente.
- ✚ **Duración:** 3 sesiones de 30 minutos cada una, en las que se definirá integrantes, responsables de una comisión ati violencia a personal médico; así como acciones como parte de un protocolo de manejo en caso de actos violentos hacia el personal médico del área de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín.
- ✚ **Recursos:** material de oficina, sala de conferencias, medios de apoyo audiovisual.
- ✚ **Estrategia:** Para la prevención y manejo de actos violentos por parte de usuarios al personal médico se cree conveniente la creación de una comisión que recepte los casos de violencia, los investigue y haga un seguimiento de los casos y mas de aquellos que requieren apoyo psicológico. Esta comisión será bipartita con dos observadores que no tendrá voz ni voto en las reuniones pero cuyo objetivo será el de asegurarse que la investigación del caso se de en los mejores términos de imparcialidad y verificando que todos los casos tengan un seguimiento acorde y que la investigación finalice una vez que se haya dado por cerrado el mismo.

Los integrantes de la comisión anti violencia en el área de urgencias se conformarán por 6 personas (3 por parte de los trabajadores y 3 por parte de las autoridades; cada

uno de ellos escogidos por mayoría dentro de su grupo); distribuidos de la siguiente manera:

- ✓ Un principal
- ✓ Un vocal principal.
- ✓ Un secundario
- ✓ Un vocal secundario
- ✓ 2 integrantes
- ✓ 2 observadores.





Los observadores serán asignados de las áreas de Auditoría Médica y Jurídico según criterio de las autoridades.




Fase III: “PREVENCIÓN DE FATIGA LABORAL”

- ✚ **Responsable:** Médico ocupacional. Responsable de seguridad y salud ocupacional del Hospital. Trabajadora social.
- ✚ **Fecha de inicio:** enero de 2020.
- ✚ **Duración:** permanente.
- ✚ **Duración:** 5 minutos cada tres horas de trabajo. 30 minutos los días sábados, domingos y feriados.
- ✚ **Recursos:** material de oficina, sala de conferencias, medios de apoyo audiovisual.
- ✚ **Estrategia:** Para la prevención de la fatiga laboral, se establecerá la realización de pausas activas, durante 5 minutos, cada tres horas de trabajo y al finalizar la jornada. En un primer momento, se capacitará al personal sobre la importancia de realizar estas pausas, y la forma correcta de hacerlo. Además, se situará en áreas comunes del hospital, un *poster* que ilustre la

forma correcta de realizar estas pausas. La institución deberá garantizar el acceso a agua potable, en todas las áreas de trabajo, además de una buena iluminación, y control del ruido. Se ofrecerá al personal, la forma correcta de levantar pesos y movilizar a los pacientes, así como el calzado y la ropa adecuada para el trabajo de pie, y en guardias nocturnas. Se realizará además una valoración ergonómica de los puestos de trabajo, especialmente en el personal administrativo, que permanece sentado la mayor parte de la jornada.

Cuadro 4. Pausas activas para la prevención de la fatiga laboral

PAUSAS ACTIVAS DURANTE EL TRABAJO	
<p><u>Ejercicio 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De pie, subir los brazos, por encima de la cabeza, con las manos unidas, haciendo presión hacia arriba. • Duración: 10-15 segundos. 	
<p><u>Ejercicio 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentado, con las piernas cruzadas al frente, girar el tronco poniendo el brazo por encima de la silla. • Duración: 8-10 segundos por cada lado. 	
<p><u>Ejercicio 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De pie, con las piernas abiertas a la misma distancia de los hombros, subir el brazo y flexionar, intentando tocar la espalda por encima de la cabeza. Puede ayudarse con el otro brazo. • Duración: 8-10 segundos con cada brazo. 	
<p><u>Ejercicio 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentado, sin recostar la espalda a la silla, con la espalda recta, las manos en la región lumbar, hacer presión. 	

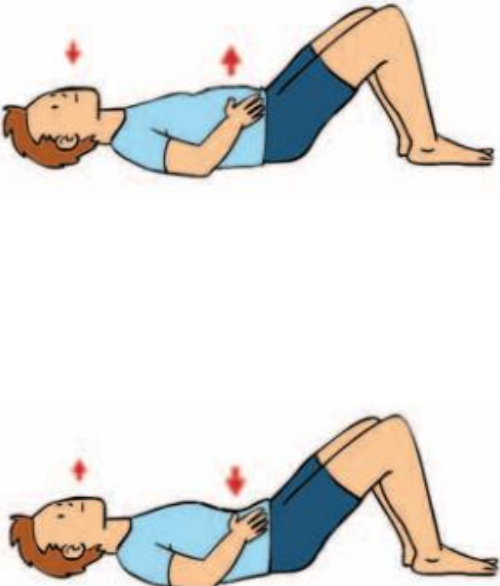

<ul style="list-style-type: none"> • Duración: 10-15 segundos, repetir dos veces. 	
<p><u>Ejercicio 5:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De pie, elevar los hombros al unísono. • Duración: 3-5 segundos. Repetir nueve veces. 	
<p><u>Ejercicio 6:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentado, con la espalda recta, completamente apoyada en el respaldo de la silla, elevar de forma alternante los brazos, en forma recta, como si fuera a tocar el techo y mantener. • Duración: 8-10 segundos con cada brazo. 	
<p><u>Ejercicio 7:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De pie, con los brazos al lado del cuerpo, hacer semicírculos amplios, con cada brazo, de forma alternante. • Duración: 10-12 segundos. Repetir nueve veces con cada brazo. 	


Imágenes tomadas de: Lemos (2018). Pausas activas: ejercicios en el trabajo. Disponible en: <https://mejorconsalud.com/pausas-activas-ejercicios-trabajo/>
Elaboración propia.

Teniendo en cuenta que las mayores dificultades identificadas en el análisis de los síntomas de fatiga se relacionaron con dificultad para mantener la postura correcta y el dolor de espalda. Se propone incluir en el programa de prevención de la fatiga, una serie de ejercicios para contribuir a mantener una buena postura, al caminar, pararse o sentarse y para prevenir la aparición del dolor de espalda.

Este programa se realizará los días sábados, con todos los trabajadores que no estén de turno, en el horario de la 13:00-14:00 horas. Se les enseñarán ejercicios de estiramiento y de potenciación, para realizar en casa, todos los días, de forma que evite la aparición del dolor de espalda. En estas sesiones, se hará hincapié en la forma de mantener una postura correcta, en el trabajo y fuera de este. Estos ejercicios se resumen en el cuadro 4.

Cuadro 5. Ejercicios para el dolor de espalda

EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. COLUMNA DORSOLUMBAR	
<p><u>Ejercicio 1:</u> Respiración diafragmática.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decúbito supino, con las piernas flexionadas. • Situar una mano encima del abdomen. • Inhalar profundamente, por la nariz, con el propósito de levantar la mano que está situada en el abdomen, luego de esto, exhalar lentamente. • Durante la inspiración y espiración, no debe moverse el tórax, solamente el abdomen. 	
<p><u>Ejercicio 2:</u> movimiento pélvico oscilante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En una posición idéntica a la anterior, después de 	

<p>realizar las respiración diafragmática.</p> <ul style="list-style-type: none">• Contraer el abdomen, lo más posible y rotar la pelvis contra el piso.	
<p>Ejercicio 3: Re expansión dorsal.</p> <ul style="list-style-type: none">• En la misma posición de decúbito supino, con las piernas estiradas.• Colocar un soporte pequeño debajo de la espalda, que puede ser una toalla enrollada.• Las manos van debajo del cuello, entrelazadas.• Inhalar profundamente, intentando expandir todo lo posible la caja torácica, verificando que ascienda el tórax.• Al exhalar, se recupera la posición inicial.	

Ejercicio 4: Flexiones de la columna

- En posición de cuadrupedia, inhalar a la vez que encorvamos el tronco.
- Mantener la respiración por unos segundos
- Expulsar el aire a la vez que se hiperextiende la espalda.



Ejercicio 5: Estiramiento de la columna lumbosacra

- En la misma posición del ejercicio anterior, inhalar profundamente a la vez que se flexiona las rodillas y caderas, hasta quedar en posición de plegaria mahometana.
- Después de esto, deslizar los brazos al frente, por encima de la cabeza.
- En un tercer momento, pueden moverse los brazos



estirados hacia un lado u otro, y mantener pos 5-10 segundos.

EJERCICIO ESTIRAMIENTO COLUMNA CERVICAL

Ejercicio 6: Estiramiento del trapecio



- Posición de pie.
- Poner una mano encima de la cabeza.
- Intentar pegar la oreja al hombro levantado.
- El otro hombro, deberá bajarse, contralateralmente, para incrementar la fuerza del estiramiento.



Ejercicio 7: Estiramiento de los músculos cervicales anteriores

- Similar al anterior.
- Brazos al lado del cuerpo.
- Intentar tocar el hombro con la oreja

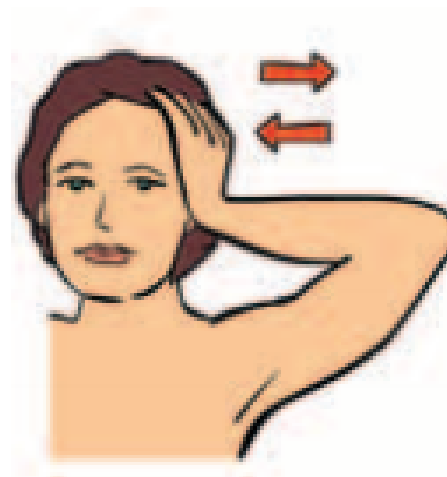


<ul style="list-style-type: none">• Inclinar la barbilla al lado opuesto.	
POTENCIACION CERVICAL	
<p>Ejercicio 8: Músculos cervicales flexores</p> <ul style="list-style-type: none">• Si sitúan las dos manos en la frente.• Se deberá presionar fuertemente las manos con la cabeza, ofreciendo resistencia.	
<p>Ejercicio 9: Músculos cervicales extensores</p> <ul style="list-style-type: none">• Las manos van entrelazadas, en la nuca.• El esfuerzo esta vez es posterior, empujando la cabeza hacia atrás y ofreciendo resistencia con las manos.	

Ejercicio 10: Músculos cervicales

laterales

- Situar una mano por encima de la oreja (mano izquierda, oreja izquierda).
- Una vez así, empujar fuertemente con la cabeza.
- La mano deberá ofrecer resistencia.
- Hacer lo mismo al otro lado después.
- Realizar varias repeticiones por cada lado.



Imágenes tomadas de: Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2015). Guía de cuidado de la espalda. FREMAP: p. 20-29. Disponible en: https://www.icv.csic.es/prevencion/Documentos/manuales/Guia_para_el_cuidado_de_la_espalda.pdf.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 6. Análisis DOFA del plan de acción.

<p>Debilidades</p> <p>Falta de ejecución de programas preventivos de Seguridad y Salud Ocupacional en HECAM</p> <p>Cultura pobre en Seguridad y Salud Ocupacional.</p> <p>Número de atenciones por cada turno que podría disminuir la posibilidad de realizar las actividades propuestas.</p> <p>Falta de colaboración por parte de las autoridades para la creación de una comisión anti-violencia.</p>	<p>Oportunidades</p> <p>Su enfoque es tratar la prevención de la fatiga laboral y agresiones por parte de usuarios, mientras que los programas de riesgos laborales no tratan a profundidad estas problemáticas.</p> <p>Incluye folletos a disponibilidad inmediata del colaborador.</p> <p>Disminución en pérdidas económicas secundarias a ausentismo laboral, incapacidades y baja productividad por parte de los empleados.</p> <p>Ser pioneros en un plan de acción de este tipo, ya que no se cuenta con similares en otras casas de Salud.</p>
<p>Fortalezas</p> <p>El personal que maneja las charlas es personal calificado y profesionales de la Psicología Clínica.</p> <p>El plan cuenta con un respaldo teórico y practico que le brinda confiabilidad y eficacia.</p> <p>Iniciar un plan de vigilancia en cuanto a factores de riesgo psicosocial, ya que no se ha tomado en cuenta al área de urgencias como área crítica con predisposición considerable para fatiga laboral.</p>	<p>Amenazas</p> <p>Presencia de personalidad tipo A en los trabajadores.</p> <p>El tiempo que se debe disponer de la jornada laboral realizar cada una de las actividades propuestas, lo que podría llevar a limitación en el mismo.</p> <p>Colaboradores que tienen más de 1 empleo con turnos rotativos, incrementando el riesgo de fatiga laboral.</p> <p>El presupuesto que el área designe para la implementación de este.</p>
<p>Fuente: Elaboración propia</p>	

Cuadro 7. Cronograma del programa de prevención de fatiga laboral asociada a eventos violentos en el área de Urgencias HECAM.

PREVENCIÓN DE FATIGA LABORAL ASOCIADA A EVENTOS VIOLENTOS EN EL LUGAR DE TRABAJO.		PROGRAMA	FASES DEL PROGRAMA	CAPÍTULO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	INDICADOR	FRECUENCIA DE REALIZACIÓN	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIPO DE ACCIÓN	MES																					
											ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE										
PREVENCIÓN DE FATIGA LABORAL ASOCIADA A EVENTOS VIOLENTOS EN EL LUGAR DE TRABAJO	PRIMERA FASE	PREVENCIÓN DE VIOLENCIA EN EL TRABAJO	PRIMERA FASE	SOCIALIZACIÓN DE LISTA DE ACCIONES ANTES DURANTE Y DESPUÉS DE LA CONSULTA MÉDICA EN EL ÁREA DE URGENCIAS	Médico ocupacional Responsable de seguridad y salud ocupacional del Hospital. Psicólogo organizacional.	n° DE CAPACITACIONES REALIZADAS/ n° DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	MESESIAL	30 MINUTOS	PREVENTIVA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
										ENTREGA DE FOLLETOS SOBRE RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN DE VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO	Médico ocupacional Responsable de seguridad y salud ocupacional del Hospital. Psicólogo organizacional.	n° DE FOLLETOS ENTREGADOS/ n° DE FOLLETOS PROGRAMADOS A ENTREGAR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
													VERIFICACIÓN DE VÍAS DE ACCESO SALIDAS SEGURAS	Responsable de seguridad y salud ocupacional del Hospital.	n° DE ACCESOS REGISTRADOS/ n° DE ACCESOS EXISTENTES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
										VERIFICAR SISTEMAS DE ALARMA O BOTÓN DE PÁNICO	Responsable de seguridad y salud ocupacional del Hospital.	n° DE BOTONES DE PÁNICO REGISTRADOS/ n° DE BOTONES DE PÁNICO EXISTENTES				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
													VERIFICAR PROTOCOLO DE MANEJO Y VESTIMENTA PARA PACIENTES PSQUIÁTRICOS Y CON ALTO RIESGO DE AGRESIÓN	Médico ocupacional Responsable de seguridad y salud ocupacional del Hospital. Escribana.	n° DE PACIENTES PSQUIÁTRICOS MANEJADOS BAJO PROTOCOLO/ n° DE PACIENTES PSQUIÁTRICOS INGRESADOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
										DOCUMENTACIÓN POR ESCRITO DEL EVENTO EN EL ASANO	Personal de Salud	n° DE EVENTOS REGISTRADOS EN ASANO/ n° DE EVENTOS OCURRIDOS				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	SEGUNDA FASE	NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO FRENTE A ACTOS VIOLENTOS	CONFORMACIÓN DE COMISIÓN ANTI-VIOLENCIA	Personal de seguridad y salud ocupacional del Hospital. Trabajadora social. Jefe de Área de Actos y Violencia. Psicólogo.	n° DE REUNIONES REALIZADAS/ n° DE REUNIONES PROGRAMADAS	DIARIO	15 MINUTOS- CONSIDERAR INGRESO DE PACIENTE	CORRECTIVA	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
									DOCUMENTACIÓN POR ESCRITO A LA COMISIÓN	Personal de Salud	n° DE EVENTOS DOCUMENTADOS/ n° DE EVENTOS OCURRIDOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
												SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA COMISIÓN - DESDE QUE SE INDICA HASTA QUE SE CIERRA EL CASO	COMISIÓN ANTI-VIOLENCIA	n° DE EVENTOS CERRADOS/ n° DE EVENTOS DOCUMENTADOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
									SESIONES DE PAUSAS ACTIVAS	Lidero o Coordinador de cada turno	n° DE SESIONES DE PAUSAS ACTIVAS REALIZADAS/ n° DE SESIONES DE PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS				DIARIO	5 MINUTOS CADA 3 HORAS - 30 MINUTOS FIN DE SEMANA Y FERIADOS	PREVENTIVA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
												TERCERA FASE	PREVENCIÓN DE FATIGA LABORAL	SESIONES DE PAUSAS ACTIVAS				Lidero o Coordinador de cada turno	n° DE SESIONES DE PAUSAS ACTIVAS REALIZADAS/ n° DE SESIONES DE PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS	DIARIO	5 MINUTOS CADA 3 HORAS - 30 MINUTOS FIN DE SEMANA Y FERIADOS	PREVENTIVA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- En esta investigación, la mayoría de los trabajadores analizados tenían fatiga laboral, sin embargo, los más afectados fueron los médicos y el personal de enfermería. Los menores niveles de fatiga laboral se identificaron en el personal auxiliar de enfermería y administrativos. No hubo diferencias importantes en los niveles de fatiga según género, aunque, fue discretamente superior en las mujeres.
- La prevalencia de agresiones por parte de pacientes fue elevada (97,2%), en todos los grupos de trabajadores evaluados.
- La principal causa identificada de violencia laboral no estuvieron relacionadas con el profesional, sino que fueron el tiempo de espera prolongado, la falta de camas y de personal disponible.
- La presencia de fatiga laboral no se relacionó de forma significativa con el tipo de maltrato percibido o con el género de los trabajadores.
- Se propusieron una serie de acciones para prevenir la fatiga laboral y la violencia el lugar de trabajo.

6.2 Recomendaciones

- Se recomienda establecer estrategias para disminuir fatiga laboral en todos los trabajadores del hospital, mediante la identificación de defectos visuales u osteoarticulares que pudieran estar contribuyendo a la fatiga; además de fomentar la cultura de vida sana, actividad física frecuente y las pausas activas durante la jornada laboral.
- Se sugiere implementar un plan de capacitaciones a los trabajadores del hospital, en el que se les aporte información sobre cómo lidiar con situaciones de violencia.
- Sería útil, debido a la alta prevalencia de agresiones, ofrecer acompañamiento psicológico y legal a los trabajadores que son víctimas de violencia.
- A la administración del Hospital, se sugiere crear estrategias que optimicen el tiempo de espera y el movimiento de pacientes en *Triage* y área de observaciones, ya que son las zonas en que más agresiones se han producido.
- Profundizar en la identificación de las causas de fatiga en estos trabajadores, para poder crear estrategias correctoras.

BIBLIOGRAFÍA

- Abregú, V. (2016). La categorización de pacientes y la fatiga laboral en el profesional de enfermería en una clínica privada – Lima 2015. *Universidad Ricardo Palma*. Retrieved from <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/1085>
- Abril, M., & Sánchez, I. (2018). La salud de los trabajadores hospitalarios desde el punto de vista psicosocial. *Ciencia y Tecnología*, 8(17), 187–208. Retrieved from <http://cienciaytecnologia.uteg.edu.ec/revista/index.php/cienciaytecnologia/article/view/424/436>
- Akbari, J., Akbari, R., Shakerian, M., & Mahaki, B. (2017). Job demand-control and job stress at work: A cross-sectional study among prison staff. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(1), 15. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_68_14
- Ament, W., & Verkerke, G. J. (2009). Exercise and Fatigue. *Sports Medicine*, 39(5), 389–422. <https://doi.org/10.2165/00007256-200939050-00005>
- American Nurses Association. (2012). *Mandatory Overtime*. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/MandatoryOvertime>
- Anand, T., Grover, S., Kumar, R., Kumar, M., & Ingle, G. K. (2016). Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi. *The National Medical Journal of India*, 29(6), 344–348. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28327484>
- Arce, M., Giraldo, G., & Cueva, R. (2017). *Relación entre las condiciones de*

- trabajo y fatiga en las enfermeras de las Unidades Críticas de un Hospital Nacional-2017* (Universidad Peruana Cayetano Heredia). Retrieved from http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/783/Relacion_ArceFlores_Margarita.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Arnetz, J. E., Hamblin, L., Russell, J., Upfal, M. J., Luborsky, M., Janisse, J., & Essenmacher, L. (2017). Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(1), 18–27. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000909>
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Retrieved from https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf
- Asch, D. A., Bilimoria, K. Y., & Desai, S. V. (2017). Resident Duty Hours and Medical Education Policy — Raising the Evidence Bar. *New England Journal of Medicine*, 376(18), 1704–1706. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1703690>
- Ashton, R. A., Morris, L., & Smith, I. (2018). A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *International Emergency Nursing*, 39, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004>
- Ataman, H., & Aba, G. (2016). Violence Against Health Care Workers: A Retrospective Study. / *International Journal of Health Services Research and Policy*, 1(1), 20–27. <https://doi.org/10.23884/ijhsrp.2016.1.1.03>
- Ayranci, U. (2005). Violence toward health care workers in emergency departments

- in west Turkey. *The Journal of Emergency Medicine*, 28(3), 361–365.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2004.11.018>
- Bae, S.-H., & Yoon, J. (2014). Impact of states' nurse work hour regulations on overtime practices and work hours among registered nurses. *Health Services Research*, 49(5), 1638–1658. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12179>
- Barrientos, T., Martínez, S., & Méndez, I. (2005). Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga en trabajadores mexicanos. *Salud Pública de México*, 46(6), 516–523. Retrieved from <http://www.insp.mx/salud/46/eng>
- Brown, C. A., Schell, J., & Pashniak, L. M. (2017). Occupational therapists' experience of workplace fatigue: Issues and action. *Work*, 57(4), 517–527. <https://doi.org/10.3233/WOR-172576>
- Caldwell, J. A., Caldwell, J. L., Thompson, L. A., & Lieberman, H. R. (2019). Fatigue and its management in the workplace. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 96, 272–289. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2018.10.024>
- Çalışanlarına, S., Artan, Y., Al, Ş. B., Zengin, S., Deryal, Y., Gökçen, C., ... Gaziantep, T. (2012). *Increased Violence Towards Health Care Staff*. <https://doi.org/10.5152/jaem.2012.033>
- Cannavò, M., La Torre, F., Sestili, C., La Torre, G., & Fioravanti, M. (2019). Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. *La Clinica Terapeutica*, 170(2), e110–e123. <https://doi.org/10.7417/CT.2019.2120>

- Chepenik, L. G., & Mallory, M. N. S. (2013). *Behavioral Emergencies for the Emergency Physician* (L. Zun, L. G. Chepenik, & M. N. S. Mallory, Eds.). <https://doi.org/10.1017/CBO9781139088077>
- Cobo, J. (2017). *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*. (Universidad San Francisco de Quito). Retrieved from <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6351/1/130876.pdf>
- Cobo, X. (2017). *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*. (Universidad San Francisco de Quito). Retrieved from <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6351/1/130876.pdf>
- Commonwealth of Massachusetts. (2018). "*One Day of Rest in Seven; Operation of Business on Sunday; Violations.*" *General Laws. Part I. Title XXI. Chapter 149. Section 48.* Retrieved from <https://malegislature.gov/Laws/GeneralLaws/PartI/TitleXXI/Chapter149/Section48>
- Cueva, A. (2017). *La fatiga y el Índice de Expresión de Ira de los taxistas profesionales de la Cooperativa N° 58 "San Gabriel"* (Universidad Central del Ecuador). Retrieved from <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14036/1/T-UCE-0007-PIO31-2017.pdf>

- Dalager, T., Sjøgaard, K., Bech, K. T., Mogensen, O., & Jensen, P. T. (2017). Musculoskeletal pain among surgeons performing minimally invasive surgery: a systematic review. *Surgical Endoscopy*, *31*(2), 516–526. <https://doi.org/10.1007/s00464-016-5020-9>
- Dawson, D., Chapman, J., & Thomas, M. J. W. (2012). Fatigue-proofing: A new approach to reducing fatigue-related risk using the principles of error management. *Sleep Medicine Reviews*, *16*(2), 167–175. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.05.004>
- De Vries, J. D., van Hooff, M. L., Guerts, S. A., & Kompier, M. A. (2017). Exercise to reduce work-related fatigue among employees: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *43*(4), 337–349. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3634>
- Dembe, A. E., Erickson, J. B., Delbos, R. G., & Banks, S. M. (2005). The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses: new evidence from the United States. *Occupational and Environmental Medicine*, *62*(9), 588–597. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.016667>
- Derickson, A. (2014). *Dangerously sleepy: Overworked Americans and the cult of manly wakefulness*. Retrieved from https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=yRhBAQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=tmUiAwgHSc&sig=WRcGWTPyYhZ56S5-NeeS1C2n8fk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Dishman, R. K., & O'Connor, P. J. (2009). Lessons in exercise neurobiology: The case of endorphins. *Mental Health and Physical Activity*, *2*(1), 4–9.

- <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2009.01.002>
- Dubeck, D. (2014). Healthcare Worker Fatigue: Current Strategies for Prevention. *Pennsylvania Patient Safety Advisory*, 11(2), 54–65. Retrieved from http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/documents/201406_53.pdf
- Dupré, K., & Barling, J. (2003). *Workplace Aggression*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/304640704>
- Eanes, L. (2015). The potential effects of sleep loss on a nurse's health. *American Journal of Nursing*, 115(4), 34–40. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000463025.42388.10>
- Edward, K., Stephenson, J., Ousey, K., Lui, S., Warelou, P., & Giandinoto, J.-A. (2016). A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3–4), 289–299. <https://doi.org/10.1111/jocn.13019>
- Fisekovic, M. B., Trajkovic, G. Z., Bjegovic-Mikanovic, V. M., & Terzic-Supic, Z. J. (2015). Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *The European Journal of Public Health*, 25(4), 693–698. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku247>
- Fujita, S., Ito, S., Seto, K., Kitazawa, T., Matsumoto, K., & Hasegawa, T. (2012). Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *Journal of Hospital Medicine*, 7(2), 79–84. <https://doi.org/10.1002/jhm.976>
- Gacki, J., Juárez, A., Boyett, M., Homeyer, C., Robinson, L., & Maclean, S. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of*

- Nursing Administration*, 37(8), 340–349. Retrieved from [http://urgentmatters.org/media/file/Violence Against Nurses Working in US Emergency Departments.pdf](http://urgentmatters.org/media/file/Violence%20Against%20Nurses%20Working%20in%20US%20Emergency%20Departments.pdf)
- Gander, P., Purnell, H., Garden, A., & Woodward, A. (2007). Work patterns and fatigue-related risk among junior doctors. *Occupational and Environmental Medicine*, 64(11), 733–738. <https://doi.org/10.1136/oem.2006.030916>
- García, A., Gutiérrez, M., Bellón, J. Á., Muñoz, C., & Fernández, J. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 47(6), 359–366. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.003>
- Gates, M., Wingert, A., Featherstone, R., Samuels, C., Simon, C., & Dyson, M. P. (2018). Impact of fatigue and insufficient sleep on physician and patient outcomes: a systematic review. *BMJ Open*, 8(9), e021967. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021967>
- Geiger, J., Rogers, V. E., Trinkoff, A. M., Kane, R. L., Bausell, R. B., & Scharf, S. M. (2012). Sleep, Sleepiness, Fatigue, and Performance of 12-Hour-Shift Nurses. *Chronobiology International*, 29(2), 211–219. <https://doi.org/10.3109/07420528.2011.645752>
- Geiger, J., & Trinkoff, A. M. (2010). Is It Time to Pull the Plug on 12-Hour Shifts? *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 40(9), 357–359. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181ee4295>
- Gillespie, Gordon L., & Fisher, B. S. (2014). Healthcare employees' work-related victimization and use of preventive measures. *Journal of Hospital*

- Administration*, 3(5). <https://doi.org/10.5430/jha.v3n5p170>
- Gillespie, Gordon Lee, Fisher, B. S., & Gates, D. M. (2015). Workplace Violence in Healthcare Settings. *Work*, 51(1), 3–4. <https://doi.org/10.3233/WOR-152017>
- Gordillo, V., Ferrer, M., Burbano, E., & Merino, P. (2019). Agresiones externas a personal sanitario en centros de salud de atención primaria en la ciudad de Ibarra. *Espirales*, 39(29), 202–216. Retrieved from <http://www.revistaespirales.com/index.php/es/article/view/602>
- Gore, B. F. (2018). Workload and fatigue. *Space Safety and Human Performance*, 53–85. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-101869-9.00003-0>
- Herscovis, M. S. (2011). “Incivility, social undermining, bullying...oh my!”: A call to reconcile constructs within workplace aggression research. *Journal of Organizational Behavior*, 32(3), 499–519. <https://doi.org/10.1002/job.689>
- Hills, D. J. (2018). Defining and classifying aggression and violence in health care work. *Collegian*, 25(6), 607–612. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.08.002>
- Ho, J.-C., Lee, M.-B., Chen, R.-Y., Chen, C.-J., Chang, W. P., Yeh, C.-Y., & Lyu, S.-Y. (2013). Work-related fatigue among medical personnel in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 112(10), 608–615. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2013.05.009>
- Hockey, R. (2013). *The psychology of fatigue: work, effort and control*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Horrey, W. J., Noy, Y. I., Folkard, S., Popkin, S. M., Howarth, H. D., & Courtney, T. K. (2011). Research needs and opportunities for reducing the adverse safety consequences of fatigue. *Accident Analysis & Prevention*, *43*(2), 591–594. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2010.01.014>
- Hunsaker, S., Chen, H.-C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, *47*(2), 186–194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
- Imrie, K. R., Frank, J. R., & Parshuram, C. S. (2014). Resident duty hours: past, present, and future. *BMC Medical Education*, *14 Suppl 1*(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-S1-S1>
- International Association for Healthcare Security & Safety Foundation. (2017). *Mitigating the Risk of Workplace Violence in Health Care Settings*. Retrieved from <https://www.securityindustry.org/wp-content/uploads/2017/11/Workplace-Violence-In-Health-Care-Settings-IAHSS.pdf>
- Kawamura, S., Yamada, K., & Morioka, I. (2015). Fatigue symptoms and workplace related factors of long-term care workers employed in facilities. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*, *57*(3), 77–84. <https://doi.org/10.1539/sangyoeisei.B14015>
- Kowalczyk, K., & Krajewska-Kułak, E. (2017). Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *24*(1), 113–116.

- <https://doi.org/10.5604/12321966.1228395>
- Lindwall, M., Gerber, M., Jonsdottir, I. H., Börjesson, M., & Ahlborg, G. (2014). The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: A longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychology, 33*(11), 1309–1318. <https://doi.org/10.1037/a0034402>
- Lock, A. M., Bonetti, D. L., & Campbell, A. D. K. (2018). The psychological and physiological health effects of fatigue. *Occupational Medicine, 68*(8), 502–511. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy109>
- Magnavita, N. (2011). Violence Prevention in a Small-scale Psychiatric Unit: Program Planning and Evaluation. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 17*(4), 336–344. <https://doi.org/10.1179/107735211799041779>
- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research, 12*, 108. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-108>
- Mantzouranis, G., Fafliora, E., Bampalis, V. G., & Christopoulou, I. (2015). Assessment and Analysis of Workplace Violence in a Greek Tertiary Hospital. *Archives of Environmental & Occupational Health, 70*(5), 256–264. <https://doi.org/10.1080/19338244.2013.879564>
- Mariconte, R., & Giliberti, C. (2015). Noise in healthcare facilities. *The 22nd International Congress on Sound and Vibration, 12–16*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/280096374_NOISE_IN_HEALTH_CARE_FACILITIES

- Mayorca, I., Lucerna, G., Cortés, M., & Lucerna, M. (2013). Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Med Segur Trab*, 59(3), 12–41. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/original3.pdf>
- Mcclelland, L., Holland, J., Lomas, J.-P., Redfern, N., & Plunkett, E. (2016). A national survey of the effects of fatigue on trainees in anaesthesia in the UK. *Anaesthetists in Training*, 72(2), 1055–1063. <https://doi.org/10.1111/anae.13965>
- Miedema, B. (Bo), Hamilton, R., Tatemichi, S., Lambert-Lanning, A., Lemire, F., Manca, D., & Ramsden, V. R. (2010). Monthly Incidence Rates of Abusive Encounters for Canadian Family Physicians by Patients and Their Families. *International Journal of Family Medicine*, 2010, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2010/387202>
- Miedema, B., MacIntyre, L., Tatemichi, S., Lambert-Lanning, A., Lemire, F., Manca, D., & Ramsden, V. (2012). How the Medical Culture Contributes to Coworker-Perpetrated Harassment and Abuse of Family Physicians. *The Annals of Family Medicine*, 10(2), 111–117. <https://doi.org/10.1370/afm.1341>
- Ministerio de Finanzas del Ecuador. (2010). *Ley Orgánica se Servicios Públicos*. Retrieved from http://www.ueb.edu.ec/sitio/images/PDF/LEYES/REGLAMENTO_LEY_SERVICIO_PUBLICO.pdf
- Ministerio del Trabajo. (2017). *Acuerdo Ministerial MDT-2017-0082*. Retrieved from <https://programapsicosocial.com/blog/12-legislación-ecuatoriana/19->

acuerdo-ministerial-mdt-2017-0082.html

Ministerio del Trabajo. (2018). *Guía para la aplicación del cuestionario de evaluación de riesgo psicosocial*. Retrieved from <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/GUÍA-PARA-LA-APLICACIÓN-DEL-CUESTIONARIO-DE-EVALUACIÓN-DE-RIESGO-PSICOSOCIAL.pdf>

Ministerio del Trabajo. (2019). *Código del Trabajo*. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/0B048WkRgr8JQZVBvNmUzWUxTeTQ/view>

Morphet, J., Griffiths, D., Beattie, J., Velasquez Reyes, D., & Innes, K. (2018). Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: A scoping review. *Collegian*, 25(6), 621–632. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.04.003>

Occupational Safety and Health Administration. (2015). *Workplace Violence in Healthcare. Understanding the Challenge*. Retrieved from <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3826.pdf>

Occupational Safety and Health Administration. (2017). *Extended/unusual Work Shifts Guide*. Retrieved from <https://www.osha.gov/SLTC/emergencypreparedness/guides/extended.html>
%0AGoogle Scholar

Ochoa, D. (2016). *Violencia hacia los profesionales de salud en el Sistema de Salud Colombiano: Un estudio exploratorio en la Ciudad de Bogotá*. (Pontificia Universidad Javeriana). Retrieved from

- <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19448/OchoaTamayoDianaMarcela2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ochoa, P. (2015). *Evaluaciòn de riesgos psicosociales en hospitales de Guayaquil*. Retrieved from <http://www.espa.e.espol.edu.ec/wp-content/uploads/2015/06/InformeRiesgos2015.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, O. (2016). *Violencia*. Retrieved from <https://www.who.int/topics/violence/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Profesionales de la salud padecen agresiones frecuentemente, según investigación publicada en la revista de salud pública de la OPS*. Retrieved from https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11579:2016-health-professionals-are-frequently-assaulted&Itemid=135&lang=es
- Oriyama, S., & Miyakoshi, Y. (2018). The effects of nighttime napping on sleep, sleep inertia, and performance during simulated 16 h night work: a pilot study. *Journal of Occupational Health*, *60*(2), 172–181. <https://doi.org/10.1539/joh.17-0070-OA>
- Owens, J. A. (2007). Sleep Loss and Fatigue in Healthcare Professionals. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *21*(2), 92–100. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000270624.64584.9d>
- Pacheco, E, Cunha, M., & Duarte, J. (2016). Violence, Aggression and Fear in the Workplace. *2nd International Conference on Health and Health Psychology*, *2*(1), 15–21. Retrieved from

- <https://www.futureacademy.org.uk/files/images/upload/3ichandhpsy2016.pdf>
- Pacheco, Emelda, Cunha, M., & Duarte, J. (2016). *Violence, Aggression and Fear in the Workplace*. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.3>
- Pajonk, F.-G. B., Cransac, P., Müller, V., Teichmann, A., & Meyer, W. (2012). Trauma and stress-related disorders in German emergency physicians: the predictive role of personality factors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 14(4), 257–268. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23980490>
- Partridge, B., & Affleck, J. (2017). Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(3), 139–145. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.05.001>
- Patterson, P. D., Higgins, J. S., Van Dongen, H. P. A., Buysse, D. J., Thackery, R. W., Kupas, D. F., ... Martin-Gill, C. (2018). Evidence-Based Guidelines for Fatigue Risk Management in Emergency Medical Services. *Prehospital Emergency Care*, 22(sup1), 89–101. <https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1376137>
- Phillips, J. P. (2016). Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *New England Journal of Medicine*, 374(17), 1661–1669. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1501998>
- Pikovsky, O., Oron, M., Shiyovich, A., Perry, Z. H., & Nesher, L. (2013). The impact of sleep deprivation on sleepiness, risk factors and professional performance in medical residents. *The Israel Medical Association Journal* :

- IMAJ*, 15(12), 739–744. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24449976>
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56–E62. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.E56-E62>
- Proaño, D. (2017). *Estudio de fatiga laboral en el personal de enfermería de los servicios de terapia intensiva y emergencia de los Hospitales “José Carrasco Arteaga” del I.E.S.S. y “Vicente Corral Moscoso” del M.S.P. de la ciudad de Cuenca* (Universidad de Azuay). Retrieved from <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/7223>
- Purim, K., Guimaraes, A., Titski, A., & Leite, N. (2016). Sleep deprivation and drowsiness of medical residents and medical students. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 43(6), 438–444. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016006005>
- Ramírez, E., & Wipfli, B. (2013). Exercise and Stress Reactivity in Humans and Animals: Two MetaAnalyses. *International Journal of Exercise Science*, 6(1), 144–156. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.864.197&rep=rep1&type=pdf>
- Razmpa, K. (2016). Fatigue as it Affects Nursing. *AJN, American Journal of Nursing*, 116(8), 66–69. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000490185.23217.2e>

- Rodríguez, A., Pérez, J., & Omar, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 9(82), 1–26. <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>
- Rogers, A. E. (2008). The Effects of Fatigue and Sleepiness on Nurse Performance and Patient Safety. In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328747>
- Rosenthal, L. J., Byerly, A., Taylor, A. D., & Martinovich, Z. (2018). Impact and Prevalence of Physical and Verbal Violence Toward Healthcare Workers. *Psychosomatics*, 59(6), 584–590. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2018.04.007>
- Ruggiero, J. S., & Redeker, N. S. (2014). Effects of Napping on Sleepiness and Sleep-Related Performance Deficits in Night-Shift Workers: A Systematic Review. *Biological Research For Nursing*, 16(2), 134–142. <https://doi.org/10.1177/1099800413476571>
- Sagherian, K., Unick, G. J., Zhu, S., Derickson, D., Hinds, P. S., & Geiger-Brown, J. (2017). Acute fatigue predicts sickness absence in the workplace: A 1-year retrospective cohort study in paediatric nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 2933–2941. <https://doi.org/10.1111/jan.13357>
- Sallamy, R. M., Kabbash, I. A., El-Fatah, S. A., & El-Feky, A. (2018). Physical hazard safety awareness among healthcare workers in Tanta university hospitals, Egypt. *Environmental Science and Pollution Research*, 25(31), 30826–30838. <https://doi.org/10.1007/s11356-017-9110-6>
- Sanches, I., Teixeira, F., dos Santos, J. M., & Ferreira, A. J. (2015). Effects of Acute

- Sleep Deprivation Resulting from Night Shift Work on Young Doctors. *Acta Medica Portuguesa*, 28(4), 457–462. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26574980>
- Scott, L. D., Arslanian-Engoren, C., & Engoren, M. C. (2014). Association of Sleep and Fatigue With Decision Regret Among Critical Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(1), 13–23. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014191>
- Shafran, S., Zelker, R., Stern, Z., & Chinitz, D. (2017). Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital - a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13584-017-0168-x>
- Shaw, J. (2015). Staff perceptions of workplace violence in a pediatric emergency department. *Work*, 51(1), 39–49. <https://doi.org/10.3233/WOR-141895>
- Smith, L., Folkard, S., & Poole, C. J. (1994). Increased injuries on night shift. *Lancet (London, England)*, 344(8930), 1137–1139. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)90636-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(94)90636-x)
- Somville, F. J., De Gucht, V., & Maes, S. (2016). The impact of occupational hazards and traumatic events among Belgian emergency physicians. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0249-9>
- Sonnentag, S. (2012). Psychological Detachment From Work During Leisure Time. *Current Directions in Psychological Science*, 21(2), 114–118. <https://doi.org/10.1177/0963721411434979>

- Stowell, K. R., Hughes, N. P., & Rozel, J. S. (2016). Violence in the Emergency Department. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(4), 557–566. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.07.003>
- Sun, T., Gao, L., Li, F., Shi, Y., Xie, F., Wang, J., ... Fan, L. (2017). Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(12), e017182. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017182>
- Tang, C., Liu, C., Fang, P., Xiang, Y., & Min, R. (2019). Work-Related Accumulated Fatigue among Doctors in Tertiary Hospitals: A Cross-Sectional Survey in Six Provinces of China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), 3049. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173049>
- Tian, Q., & Smith, J. C. (2011). Attentional bias to emotional stimuli is altered during moderate- but not high-intensity exercise. *Emotion*, 11(6), 1415–1424. <https://doi.org/10.1037/a0023568>
- Tong, M., Schwendimann, R., & Zúñiga, F. (2017). Mobbing among care workers in nursing homes: A cross-sectional secondary analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 72–81. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.005>
- Torre, L. (2016). El método científico: la mejor herramienta clínica. *Neumol Cir Torax*, 75(3), 205–206. <https://doi.org/10.3810/pgm.2012.05.2555>
- Travetto, C., Daciuk, N., Fernández, S., Prats, M., Flichtentrei, D., & Tajer, C. (2015). Agresiones hacia profesionales en el ámbito de los cuidados de la

- salud. *Revista Panamericana de Salud* , 32(6), 457–462.
<https://doi.org/10.1136/emered-2013-202979>
- Tucker, P. E., Cohen, P. A., Bulsara, M. K., & Acton, J. (2017). Fatigue and training of obstetrics and gynaecology trainees in Australia and New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 57(5), 502–507. <https://doi.org/10.1111/ajo.12604>
- U.S Department of Labor. (2009). Fair Labor Standards Act. Fact Sheet #22: Hours Worked Under the Fair Labor Standards Act (FLSA). Retrieved July 18, 2019, from <https://www.dol.gov/whd/regs/compliance/whdfs22.htm>
- United Kingdom Government. (2017). Maximum Weekly Working Hours. Retrieved from <https://www.gov.uk/maximum-weekly-working-hours>
- Valent, F., Mariuz, M., Liva, G., Bellomo, F., De Corti, D., Degan, S., ... Brusaferrero, S. (2016). A case-crossover study of sleep, fatigue, and other transient exposures at workplace and the risk of non-fatal occupational injuries among the employees of an Italian academic hospital. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 29(6), 1001–1009. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00695>
- Venugopal, V., Chinnadurai, J. S., Lucas, R. A. I., Kjellstrom, T., Dixon, G., & Sheridan, S. C. (2015). *Occupational Heat Stress Profiles in Selected Workplaces in India*. <https://doi.org/10.3390/ijerph13010089>
- Villalta, K. (2016). *Influencia de Posturas Inadecuadas en la Fatiga Laboral de los trabajadores de una Empresa Manufacturera de Quito- Ecuador, 2015* (Universidad Central del Ecuador). Retrieved from

- <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7182/1/T-UCE-0007-48pg.pdf>
- Ward, M. (2017). How the 8-hour workday changed how Americans work. Retrieved July 18, 2019, from <https://www.cnbc.com/2017/05/03/how-the-8-hour-workday-changed-how-americans-work.html>
- Wassell, J. T. (2009). Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review. *Safety Science*, 47(8), 1049–1055. <https://doi.org/10.1016/J.SSCI.2008.12.001>
- Williamson, A., & Friswell, R. (2013). Fatigue in the workplace: causes and countermeasures. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, 1(1–2), 81–98. <https://doi.org/10.1080/21641846.2012.744581>
- Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A. M., & Clark, P. R. (2017). Workplace aggression as cause and effect: Emergency nurses' experiences of working fatigued. *International Emergency Nursing*, 33, 48–52. <https://doi.org/10.1016/J.IENJ.2016.10.006>
- Workplace Health and Safety Queensland. (2014). *Preventing and responding to work-related violence*. Retrieved from https://www.worksafe.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/82648/preventing-respond-work-violence.pdf
- Yazdi, Z., & Sadeghniaat-Haghighi, K. (2015). Fatigue management in the workplace. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1), 12. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.160915>

- Yoshitake, H. (1971). Relations between the symptoms and the feeling of fatigue. *Ergonomics*, *14*(1), 175–186. <https://doi.org/10.1080/00140137108931236>
- Yoshitake, H. (1978). Three characteristic patterns of subjective fatigue symptoms. *Ergonomics*, *21*(3), 231–233. <https://doi.org/10.1080/00140137808931718>
- Zhang, Y., Zhang, C., Han, X.-R., Li, W., & Wang, Y. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing. *Medicine*, *97*(26), e11086. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011086>
- Zhao, S., Liu, H., Ma, H., Jiao, M., Li, Y., Hao, Y., ... Qiao, H. (2015). Coping with Workplace Violence in Healthcare Settings: Social Support and Strategies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(11), 14429–14444. <https://doi.org/10.3390/ijerph121114429>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Síntomas Subjetivos de Yoshitake (1967)

FECHA: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO
 CIVIL: _____
 N° DE HIJOS: _____ ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO: _____

**RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ACUERDO CON LO QUE
 SIENTE USTED AHORA**

N°	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Siento pesadez en la cabeza?		
2	¿Siento el cuerpo cansado?		
3	¿Tiene cansancio en las piernas?		
4	¿Tiene deseos de bostezar?		
5	¿Siente la cabeza aturdida, atontada?		
6	¿Esta somnoliento?		
7	¿Siente la vista cansada?		
8	¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos?		
9	¿Se siente inseguro o poco firme al estar de pie?		
10	¿Tiene deseos de acostarse?		
11	¿Siente dificultad para pensar?		
12	¿Está cansado de hablar?		
13	¿Está nervioso?		
14	¿Se siente incapaz de fijar la atención?		
15	¿Se siente incapaz de ponerle atención a las cosas?		
16	¿Se le olvidan fácilmente las cosas?		
17	¿Le falta confianza en sí mismo?		
18	¿Se siente ansioso?		
19	¿Le cuesta trabajo mantener el cuerpo en buena postura?		
20	¿Se le agotó la paciencia?		
21	¿Tiene dolor de cabeza?		
22	¿Siente los hombros entumecidos?		
23	¿Tiene dolor de espalda?		
24	¿Siente opresión al respirar?		
25	¿Tiene sed?		
26	¿Tiene la voz ronca?		
27	¿Se siente mareado?		
28	¿Le tiemblan los párpados?		
29	¿Tiene temblor en las piernas o en los brazos?		
30	¿Se siente mal?		

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Síntomas Generales	
Fatiga Mental	
Fatiga física	

Anexo 2. Cuestionario de Agresiones. Ochoa (2016)

Encuesta semiestructurada

La siguiente encuesta hace parte del trabajo de grado de la Maestría en Bioética y tiene como objetivo, analizar las causas dinámicas que experimentan los profesionales de salud en sus lugares de trabajo en el servicio de urgencias, para así identificarlas y construir una solución. Para realizarla usted no debe identificarse, garantizando la confidencialidad de la información por parte del investigador.

1. SEXO:

Femenino ___ Masculino ___

2. EDAD:

18 – 30 años ___

31 - 40 años ___

41 – 50 años ___

51 – 61 años ___

Mayor de 61 años ___

3. PROFESIÓN:

Médico ___

Enfermera ___

Auxiliar de enfermería ___

Administrativo ___

4. TIEMPO DE TRABAJO COMO PROFESIONAL DE SALUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS :

Menos de 5 años ___

5 a 10 años ___

11 a 16 años ___

17 a 22 años ___

Más de 23 años ___

5. NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DONDE TRABAJA:

Tercero ___ Cuarto ___

6. LA INSTITUCIÓN DONDE LABORA ES DE ORDEN:

Público ___ Privado ___

7. TURNO EN EL QUE USTED TRABAJA:

Día ___ Tarde ___ Noche ___ Rotados ___ Fin de semana ___

8. SU JORNADA LABORAL EN HORAS-DÍA:

6 ___ 8 ___ 12 ___

En las siguientes dos preguntas las dos opciones de respuesta pueden ser válidas.

9. HA EXPERIMENTADO MALTRATO POR PARTE DE:

Pacientes ___ Familiares ___

10. EL TIPO DE MALTRATO QUE PADECIÓ FUE:

Verbal ___ Físico ___

11. SI HA SUFRIDO VIOLENCIA VERBAL POR PARTE DE PACIENTES O FAMILIARES, POR FAVOR ORDENE, DE UNO A SEIS, LA SIGUIENTE LISTA DE

SEIS FORMAS DE VIOLENCIA VERBAL, TENIENDO EN CUENTA SU FRECUENCIA. CALIFIQUE CON UNO (1) LA MENOS FRECUENTE Y CON SEIS (6) LA MÁS FRECUENTE:

- a) Trato verbal ofensivo (groserías e insultos) ____
- b) Amenazas verbales (de reportes al jefe o demandas contra usted) ____
- c) Críticas injustas (a su labor evaluándola negativamente) ____
- d) Tono imperativo y autoritario ordenándole rudamente hacer algo o no hacerlo. ____
- e) Censurarla (pidiendo activamente y delante suyo su exclusión de un proceso de atención) ____
- f) Ridiculización y burla (haciendo lucir su persona como incapaz de realizar su trabajo y/o minimizando, a través de ironías y sarcasmos, la calidad de su desempeño) ____

Por favor aclare un poco más el tipo de violencia verbal que haya experimentado con mayor frecuencia (la que calificó con 6 en la pregunta anterior):

12. POR FAVOR DESCRIBA BREVEMENTE EL EPISODIO MÁS IMPACTANTE PARA USTED DE MALTRATO FÍSICA O VERBAL, POR PARTE DE UN PACIENTE O FAMILIAR QUE HUBIERA EXPERIMENTADO:

13. ¿HA RECIBIDO APOYO DE SUS COLEGAS DE TRABAJO CUANDO SE HAN PRESENTADO SITUACIONES DE MALTRATO VERBAL O FÍSICO POR PARTE

DE LOS PACIENTES Y/O FAMILIARES? POR FAVOR, CALIFIQUE EN LA SIGUIENTE LÍNEA LA CALIDAD DEL APOYO RECIBIDO:

MUY SOLIDARIOS ___

MODERADO ___

POCO SOLIDARIOS ___

NADA SOLIDARIOS ___

Explique su respuesta:

14. ¿REPORTÓ DICHO EVENTO? SÍ ___ NO ___

14. A. ¿A QUÉ INSTANCIA LLEGÓ?

14. B. ¿QUÉ RESPUESTA OBTUVO?

15. ¿QUÉ TANTO AFECTA SU BIENESTAR EN EL TRABAJO LAS EXPERIENCIAS DE MALTRATO POR PARTE DE PACIENTES Y FAMILIARES?

MUCHO ___

REGULAR ___

POCO ___

NADA ___

Explique su respuesta:

16. QUÉ CARACTERÍSTICAS TENÍA EL PACIENTE QUE LLEVÓ A CABO EL MALTRATO HACIA USTED

- Adulto mayor ___
- Adulto ___
- Pediátrico ___
- Trauma ___
- Psiquiátrico ___
- Bajo influencia de alcohol ___
- Bajo efectos de narcótico ___
- Otro: ___ Cuál ___

17. UBICACIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL MOMENTO DEL INCIDENTE

- Sala de espera ___
- Triage ___
- Observación ___
- Reanimación ___
- Habitación ___

18. ¿CUÁL CREE QUE PUDO HABER SIDO LA CAUSA DE LA AGRESIÓN POR PARTE DEL PACIENTE HACIA EL PROFESIONAL DE SALUD?

-
- Tiempo de espera prolongado para la atención ____
 - No contar con el tratamiento requerido ____
 - Falta de personal de salud ____
 - Paciente en ubicación inadecuada por falta de camas / habitación ____
 - Reingreso del paciente ____
 - Paciente bajo efectos de alcohol / narcóticos ____
 - Otro ____ Cuál _____

18. A. ¿CONSIDERA QUE LA ACTITUD VIOLENTA DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR ERA JUSTIFICADA? SÍ ____ NO ____

18. B. SI USTED HUBIERA PODIDO PREVENIR EL IMPULSO VIOLENTO DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR, QUÉ CONDUCTA HABRÍA TOMADO?

19. ¿TIENE ALGÚN MEDIO DE REPORTE DE INCIDENTES DE MALTRATO EN SU INSTITUCIÓN HOSPITALARIA? SÍ ____ NO ____

20. A. ¿REQUIRIÓ INCAPACIDAD POSTERIOR AL MALTRATO? SÍ ____ NO ____

20. B. ¿POR CUÁNTO TIEMPO? _____