

Reporte de caso

Violencia laboral en el sector salud: cuando el psicólogo es la víctima. Reporte de Caso

Workplace Violence in the Healthcare Sector: When the Psychologist is the Victim. Case Report

Ana María Salazar Llano ¹✉, María Adelaida de Greiff Álvarez ²✉ [ORCID](#), Diana Restrepo Bernal ^{3*}✉ [ORCID](#)

* Autor de correspondencia.

¹ Residente de Psiquiatría, Universidad CES.

² Estudiante de Pregrado de Medicina, Universidad CES.

³ Psiquiatra de Enlace. Epidemióloga, docente e investigadora, Universidad CES.

Fecha correspondencia:

Recibido: julio 27 de 2022.

Aceptado: diciembre 12 de 2022.

Forma de citar:

Salazar AM, Greiff MA, Restrepo D.

Violencia laboral en el sector salud: cuando el psicólogo es la víctima. Reporte de caso. Rev. CES Salud Pública y Epi. 2022; 1(2): 169-183. <https://dx.doi.org/10.21615/cesspe.6871>

Open access

© Derecho de autor

[Licencia creative commons](#)

[Ética de publicaciones](#)

[Revisión por pares](#)

[Gestión por Open Journal System](#)

DOI: 10.21615/cesspe.6871

ISSNe: 2954-5587

[Publica con nosotros](#)

Resumen

Introducción: la violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema mundial que atraviesa las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales. En el sector salud, es un problema ubicuo, persistente y poco reportado. **Reporte de caso:** psicóloga de enlace de 43 años con 20 años de experiencia laboral, es amenazada de muerte por la madre de un paciente pediátrico. De inmediato presenta nerviosismo, ansiedad, insomnio y temor por su vida. Se hace diagnóstico de trastorno de estrés agudo, los síntomas persisten y un mes después continúa con evitación conductual, re experimentación del trauma, estado de ánimo negativo, reactividad psicofisiológica, síntomas disociativos y gran disfunción en la vida cotidiana, lo que configura un trastorno de estrés postraumático. Al mes del trauma aparece ideación y planes suicidas, por lo cual se hospitaliza por psiquiatría. Es dada de alta con psicofármacos y psicoterapia ambulatoria, e incapacidad laboral. **Revisión de tema:** la violencia en el lugar de trabajo para los empleados de salud, es un problema real y creciente. Son múltiples las barreras que impiden hacer visible esta situación. Los trabajadores y empleadores del sector salud necesitan identificar este importante riesgo laboral y comprender que la violencia no “hace parte del trabajo”. **Conclusión:** la violencia en el lugar del

trabajo para quienes laboran en el sector salud es un problema común, frente al cual se requiere educación, legislación y estrategias para prevenirlo.

Palabras claves: violencia laboral; trastorno por estrés postraumático; salud laboral; salud mental; psicología.

Abstract

Introduction: violence in the workplace has become a global problem that crosses borders, work contexts and professional groups. In the health sector, it is a ubiquitous, persistent and under-reported problem. **Case report:** a 43-year-old liaison psychologist with 20 years of work experience, is threatened with death by the mother of a pediatric patient. He immediately presents nervousness, anxiety, insomnia and fear for his life. A diagnosis of acute stress disorder is made, the symptoms persist and a month later he continues with behavioral avoidance, re-experiencing of the trauma, negative mood, psychophysiological reactivity, dissociative symptoms and great dysfunction in daily life, which configures an anxiety disorder. posttraumatic stress. A month after the trauma, suicidal ideation and plans appeared, for which he was hospitalized for psychiatry. She is discharged with psychopharmaceuticals and outpatient psychotherapy, and incapacity for work. **Revision:** workplace violence for healthcare employees is a real and growing problem. There are multiple barriers that prevent making this situation visible. Workers and employers in the health sector need to identify this important occupational risk and understand that violence is not “part of the job”. **Conclusion:** violence in the workplace for those who work in the health sector is a common problem, which requires education, legislation and strategies to prevent it.

Keywords: workplace violence; stress disorder, traumatic; occupational health; mental health; psychology.

Introducción

La violencia en el lugar de trabajo -sea física o psicológica- se ha convertido en un problema mundial que atraviesa las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales. Este importante problema, para algunos una cuestión “olvidada”, ha alcanzado importancia en los últimos años y es considerado un asunto prioritario a nivel global ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones” ⁽²⁾.

En el sector de la salud, la violencia en el lugar de trabajo es un problema ubicuo, persistente, poco reportado, que ha sido tolerado y ampliamente ignorado (Phillips, 2016). Según la OMS

8% a 38% de quienes trabajan en el sector salud, sufrirán violencia física en algún momento de su vida laboral ⁽³⁾. Es por esto que la OMS, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermeras, y la Oficina de Servicios Públicos Internacional, se reunieron con el fin de definir directrices para afrontarla y redefinen violencia como: “... toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra” ⁽⁴⁾.

En Colombia, se han realizado algunos estudios sobre violencia laboral ^(5,6). Según el estudio de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC en 2016, el 98,7 % de los trabajadores de los servicios de urgencias habían sido víctimas de violencia verbal, el 27 % de violencia física y el 1,6 % de violencia sexual ⁽⁷⁾, sin embargo, este es un tema aun poco explorado.

El objetivo de este reporte es presentar un caso de violencia en el lugar de trabajo contra una profesional de la salud mental, las consecuencias emocionales y laborales sobre la persona afectada y las recomendaciones a partir de la revisión de la literatura científica frente a estos casos.

Metodología

Reporte de caso a partir de una entrevista clínica semiestructurada, la cual incluyó La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático-Revisada (EGS-R) ⁽⁸⁾. Este instrumento consta de 21 ítems basada en los criterios diagnósticos del DSM-5 ⁽⁹⁾ que permiten evaluar la gravedad de los síntomas postraumáticos. Comprende cuatro núcleos sintomáticos: re experimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas y estados de ánimo negativo, aumento de la activación y reactividad psicofisiológica. La escala incluye además información complementaria de síntomas disociativos y la disfunción en la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático.

Este reporte se construyó siguiendo las recomendaciones del grupo CARE ⁽¹⁰⁾. Se obtuvo consentimiento informado, aprobación del Comité de Investigación de la Institución donde labora la profesional de salud mental y aval del Comité de Ética Universitario.

Presentación del caso

Mujer de 43 años, psicóloga, con experiencia laboral de 20 años, de los cuales 7 trabajó en psicología organizacional y 13 en psicología clínica. Durante los últimos nueve años ha trabajado respondiendo interconsultas de psicología en una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín-Colombia (ver [Figura 1](#)).

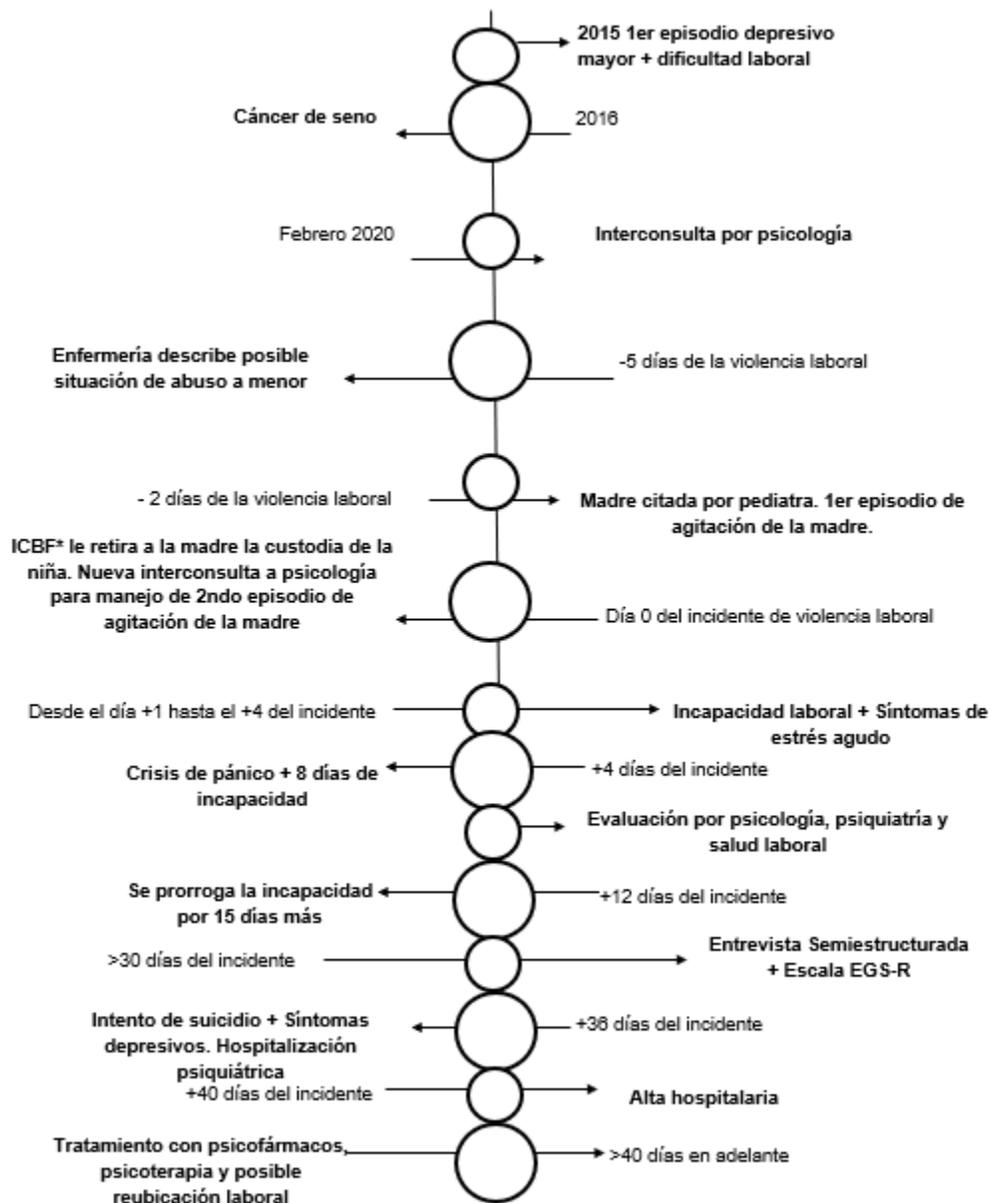


Figura 1. Línea de la vida.

*Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

En febrero del 2020, recibe una interconsulta solicitada por el grupo de pediatría para evaluar una niña en edad escolar a quien se le realizó corrección quirúrgica de una malformación congénita grave. La interconsulta tenía por objetivo valorar la red de apoyo y los cuidados que podrían brindarle ambulatoriamente a la niña.

Julio – diciembre de 2022

En la evaluación del caso, se identificó que la menor era hija de una madre de aproximadamente treinta años, quien dice ser trabajadora sexual, y de un padre quien no convive con ellas, pero responde económicamente, a partir de actividades al margen de la ley. La madre sostiene una relación de pareja desde hace 4 años con un hombre de similar edad a la suya, quien cuida de la niña mientras ella trabaja y el cual también realiza actividades al margen de la ley.

Durante la evaluación de la niña, se identifica que la pareja de la madre es su principal cuidador, y que esta demuestra afecto positivo hacia él. Tres semanas después del ingreso hospitalario, la menor presenta mejoría clínica y se prepara el alta, para lo cual pediatría y enfermería realizan actividades de entrenamiento para el cuidado en casa. Este entrenamiento lo recibe el novio de la madre y en este contexto es sorprendido por enfermería acostado en la cama con la niña, ambos cubiertos por una cobija y la menor sin ropa interior.

El personal de pediatría informa a la madre de lo ocurrido, lo cual genera una fuerte discusión entre ella y su pareja, y posterior a esto, ambos abandonan la institución de salud, sin regresar ninguno de ellos para hacerse cargo del cuidado de la niña. Luego de este incidente, se generó un reporte al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) sobre un posible caso de abuso a menor de edad.

Dos días después del incidente, uno de los pediatras entrevista a la madre para verificar asuntos relacionados con el cuidado ambulatorio de la niña, y esto, desencadena en ella una reacción violenta que termina con amenazas al pediatra. Tres días después el ICBF llega a la Institución para tomar la custodia de la niña y separarla de la madre. Esto suscita una nueva reacción violenta en ella, pierde el control de sí misma, se encierra en un baño y se autolesiona las muñecas con objeto cortopunzante. Luego de esto, la psicóloga es llamada de urgencia para intentar calmar a la madre y a la niña. Durante esta intervención en crisis, la madre amenaza con nombre propio a la psicóloga y le dice: “por su culpa me van a quitar a mi hija” y la intimida diciéndole que ella (la madre) pertenece a una reconocida banda delictiva de la ciudad. La policía interviene retirando a la madre de la Institución y posteriormente regresa para decirle a la psicóloga: “a usted la van a matar...”.

Esta situación es informada directamente por la psicóloga a las directivas de la Institución de salud, quienes le indican que debe quedarse en casa el siguiente día laboral; también se reporta el incidente a la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL). Inmediatamente después del evento, la psicóloga comienza a experimentar nerviosismo, pensamientos intrusivos relacionados con lo ocurrido, particularmente con las amenazas recibidas, e imagina que en cualquier momento podría ser atacada.

Tres días después del incidente, la psicóloga retorna a laborar y cuando se dispone a “pasar ronda” a sus pacientes, experimenta de forma súbita nerviosismo, taquicardia, sudoración, náuseas, vómito y miedo de ser atacada físicamente en los pasillos de la Institución. Por este

motivo es atendida por urgencias donde evalúan, controlan los síntomas ansiosos compatibles con un ataque de pánico e incapacitan durante ocho días.

Durante el tiempo de la incapacidad, la psicóloga continúa experimentando nerviosismo constante, miedo de ser atacada, temor de salir de la casa a lugares públicos, dificultad para dormir y para experimentar emociones y afectos positivos. Es evaluada por psicología, psiquiatría y salud laboral de la ARL. Recibe el diagnóstico de estrés agudo e inician tratamiento farmacológico con desvenlafaxina y mexazolam, además de seguimiento por psicología y quince días más de incapacidad. Al cumplir un mes del incidente se le aplicó la EGS-R, y los puntajes obtenidos re-experimentación 13/15; evitación conductual/cognitiva 8/9; alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo 19/21; aumento de la activación y reactividad psicofisiológica 16/18, para un puntaje total de 56/63. El punto de corte propuesto es de 20, lo que permite observar la gravedad sintomática de nuestra paciente. Además, presentó 2/4 síntomas disociativos y gran disfunción en la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático con un puntaje de 16/18.

Al incorporarse de nuevo al trabajo, persiste con ansiedad, temor de ser atacada en cualquier momento, además de tristeza, anhedonia, llanto fácil e irritabilidad presentando una nueva crisis emocional en la cual verbaliza deseos de morir y describe cómo se despidió de su hija el día anterior y quiso tomarse los medicamentos que tenía en su casa con fines suicidas, sin lograrlo porque su pareja se lo impidió. Por este motivo es hospitalizada por psiquiatría con diagnóstico de alto riesgo suicida, en el contexto de un episodio depresivo mayor, además del trastorno de estrés postraumático. Permanece hospitalizada durante tres días y es dada de alta con psicofármacos, tratamiento psicológico ambulatorio y prórroga de la incapacidad. Dos meses después de ocurrido el evento, se reincorpora al trabajo y se estudia la posibilidad de una reubicación laboral.

Historia laboral

Seis años previos al incidente, 6 años describe algunas dificultades en el área de trabajo, las cuales surgieron a partir de la interacción con compañeros y jefes. Estas dificultades ocasionaron cansancio físico, sensación de “estar al límite”, sentimientos de frustración relacionados con el trabajo y distrés por situaciones cotidianas en las que debía afrontar decisiones clínicas complejas y se sentía sin apoyo de los compañeros. Esto nunca fue reportado por ella frente al área de salud laboral y nunca buscó ayuda específica para este problema.

Antecedentes personales

Cinco años atrás le diagnosticaron un primer episodio depresivo mayor, para el cual consultó por psiquiatría y se instauró tratamiento con escitalopram 10 mg/día y trazodona 50 mg/noche, con buena respuesta y resolución completa de los síntomas. Hace cuatro años le diagnosticaron cáncer de seno, para lo cual requirió mastectomía unilateral, vaciamiento ganglionar, quimioterapia y radioterapia, que duró un año. Niega otros antecedentes de importancia.

Revisión del tema

Este reporte de caso presenta una psicóloga clínica, víctima de violencia en el lugar de trabajo con graves consecuencias para su salud mental y el bienestar laboral, quien resume lo ocurrido diciendo “me quitaron la tranquilidad”.

Perspectiva global y local

En las últimas dos décadas, se observan un interés creciente por este tema ^(11, 12). En Estados Unidos, entre 2010 y 2013, se reportaron 24 000 ataques en escenarios de salud, de los cuales 33 finalizaron en homicidio, 38 ataques y 74 violaciones. La violencia en los hospitales americanos ha aumentado de 2,0 eventos por 100 camas en 2012 a 2,8 eventos por 100 camas en 2015 ⁽¹³⁾. Los factores más frecuentemente asociados fueron: fallas en la comunicación, escasa observación de los pacientes, ausencia o no cumplimiento de las políticas para manejar o prevenir la violencia en el lugar de trabajo e inadecuadas o ausentes medidas para evaluar las tendencias agresivas en los pacientes ⁽¹⁴⁾. En este mismo país, un estudio realizado en 263 residentes y médicos de urgencias encontró que el 78% de ellos habían sufrido algún tipo de violencia en los últimos 12 meses (75 % de tipo verbal y 21 % física) ⁽¹⁵⁾.

En Latinoamérica se encuentran algunos En Brasil, se encuestaron 1 569 trabajadores de diferentes instituciones de salud y se encontró que el 27,5% de ellos habían experimentado alguno de los cinco tipos de violencia estudiados (verbal, física, bullying, acoso sexual o racial). La más prevalente fue la verbal (39,5%), seguida de bullying (15,2%) y violencia física (6,4%). El tipo de agresor más frecuente fue la familia del paciente, seguido por el paciente ⁽¹⁶⁾. Estas características coinciden con nuestro caso, por tratarse de violencia verbal ejercida por la familia del paciente.

En Colombia el interés por este tema es creciente ⁽⁶⁾. La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, realizó un estudio durante el año 2014 en 56 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, tanto públicas como privadas, para evaluar la violencia laboral en el sector. Se encontró una prevalencia de 15.3%. El 67,9% fueron mujeres y el grupo más frecuentemente violentado fueron las auxiliares de enfermería (40,8 %), seguido por los médicos generales (25,6%), profesionales de enfermería (16,2%) y médicos especialistas (6,1%). El 96,7% no interpuso demanda formal ante las autoridades ⁽⁵⁾.

Un caso similar fue publicado en *Journal of Emergency Nursing* ⁽¹⁷⁾, en el cual una enfermera que permanece en el anonimato, muestra cómo su vida cambió radicalmente luego de un episodio de violencia laboral. Ella dice “este incidente me cambió completamente la vida”, “soy una persona incompleta”. Además, narra como después de lo ocurrido, no fue capaz de volver a trabajar como enfermera de urgencias y perdió el vínculo afectivo con compañeros y amigos, quienes, según ella, no supieron brindar el soporte emocional que requería durante la crisis.

Consecuencias para la salud mental

Las consecuencias de este tipo de violencia sobre la salud mental del trabajador y el desarrollo de psicopatología es un tema complejo que implica determinar qué cosas se derivan estrictamente del trauma por la violencia laboral y cuáles son los antecedentes psicopatológicos del trabajador ⁽¹⁸⁾. En cuanto al impacto de la violencia en el lugar de trabajo sobre la satisfacción laboral y el agotamiento profesional (burnout), se encontró una correlación positiva entre estos factores ($r= 0,150$, $p<0,01$), y una correlación negativa entre satisfacción laboral y soporte social ($r= -0,077$, $p<0,01$). El soporte social fue un mediador parcial entre violencia en el lugar de trabajo y satisfacción laboral y entre burnout e intención de cambiar de trabajo ⁽¹⁹⁾.

La relación entre violencia laboral en el sector salud y síntomas de estrés postraumático ha sido considerado ⁽²⁰⁾. Un estudio con personal de urgencias en Estados Unidos encontró que la mayoría de los participantes tenían bajo riesgo de presentar estrés postraumático, pero el 40,8% cumplían criterios para riesgo temprano de éste luego de una agresión verbal y 35,8% luego de una verbal y física ^(21, 22). Este último artículo es importante ya que destaca que no todos, ni siquiera la mayoría de los que son agredidos, desarrollan estrés postraumático.

Según un artículo publicado por Shalev et al, ⁽²³⁾ la intensidad del trauma y la susceptibilidad del paciente influyen en la probabilidad de desarrollar el trastorno de estrés postraumático. Según los autores, los factores que favorecen este desenlace son: sexo femenino, tener antecedente personal de trauma infantil o violencia interpersonal, trastornos mentales previos y experimentar cuatro o más eventos traumáticos durante la vida.

En cuanto al neuroticismo (tendencia a experimentar emociones negativas frente al miedo, estrés, frustración o pérdida) y el riesgo de estrés postraumático luego de violencia laboral, un estudio realizado en Botswana encontró que aquellos participantes con altos niveles de neuroticismo tenían mayor riesgo de desarrollarlo ⁽²⁴⁾, en tanto que en un estudio chino ⁽²⁵⁾, encontraron asociación fue con las pobres estrategias de afrontamiento.

Factores de riesgo

Para identificar los factores de riesgo para violencia laboral en una institución de salud, se necesita realizar un paso a paso y evaluar el lugar de trabajo, con el fin de identificar todos los potenciales peligros que puedan permitir la ocurrencia de incidentes de violencia. La evaluación de los factores de riesgo debe ser hecha en equipos de trabajo que incluya directivos, supervisores y empleados. El empleado tiene un rol crítico en la identificación de los peligros por su conocimiento y familiaridad con las actividades y los procesos de la institución; sin embargo, el trabajo en equipo es el elemento clave del éxito del programa de prevención. A continuación, se presentan algunos factores de riesgo ⁽²⁶⁾ (ver [Figura 2](#)).

Los siguientes factores de riesgo han sido identificados para la violencia laboral en el sector salud: pobres medidas de seguridad, menor nivel educativo del empleado, falta de diálogo, poca capacidad del sector salud junto con la alta demanda para servicios de salud, la falta de respeto y de información, la diferencia de opinión entre equipo de trabajo, la mala iluminación, el calor y finalmente una mala infraestructura física ^(16, 17). En Colombia, se han descrito los siguientes motivos de violencia laboral en el sector salud: tiempos de espera (62.1%), desacuerdo con el triaje (34.3%), limitación del número de acompañantes (30.3%), entre otras ⁽⁵⁾.

Relacionados con el usuario y el espacio físico

- Atender personas o familiares con antecedente de: violencia, abuso de drogas o alcohol, enfermedades psiquiátricas o miembros de grupos al margen de la ley.
- Enfermedad actual con desequilibrio o disfunción mental: trauma craneano, meningitis, encefalitis, intoxicaciones.
- Espacios físicos que impiden una adecuada visibilidad o evacuación.
- Carencia de medios de comunicación en caso de emergencia.
- Pacientes o familiares portadores de armas blancas o de fuego.
- Trabajar en un vecindario con alta tasa de crímenes.

Relacionados con la organización

- No disponer de políticas y grupo institucional enfocado en identificar y manejar comportamientos hostiles en pacientes, clientes, visitantes o colaboradores.
- Alta tasa de recambio en el personal.
- Horas de almuerzo y visitas, en las cuales hay menor personal del grupo y mayor número de visitantes.
- Largas esperas de pacientes o clientes en espacios no confortables.
- Percibir que la violencia es tolerada y las víctimas pueden no son capaces de reportar el incidente.

Relacionados con el personal salud

- No tener educación o entrenamiento en el manejo de situaciones de violencia laboral.
- Escasas habilidades de comunicación y manejo del estrés.
- Emociones del profesional: ansiedad, ira, contratransferencia.
- Menor experiencia laboral.

Figura 2. Factores de riesgo para violencia en el lugar de trabajo en el sector salud.

Fuente: Elaboración propia.

Prevención

Para cualquier institución de salud, es posible implementar un programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo ⁽²⁸⁾. Es necesario tener objetivos y metas claras, y comprender que los componentes son interdependientes y requieren evaluación y ajustes regulares para responder a los cambios que ocurren dentro de la organización y en las personas que

interactúan con ella (ver [Figura 3](#)). Las mejores intervenciones serán aquellas basadas en evidencia y en estudios de alta calidad metodológica ^(29, 30). Los siguientes son los factores que se deben tener en consideración:

- 1. Compromiso de la dirección y líderes institucionales:** el manejo efectivo de este problema comienza por reconocer que la violencia en el lugar de trabajo es un riesgo para la seguridad y la salud de los empleados. Cada institución de salud debe contar con un grupo que lidere el diseño y la implementación del programa de prevención. Además, es necesario estimular el reporte, la adherencia al programa e implementar indicadores que permitan hacer seguimiento del mismo.
- 2. Análisis ambiental y recursos para la protección:** cada organización debe evaluar los factores de riesgo para violencia en el ambiente interno y en la comunidad circundante. Factores dinámicos como el número de personas en circulación, y factores estáticos como alarmas, cámaras y personal de vigilancia en puntos de entrada y áreas de recepción, han de ser tomados en cuenta.

La comunidad circundante debe evaluarse examinando el tipo y gravedad de los delitos y la violencia, incluida la frecuencia con la que el personal de salud atiende a víctimas de la misma. Un equipo de respuesta rápida debe estar disponible, así como sistemas de televisión cerrada y un número adecuado de personal de vigilancia y seguridad.

Con el propósito de brindar una respuesta rápida, se propuso el uso del “código verde” para indicar a las demás personas de la Institución, que se está presentando un caso de violencia laboral y se pueda articular mejor la respuesta ⁽³¹⁾. La meta de este código incluye, reducir las medidas restrictivas para controlar el comportamiento violento y des-escalar verbalmente al individuo agitado. El equipo de respuesta sugerido incluye personal profesional de enfermería, un agente de seguridad y el médico encargado del paciente. La implementación de esta estrategia permitió la resolución del 85% de los casos de manera verbal ⁽³²⁾.

- 3. Entrenamiento del personal:** la institución garantizará los procesos de entrenamiento en el programa para todo el personal. Cada empleado debe tener claridad frente al riesgo de violencia que puede existir en su respectivo lugar de trabajo y cuáles son las mejores estrategias para enfrentarlos.

Las siguientes señales son útiles para identificar personas con alto riesgo de presentar comportamiento violento: mirada fija, aumento en el tono de la voz, inquietud motora, expresión facial de enojo y pacientes con compromiso de la consciencia, intoxicación por sustancias psicoactivas o ansiedad grave ⁽³³⁾.

4. **Reporte activo:** este es un elemento esencial de cualquier programa de prevención. Sin un adecuado, eficiente y completo sistema de reporte, los empleados tendrán una oportunidad limitada para comunicar los temas relacionados con seguridad y violencia en el lugar de trabajo.



Figura 3. Componentes esenciales de un programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo en el sector salud.

En conclusión, se presentó el caso clínico de una psicóloga la cual sufrió violencia en el lugar de trabajo con graves consecuencias a mediano plazo para su salud mental y el desempeño laboral. Como todos los trabajadores, los del sector salud tienen la necesidad de sentirse y estar seguros en el lugar de trabajo. Es necesario despertar interés y conciencia frente a este importante problema. Las estrategias para prevenir la violencia en el sector salud deben partir de las directivas institucionales, pero requieren incluir a todos los empleados. Se requieren más y mejores investigaciones en esta área del conocimiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés para declarar.

Referencias

1. Organización Internacional del Trabajo. Directrices Marco Para Afrontar La Violencia Laboral En El Sector Salud. (2002) Organización Internacional del Trabajo, Consejo internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos, & Programa Conjunto Sobre La Violencia Laboral En El Sector De La Salud. Ginebra. pp 1-38. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Organización Panamericana de la Salud, para la Organización Mundial de la Salud; 2002. pp1-33. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf;jsessionid=E5ECF8849B6D4D56A754D2C101A29CE8?sequence=1
3. WHO | Violence against health workers. (s. f.). WHO; World Health Organization Consultado el 20 de marzo de 2022. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/
4. Ministerio de Sanidad. INFORME. Grupo de trabajo de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud. Comisión de recursos Humanos del SNS. (2014): Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. <http://www.senado.es/web/expedientappendixblobervlet?legis=10&id1=136341&id2=1>
5. Giraldo Valencia J, Delgado L, Coronado G, Bohórquez-Robayo, F, Bernal-Sánchez R, Cuadros-Ruiz JG. Encuesta de las agresiones en el servicio de urgencias de las clínicas y hospitales afiliados a la ACHC. 2015; 102:2-24.
6. Luna-García JE, Urrego-Mendoza Z, Gutiérrez-Robayo M, Martínez-Durán. Violencia en el trabajo del sector público de la salud: Una visión desde las personas trabajadoras. Bogotá, Colombia. 2011-2012. Revista de la Facultad de Medicina. 2015; 63(3): 407-417. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51027>
7. Castellano-Ramírez JC, Prieto EF, Ortiz FL, Suárez BC, Polo, LB, Aristizábal JC, Casadiego-Gutiérrez EE. Prevención y protección de agresiones y violencia contra los trabajadores de la salud. Ministerio de Trabajo de Colombia. 2019. Diseño Gráfico y Diagramación, Galenao J.S. pp 1-15. Disponible en: <https://www.oceinfo.org.co/difusion/material-en-general/send/10-material-y-presentaciones/150-cartilla-prevencion-y-proteccion-de-agresiones-y-violencia-contra-los-trabajadores-de-la-salud>
8. Echeburúa E, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado-Tello FP, Muñoz JM. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. Terapia psicológica. 2016; 34(2), 111-128. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association Publishing. 2013; pp 991.

10. Riley MS, Kienle GS, Barber M, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. 2017; 89, 218-235.
11. Ferrinho P, Antunes AR, Biscaia A, Conceição C, Fronteira I, Craveiro I, Santos O. Workplace Violence in the Health Sector Portuguese Case Studies. Joint Program on Workplace Violence in the Health Sector. International Labor Office, World Health Organization, International Council of Nurses, public Services International. 2003; pp 1-55.
12. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. Occupational Safety and Health Administration. U.S. Department of Labor. United States of America. Consultado el 16 de marzo de 2022, de <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
13. Wyatt R, Anderson-Dreves K, Male L. Workplace Violence in Health Care: A Critical Issue with a Promising Solution. *JAMA*. 2016; 316(10), 1037-1038. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.10384>
14. The Joint Commission. Sentinel Event Alert. Consultado el 20 de marzo de 2022. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/>
15. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the Emergency Department: A National Survey of Emergency Medicine Residents and Attending Physicians. *Journal of Emergency Medicine*. 2011; 40(5), 565-579. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2009.11.007>
16. Palácios M, Loureiro dos Santos M, Barros do Val, Medina MI, de Abreu M, Soares-Cardoso L, Braganca-Pereira B. Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – Brazil. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. International Labor Office, World Health Organization, International Council of Nurses, Public Services International. Geneve.2003.
17. Lenehan GP. The Aftermath of Workplace Violence: One Person’s Account. *J Emerg Nurs*. 2005; 31 (6): 564-566. doi.org/10.1016/j.jen.2005.09.012
18. Sayed S, Lacoviello B M, Charney DS. Risk Factors for the Development of Psychopathology Following Trauma. *Current Psychiatry Reports*. 2015; 17(8), 70. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0612-y>

19. Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, et al. The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: The mediating role of social support. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2019; 17(1): 93. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1164-3>
20. Jo I, Lee S, Sung G, Kim M, Lee S, Park J, Lee K. Relationship between burnout and PTSD symptoms in firefighters: The moderating effects of a sense of calling to firefighting. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2018; 91(1): 117-123. <https://doi.org/10.1007/s00420-017-1263-6>
21. Gillespie GL, Bresler S, Gates DM, Succop P. Posttraumatic Stress Symptomatology among Emergency Department Workers following Workplace Aggression. *Workplace Health & Safety*. 2013; 61(6): 247-254. <https://doi.org/10.1177/216507991306100603>
22. Richter D, Berger K. Post-traumatic stress disorder following patient assaults among staff members of mental health hospitals: A prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2006; 6 (15). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-15>
23. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*. 2017; 376(25): 459-2469. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
24. Olashore AA, Akanni OO, Molebatsi, K, Ogunjumo JA. Post-traumatic stress disorder among the staff of a mental health hospital: Prevalence and risk factors. *S Afr J Psychiatry*. 2018; 24, 1222. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1222>
25. Shi L, Wang L, Jia X, Li Z, Mu H, Liu X, Peng B, Li A, Fan L. Prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017; 7(7): e016810. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016810>
26. Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. OSHA. 2016; 3148-04R, 60.
27. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2016; 374(17): 1661-1669. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1501998>
28. Raveel, A., & Schoenmakers, B. (2019). Interventions to prevent aggression against doctors: A systematic review. *BMJ Open*, 9(9), e028465. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028465>

29. Solórzano-Martinez AJ. Managing Workplace Violence with Evidence-Based Interventions: A Literature Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2016; 54(9), 31-36. <https://doi.org/10.3928/02793695-20160817-05>
30. Dillon BL. Workplace violence: Impact, causes, and prevention. *Work*. 2012; 42(1), 15-20. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1322>
31. Chappell S. The American Organization of Nurse Executives and Emergency Nurses Association guiding Principles on Mitigating Violence in the Workplace. *JONA*: 45, (7/8): 358-60.
32. Solórzano-Martinez AJ. Managing Workplace Violence with Evidence-Based Interventions: A Literature Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2016; 54(9): 31-36. <https://doi.org/10.3928/02793695-20160817-05>
33. D’Ettorre G, Pellicani V, Mazzotta M, Vullo A. Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*. 2018; 89(4-S): 28-36. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7113>