

Patrón psicosocial de la violencia interprofesional en el trabajo sanitario peruano: estudio de consenso Delphi mixto

Luis Fidel Abregú-Tueros^{a*}, Benigno Peceros Pinto^b, Sheyla Karol Abregú-Arroyo^c

^aInstituto de Investigación, Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú;

^bEscuela Profesional de Psicología, Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú; ^cServicio de Laboratorio, Hospital Nacional EsSalud "Ramiro Priale Priale", Huancayo, Perú

RESUMEN

INTRODUCCIÓN Los estudios sobre violencia psicológica en centros sanitarios se han centrado en el análisis de incidencias en contextos específicos. Sin embargo, los estudios de consenso sobre los factores psicosociales de la violencia interprofesional relacionados con los conflictos interpersonales y las demandas motivacionales son escasos. El objetivo de este estudio es determinar mediante consenso Delphi el patrón psicosocial de la violencia interprofesional en el trabajo sanitario para Perú y cada una de sus regiones geográficas.

MÉTODOS Se aplicó el método de consenso Delphi mixto, reuniendo a profesionales con experiencias y conocimientos sobre violencia psicológica. El estudio se desarrolló en tres etapas y tres rondas de consulta Delphi entre mayo de 2023 y junio de 2024. La integración de consensos a nivel regional y nacional se realizó mediante análisis gráfico de redes.

RESULTADOS Hasta la tercera etapa del estudio participaron 444 expertos en 32 grupos de análisis de 81 instituciones de salud. El 70,5% de los participantes eran mujeres y 27,6% trabajaban en los servicios de enfermería y urgencias. Luego del análisis de consenso Delphi, obtuvimos una lista jerarquizada de 6 factores psicosociales de violencia interprofesional para Perú y 9 para las regiones.

CONCLUSIONES Las diferencias entre regiones geográficas peruanas y entre estudios de otros países, reflejan que el fenómeno de la violencia interprofesional es muy específico y contextual. En el caso de Perú las diferencias entre regiones pueden deberse a centros sanitarios con diferentes características (por ejemplo, centros rurales versus urbanos). Además según el consenso, dos de los principales factores psicosociales de violencia interprofesional en los establecimientos de salud de las regiones de Costa y Selva son la desvalorización del trabajo y el hostigamiento del superior hacia los subalternos que inducen a cambiarse de puesto o renunciar. Para la Región Sierra, la primera jerarquía fue el control excesivo por colegas.

KEYWORDS Environment and public health, occupational health, allied health occupations, psychosocial functioning, workplace violence, psychological violence, adult, delphi method

INTRODUCCIÓN

Los factores de riesgo psicosociales son determinantes en la salud en el contexto laboral, porque pueden afectar tanto al bienestar físico como al bienestar psíquico y social del trabajador [1–4]. Por lo tanto, la intervención de estos riesgos

y de sus consecuencias promueve una cultura de seguridad psicosocial en el trabajo [5–8].

La violencia psicológica se entiende como el comportamiento intencional en la que los trabajadores son agredidos verbalmente, amenazados y/o humillados durante su jornada de trabajo [9–11]. Esta violencia a menudo está relacionada con los conflictos interpersonales y las demandas motivacionales [3,12,13].

En el sector sanitario, el agente que ejerce la violencia psicológica interprofesional [14], materia del presente estudio, es un superior o un subordinado. Dichos sujetos, lo hacen por falta de expectativas, luchas de intereses, problemas de comunicación o percepciones de inequidad y desequilibrio en el lugar de trabajo [3,5–7]. Las consecuencias negativas de

* Autor de correspondencia labregut@usmp.pe

Citación Abregú-Tueros LF, Peceros Pinto B, Abregú-Arroyo SK. Patrón psicosocial de la violencia interprofesional en el trabajo sanitario peruano: estudio de consenso Delphi mixto. Medwave 2025;25(02):e2986

DOI 10.5867/medwave.2025.02.2986

Fecha de envío Jul 19, 2024, Fecha de aceptación Dec 18, 2024,

Fecha de publicación Mar 7, 2025

Correspondencia a Jr. Enrique Barrón 1381, Santa Beatriz, Lima, Perú

IDEAS CLAVE

- Los estudios sobre violencia psicológica interprofesional en instituciones de salud orientados a la caracterización de los factores de riesgo mediante consenso, son limitados.
- Este es el primer estudio en el país que determina los factores de riesgo de la violencia psicológica interprofesional, mediante consenso de expertos para orientar una prevención contextualizada.
- Los resultados del análisis de consenso Delphi presentan una lista jerarquizada de 6 factores psicosociales de violencia interprofesional para Perú y 9 para las regiones.
- Limitaciones de este estudio son la posible confusión del factor más importante con aquellos duplicados o triplicados; la pertenencia de participantes a un mismo nivel de atención, distribuidos en tres regiones geográficas del país incluyendo a centros rurales, con intervenciones abordadas desde el nivel del grupo de análisis, y la pérdida del 17% de participantes debido al desgaste de interés.

la violencia psicológica interprofesional en el sector sanitario, además del agotamiento y estrés emocional [15], son la disminución de la calidad de atención y la satisfacción laboral [5,6,16], en consecuencia del compromiso organizacional [17]. Estas condiciones constituyen un fenómeno estresante en la vida laboral y un problema de salud pública ocupacional [1,3,6,7].

Marco de referencia

El modelo tridimensional demanda-control-apoyo del entorno laboral psicosocial de Karasek [18,19], permite explicar la violencia psicológica en el trabajo de los profesionales del sector sanitario. Además, identifica las áreas de mejora en la gestión de cargas de trabajo y la promoción de un entorno laboral saludable [18,19]. Este modelo establece los vínculos entre los perfiles latentes y la tensión interpersonal en la salud ocupacional. Asimismo, postula a que el bienestar y el estrés laboral dependen de la interacción entre las demandas del trabajo y el control que los profesionales de la salud tienen sobre sus tareas [18,19]. En el contexto de la salud, las demandas suelen ser altas debido a la presión del tiempo, alta carga de trabajo y a las expectativas rigurosas de los usuarios. Mientras que un bajo control, se manifiesta en una autonomía limitada para la toma de decisiones y procedimientos altamente estandarizados que restringen la capacidad de respuesta personalizada. Por ello, en un entorno donde las demandas superan el control disponible, la violencia psicológica puede incrementarse deteriorando la estabilidad emocional [18,19].

Estudios actuales sobre violencia psicosocial interprofesional

Los estudios recientes sobre caracterización psicosocial de la violencia entre profesionales y personal administrativo del sector sanitario en países desarrollados como Italia, Estados Unidos, Israel, Reino Unido, India, Australia, China y España; están relacionados con la agresión verbal, generalmente debida a conflicto de roles seguido del hostigamiento y del control excesivo por parte de los superiores.

Las características particulares de la violencia entre médicos y enfermeras por país y grupo interprofesional, son la

desacreditación personal y profesional, ignorar o aislar al colega, sancionar al profesional por errores mínimos y asignar tareas excesivas para ser cumplidas en corto tiempo [14,18,20–22] [23–25]. En países de economía media y baja como Irán, Turquía y Nepal, la característica predominante es también la agresión verbal seguida de la humillación y del hostigamiento al colega. Esto muchas veces ocasiona renuncia o desplazamiento del puesto [26,27]. Entre enfermeras, la principal característica es la humillación y las sanciones por errores insignificantes [28] (Anexo 1a).

Estos riesgos psicosociales, por ser causa de la violencia interprofesional, pueden ser más frecuentes en situaciones en las que el equipo profesional no está cohesionado, no dispone del apoyo social y cuando la rotación del personal es alta [14,23,29,30].

En Estados Unidos una encuesta de autorreporte con entrevistas semiestructuradas señaló que el 67,1% (51/76 enfermeras) de dos hospitales norteamericanos, había experimentado en el último mes violencia en forma de humillación y desprecio; y el 23,7% (18/76) lo había experimentado en toda su carrera [24]. La violencia psicológica evaluada mediante entrevistas semiestructuradas, biogramas y autoinformes en profesionales de la salud en Chile fue del 39,1% [31,32].

En Perú, un país de economía media formado por 24 departamentos y una provincia constitucional ubicadas en tres regiones geográficas: Costa, con clima árido-templado, Sierra (lluvioso-frío) y Selva (lluvioso-cálido), y que cuenta con tres sistemas sanitarios: público, privado y de la seguridad social [33]; se estima que la violencia psicológica interprofesional afecta a un 36,2% (673 603/ 271 923 trabajadores de la salud) [33].

En el sector salud de países desarrollados, algunas intervenciones psicosociales para reducir la violencia psicológica dentro de contextos específicos han sido estudiadas en revisiones sistemáticas [14,21,29,31,34–36]. El único estudio mediante caracterización de consenso Delphi sobre seguridad y salud psicosocial es de Mohd *et al.* [37]. Igualmente, los estudios sobre caracterización de la violencia psicológica en grupos de atención interprofesional, incluyendo al personal asistencial y

administrativo, tanto en América Latina como en Perú, son también limitados [15,31,34].

La necesidad de jerarquizar según la frecuencia de ocurrencia de los factores de riesgo psicosociales en la violencia psicológica interprofesional mediante un consenso de expertos, es importante para definir los alcances y la extensión del problema. Ello, puesto que los datos sobre incidencias y prevalencias obtenidas mediante encuestas transversales no son suficientes para desarrollar intervenciones preventivas eficaces [21].

Tras el análisis de estos factores de riesgo, se podrán aplicar intervenciones psicosociales adecuadas en las instituciones de salud del país, promover la integración interprofesional, y proponer políticas de prevención de la salud y seguridad psicosocial en el trabajo [38].

Debido a la necesidad de consensuar los factores involucrados en la violencia psicológica interprofesional, varios autores [39–41] señalan la necesidad de obtener la opinión de expertos para identificar el patrón de factores de riesgo psicosociales involucrados, sabiendo que el conocimiento sobre estos factores orientará cómo se pueden prevenir [23]. Además, tales estudios contribuirán a diseñar intervenciones más efectivas para reducir la violencia psicológica interprofesional en el trabajo, acordes a las diferencias en los contextos socioculturales de los grupos involucrados [42,43].

Por lo tanto, caracterizar de la mejor manera posible el patrón psicosocial es esencial para contribuir con una respuesta coherente, eficaz y contextualizada frente a la violencia interprofesional en el sector sanitario. Ello contribuye tanto al bienestar del personal como a la calidad del servicio que se brinda.

El objetivo de este estudio es consensuar el patrón psicosocial de la violencia interprofesional en el trabajo sanitario para cada región geográfica de Perú (Costa, Sierra y Selva).

MÉTODOS

Estudio cualitativo basado en el método de consenso Delphi mixto. Se aplicó este método por sus ventajas en términos de anonimato, su retroalimentación controlada, y porque facilita reunir participantes de diferentes áreas geográficas [39]. En nuestro caso, se reunieron profesionales con experiencia y conocimiento común sobre los factores de violencia psicológica interprofesional, que facilitaron el consenso en el sector salud de las tres regiones geográficas peruanas.

El proceso Delphi desarrollado en tres etapas (Figura 1) siguió el protocolo ACCORD (*Acurate Consensus Reporting Document*) de la Red *Enhancing the Quality and Transparency Of health Research Network* (EQUATOR) [44]. El estudio se ejecutó entre mayo de 2023 y junio de 2024.

La recogida de datos en la primera etapa fue presencial, mientras que en la segunda y tercera etapa fue en línea. En la segunda etapa de análisis se desarrollaron tres rondas de consulta Delphi. En la tercera etapa, tras organizar las jerarquías en una matriz de datos, se integraron los consensos a nivel de

grupo de análisis Delphi y luego por región geográfica (Figura 1).

Participantes y procedimientos según etapas de consenso Delphi

Primera etapa

Se formularon objetivos de consulta, se definieron las dimensiones a explorar y las fuentes de información. Se determinaron el perfil y ubicación de los participantes, y se elaboró el protocolo de selección del grupo. Fueron aspectos relevantes para la selección de participantes el que posean información representativa, tiempo e interés; y que tengan aproximación para contactar integrantes potenciales, para elegirlos, invitar y comprometerles su participación.

Aceptaron participar 20/25 panelistas expertos contactados mediante WhatsApp Messenger (mayo de 2023): , quienes se caracterizaron por ser:

- Profesionales de la salud pública con especialización en salud ocupacional.
- Miembros de los comités de seguridad y salud en el trabajo.
- Profesionales que habían experimentado o presenciado violencia interprofesional.
- Profesionales con experiencia laboral mayor a cinco años en los servicios de mayor riesgo psicosocial (emergencias y admisión de cuatro hospitales públicos de Lima) [45].

A estos expertos se les proporcionó un cuadro sinóptico comparativo de evidencias basadas en varios estudios, que fueron revisadas previamente [10,13,17,46]. Además, se les informó sobre el alcance del estudio, del proceso de jerarquización y del consenso Delphi. Luego se les pidió que integraran una lista con los factores psicosociales de la violencia interprofesional basada en evidencia científica [10,13,17,46].

Al finalizar esta etapa (junio de 2023), se elaboró una lista de 12 factores psicosociales de violencia interprofesional (se codificó con F1 al primer factor y con F12 al último factor), que sirvieron como marco de referencia para las siguientes etapas y rondas de consulta Delphi (Anexo 1b).

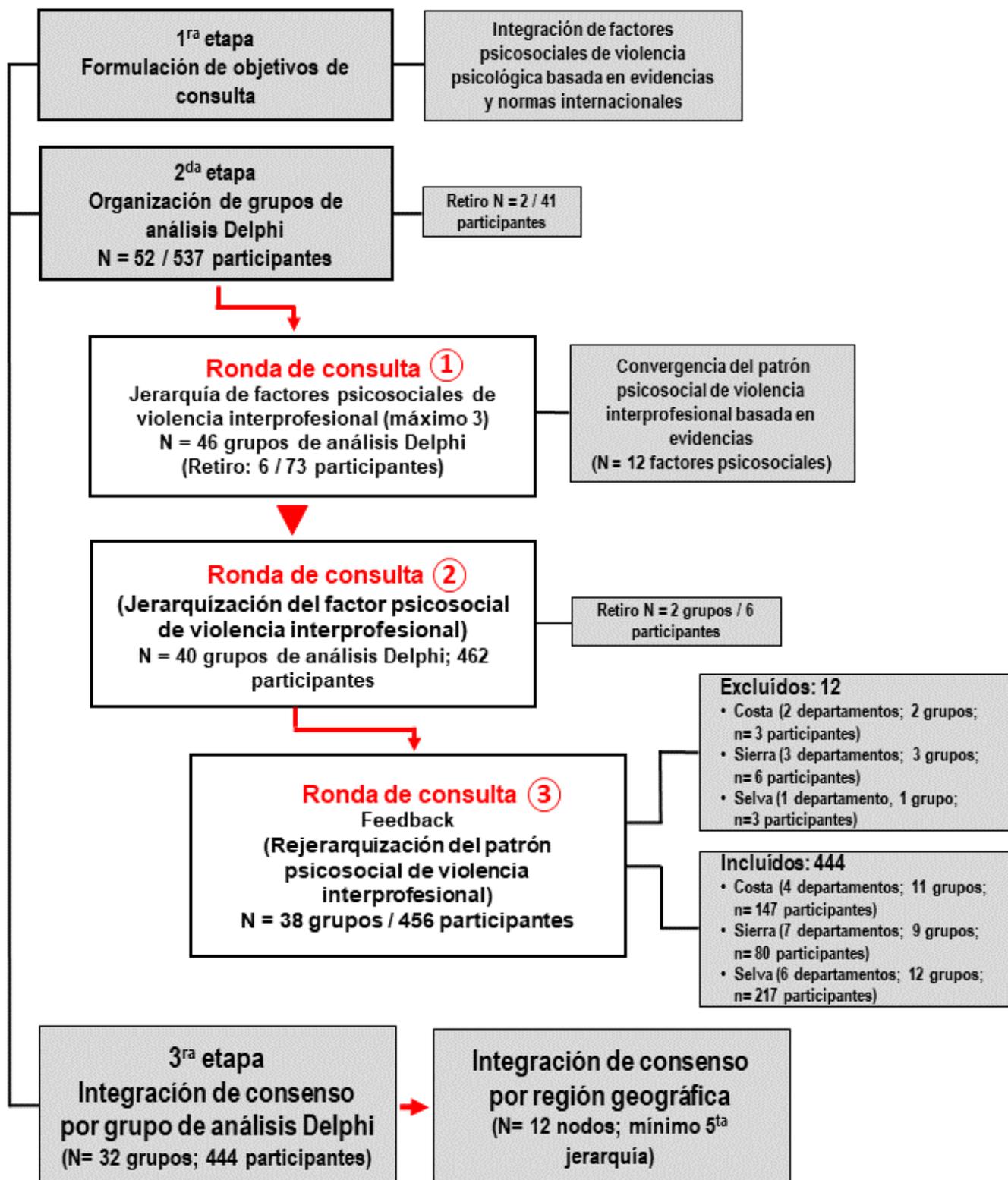
Segunda etapa

Para seleccionar a los participantes se aplicó la técnica de muestreo por juicio.

Sobre la base de 22 901 establecimientos de salud de diversos tipos y a nivel nacional, de los cuales el 49,9% corresponde a la Región Costa, el 37,6% a Sierra y 12,5% a la Región Selva, se organizaron 52 grupos de análisis con igual número de coordinadores (julio de 2023 a abril de 2024). Los coordinadores invitaron por conveniencia a los expertos mediante contacto personal y por WhatsApp Messenger, alentándoles su participación. Los criterios de inclusión de expertos fueron: de 2023 a abril de 2024).

Los criterios de inclusión de expertos fueron:

Figura 1. Diagrama de flujo ACCORD.



ACCORD: *Acurate Consensus Reporting Document* de la Red EQUATOR [43].

Fuente: elaborado por los autores a partir de los resultados del estudio.

- Profesionales de la salud o personal administrativo del sector sanitario de ambos sexos.
- Profesionales que habían experimentado o presenciado violencia interprofesional.
- Profesionales con más de tres meses de experiencia laboral.
- Profesionales procedentes de las tres regiones geográficas del país.
- Profesionales con participación voluntaria hasta la tercera ronda de consulta Delphi.

El único criterio para incluir un establecimiento de salud fue que se incorporaran por lo menos cuatro participantes [39,41]. En el estudio se incluyeron a 177 establecimientos de salud (Costa: 35,9%; 64/177), Sierra (41%; 72/177), Selva (23,1%; 41/177). Durante esta etapa, y conservando cuatro expertos como el mínimo requerido por grupo de análisis [39,41], participaron en total 46 grupos (Figura 1).

Los criterios de exclusión de participantes fueron:

- Personal sin experiencia o conocimiento sobre violencia psicológica interprofesional.
- Personal en período de prueba laboral (hasta tres meses).

Se excluyeron del estudio a 21 establecimientos de salud.

En la primera ronda de consulta Delphi de esta etapa (de septiembre a noviembre de 2023), en cada uno de los 46 grupos de análisis, los coordinadores plantearon a cada experto la siguiente consigna:

“En un bloc de notas digital, escriban por favor, una lista de tres o más situaciones más frecuentes de violencia psicológica entre los profesionales asistenciales y trabajadores de la salud. Situaciones que hayan experimentado o visto en su centro de trabajo durante los últimos tres meses”.

Luego, cada coordinador del grupo analizó la información recepcionada para integrar y reagrupar los factores psicosociales de violencia interprofesional, previa fusión de duplicados y después de eliminar aquellos factores con opiniones divergentes.

En la segunda ronda de consulta (de diciembre de 2023 a enero de 2024), los coordinadores elaboraron una lista integrada de 12 factores de violencia interprofesional en cada uno de los 40 grupos de análisis Delphi (desistieron seis grupos), y presentaron a los expertos una tabla de dos columnas (1: factores de violencia; 2: números) con la siguiente instrucción:

“En la tabla que ven hay 12 factores de violencia psicológica interprofesional que ocurren en su centro de trabajo, y al lado derecho de cada uno de ellos, hay un casillero en blanco. Por favor escriban en esos casilleros un número del 1 al 12 (sin empates), el número 1 = primer factor más frecuente y el 12 = para el factor menos frecuente que hayan experimentado o visto en su centro de trabajo durante los últimos cuatro meses”.

Cuando un participante se apartaba de la opinión del grupo, los coordinadores invitaron a ampliar o reflexionar su postura.

En la tercera ronda de consulta Delphi (de febrero a abril de 2024), cada uno de los 38 grupos de análisis (desistieron dos grupos), presentaron las matrices de jerarquización de los factores psicosociales para conocimiento y opinión de los expertos. Para los factores que quedaron duplicados, triplicados o hasta cuadruplicados en las jerarquizaciones, se solicitó a los expertos una nueva jerarquización, mediante la siguiente consigna:

“La causa que más afecta o la causa más importante en la violencia interprofesional para intervenir en el centro de salud es...”

A continuación, se analizaron la información recepcionada para presentarlas en una ronda de retroalimentación y realizar la ronda de consulta final de consensos y desacuerdos.

Tercera etapa (análisis de datos)

Sobre la base de la información de un total de 32 grupos de análisis Delphi y 444 expertos, se determinó el consenso de los factores psicosociales de la violencia interprofesional en tres niveles: según grupo de análisis, según región geográfica y a nivel nacional.

Para establecer la jerarquización Delphi a nivel regional y nacional, se aplicó la técnica de análisis de redes mediante el software Gephi v.10.1.9 [47]. Previamente se generó una base de datos donde los “nodos” fueron cada uno de los 12 factores de violencia interprofesional (F1 = primer factor; F12 = último factor) y “aristas” fueron cada una de las redes que generó el experto. Por ende, cada experto tuvo la posibilidad de elegir jerarquizando, desde 1 hasta 12 factores (del más frecuente al menos frecuente). La utilidad de Gephi fue:

- Para determinar el grado de predominancia de un nodo respecto a otros (*eigenvector centrality*).
- Asignar número de enlaces por nodo, lo que permitió establecer la jerarquía de cada uno de los factores psicosociales.
- Establecer conglomerados de redes según el grado sofisticación (*modularity class*).
- Visualizar gráficamente la interacción entre el conjunto de nodos y redes.

El criterio para considerar el consenso por factor psicosocial fue hasta completar la novena jerarquía (75%; 9/12). El resto de las jerarquías fueron consideradas como factores discrepantes [39,41].

El conjunto de datos anonimizados, generados y analizados durante el presente estudio, están depositados en el repositorio académico Figshare. DOI [<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.26110603.v1>] (Anexo 2).

RESULTADOS

Descripción de los participantes

Según la Tabla 1, el 70,5% (313/444) de los participantes fueron mujeres y trabajaban en los servicios de enfermería y de emergencias. El 73,3% (137/313) de los participantes habían rotado de sus puestos de una a dos veces por año. La edad

promedio de los varones es de 39,9 años y de las mujeres de 38,1 años; el 35,4% (157/444) de los expertos tenían entre 27 y 30 años; y el 3,4% (15/444) tenían 61 años a más. Hasta la etapa final "de integración" participaron 444 expertos de 32 grupos de análisis Delphi de las tres regiones geográficas de Perú. El 48,9% (217/444) procede de 12 grupos de análisis de 6 departamentos de la Región Selva. En la Región Costa, en 8 grupos de análisis (29,7% de participantes; 132/444) se desarrollaron en el departamento de Lima. El 18% (80/444) de expertos integraron 9 grupos de análisis de 7 departamentos de la Región Sierra (Tabla 2).

Consenso sobre el patrón psicosocial de la violencia interprofesional

A nivel nacional

Los seis factores psicosociales de la violencia interprofesional jerarquizados según el número de redes y el coeficiente (EC: *eigenvector centrality*), son el factor desvalorización al trabajo experimentado por el participante (F7: 190 redes; EC = 0,999), en primer lugar. En segundo, la desvalorización al trabajo experimentado por el resto de colegas del establecimiento de salud (F8: 174 redes; EC = 998). En tercer lugar, el hostigamiento del superior hacia los subalternos que inducen a cambiarse de puesto o a renunciar (F3: 150 redes; EC = 0,560). En cuarto, el control excesivo por colegas o superiores (F1: 156 redes; EC = 0,878). En quinto lugar, etiquetar como trabajador negligente (por ejemplo, adjudicar todo lo que sale mal a un colega; F9: 96 redes; EC = 0,461). En sexto lugar, la discrepancia de roles entre colegas (F4: 90 redes; EC = 0,409).

Región Costa

Hubo consenso en que el principal factor psicosocial de la violencia interprofesional en la Región Costa es la desvalorización del trabajo experimentado por el participante y por el resto de colegas del establecimiento de salud (F7; F8), seguido por el hostigamiento del superior hacia los subalternos que induce a cambiar de puesto o a renunciar (F3). Según la consulta, los factores psicosociales ubicados en la tercera y cuarta jerarquía para la violencia interprofesional implican el control excesivo por superiores o colegas (F1), con la subsiguiente humillación y agresión verbal (Tabla 3, Figura 2). Otros factores de violencia considerados importantes fueron la actitud de ignorar al trabajador en la toma de decisiones (F6). La octava y novena jerarquías se refieren a "calificar al trabajador como negligente" y la obstaculización laboral-profesional (Tabla 3). Los principales factores en discrepancia fueron la desacreditación personal, la intimidación y las contradicciones de roles (Figura 2).

Región Sierra

Según los expertos consultados en la Región Sierra, los factores psicosociales predominantes de consenso son el control excesivo ejercido por superiores o colegas (F1) y el hostigamiento del superior hacia los subalternos que inducen

a cambiarse de puesto o a renunciar (F3) (Tabla 3). Después están la discrepancia de roles (F4) y la desvalorización al trabajo del personal (F8). Los factores en la quinta y sexta jerarquías involucran calificar al trabajador como negligente (F9) y una consecutiva intimidación (F2). Los factores psicosociales ubicados en la séptima, octava y novena jerarquías de la violencia interprofesional son la desvalorización al trabajo de los colegas, la obstaculización o limitación de oportunidades de desarrollo profesional y la humillación con agresión verbal (Tabla 3).

Por otro lado, el conjunto de 1354 redes a nivel nacional está clasificado en 17 conglomerados (evaluados mediante el coeficiente *modularity class*) que mide el grado de sofisticación de redes. Del total de conglomerados, 9 son diferentes y 8 tienen igual número de redes.

Región Selva

Hubo consenso en que la "desvalorización al trabajo", experimentado tanto por el participante de la consulta como por el resto de colegas del establecimiento de salud, es el principal factor psicosocial de la violencia interprofesional en la región. Los siguientes factores psicosociales son control excesivo por colegas o superiores y el hostigamiento del superior hacia los subalternos que inducen a cambiarse de puesto o a renunciar (Tabla 3). Los factores psicosociales de consenso en la quinta y sexta jerarquías son calificar al trabajador como negligente e ignorar al trabajador en la toma de decisiones. Otros factores están relacionados con las contradicciones de roles, la desacreditación personal y la humillación con agresión verbal al trabajador. Los principales factores en discrepancia fueron la obstaculización laboral-profesional y la intimidación.

DISCUSIÓN

En este estudio se logró elaborar una lista jerarquizada de 6 factores psicosociales de violencia interprofesional para el nivel nacional y 9 factores para cada región geográfica. En ellas se evidencian el consenso de expertos sobre el patrón más frecuente de violencia interprofesional en el sector sanitario peruano. Del listado nacional encontramos que, "la desvalorización del trabajo de los profesionales de la salud", es el factor más relevante en la violencia interprofesional alcanzando el 26,8% (368/1371) del total de redes identificadas para cada factor psicosocial. Luego siguen los "factores de hostigamiento del superior hacia los subalternos", el "control excesivo por colegas o superiores", "etiquetar como trabajador/a negligente", y la "discrepancia de roles entre colegas".

Sobre la base de las respuestas de los expertos, podemos inferir para el nivel nacional que el factor precipitante de la violencia interprofesional [16,20] fue la discrepancia de roles y el hostigamiento para enfermeras, coincidiendo en varios estudios [3,5-7,14,40].

Este consenso de expertos delimitados por región geográfica, podría responder a causas geográficas (rural versus urbana) y

Tabla 1. Características socio-laborales de los participantes.

Características	Número	%	Género	
			Masculino (%)	Femenino (%)
Región geográfica				
Costa	147	33,1	45 (30,6)	102 (69,4)
Sierra	80	18,0	16 (20,0)	64 (80,0)
Selva	217	48,9	70 (32,2)	147 (67,8)
Servicio sanitario				
De enfermería	63	14,2	18 (28,6)	45 (71,4)
De emergencias	59	13,3	19 (32,2)	40 (67,8)
De medicina	34	7,7	16 (47,0)	18 (53,0)
De obstetricia	33	7,4	5 (15,2)	28 (84,8)
De ayuda al diagnóstico	27	6,1	8 (29,6)	19 (70,4)
Otros servicios	191	43,0	45 (23,6)	146 (76,4)
Administrativos	37	8,3	20 (54,0)	17 (46,0)
Rotaciones a otro puesto/año				
Ninguna	223	50,2	63 (28,2)	160 (71,8)
De 1 a 2 veces	187	42,1	50 (26,7)	137 (73,3)
De 3 a 4 veces	34	7,7	18 (52,9)	16 (47,1)
Grupo etario				
27 a 30 años	157	35,4	37 (23,6)	120 (76,4)
31 a 40 años	131	29,5	41 (31,3)	90 (68,7)
41 a 60 años	141	31,7	49 (34,8)	92 (65,2)
61 años a más	15	3,4	4 (26,7)	11 (73,3)
Total	444	100,0	131 (29,5)	313 (70,5)

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

organizacionales. Los grupos de análisis del área rural (Selva y Sierra con climas contrapuestos), tienen mayores limitaciones en recursos humanos y financieros frente a la Región Costa.

El consenso, además de contribuir tanto al bienestar del personal como a la calidad del servicio que se brinda, es importante para asegurar respuestas coherentes y contextualizadas frente a la violencia interprofesional en el sector sanitario, en tanto no existe una única directriz que sea adecuada para todos los entornos [30]. Además, proporciona una base de evidencias para proponer políticas y protocolos de intervención sostenibles para reducir la violencia interprofesional.

Las consecuencias de violencia interprofesional en el sector sanitario son amplias. Entre ellas están el agotamiento y estrés emocional [5,6,15–17]. Este ambiente hostil puede reducir la eficacia en la atención, de la satisfacción laboral [5,6,16] y del compromiso organizacional del personal [1,3,6,7,17,20].

Este hallazgo de consenso de expertos que determina el patrón nacional de violencia interprofesional hasta la tercera jerarquía de factores, converge con varios estudios de Italia, Estados Unidos, Israel, Reino Unido, India, Australia, China y España [14,18,20–25,29]. En estos trabajos, el factor más relevante en la violencia interprofesional es la "desvalorización del trabajo con discrepancia de roles entre colegas", seguido del "hostigamiento de superior hacia los subalternos" y del "control excesivo por colegas o superiores" (excepto entre médicos y enfermeras). En este último grupo, el factor común de violencia interprofesional es el "hostigamiento de superior hacia los subalternos" y se extiende a países de economía media y baja como Irán, Turquía y Nepal [26,27]. El último factor "etiquetar como trabajador/a negligente" (sexta jerarquía) es propio de

Perú, porque en los antecedentes internacionales no figuraban hasta esta jerarquía.

Los factores que difieren en las jerarquías de otros estudios son "ignorar o aislar al colega y sancionar al profesional por errores mínimos"; "asignar tareas excesivas para ser cumplidas en corto tiempo" y la "agresión verbal con humillación", que ocurría únicamente entre médicos y enfermeras de diferentes países [14,18,20–27,29].

Una de las razones de diferencia de jerarquías es que en algunos estudios participaron, por ejemplo, solo médicos y enfermeras [20], mientras que en otros solo enfermeras [20,28]. En cambio, en este estudio se incluyó tanto al personal asistencial como administrativo del sector sanitario.

Particularmente, en centros hospitalarios de distintos países desarrollados [10,15,39–41] el factor psicosocial de violencia interprofesional más prevalente fue el "hostigamiento con discrepancia de roles".

Las diferencias entre nuestro estudio y los de otros países reflejan que el fenómeno de la violencia interprofesional es muy específico y contextual [13], y ponen en evidencia que la jerarquización de factores por región geográfica de Perú es pertinente. Ello, puesto que involucra a centros sanitarios con diferentes características.

Específicamente, la segunda y tercera jerarquía de factores para la Región Sierra, el "hostigamiento seguido de discrepancia de roles", se corresponden con factores de mayor riesgo en centros de salud chinos [17] e instituciones sanitarias estadounidenses [10,13].

Tabla 2. Grupos de análisis Delphi según regiones geográficas (etapa final).

N°	Código	Departamento	Región	Número de participantes ¹	%
G1	01A	Ancash	Costa	4	0,9
G2	04A	El Callao	Costa	7	1,6
G3	07A	Ica	Costa	4	0,9
G4	09A	Lima	Costa	22	7,9
G5	09B	Lima	Costa	26	5,8
G6	09C	Lima	Costa	12	2,7
G7	09D	Lima	Costa	11	2,5
G8	09E	Lima	Costa	6	1,4
G9	09F	Lima	Costa	20	4,5
G10	09G	Lima	Costa	25	5,6
G11	09H	Lima	Costa	10	2,2
G12	02A	Apurímac	Sierra	5	1,1
G13	03A	Cuzco	Sierra	4	0,9
G14	05A	Huancavelica	Sierra	4	0,9
G15	06D	Huánuco	Sierra	26	5,8
G16	06E	Huánuco	Sierra	15	3,4
G17	06F	Huánuco	Sierra	10	2,2
G18	08B	Junín	Sierra	7	1,6
G19	09I	Lima	Sierra	4	0,9
G20	10A	Pasco	Sierra	5	1,1
G21	02B	Apurímac	Selva	4	0,9
G21	06A	Huánuco	Selva	32	7,2
G23	06B	Huánuco	Selva	36	8,1
G24	06C	Huánuco	Selva	37	8,3
G25	08A	Junín	Selva	21	4,7
G26	10B	Pasco	Selva	4	0,9
G27	11A	San Martín	Selva	27	6,1
G28	11B	San Martín	Selva	15	3,4
G29	11C	San Martín	Selva	15	3,4
G30	11D	San Martín	Selva	7	1,6
G31	11E	San Martín	Selva	6	1,4
G32	12A	Ucayali	Selva	13	2,9
Total		12	3	444	100,0

¹ Mínimo cuatro expertos [44,46], máximo 37 expertos.

Los principales factores en discrepancia fueron la obstaculización laboral, el ser ignorado y la desacreditación personal.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Perspectiva teórica

Desde una perspectiva teórica los resultados sobre el consenso del patrón de factores psicosociales para la violencia interprofesional están circunscritos en el modelo demanda-control-apoyo del entorno laboral psicosocial de Karasek [18,19]. Esta adherencia teórica para entornos laborales de diferentes tipos de servicio sanitario y delimitado por región geográfica, tiene correspondencia con el siguiente presupuesto teórico: altos niveles de estrés y bajo bienestar laboral, donde existen altas demandas laborales con bajo control de los factores psicosociales, junto con bajo apoyo socioemocional y organizacional.

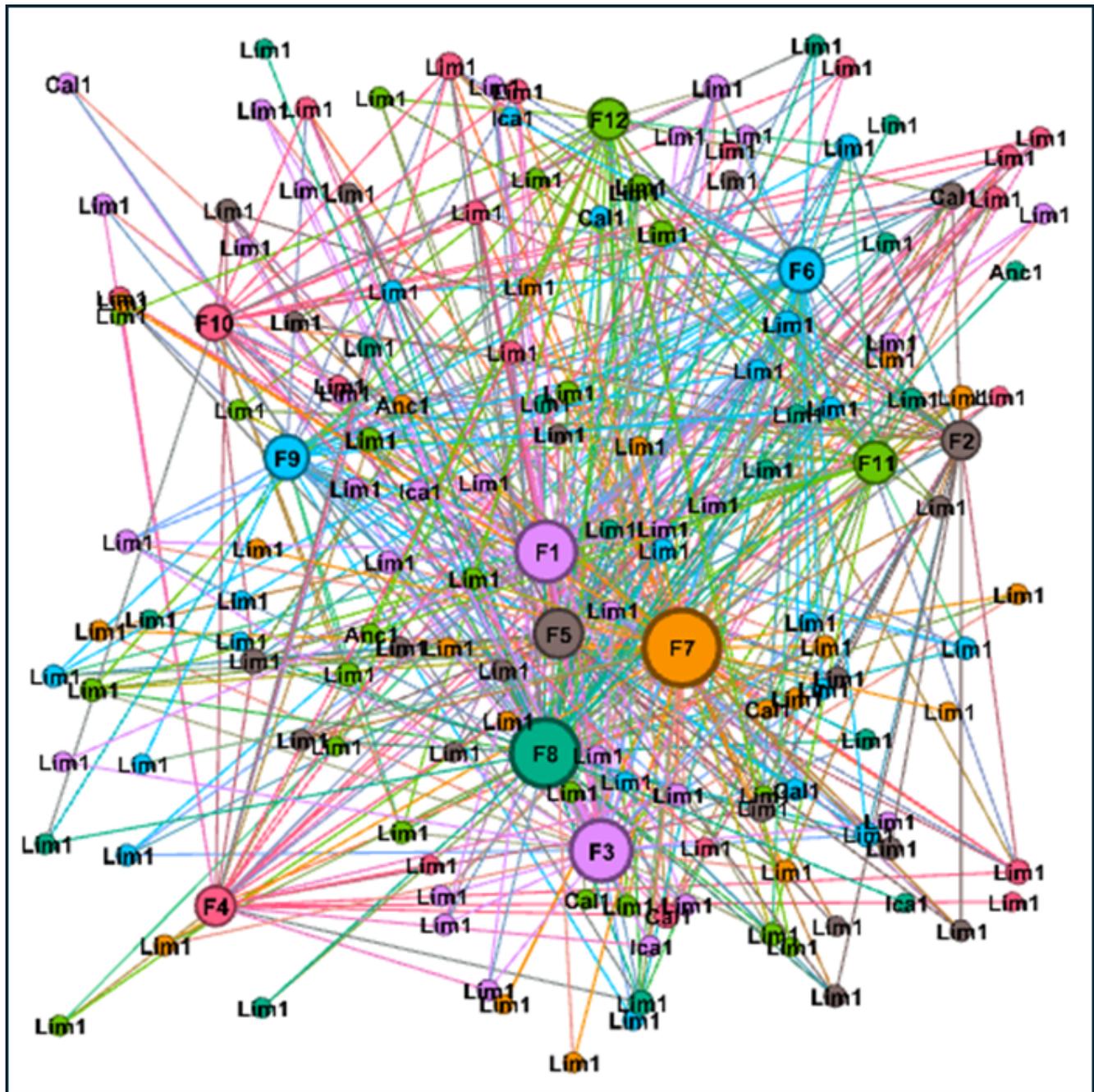
La dimensionalidad de nuestros resultados está fundamentada en cinco presupuestos teóricos (Anexo 1c). En síntesis, el consenso del patrón de violencia interprofesional fundamentado en el modelo de Karasek [18,19] explica que la interacción entre las demandas laborales, el control sobre el propio trabajo y el apoyo social, son esenciales para entender la violencia interprofesional en el sector salud.

Estos factores predicen un entorno psicosocial que favorece la aparición de conflictos interpersonales, especialmente cuando las demandas laborales son elevadas, el control es bajo y el apoyo social entre colegas o desde los superiores es insuficiente. Asimismo, se alinea a un contexto de alta demanda laboral caracterizado por alta presión de tiempo, carga de trabajo intensa y alta expectativa por parte de los superiores. Además, está en consonancia con escasa autonomía para la toma de decisiones y poca participación de los subalternos.

Frente a la naturaleza compleja de los conflictos interpersonales [10,24] y la dinámica de la jerarquización de los factores de violencia interprofesional según el grupo ocupacional, se intensifica un entorno de bajo soporte socioemocional y organizacional, y se subestiman las denuncias. Por ejemplo, en estos casos no se considera la denuncia por temor a represalias de colegas o superiores [24], por estigma y por falta de sanciones efectivas para los perpetradores [20].

Sugerimos como ajuste teórico identificar los elementos comunes de variabilidad y estabilidad de los factores de violencia interprofesional, de acuerdo a diferencias culturales

Figura 2. Red de factores psicosociales de violencia interprofesional, Región Costa.



F1-F12: factores psicosociales de violencia interprofesional.
Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

y geográficas. Como implicancia de los hallazgos, se sugiere explorar la interacción entre las variables contextuales como la cultura organizacional y los factores individuales [29].

La principal fortaleza de nuestro estudio es su amplia participación de expertos de diferentes tipos de establecimientos de salud de las tres regiones geográficas peruanas, que tienen diferentes entornos sanitarios y laborales. Estos patrones jerarquizados son importantes para el desarrollo de programas

de intervención [30], para reducir la violencia interprofesional de forma coherente y contextualizada en las instituciones sanitarias del país. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio de consenso donde se logró determinar una lista jerarquizada de nueve factores psicosociales de violencia interprofesional según regiones geográficas.

Tabla 3. Jerarquía de consenso sobre factores psicosociales de violencia interprofesional.

Factor psicosocial	Costa			Sierra			Selva		
	Número de enlaces ¹	Coef EC	J _o	Número de enlaces ²	Coef EC	J _o	Número de enlaces ³	Coef EC	J _o
F7 Desvalorización al trabajo	78	1,00	1 ^{ro}	22	0,87	4 ^{to}	92	1,00	1 ^{ro}
F8 Desvalorización al trabajo de colegas	67	0,88	2 ^{do}	19	0,73	7 ^{mo}	90	0,87	2 ^{do}
F3 Hostigamiento que induce a cambiar o renunciar al puesto	58	0,72	3 ^{ro}	25	0,86	2 ^{do}	68	0,39	4 ^{to}
F1 Control excesivo por colegas o superiores	57	0,78	4 ^{to}	27	0,94	1 ^{ro}	76	0,82	3 ^{ro}
F5 Humillación y agresión verbal	41	0,62	5 ^{to}	17	0,71	9 ^{no}	38	0,23	9 ^{no}
F6 Es ignorado	36	0,53	6 ^{to}	11	0,44	11 ^{ro}	39	0,38	6 ^{to}
F9 Acusación de negligencias manipuladas	35	0,52	7 ^{mo}	19	0,86	5 ^{to}	46	0,35	5 ^{to}
F11 Obstaculización laboral	32	0,50	8 ^{vo}	15	0,63	10 ^{mo}	38	0,28	10 ^{mo}
F12 Obstaculización profesional	30	0,42	9 ^{no}	18	0,70	8 ^{vo}	34	0,23	11 ^{ro}
F4 Discrepancia de roles	29	0,40	10 ^{mo}	24	1,00	3 ^{ro}	39	0,25	7 ^{mo}
F2 Intimidación	27	0,40	11 ^{ro}	19	0,74	6 ^{to}	33	0,36	12 ^{do}
F10 Desacreditación personal	24	0,36	12 ^{do}	10	0,48	12 ^{do}	38	0,24	8 ^{vo}

EC : *Eigenvector centrality*. J_o: jerarquía.

¹ Total: 514 redes.

² Total: 226 redes.

³ Total: 631 redes.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Limitaciones

La consigna orientada a jerarquizar los factores duplicados o triplicados en la tercera ronda Delphi podría confundir como factor “más importante”. Por ello, para afianzar a la consigna base de “más frecuente”, estas se repitieron antes (dos veces) y después de dicha ronda. Además, el número de participantes por grupo de análisis pertenecen a un mismo nivel de atención del establecimiento de salud, y estuvo distribuido en las tres regiones geográficas del país incluyendo a centros sanitarios rurales. Sin embargo, durante las intervenciones deben abordarse tomando en cuenta la jerarquía de factores a nivel del grupo de análisis.

El tamaño de muestra estudiado (32 grupos/444 expertos) ha superado al mínimo establecido de tres grupos y cuatro expertos por grupo de análisis Delphi) [39,41], lo que garantiza buenos resultados frente a los autoinformes que presentan sesgos de respuesta [21]. En total hubo pérdida del 17,3% (93/537) de participantes, debido al desgaste de interés por un estudio de tres rondas de consulta espaciadas durante nueve meses.

CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos contribuyen a una mayor caracterización de la violencia interprofesional, crean la base para la generación de políticas de evaluación, intervención y seguimiento de la salud psicosocial en el trabajo sanitario; junto con constituir el fundamento para generar diseños coherentes y contextualizados de protocolos de intervención. Estos protocolos deben

involucrar a profesionales locales y ser diferenciados por región geográfica y características laborales.

Específicamente, para prevenir la violencia interprofesional de hostigamiento, se sugiere en primera instancia realizar intervenciones basadas en la sensibilización para denunciar, complementando el acompañamiento legal con apoyo emocional y solidaridad entre el equipo interprofesional. Sumado a ello, es muy importante efectuar la gestión de conflictos interpersonales sumarios con intervención de terceros.

Finalmente, sugerimos desarrollar estudios Delphi comparativos con departamentos excluidos y otros sectores laborales.

Autoría LFAT, BPP y SKAA: Concepción y diseño del trabajo, obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión técnica del manuscrito, y aprobación de su versión final.

Agradecimientos A los coordinadores y panelistas en los grupos de análisis: Cinthya Bravo, Franklin Montalvo, Cármen Ángeles, Catalina Velásquez, Celia Lino, Ciro Ruiz, Claudia Antonella, Dánica Barrera, Elizabeth Fuentes, Elizabeth Pardo, Érika Iglesias, Fiorella Álvarez, Flavia Rosales, Henry Julca, Heydi Díaz, Helen Galván, Jefry Galván, Jéssica Guerrero, Jenny Abigail, José Silva, Jhina Arévalo, José Gómez, Joseph Cárdenas, Junior Micasa, Katia Rojas, Kenny Navarro, Lina Cárdenas, Lisbeth Ávila, Lourdes Abregú, Lyzet Reyes, Marleni Pérez, Marlieth Tuesta, Mauro Najarro, Mery Guzmán, Miguel Rojas, Noemí Bencio, Patricia Castro, Rolando Valdivia, Ruth Salcedo y Winny Villanueva.

Conflictos de intereses Los tres autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento El proyecto recibió financiamiento parcial de la Universidad de San Martín de Porres (Lima, Perú) para la operación de campo durante 45 días.

Anexos Los autores declaran que los datos obtenidos en el estudio no identifican a los participantes y están disponibles en el repositorio académico FIGSHARE, cuyo DOI es: 10.6084/m9.figshare.26110603.v1

Idioma del envío Español.

Origen y revisión por pares No solicitado. Con revisión externa por dos pares revisores, a doble ciego.

REFERENCIAS

1. Khazae-Pool M, Moradi M, Pashaei T, Ponnet K. Psychosocial status and risk perception among Iranian healthcare workers during the fifth wave of the COVID-19 pandemic. *Hum Resour Health*. 2023;21: 76. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00862-0>
2. Hasan MI, Hassan MZ, Bulbul MMI, Joarder T, Chisti MJ. Iceberg of workplace violence in health sector of Bangladesh. *BMC Res Notes*. 2018;11: 702. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3795-6>
3. Volz NB, Fringer R, Walters B, Kowalenko T. Prevalence of Horizontal Violence Among Emergency Attending Physicians, Residents, and Physician Assistants. *West J Emerg Med*. 2017;18: 213–218. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.10.31385>
4. St-Hilaire F, Gilbert M, Lefebvre R. Managerial Practices to Reduce Psychosocial Risk Exposure: A Competency-Based Approach. *Can J Adm Sci*. 2018;35: 535–550. <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/19364490/35/4> <https://doi.org/10.1002/cjas.1506>
5. Abdi F, Jahangiri M, Kamalinia M, Cousins R, Mokarami H. Developing a model for predicting safety performance of nurses based on psychosocial safety climate and role of job demands and resources, job satisfaction, and emotional exhaustion as mediators. *BMC Psychol*. 2023;11: 187. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01223-1>
6. Tripathi P, Priyadarshi P, Kumar P, Kumar S. Role of psychosocial safety climate in job satisfaction and emotional exhaustion: mediating role of effort–reward imbalance. *EBHRM*. 2024;12: 496–511. <https://doi.org/10.1108/EBHRM-03-2023-0049>
7. Nguyen NTT, Nguyen NP, Thanh Hoai T. Ethical leadership, corporate social responsibility, firm reputation, and firm performance: A serial mediation model. *Heliyon*. 2021;7: e06809. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06809>
8. Saha RShashiCerchione R, Singh R, Dahiya R. Effect of ethical leadership and corporate social responsibility on firm performance: A systematic review. *Corp Soc Responsibility Env*. 2020;27: 409–429. <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/15353966/27/2> <https://doi.org/10.1002/csr.1824>
9. Li P, Xing K, Qiao H, Fang H, Ma H, Jiao M, et al. Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0940-9>
10. Schindeler E, Reynald DM. What is the evidence? Preventing psychological violence in the workplace. *Aggress Violent Behav*. 2017;36: 25–33. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.07.004>
11. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. OIT; 2002. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44072/9223134463_spa.pdf?sequence=1
12. Vallone F, Zurlo MC. Stress, interpersonal and inter-role conflicts, and psychological health conditions among nurses: vicious and virtuous circles within and beyond the wards. *BMC Psychol*. 2024;12. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01676-y>
13. Nowrouzi-Kia B, Isidro R, Chai E, Usaba K, Chen A. Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review. *Aggress Violent Behav*. 2019;44: 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.11.002>
14. Lewis C. The impact of interprofessional incivility on medical performance, service and patient care: a systematic review. *Future Healthc J*. 2023;10: 69–77. <https://doi.org/10.7861/fhj.2022-0092>
15. Havaei F, Astivia OLO, MacPhee M. The impact of workplace violence on medical-surgical nurses' health outcome: A moderated mediation model of work environment conditions and burnout using secondary data. *Int J Nurs Stud*. 2020;109: 103666. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103666>
16. McLinton SS, Jamieson SD, Tuckey MR, Dollard MF, Owen MS. Evidence for a Negative Loss Spiral between Co-Worker Social Support and Burnout: Can Psychosocial Safety Climate Break the Cycle? *Healthcare (Basel)*. 2023;11: 3168. <https://doi.org/10.3390/healthcare11243168>
17. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, et al. Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggress Violent Behav*. 2020;51: 101381. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>
18. Portoghese I, Galletta M, Leiter MP, Finco G, d'Aloja E, Campagna M. Job Demand-Control-Support Latent Profiles and Their Relationships with Interpersonal Stressors, Job Burnout, and Intrinsic Work Motivation. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17: e9430. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249430>
19. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, USA: Basic Books; 1990.
20. Vallone F, Zurlo MC. Stress, interpersonal and inter-role conflicts, and psychological health conditions among nurses: vicious and virtuous circles within and beyond the wards. *BMC Psychol*. 2024;12: 197. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01676-y>
21. O'Brien CJ, van Zundert AAJ, Barach PR. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in

- prevalence, risk factors, consequences, and prevention – a narrative review. *eClinMed*. 2024;72: 102641. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102641>
22. Acquadro Maran D, Minniti D, Presutti M, Alesina M, Brizio A, Gatti P. Workplace Bullying among Healthcare Professionals: A Quanti-Qualitative Survey in A Sample of Women Working in an Italian Healthcare Setting. *IJERPH*. 2023;20: 5859. <https://doi.org/10.3390/ijerph20105859>
 23. Liu X, Wang L, Chen W, Wu X. A cross-sectional survey on workplace psychological violence among operating room nurses in Mainland China. *Appl Nurs Res*. 2021;57: 151349. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151349>
 24. Bloom EM. Horizontal violence among nurses: Experiences, responses, and job performance. *Nurs Forum*. 2019;54: 77–83. <http://doi.wiley.com/10.1111/nuf.2019.54.issue-1> <https://doi.org/10.1111/nuf.12300>
 25. Rodríguez-Carballeira A, Escartín Solanelles J, Visauta Vinacua B, Porrúa García C, Martín-Peña J. Categorization and hierarchy of workplace bullying strategies: A Delphi survey. *Span J Psychol*. 2010;13: 297–308. <https://doi.org/10.1017/s1138741600003875>
 26. Nazari S, Nikpeyma N, Haghani S, Fakhuri F, Farokhnezhad Afshar P. Workplace incivility and the professional quality of life in nurses. *Nurs Ethics*. 2024;31: 311–320. <https://doi.org/10.1177/09697330231193852>
 27. Bhusal A, Adhikari A, Singh Pradhan PM. Workplace violence and its associated factors among health care workers of a tertiary hospital in Kathmandu, Nepal. *PLoS ONE*. 2023;18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288680>
 28. Güngör S, Kose Tosunoz I. Levels of Nursing Students' Exposure to Colleague Violence and Affecting Factors: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Med Lav*. 2024;115. <https://doi.org/10.23749/mdl.v115i4.15606>
 29. Lim MC, Jeffree MS, Saupin SS, Giloi N, Lukman KA. Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;78: 103727. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103727>
 30. Bigcharles-Gaucher W. A qualitative system review: To lead public policy advancement for workplace psychological violence injury. *Social Sciences & Humanities Open*. 2024;10: 100963. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2024.100963>
 31. Undurraga R, Hornickel NL. Women's Work Trajectories and Workplace Violence: A Gender Issue. *Psykhe*. 2020;29: 1–14. <https://doi.org/10.7764/psykhe.29.2.1494>
 32. Ceballos-Vásquez P, Espinoza-Arrué F, Solorza-Aburto J, Salgado-Vergara C, Almuna-Alfaro N, González-Andrade A, et al. Violencia psicológica y física percibida por trabajadores de unidades de emergencias privadas de Chile. *Rev Cienc salud*. 2024;22: 1–16. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/issue/view/560> <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.12528>
 33. Ministerio de Salud. In: Información de recursos humanos en el sector salud. In: MINSA [Internet]. 2022. Spanish). [Link] (
 34. Fitzgerald J, Schutt-Aine J, Houghton N, De Bortoli Cassiani SH, Báscolo E, Alarcón G, et al. La importancia del enfoque de género en la construcción de sistemas de salud resilientes, equitativos y universales. *Rev Panam Salud Pública*. 2023;47: 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.135>
 35. Raveel A, Schoenmakers B. Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028465>
 36. Spelten E, Thomas B, O'Meara PF, Maguire BJ, FitzGerald D, Begg SJ. Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>
 37. Yusoff HM, Ahmad H, Ismail H, Reffin N, Chan D, Kusnin F, et al. Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2023;21: 82. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00868-8>
 38. Kortum E, Leka S. Tackling psychosocial risks and work-related stress in developing countries: The need for a multilevel intervention framework. *Int J Stress Manag*. 2014;21: 7–26. <https://doi.org/10.1037/a0035033>
 39. Shang Z. Use of Delphi in health sciences research: A narrative review. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032829>
 40. Yosep I, Mardhiyah A, Hendrawati H, Hendrawati S. Interventions for Reducing Negative Impacts of Workplace Violence Among Health Workers: A Scoping Review. *J Multidiscip Healthc*. 2023;16: 1409–1421. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S412754>
 41. Bloor M, Sampson H, Baker S, Dahlgren K. Useful but no Oracle: reflections on the use of a Delphi Group in a multi-methods policy research study. *Qual Res*. 2015;15: 57–70. <https://doi.org/10.1177/1468794113504103>
 42. González Vélez AC, Coates A, Diaz Garcia V, Wolfenzon D. Gender equality and health equity: strategic lessons from country experiences of gender mainstreaming in health. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.129>
 43. Gattrell WT, Logullo P, van Zuuren EJ, Price A, Hughes EL, Blazey P, et al. ACCORD (ACcurate COnsensus Reporting Document): A reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via A modified Delphi. *PLoS Med*. 2024;21. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004326>
 44. Gattrell WT, Logullo P, van Zuuren EJ, Price A, Hughes EL, Blazey P, et al. ACCORD (ACcurate COnsensus Reporting Document): A reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via A modified Delphi. *PLoS Med*. 2024;21. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004326>
 45. Abregú-Tueros LF, Bravo-Esquivel CJ, Abregú-Arroyo SK, Dos Santos-Rosa R, Galve-Manzano JL. Consensus on relevant psychosocial interventions applied in health institutions to prevent psychological violence at work: Delphi method. *BMC*

- Res Notes. 2024;17: e19. <https://doi.org/10.1186/s13104-023-06680-w>
46. Kumari A, Sarkar S, Ranjan P, Chopra S, Kaur T, Baitha U, et al. Interventions for workplace violence against health-care professionals: A systematic review. *WOR*. 73: 415–427. <https://doi.org/10.3233/WOR-210046>
47. Bastian M, Heymann S, Jacomy M. Gephi: An Open Source Software for Exploring and Manipulating Networks. *ICWSM*. 2009;3: 361–362. <https://doi.org/10.1609/icwsm.v3i1.13937>

Psychosocial pattern of interprofessional violence in Peruvian healthcare work: A mixed Delphi consensus study

ABSTRACT

INTRODUCTION Studies on psychological violence in health care facilities have focused on the analysis of incidences in specific contexts. Nevertheless, consensus studies on the psychosocial factors of interprofessional violence related to interpersonal conflict and motivational demands are scarce. The aim of this study is to determine by Delphi consensus the psychosocial pattern of interprofessional violence in healthcare work for Peru and its geographical regions.

METHODS A mixed Delphi consensus method was applied, bringing together professionals with experience and knowledge of psychological violence. The study was conducted in three stages and three rounds of Delphi consultation between May 2023 and June 2024. The integration of consensus at regional and national levels was carried out through Graph Network Analysis.

RESULTS Up to the third stage of the study, 444 experts in 32 focus groups from 81 health care institutions participated. 70.5% of the participants were women and 27.6% worked in nursing and emergency departments. After the Delphi consensus analysis, we obtained a ranked list of six psychosocial factors of interprofessional violence for Peru and nine for the regions.

CONCLUSIONS According to the consensus, two of the main psychosocial factors of interprofessional violence in health establishments in the Costa and Forest regions are the devaluation of work and harassment by superiors towards subordinates that induce them to change jobs or resign. Excessive control by colleagues was the first hierarchy for the Sierra region. The differences between geographical regions in Peru and between studies in other countries reflect that the phenomenon of interprofessional violence is very specific and contextual; in the case of Peru the differences between regions may be due to health care facilities with different characteristics (e.g., rural vs. urban facilities).



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.