

## Tesis Doctoral

Análisis médico-legal de la violencia en centros asistenciales: agresiones a profesionales.

Autor

Santiago Gascón Santos

Director/es

Martínez Jarreta, Begoña  
Santed Germán, Miguel Ángel  
García-Campayo, Javier

Departamento de Anatomía Patológica, Medicina Legal  
y Forense y Toxicología  
2006

Universidad de Zaragoza  
Facultad de Medicina.  
Departamento de Anatomía Patológica, Medicina Legal  
y Forense y Toxicología.



Análisis Médico-Legal de la Violencia en la  
Asistencia Sanitaria.  
Agresiones a Profesionales.

Memoria presentada por:  
Santiago Gascón Santos,  
para obtener el grado de Doctor.

Zaragoza, abril, 2006.



*A Araceli,  
a Jorge e Iñaki,  
a quienes les he robado un tiempo que es vida.*

*A mis padres,  
que me enseñaron a valorar y a agradecer a  
quienes curan.*



**Agradecimientos:**

A mis directores, los doctores Begoña Martínez Jarreta, Miguel Ángel Santed Germán y Javier García Campayo, quienes, además de orientación y valiosos consejos, me han regalado su amistad.

Al Doctor José Aso del Instituto de Medicina Legal de Aragón, y a los Doctores Joaquín Garijo y Fernando Moreno del Instituto de Medicina Legal de Albacete.

A los profesores: M<sup>a</sup> Ángeles López Verdejo, Ismael Diana y Jesús López-Torres de la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla – La Mancha, y a la profesora Eva Andrés de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Zaragoza.

A todos los profesionales de sanidad que han participado en este estudio y de manera muy especial a los doctores: Rosa Magallón de Atención Primaria del Servicio Aragónes de Salud, Jesús Goicoechea del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, Concha Thomson, directora del Hospital Obispo Polanco de Teruel, al doctor Jaime Horno, a la doctora Berisa y a Amparo Torres del mismo hospital, al doctor Javier Lucas y a Marisa Fagoaga del Hospital General de Albacete, a los doctores: Javier Massó, Carmen Muñoz, M<sup>a</sup> Ángeles García Arribas y Vicente Ricart de Atención Primaria de Albacete –Sescam-, y a la doctora Carmen Pinto del Maudsley Hospital de Londres.

A los compañeros del Departamento de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza: Miguel Bolea, Lola Perales y Merche Fuertes, y a Asún Yoldi de la Escuela Profesional de Medicina del Trabajo de la misma Universidad.

A Paola Casanova y a Natalia Sobradie.

# Análisis Médico-Legal de la Violencia en la Asistencia Sanitaria. Agresiones a Profesionales.

## **I. INTRODUCCIÓN**

<b>I.1. Justificación del tema.</b> .....	13
<b>I.2. La violencia.</b> .....	15
I.2.1. Definición y concepto. ....	17
I.2.2. Antecedentes de la violencia. ....	18
I.2.2.1. Psicobiología de la violencia. ....	22
I.2.3. La violencia como fuente de patología. ....	24
I.1.4. La violencia en el ámbito laboral. ....	26
I.1.5. La violencia hacia los profesionales de la sanidad. ....	31
I.1.6. La violencia hacia los profesionales de la sanidad en España.....	39

<b>II. REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD</b> .....	44
--	----

<b>III. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA VIOLENCIA EN EL MEDIO SANITARIO.</b> .....	59
<b>III.1. La violencia en la relación asistencial desde el Derecho Sanitario.</b> .....	59
III.1.1. Derechos del paciente. Desarrollo legislativo. ....	59
III.1.2. Deberes del paciente.....	65

III.1.3. Las agresiones a los profesionales sanitarios desde una perspectiva sancionadora .....	66
III.1.3.1. Falta y delito de injurias .....	67
III.1.3.2. Faltas y delito de coacciones. ....	68
III.1.3.3. Faltas y delito de amenazas. ....	69
III.1.3.4. Faltas de lesiones. ....	70
III.1.3.5. Delito de Atentado. ....	70
III.1.4. El problema del uso de la vía penal como herramienta sancionadora. La Denuncia. ....	72
III.1.5. La responsabilidad de la Administración. ....	73
<b>III.2. Análisis Médico-Legal de la violencia en la relación asistencial</b>	<b>75</b>
III.2.1. Valoración del daño producido por actos de violencia.....	75
III.2.1.1. Valoración del daño corporal. ....	75
III.2.1.2. Valoración del daño psíquico .....	79
III.2.2. La imputabilidad. ....	83
<b>IV. CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD.</b> .....	<b>91</b>
<b>IV.1. Las agresiones a profesionales sanitarios desde la Ergonomía y la Prevención de Riesgos Psicosociales.</b> .....	<b>91</b>
IV.1.1. Concepto y objetivos de la Ergonomía. ....	91
IV.1.2. Los Factores Psicosociales en el trabajo. ....	93
IV.1.2.1. Factores Psicosociales y Salud. ....	97
IV.1.3. El estrés como factor psicosocial. ....	99
IV.1.3.1. El proceso del estrés. ....	100
IV.1.3.2. El estrés laboral. ....	101
IV.1.3.3. Consecuencias negativas del estrés.....	102
<b>IV.2. Aspectos distintivos de los riesgos psicosociales en los profesionales de la sanidad.</b> .....	<b>105</b>
IV.2.1. Consecuencias psicológicas de las agresiones a profesionales sanitarios. ....	107

<b>IV.3. Consideración de las consecuencias de las agresiones a profesionales sanitarios como accidente de trabajo.....</b>	<b>123</b>
<b>IV.4. Las agresiones a profesionales sanitarios desde la Prevención de los Riesgos Laborales.....</b>	<b>127</b>
<b>V. OBJETIVOS .....</b>	<b>135</b>
V.1. Conocimiento de la incidencia de las agresiones en el medio sanitario. ....	138
V.2. Identificación de las variables implicadas en las agresiones.....	140
V.3. Análisis de las posibles consecuencias de las agresiones.....	140
V.4. Propuestas de actuación Médico-Legal. ....	141
<b>VI. MÉTODO .....</b>	<b>143</b>
VI.1. Participantes. ....	145
VI.2. Instrumentos. ....	149
VI.3. Procedimiento. ....	153
VI.3.1. Fase I: Elaboración y validación de instrumentos.....	154
VI.3.1.1. Datos sobre la elaboración de los cuestionarios.....	154
VI.3.2. Fase II: Obtención de datos. ....	156
<b>VII. RESULTADOS .....</b>	<b>159</b>
<b>VII.1. Fase 1: validación de instrumentos. ....</b>	<b>161</b>
VII.1.1. Análisis psicométrico del Cuestionario de Temores y Estresores en el Ejercicio Médico (TEEM). ....	161
VII.1.2. Análisis psicométrico del Cuestionario de Agresiones.....	173
<b>VII.2. Fase 2. Estudio de las agresiones al personal sanitario y sus repercusiones sobre la salud. ....</b>	<b>177</b>
VII.2.1. Estudio descriptivo de las agresiones. ....	177
VII.2.1.1. Incidencia de la violencia física y no física. ....	177
VII.2.1.2. Datos sobre los agresores. ....	177
VII.2.1.3. Características de las agresiones físicas. ....	180

VII.2.1.4. Distribución de las agresiones por centros, servicios y profesionales. ....	182
VII.2.1.5. Datos sobre denuncias por agresiones. ....	192
VII.2.2. Estudio sobre las relaciones de las variables implicadas en las agresiones. ....	193
VII.2.2.1. Variables implicadas en los diferentes tipos de agresiones.....	193
VII.2.2.2. Relación las agresiones con la salud psíquica.....	194
VII.2.2.3. Relación entre las agresiones y el <i>burnout</i> . ....	197
VII.2.2.4. Relación entre las agresiones y el desajuste en la relación asistencial. ....	202
VII.2.2.5. Relación del apoyo percibido con las agresiones y la sintomatología psíquica. ....	204
<b>VIII. DISCUSIÓN</b> .....	207
VIII.1 Consideraciones sobre la necesidad de definiciones unitarias para cada tipo de agresión. ....	209
VIII.2. Consideraciones acerca de la incidencia de las agresiones en el medio sanitario. ....	212
VIII.3. Consideraciones acerca de la identificación de las variables implicadas en las agresiones. ....	216
VIII.4. Consideraciones acerca del fenómeno de la Infradenuncia.....	221
VIII.5. Consideraciones acerca de las consecuencias de las agresiones... ..	223
VIII.6. Consideraciones acerca de la relación entre las agresiones y el <i>burnout</i> . ....	226
VIII.7. Consideraciones acerca de la relación entre las agresiones y el apoyo percibido. ....	228
VIII.8. Consideraciones sobre el desajuste en la relación asistencial.....	230
VIII.9. Consideraciones acerca de medidas de intervención, prevención y actuación médico-legal. ....	232
VIII.10. Consideraciones finales. ....	242

<b>IX. CONCLUSIONES</b> .....	249
<b>X. ANEXOS</b> .....	255
<b>XI. REFERENCIAS</b> .....	269



# introducción



## **I. INTRODUCCIÓN**

### **I.1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA**

Las agresiones a profesionales sanitarios constituyen un problema de graves e importantes consecuencias que hasta fechas recientes era prácticamente desconocido y que posteriormente ha permanecido silenciado por una escasa denuncia (Gelberich, Church, MacGovern, Nachreiner, Geiser, 2004). La evolución rápidamente ascendente de este problema en España (Alarcón y Ruiz de Adana, 2005) parece responder a un patrón de creciente violencia interpersonal que se viene observando en muy diversos ámbitos de nuestra sociedad - familia, educación, medio laboral, actividades de ocio, etc.- (Grant, 1995) y que es un fiel reflejo de lo que de forma idéntica está aconteciendo en este momento en otros países de nuestro entorno y grado de desarrollo.

En materia de violencia en el medio sanitario, los estudios científicos llevados a cabo hasta la fecha se han dirigido fundamentalmente a investigar las agresiones perpetradas en los centros y servicios psiquiátricos (Caldwell, 1992; Henk, Nijman y Rector, 1999) y muy particularmente sobre aquellas de las que son objeto los profesionales de la enfermería (Anderson y Parish, 2003; Atawneh, Zahid, Al-Sahalawi, 2003; Bradley, 1992). Son escasos los estudios que han considerado las agresiones en hospitales generales y las ejercidas sobre un espectro lo suficientemente amplio de profesionales, servicios y centros sanitarios como posibles dianas de la violencia (Jackson y Ashley, 2005).

Las críticas a la investigación científica realizada en el ámbito internacional son numerosas y califican lo llevado a cabo de limitado e insuficiente (Ferns, 2005), además de poner de manifiesto otras deficiencias como errores de concepto y de la catalogación de las violencias a estudiar (McKenna, Poole y Smith, 2003; Winstanley y Whittington, 2004) que impiden distinguir como categorías independientes las agresiones físicas de las amenazas y éstas de los insultos. Esta circunstancia dificulta, por otro lado, la comparación de los resultados de los estudios efectuados, ya que no parten de idéntica clasificación de las agresiones. Finalmente, se argumenta que no se han investigado suficientemente los daños derivados de las violencias no físicas y, en general, los efectos para la salud psicológica que pudieran ser importantes incluso en ausencia de agresión física (Findorff, McGovern y Sinclair, 2005).

En España la necesidad de investigación científica es aún mayor si cabe, dado que la toma de conciencia acerca de la realidad de este problema es extremadamente reciente, prácticamente se reduce a los últimos dos años, aunque la alarma generada es extraordinaria (Alarcón y Ruiz de Aldana, 2005; Gascón y Martínez-Jarreta, 2005). En este momento, Colegios de Médicos, Consejerías de Sanidad, Organizaciones Sindicales y Asociaciones de Derecho Sanitario intentan abanderar la defensa de las víctimas, y realizan consideraciones acerca de la importancia de la denuncia y sobre la posibilidad de un nuevo tipo penal que venga a castigar estas conductas.

Resulta evidente que cualquier iniciativa dirigida a la prevención o eliminación de este problema tendrá eficacia en la medida en que se fundamente en un conocimiento objetivo de la realidad, que sólo puede alcanzarse por medio de las herramientas que la investigación científica proporciona.

## I.2. LA VIOLENCIA

### I. 2.1. DEFINICIÓN Y CONCEPTO.

El vocablo “*violencia*” proviene del latín “*vis*”, que significa fuerza y lleva implícita la idea de agresión por parte de la persona que la ejerce. El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua define el verbo “*violentar*” como la aplicación de medios violentos a cosas o personas para vencer su resistencia; obrar con ímpetu o fuerza. Y define también “*agresión*” como el acto de acometer a alguno para matarlo, herirlo o hacerle daño, especialmente sin justificación y como acto contrario al derecho de otro. Para Dollard, Doob, Millar y Mowrer (1939), “agresión es cualquier secuencia de conducta, cuya respuesta de meta es el daño a la persona a la que se dirige”. Archer y Browne (1989) proponen que la conducta agresiva contempla los siguientes elementos: intención de causar daño, provocación de daño real y alteración del estado emocional.

Podemos definir también “*violencia*” como “la utilización de la fuerza física o la coacción psíquica ejercida por una persona o un grupo de personas, a otros seres vivos, cosas u objetos. El resultado producido es la destrucción o el daño de cosas u objetos, y la lesión o muerte de personas u otros seres vivos, con la consecuente violación de derechos” (Hinde y Groebel, 1989). La violencia obedece generalmente al propósito de mantener, modificar, o destruir un cierto orden de cosas, situaciones o valores y es propiciada o facilitada cuando existen desigualdades de derechos y oportunidades. Se trata de una conducta que debe ser estudiada en su contexto, puesto que su intensidad, propagación y forma de expresión, así como su consideración como tal, cambia según el contexto histórico y social en el que nos encontremos (Alonso, 1986).

Como conducta puede tomar distintas formas. La agresión física es su expresión más evidente, pudiendo generar lesiones, invalidez, incluso la muerte. La violencia, en sus múltiples manifestaciones, generalmente provoca un daño o un malestar en otros. Pero es importante destacar que en el concepto de violencia debemos incluir, no sólo el acto constatado de agresión, muchas veces de resultado trágico, sino también las condiciones sociales y circunstancias, tanto de víctimas como de victimarios, que lo hicieron posible (Geen, 1983). Es decir, el estudio del tema nos obliga a considerar sus causas, los agentes que la desencadenan, sus formas de expresión y sus consecuencias.

De lo anterior se deduce que en un esbozo de clasificación, podríamos distinguir diferentes categorías de violencia en función de su modalidad, forma de expresión, gravedad, grupos afectados, métodos o formas utilizados y consecuencias predominantes.

## I.2.2. ANTECEDENTES DE LA VIOLENCIA

Normalmente se ha considerado a la agresividad como un instinto que se transmite genéticamente y que aparece en todos los individuos de la especie, independientemente de su aprendizaje. Tratar de justificar la conducta agresiva con el hecho de que se observe en la mayoría de las especies animales es una teoría que no se sostiene. Por un lado, porque la agresividad en casi ninguna especie va dirigida contra los propios congéneres. Geen (1983) aduce que no hay animales que hagan con sus congéneres lo que hacen los hombres a otros. Por otro lado, porque el ser humano hace ya mucho tiempo que dejó el camino de lo “*natural*” y justificar la conducta violenta como “*instintiva*”, es negar la inteligencia y la razón humanas. El comportamiento violento es más bien aprendido, fomentado y reforzado, y si queremos designar rasgos definitorios del ser humano, los que le distinguen de otros seres naturales, son, sin duda, la cooperación y el altruismo (Geen, 1990; Gutiérrez Resa, 2006).

Tratar de dilucidar cuáles son los orígenes o las causas de la violencia es tarea casi imposible. Si se pretende explicar su etiología sólo por las características personales de origen biológico o psicológico, implicaría dejar de lado importantes efectos determinados por el proceso de relación e interacción entre las personas y de éstas con su ambiente social (Geen, 1983). La razón de la violencia debe ser buscada en la interacción de múltiples factores tanto individuales como sociales.

Para Whittington (1994), la violencia es un comportamiento humano altamente complejo, determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales actuando tanto de manera conjunta como por separado. Esta visión tiene como punto de partida el modelo de Blanchard y Blanchard (1984, descrito por Bell y Baron, 1990), denominado *modelo de cálculo emocional* y que postula la existencia de mecanismos innatos en la base de la agresión, en concreto la conexión cerebral cólera-miedo. Dos emociones que, a pesar de ser opuestas, pueden darse conjuntamente por su valor de supervivencia para el organismo. Pero la experiencia y el aprendizaje del organismo modulan la actuación de este mecanismo en situaciones concretas y, según se evalúe la situación, se dará una respuesta de ataque o de huida. Este *cálculo emocional*, este análisis coste-beneficio de cada situación implican que se dedique un tiempo considerable a la evaluación, el control observacional y la reevaluación de la situación (Bell y Baron, 1990), especialmente en los seres humanos.

Precisamente los conocidos estudios de Bandura (1980) sobre el aprendizaje social de la agresión, ponen de manifiesto el papel crucial del aprendizaje en los comportamientos violentos. Bandura demostró que estas conductas se aprenden en la infancia al observarlas en los adultos o en otros niños y, posteriormente, imitarlas. No es necesario que el niño ponga inmediatamente en práctica la conducta agresiva observada para que se produzca el aprendizaje de la agresión, las imágenes de la conducta del

modelo se archivan en la memoria del observador y, cuando se presenta la ocasión oportuna, son recuperadas para la realización del acto agresivo.

Como señala Geen (1990), en la vida cotidiana la agresión recibe reforzamiento fundamentalmente a través de sus consecuencias y puede generalizarse a otras situaciones distintas. Todo ello nos lleva a considerar la importancia de los valores culturales para la agresión. Son éstos los que permiten que ciertas conductas agresivas resulten reforzadas. Para este autor, existen unas variables que predisponen a la agresión: fisiología, personalidad, expectativas socioculturales y observación de estímulos violentos. Junto a estas variables, existen otras de situación que crean condiciones de estrés, activación y cólera frente a las que la agresión es una reacción, pero no se produce ésta de forma automática, sino que estas variables son evaluadas por la persona, que sólo pondrá en práctica la conducta violenta si considera la condición como arbitraria, maliciosa o intencional, ya que en estos casos la condición produce estrés, activación o cólera. Pero incluso en este último caso, la agresión no tiene por qué producirse si existen otras respuestas alternativas que permitan una mejor solución del problema.

La violencia puede nutrirse de muchas fuentes, y debe ser entendida como un fenómeno multicausal. Entre los antecedentes de la agresión, el que ha sido estudiado de manera más intensa es la frustración. Desde que Dollard en 1939 formuló su *Teoría de la frustración-agresión* en la que afirmaba que cualquier acontecimiento frustrante lleva inevitablemente a la agresión han sido muchos los estudios que han aportado evidencia en otra dirección. Bandura (1977) señalaba que las personas pueden aprender a modificar sus reacciones ante la frustración. Berkowitz (1969) revisó la *Teoría de la frustración-agresión*, considerando que la frustración es más bien fuente de activación y puede llevar a la agresión de forma indirecta. Tal teoría fue apoyada por los estudios de Haskins con niños en 1985.

Más recientemente, Berkowitz (1983) ha señalado otra conexión indirecta entre frustración y agresión a través del afecto negativo, definido como “sentimiento displacentero provocado por condiciones aversivas”. Al enfrentarse la persona a una experiencia aversiva, se desencadena una serie de cogniciones, emociones y respuestas expresivo-motoras. La reacción inicial a la frustración es afectiva. Tras ella se pone en marcha el proceso asociativo simple. El resultado final de éste es una tendencia bien a agredir, bien a huir de la situación, en función de las características de ésta. Ello no descarta que existan otros procesos complejos mediadores entre frustración y agresión, como la atribución y los juicios de inferencia.

Ciertas condiciones de vida como: el desempleo, la desigualdad, el deterioro del núcleo familiar, etc. pueden contribuir al desarrollo de una conducta violenta como medio de resolución de conflictos (Mummendey, Linneweber y Loschper, 1984). La pérdida de referentes éticos y culturales puede generar o reforzar cierta cultura de violencia que legitimaría el ejercicio de la fuerza como medio de resolución de frustraciones, desavenencias o conflictos. Por otra parte, también se han propuesto estímulos físicos que pueden llegar a favorecer la conducta agresiva, como el calor (Anderson, 1987), ruido (Geen y McCown, 1984) o dolor (Berkowitz, 1983).

La violencia en diferentes entornos humanos (familia, trabajo, centros escolares...) no es un fenómeno nuevo. La historia, desde la más remota antigüedad, nos muestra abundantes ejemplos de sometimiento, humillación y agresiones psíquicas y físicas de unas personas sobre otras, aunque este trato era socialmente aceptado porque se producía en contextos de desigualdad jerárquica basada en la prepotencia económica, intelectual o social, lo cual suponía el predominio de unos sobre otros (Castellano, 2000).

La violencia constituye un elemento muy importante en la sociedad actual, podríamos decir que ha llegado a convertirse en una cuestión central de

nuestra cultura (Huessmann, Eron, Lefkowitz y Walder, 1984). Al irse extendiendo por todo el planeta, la civilización occidental ha ido forjando en el mismo centro de su sustancia histórica el fenómeno, alusivo a toda explicación racional del crecimiento a velocidad gigante de la violencia en todos los países, bajo todas las formas (Eros y Huessman, 1980). La violencia se nos presenta hoy como un problema cardinal que nos preocupa, sobre el que más se escribe y se debate en innumerables reuniones internacionales (Alarcón y Ruiz de Adana, 2005; Masmoudi, 2006) y al que tratan de darse las más diversas explicaciones.

Hasta ahora, ningún intento de “justificar” mediante diversos argumentos la conducta agresiva ha recibido respaldo empírico. Así ocurrió con la hipótesis de Feirabend y Feirabend (1972), que pretendía extender la *Teoría de la frustración-agresión* al dominio de la conducta política, en concreto a la explicación de la violencia sociopolítica; o el análisis de Gurr (1970), que vinculaba la violencia de una sociedad con su grado de privación relativa, o los estudios de agresión grupal de Rabbie (1989) en los que se demostraba que era más difícil para los grupos que para los individuos suprimir la agresión colérica y sustituirla por un análisis racional de la situación que permitiese evitar la represalia de un rival más poderoso, lo que no implica que siempre los grupos sean menos racionales en sus tratos con rivales u opositores (Tedeschi, 1989).

#### **I.2.2.1. Psicobiología de la violencia**

La agresividad humana es debida a tensiones emocionales derivadas de una serie de factores que influyen en la misma (Martínez-Cordero, Martínez-Jarreta, Hinojal, 1998), de los cuales muchos son considerados también como agentes estresantes.

Antes de revisar brevemente los factores que influyen en la aparición de la conducta violenta, resulta interesante referir aunque sea de forma resumida algunos agentes que, desde una perspectiva psicobiológica, parecen estar implicados en el desarrollo de la agresividad.

Cannon (1932) fue el primero en postular y demostrar que las catecolaminas eran los principales neurotransmisores implicados en las reacciones de “lucha-huida”. La noradrenalina es el agente endocrino implicado en las emociones agresivas de lucha, mientras que la adrenalina es el principal elemento en las emociones de temor responsables de las reacciones de huida. Los mismos sistemas neuroendocrinos juegan también un papel fundamental en la respuesta de estrés (Sandín, 1984; Valzelli, 1983).

El estrés, al igual que la agresividad, es un componente biológicamente adaptativo (Selye, 1954, 1983). Cuando un organismo percibe una amenaza para su integridad o cualquier otro peligro, necesita un aporte “extra” de adrenalina, corticotrofina (ACTH) y corticoides para dar una respuesta de lucha o huida, respuesta que dependerá de la valoración que éste haga sobre el peligro o estresor. En cualquiera de los dos casos, ese exceso de diversos agentes endocrinos en el organismo será eliminado gracias al sobreesfuerzo físico que se realice sea cual sea la respuesta. El estrés, como indica Selye (1974), no es algo que por sí mismo deba ser evitado; puede estar asociado tanto a experiencias o estímulos desagradables como agradables (la carencia total de estrés significaría la muerte) el problema es cuando éste se excesivo e implica un sobreesfuerzo del organismo (Sandín, 1989).

Como se ha apuntado anteriormente, el ser humano ya no es un ser ligado o inmerso en la naturaleza, que deba constantemente sortear peligros para su integridad física. El estrés que percibe está más bien causado por motivos familiares, sociales, laborales, etc., ámbitos en los que no resultaría adaptativo dar respuesta de lucha o de huida, de manera que un nivel de estrés

que lo sobrecargue y que se mantenga en el tiempo de manera crónica acaba generando malestar psicológico, frustración y agresividad, perjudicando su salud ya que el exceso de agentes endocrinos afecta directamente al sistema inmunológico y, por ende, puede contribuir al inicio y agravamiento de múltiples enfermedades relacionadas con la deficiencia inmunológica (Sandín, 1996a).

### I.2.3. LA VIOLENCIA COMO FUENTE DE PATOLOGÍA

Los casos de muerte y lesiones ocurridos como consecuencia de actos violentos se suceden cada vez con mayor frecuencia, afectando a cualquier campo de la vida individual y social. La mortalidad por hechos de violencia ocupa un lugar preponderante entre las causas de muerte y en cuanto a causas de pérdida de años de vida potencial.

Según un reciente informe de la OMS (2006), cada año mueren en el mundo 1,6 millones de personas debido a la violencia; varios millones sufren lesiones y problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. La violencia se ha convertido en una de las principales causas de muerte de las personas de 15 a 44 años (Chapell y Di Martino, 2000). A los casos más dramáticos en los que el resultado es la muerte, debemos añadir que la violencia es también generadora de trastornos psicológicos y daños físicos que limitan la funcionalidad de la persona (Rubenstein, 1988), con importantes consecuencias para los individuos y para la sociedad en general.

Más allá de las tragedias humanas que trae consigo todo caso de violencia, sus consecuencias tienen para la sociedad un coste extremadamente elevado. Además de la importante demanda que estos episodios provocan en el área médica, generan un alto coste de atención (Gordon y Risley, 1999), con la consecuente afectación de los recursos disponibles, haciéndose necesaria muchas veces, la asignación de recursos adicionales (Levi y Lunde-Jensen,

1995), o aun la desviación de aquellos que podrían ser asignados a la prevención. Para paliar los efectos de la violencia se destinan miles de millones de dólares en todos los países que podrían haberse invertido en educación, seguridad social, vivienda, etc. y que deben ser empleados en asistencia a las víctimas, gastos sanitarios y procesos judiciales (Gordon y Risley, 1999).

En muchas partes del mundo, especialmente en los países en desarrollo, es casi imposible calcular los costos directos de la violencia interpersonal (Steinman, 2000). Éste es precisamente uno de los grandes retos que ha asumido la OMS, junto con el de formular políticas dirigidas a la prevención de este problema. El informe de la OMS (2006) sobre “Las dimensiones económicas de la violencia interpersonal” se centra en los costos de la violencia para las sociedades, revelando que en algunos países de América Central y de América del Sur destinan entre el 1,3% y el 4,3% de su Producto Interior Bruto (PIB) a los gastos ocasionados por la violencia, mientras que en los Estados Unidos se dedica un 3,3% del PIB. En Gran Bretaña se calcula que el costo anual total de la delincuencia es de 63,8 mil millones de dólares, de los cuales más del 60% se debe a los asesinatos, agresiones sexuales y lesiones relacionadas con la violencia. Se calcula que sólo los homicidios tienen un costo anual en Australia de 194 millones de dólares, 67 millones en Nueva Zelanda y 30 millones en Sudáfrica. El informe de la OMS reconoce que no existe un registro puntual sobre los efectos de la violencia interpersonal en muchos países de mediano y bajo ingreso, por lo que no se puede realizar una estimación global confiable del costo de este problema.

Debido a su magnitud y consecuencias, el estudio de esta realidad ha sido abordado desde áreas de conocimiento tan diferentes como el Derecho, la Sociología, la Psicología o la Medicina. Desde la Medicina se está

acostumbrado a convivir con lo violento como origen de lesiones y de patología (Klein, Leona y Silva, 1995; Claix, Pham, 2004). En particular, desde la Medicina Legal y Forense, cuya actividad pivota sobre el concepto de lo natural y de lo violento. Pero es escasa la atención que se ha prestado a la violencia desde esta área con un enfoque preventivo.

Hoy se torna cada vez más necesario asumir con urgencia, con creatividad y con los recursos adecuados, las responsabilidades que permitan revertir los índices de violencia desde una perspectiva de prevención primaria (Runyan, Zakocs y Zwerling, 2000; Castellano, 2004). Y se hace también necesaria una mayor colaboración por parte de las Administraciones, especialmente de la Administración Sanitaria, en cuanto a la implantación de registros unificados y detallados que permitan en todo momento obtener información precisa de los índices y características de esta realidad.

La OMS, que ya en su *“Informe sobre Violencia y Salud”* en el año 2000, consideraba a la violencia como un problema de salud pública de primer orden, aspecto que se vio reflejado en el carácter agresivo de su campaña de prevención (*Figura 1*), mantiene en la actualidad los objetivos de lograr un conocimiento preciso de la magnitud de esta realidad y de implantar políticas eficaces tendentes a reducir este problema en todos los países.

#### I.2.4. LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO LABORAL

Existe una percepción extendida de que la violencia en general, y en concreto los episodios violentos en el ámbito laboral, han ido en aumento en las últimas décadas del siglo XX e inicio de éste (Nordin, 1995; Di Martino, 2002). Según un informe especial del Departamento de Justicia de los Estados Unidos, durante el período comprendido entre 1993 a 1999 se produjo una media anual de 1,7 millones de actos violentos en el lugar de trabajo (Detis y Duhart, 2001).

Durante el año 1998, por ejemplo, hubo más de dos millones de víctimas de agresiones no mortales en el lugar de trabajo (Bull Kovera, 2004).

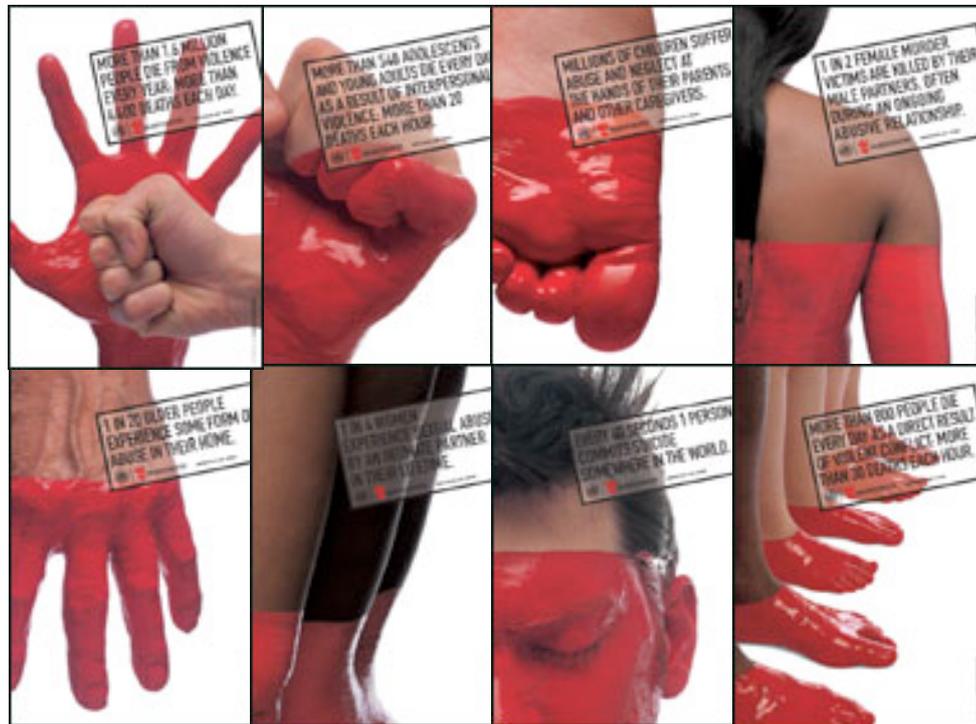


Figura 1. Carteles de la campaña de sensibilización de la OMS para la prevención de la violencia (2000).

Pero la violencia en el lugar de trabajo no es un fenómeno nuevo, aunque la inusitada fuerza que ha adquirido ha hecho que se convierta en tema de preocupación en todas las latitudes (Krug, 2002; Alarcón y Ruiz de Adana, 2005). Estudios recientes (Cooper y Swanson, 2002) confirman que la violencia en los centros de trabajo es un fenómeno universal, afectando tanto a países desarrollados como a los países en vías de desarrollo. Aunque, en función de las singularidades idiosincrásicas o legislativas de cada país, el fenómeno difiere en su dimensión, en su grado y en las diversas formas de manifestarse.

De forma paralela al incremento de los índices de violencia en nuestra sociedad, la amenaza de violencia percibida entre los trabajadores en contacto

con el público no ha dejado de aumentar, especialmente en la última década (Home Office, 1995; Mirrlees-Black, 1997). Ya desde el estudio realizado por NIOSH en 1996, se vino a establecer que dentro de la violencia en el lugar de trabajo, el sector “servicios” lidera en el conjunto de las industrias de USA, en razón del número de incidentes denunciados de agresión. De ellos, un 38% corresponden a los servicios de salud (NIOSH, 1996).

En la Tercera Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo elaborada en el año 2000 por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, se observó que el 2% del total de trabajadores fueron objeto de violencia física por parte del personal de sus propias empresas, mientras que el 4% de los trabajadores fueron objeto de agresiones físicas por personas ajenas a su medio laboral (la mayoría de las víctimas pertenecía a las administraciones públicas). Un 2% fueron objeto de acoso sexual y un 9% sufrió acoso laboral (*mobbing*). En todos estos casos, entre un 40% y un 50% sufría estrés a consecuencia de tales experiencias, produciendo entre un 30 y un 35% de absentismo causado por este problema (Paoli y Merllié, 2001).

En los años ochenta y noventa se comenzó a prestar atención al hecho del acoso psicológico, o *mobbing* (Cole, Grubb, Sauter y Swanson, 1997; Leymann, 1996 ; Piñuel, 2001) y de sus consecuencias devastadoras para las víctimas. Un estudio realizado en el 2000 entre los entonces 15 países miembros de la Unión Europea mostró que la intimidación y el acoso eran prácticas extendidas. Más concretamente, la encuesta realizada en 2002 por el Instituto Federal de Salud y Seguridad en el Trabajo en Alemania (Meschkutat y cols., 2003) permitió estimar que más de 800.000 trabajadores eran víctimas de *mobbing*, y que el 93% de las trabajadoras encuestadas había sido objeto de acoso sexual en alguna ocasión a lo largo de su vida laboral. En España se calculó que casi el 22% de los funcionarios públicos eran víctimas de *mobbing* (Piñuel, 2001). En Japón el número de casos que llegan a los tribunales por

acoso e intimidación casi se duplicaron del 2003 respecto al 2002, pasando del 5% sobre el total de querellas, al 9,6% (OIT, 2004).

Entre las múltiples y negativas consecuencias de la violencia en el trabajo no sólo se deben atender a las posibles secuelas derivadas del daño físico, los efectos psicológicos consecutivos a los episodios violentos parecen ser muy importantes, obligando en los casos más graves a que las víctimas abandonen su puesto de trabajo, o incluso su carrera profesional, en los casos más graves (Grant, 1995, Hoel y Cooper, 2000a). Aunque queda mucho por investigar al respecto, algunos estudios parecen apuntar hacia el hecho de que la violencia no física puede llegar a producir mayores niveles de sintomatología psíquica que los episodios de violencia física (Findorff y cols., 2005).

Pero, como se ha referido al hablar de las consecuencias de la violencia en general, sus consecuencias no son sólo afectan a la esfera personal, sino también a la social, generándose gastos ingentes derivados de los actos violentos para las economías de los países (Dorman, 2000). A la dificultad ya comentada a la hora de calcular los costos reales de la violencia por países, debemos añadir el hecho de que la violencia en el lugar de trabajo es una realidad todavía más desconocida, debido a que sólo son denunciadas una pequeña parte de las agresiones que se producen (Standing y Nicolini, 1977). Algunos trabajadores, especialmente profesionales de la salud y de servicios sociales consideran con frecuencia que los incidentes violentos forman “parte de su trabajo”, o que el denunciar los hechos puede repercutir en su reputación como profesionales (Rowett, 1986); lo que impide disponer de datos precisos sobre la magnitud y consecuencias de esta realidad.

Las agresiones en el medio laboral, en suma, atentan contra la dignidad y los derechos de los trabajadores, pero también suponen una seria amenaza a la eficiencia y al éxito de las organizaciones y una lacra para las sociedades.

Por todo ello, desde los años 60, el establecimiento del riesgo de la violencia en el lugar de trabajo viene constituyendo un motivo de preocupación para diversas disciplinas como la Medicina Legal, la Medicina del Trabajo, la Psiquiatría Forense, la Psicología, la Ergonomía, la Sociología, etc. (Monahan, 1984; 1988; Klein y cols. 1995; Claix, Pham, 2004). Di Martino (2000) en su informe previo a las Directrices Marco de la OIT, reconocía que, la violencia laboral debe ser considerada y tratada teniendo en cuenta su origen multifactorial, ya que en ella están implicadas, no sólo variables de tipo individual, sino también las relativas a la propia organización y a la sociedad en la que se encuentra inmersa. Por ello, es una tarea difícil tratar de determinar sus causas, aunque a nadie escapa que están implicados los comportamientos cada vez más intolerantes de la sociedad actual y el deterioro de las relaciones personales (Chappell y Di Martino, 2000).

Se han realizado numerosos estudios tendentes a investigar el problema de la violencia en el lugar de trabajo, en los que se alerta sobre la necesidad de su prevención y de adecuar las sanciones dentro de la legislación de cada país de cara a su tipificación como delito (Chappell y Di Martino, 2002; Drug, 2002; Nordin, 1995). En varios de ellos se ha detallado una amplia lista de las conductas que pueden ser consideradas bajo la rúbrica de violencia laboral (Runyan y cols., 2000): homicidios, robos, asaltos, acoso, ataque físico, insultos, amenazas, intimidación, malos tratos, ostracismo, mensajes ofensivos, etc.; reconociéndose que la frontera entre lo aceptable y lo inaceptable es en ocasiones bastante vaga y que la percepción en diferentes contextos y culturas sobre lo que constituye violencia puede ser muy diferente, por lo que supone un desafío tanto el describir como el definir este fenómeno (Hoel y Cooper, 2000b).

La forma de definir el fenómeno de la violencia en el lugar de trabajo es muy importante a la hora de evaluar la dimensión del problema e identificar

las áreas sobre las cuales se ha de actuar y emprender iniciativas correctoras concretas. La definición genérica de violencia en el lugar de trabajo según la Organización Mundial de la Salud, se refiere a *“todos aquellos incidentes en los cuales la persona es objeto de maltrato, amenazas o bien ataques en circunstancias relacionadas con su actividad laboral, con la implicación de amenaza explícita o implícita de su seguridad, bienestar o salud”* (OMS, 2000).

La necesidad de abordar el problema de la violencia en el trabajo hace que sea necesario generar una serie de estrategias de prevención novedosas y efectivas. En el estudio más reciente de la OIT (2006) se destaca una serie de prácticas exitosas por parte de gobiernos locales y nacionales, empresas y sindicatos en diversos lugares del mundo donde se llevan a cabo políticas de “tolerancia cero” y programas de prevención (Runyan y cols., 2000). De hecho, numerosos países han reconocido el problema de la violencia en su legislación sobre salud y seguridad. Argentina (Barbado, 2004), Bélgica, Canadá, Finlandia, Francia, Polonia y Suecia (Björkqvist y cols., 1994) adoptaron recientemente nuevas leyes o enmendaron las normativas existentes para abordar la violencia en el trabajo.

La OIT también adoptó algunos Convenios sobre la protección de los trabajadores y la dignidad en el trabajo. En 2004, fue publicado un Repertorio de Recomendaciones prácticas sobre la violencia en el trabajo en el sector servicios y medidas para combatir este fenómeno (OIT, 2004), que aborda la difusión y la gravedad de los actos de violencia en el sector servicios y en la industria.

#### I.1.5. LA VIOLENCIA HACIA LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD.

Las agresiones a profesionales de la sanidad y las que se producen en el medio educativo contra maestros y profesores, comparten ciertos rasgos

comunes (Sabater, 2002). El problema afecta a profesiones que hasta hace muy poco estaban rodeadas de una autoridad incuestionable y un cierto paternalismo contra cuyas decisiones existían escasas formas de apelación. Hoy en día ya no es así y los pacientes tienen vías legítimas para reclamar contra las posibles arbitrariedades y negligencias, lo cual debe ser entendido como algo muy positivo. Pero no deja de ser paradójico que según se han ido facilitando las vías de reclamación civilizada, los casos de protesta incivil y ofensiva se hayan visto crecer en frecuencia y gravedad. Por otro lado, estas manifestaciones de violencia irracional parecen producirse con más frecuencia en los centros *públicos* que en los centros privados.

Sin duda, ciertas instituciones públicas, sobretodo hospitalarias y escolares, padecen los agobios de la masificación y los apremios de un tiempo escaso que debe repartirse para atender a un gran número de personas (Al-Sahlawi, Zahid, Shahid, Hatim y Al-Bader, 1999); inconvenientes que favorecen la despersonalización del trato y las largas esperas que no facilitan la comprensión y la amabilidad. Los centros hospitalarios y servicios de salud en general, dada su compleja organización, las estrechas relaciones existentes entre trabajadores y usuarios, las peculiaridades de la atención sanitaria y los cambios que se están produciendo en las relaciones entre profesionales y pacientes (Gracia, 1989b), parecen ser un medio más propicio que otros ámbitos laborales para que se produzcan agresiones o actos de violencia por parte de los usuarios hacia los trabajadores (Drug, 2002; Anderson y Parish, 2003).

Para algunos expertos (Farrel, 1999; Kivimäki, Elovainio y Vathera, 2000), los incidentes violentos acaecidos en el sector sanitario responden entre otras causas a la frustración que genera en los pacientes el no ver satisfechas sus expectativas, la desestructuración social progresiva, la falta de concepción de lo que llamamos bien público y una ideología social dominante que

fomenta el individualismo y la competencia, hasta el punto de legitimar la violencia para resolver un conflicto. El perfil del paciente también ha cambiado, es más exigente, está más informado y es más autónomo en un sistema sanitario cada vez más complejo, con mayor presión asistencial, en el que en ocasiones no se gestiona en condiciones ideales la información que debe transmitirse al paciente (Reich y Dear, 1996).

Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten frecuentemente en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar al deterioro de la calidad de los cuidados dispensados y a decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención de salud. Esto, especialmente en los países en desarrollo, puede ser causa de que se reduzcan los servicios de salud disponibles para la población en general, y aumenten los costos de la salud.

Del mismo modo que la violencia en el entorno laboral es un fenómeno universal, la violencia en el sector sanitario, en hospitales y centros de salud, parece afectar a todos los países (Di Martino, 2002; Drug, 2002; OIT/CIE/OMS, 2002), si bien se observan ciertas diferencias en cuanto a sus características entre los mismos según su grado de desarrollo (Gordon y Risley, 1995; Farrell, 1999).

Chappell y Di Martino, en 1992, recopilaron datos procedentes de diferentes países, ofreciendo un mapa de la violencia en los distintos tipos de centros laborales en el que se resalta el hecho de que en los centros sanitarios tiene una incidencia del 24%, seguida de los servicios sociales con un 23%. Ambos sectores, que sumarían casi la mitad de los hechos violentos registrados en el trabajo, se encuentran a mucha distancia de profesiones como la policial (10%) y el resto de ocupaciones (*Figura 2*).

En la misma línea, en el estudio realizado por el *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) en 1996, se confirmaba que el

sector de la salud en Estados Unidos era el más afectado por la violencia en el lugar de trabajo (NIOSH, 1996). Según el informe sobre “Violencia laboral en el Sector de la Salud” (OIT, CIE, OMS, ISP, 2002), el 25% de los incidentes de violencia que se denuncian afectan al personal sanitario y más de un 50% del personal de sanidad ha experimentado algún tipo de experiencia violenta en alguna ocasión (Nordin, 1995).

En un estudio posterior de Di Martino (2002) se muestra que en ciertos países, como Sudáfrica, son los trabajadores del sector de atención sanitaria quienes sufren la mayor cantidad de casos de violencia laboral. Un seguimiento realizado durante un período de 12 meses en este país demostró que el 9% de los empleados sanitarios del sector privado y un 17% de los del sector público habían experimentado algún tipo de violencia física (Di Martino, 2002).

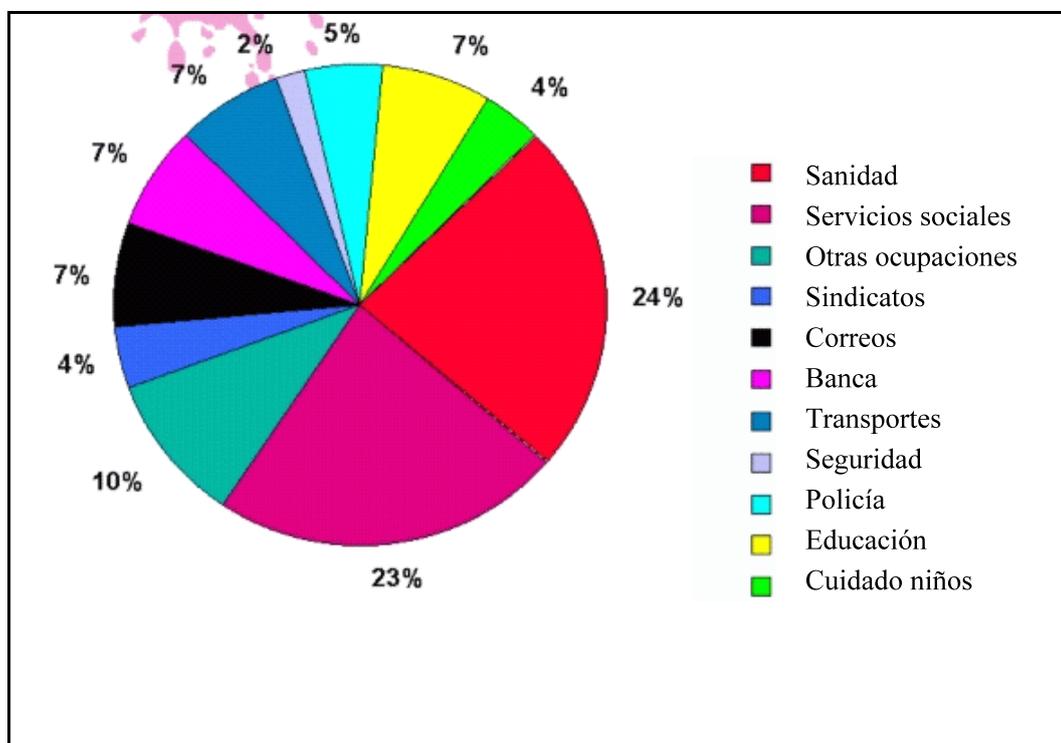


Figura 2. Distribución del porcentaje de actos violentos por sectores laborales (Chapell y Di Martino, 1992)

Aunque no se trate de un problema de reciente aparición, lo cierto es que en las dos últimas décadas se ha incrementado hasta alcanzar proporciones alarmantes, convirtiéndose en un tema de preocupación en foros científicos (Alarcón y Ruiz de Adana, 2005; Masmoudi, 2006), mientras que la búsqueda de medidas dirigidas a su prevención comienzan a ser un objetivo prioritario para las organizaciones internacionales (OIT, CIE, OMS, ISP, 2002).

El primer paso, precisamente, consistió en reconocer los hechos de violencia que se estaban produciendo en el medio sanitario (Bradley, 1992), ya que durante algún tiempo la comunidad médica se consideró “*a salvo*” del fenómeno de la violencia que afectaba a la sociedad en general (Grant, 1995). EEUU fue el primer país en afrontar el fenómeno de la violencia en el lugar del trabajo y en particular en el medio sanitario (Bull Kovera, 2004, Gerberich, Church, MacGovern, Hanses, Nachreiner, Geisser, Ryan, Mongin y Walt, 2004), quizá debido a la sensibilización existente en una nación donde han ocurrido hechos muy graves en escuelas y otros lugares públicos, en los que han perdido la vida un gran número de personas, y también por encontrarse muy vivo el debate sobre la permisividad y legalidad de la tenencia de armas (Kowalenko, Walters, Khare y Compton, 2005).

En un escenario tan dramático como éste, se han producido numerosos actos delictivos en los que profesionales sanitarios fueron asesinados o resultaron heridos por arma de fuego (Gerberich y cols., 2004). Según datos de una encuesta realizada por el Departamento de Justicia de U.S.A., entre los años 1992 y 1996, 263.000 profesionales sanitarios fueron víctimas de asaltos violentos, siendo el homicidio la primera causa de muerte de origen laboral entre las enfermeras (Detis y Duhart, 2001), esta misma encuesta evidenciaba que más de la mitad de las demandas presentadas por agresiones en el lugar de trabajo correspondían al personal sanitario. Atendiendo a los últimos datos presentados por la Organización Mundial de la Salud, el personal sanitario de

USA presenta dieciséis veces más riesgo que cualquier otro profesional con prestaciones sociales (OIT/OMS, 2004).

Ante tal situación, según un estudio realizado por Kowalenko entre el personal sanitario del estado de Michigan, un 40% de los médicos de emergencias declararon haber recurrido a varias formas de protección como resultado de la violencia directamente percibida, lo que incluye la obtención de una pistola (18%), de un cuchillo (20%), o de una licencia para armas (13%) (Kowalenko y cols., 2005).

Atendiendo a estos datos, no resulta sorprendente que el *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) acumule una larga trayectoria en la investigación e implementación de políticas y estrategias en los Estados Unidos para prevenir y reducir la violencia en el lugar de trabajo. Concretamente es la responsable de la edición de una de las guías específicas para abordar la violencia en el sector sanitario (1996) que, junto con la guía editada por la *California Occupational Safety and Health Administration* (Cal/OSHA), sirve de referencia para estudiosos e investigadores en este campo.

En Gran Bretaña, desde mediados de los años noventa, y con no menos virulencia, se viene viviendo una realidad cada vez más alarmante de actos de violencia contra el personal sanitario, coincidiendo el inicio de este fenómeno con la crisis de la reforma de su sistema nacional de salud. Así, con el objetivo de poner fin a la violencia experimentada por sus profesionales, el gobierno británico inició en 1999 una campaña de “*Tolerancia cero a la violencia en el Sistema Nacional de Salud*” (National Health Service, 2002). Según los datos oficiales en los que se basó un informe encargado por la Cámara de los Comunes en 2003, el 40% del personal sanitario declaraba haber padecido algún incidente violento. Estos profesionales tenían un riesgo medio de ser víctima de un acto violento de 20 de cada 100 personas, mientras que para

cualquier ciudadano el riesgo es de 4 de cada 100 (House of Commons, 2003). Actualmente, aunque no se haya completado una década desde que se iniciara esta campaña, se discute si el incremento observado en el número de incidentes violentos (un 13% entre 2001 y 2002) responde a un verdadero aumento de las agresiones o si realmente se trata del efecto consecutivo a una política que anima a la notificación de los incidentes violentos contra los empleados del *National Health Service* (NHS), a la vez que se reconoce la tendencia inversa en cuanto a la gravedad de los incidentes que se notifican.

En Canadá (Chervinski, 1995; Grant, 1995; Hesketh, Duncan y Estrabrooks, 2004; Yassí, Gilbert y Cvitkovich, 2005), Australia (Benveniste, Hibbert y Runciman, 2003, Di Martino, 2006) y Nueva Zelanda (Grenyer, Ilkiw-Lavalle y Biro, 2004) se han producido experiencias muy importantes a la hora de evaluar los sistemas de prevención y gestión de los riesgos de violencia laboral. Por ejemplo, en Canadá, desde que se conocieron los primeros indicadores del fenómeno de las agresiones contra su personal sanitario, se afrontó desde la perspectiva de adoptar las medidas más adecuadas de acuerdo a las características propia de su sistema de salud (Hesketh y cols, 2004).

Similares respuestas se han producido en Nueva Zelanda y en Australia. En este último país, a pesar de contar con diferentes programas de prevención en el ámbito estatal y regional desde el año 1996, todavía en el año 2001 más de un 62% de los médicos declaraba haber padecido algún incidente de violencia en el lugar de trabajo, registrándose como media un homicidio al año entre el personal sanitario (Benveniste y cols., 2003). Según un sondeo de la *Australian Patient Safety Foundation*, durante el trienio 2000-2002 se registraron 42.338 incidentes en el medio sanitario, siendo el 5% de los mismos agresiones físicas con resultado de lesión, el mismo informe reconocía que el 70% de estas agresiones no se denuncia (Benveniste y cols., 2003).

En el año 2001, representantes de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones sanitarias iniciaron un programa de colaboración internacional para la obtención de datos sobre la magnitud y características de esta realidad, que sirvieran para diseñar políticas de prevención y eliminación de la violencia en el sector de la salud (Mayhew y Chappell, 2005) que se llevó a cabo en diferentes países (Di Martino, 2006).

A partir de estos datos, la OIT elaboró en 2002 unas Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud, cuyo objetivo era el de servir de orientación general para abordar la violencia en este sector. Lejos de tener carácter obligatorio, estas directrices fueron elaboradas como un instrumento básico de referencia para estimular el desarrollo autónomo de otros instrumentos similares específicamente orientados y adaptados a diferentes culturas, situaciones y necesidades, como así se ha venido realizando en diferentes países, o en el caso de España en algunas Comunidades Autónomas. Los sectores de actuación de las mismas abarcan: la prevención y tratamiento de la violencia en el lugar de trabajo, la mitigación de sus consecuencias, el apoyo a los trabajadores afectados y la sostenibilidad de las iniciativas emprendidas.

En Europa, al margen de la experiencia británica, destaca la experiencia de Suecia (Björkqvist, 2004; Cole y cols., 1997; Nordin, 1995), pionera en legislar en esta materia concreta desde el año 1993. También se ha legislado en este sentido en otros países como Bélgica (Claix, 2004), Holanda (Maljers, 2006;) e Italia (Paoli y Merllié, 2004). Pero se ha de señalar sobre todo y de forma especial la experiencia francesa por el número y gravedad de los incidentes violentos contra los profesionales sanitarios registrados en aquel país, que llevó a la Orden de Médicos, junto con una comisión interministerial

constituida por los Ministerios de Sanidad, Interior y Justicia, a adoptar un acuerdo definitivo para proteger de forma eficaz a los facultativos franceses contra la violencia que padecen durante la prestación de un acto médico (Doan y Levy, 2006).

#### I.1.6. LA VIOLENCIA HACIA LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD EN ESPAÑA.

En el momento actual, los usuarios del sistema español de salud cuentan, en general, con un acceso a recursos y servicios sanitarios que sin duda alguna no tiene parangón con respecto al que se disfrutaba en épocas pretéritas y que es contemplado con admiración desde otros países de nuestro entorno. Aunque todavía es largo el camino por recorrer, también se ha avanzado de forma notable en el nivel de reconocimiento de sus derechos como pacientes y en la puesta en marcha de vías reconocidas de reclamación y denuncia ante arbitrariedades y negligencias (Benito, Gutiérrez, Serrano, Trillo, Ubis, Martínez-Jarreta, Ferreira, 1998). En este contexto no deja de ser paradójico observar que según se facilitan modos y vías de reclamación civilizada, se produzca una alarmante escalada de los casos de protesta incivil y ofensiva materializados en actos de violencia, mediante agresiones físicas o de otra naturaleza, hacia los profesionales que trabajan en el medio sanitario (Gracia, 1989a).

El punto de inflexión en cuanto a la toma de conciencia se produjo en nuestro país a raíz de dos asesinatos de médicos producidos en un intervalo breve de tiempo. En 2001, la doctora salmantina Elena Ginel moría apuñalada por un paciente y pocos meses más tarde, el psiquiatra, Antonio Jiménez Tejedor moría también apuñalado a manos del padre de uno de sus pacientes.

Han tenido que registrarse casos fatales de homicidios o lesiones graves por apaleamiento de médicos y enfermeras, fundamentalmente, para que en España algunos Colegios Profesionales y algunos Departamentos de Salud de distintas Comunidades Autónomas hayan empezado a tomar conciencia de la importancia del problema e iniciado de forma más o menos tímida o abierta algunas acciones, particularmente en el último año y medio.

Lamentablemente el conocimiento que se tiene de esta realidad en nuestro país es muy limitado. No hay datos y los pocos que existen derivan exclusivamente de las, hasta ahora escasas, denuncias que los profesionales de la salud se deciden a interponer. Según informaron diferentes medios de comunicación - *“El país”*, *“Diario de Valencia”*, *“El día de Córdoba”*, *“El Adelantado de Segovia”*, *“Heraldo de Aragón”*, entre otros - las denuncias por agresiones a médicos se duplicaron durante el año 2005, aunque todavía son muchos los profesionales que no se deciden a hacerlo y sólo lo comentan a sus compañeros. Siguiendo con los datos aparecidos en prensa, según *“El día de Córdoba”*, los facultativos de urgencias y los médicos de atención primaria son los que más agresiones padecen; denunciándose como tales: gritos, malos modos, insultos, ataques físicos, amenazas verbales, coacciones, maltrato a las instalaciones, agresiones con arma, etc. (Alarcón, Ruiz de Adana, 2005).

La situación es preocupante y se ha convertido al colectivo de profesionales sanitarios, tanto médicos como personal de enfermería, en el parachoques del descontento de usuarios y pacientes hacia el sistema sanitario. Aunque para obtener una idea medianamente aproximada de la situación, debemos acudir a los datos ofrecidos por los medios de difusión médica, debido a que son casi inexistentes los estudios publicados en revistas científicas sobre la situación en España. Todavía no se disponen de datos precisos, ni de un mapa de riesgo, porque la creación del registro en aquellas

provincias donde se ha implantado es extremadamente reciente. Los pocos datos que se van conociendo de una manera gradual e incompleta han ido sirviendo para que distintos colectivos como los colegios oficiales de médicos, los sindicatos, etc., soliciten diferentes medidas para evitar las agresiones como: la instalación de sistemas de seguridad en las zonas calientes, o la puesta en marcha de cursos de formación dirigidos a los profesionales sobre el abordaje de situaciones de violencia, o a potenciar la empatía y la buena relación entre el profesional y el paciente.

Así pues, la necesidad de investigación científica es aún mayor si cabe en España, dado que la toma de conciencia acerca de la realidad de este problema se remonta a los últimos dos años (Alarcón y Ruiz de Adana, 2005).

Hasta ahora, el único estudio publicado en nuestro país fue el auspiciado por el Colegio Oficial de Médicos de Jaén con el objetivo de determinar la frecuencia de la violencia en Atención Primaria y analizar sus causas y consecuencias (Moreno Jiménez y cols., 2005).

En este estudio, que se realizó con 68 profesionales (todos ellos médicos), el 58% había registrado alguna agresión a lo largo de su carrera, el 85% sufrió abusos verbales, el 67,5% amenazas y el 12,5% agresión física. En él no se encontró relación entre violencia y síntomas constitutivos del síndrome del profesional quemado (*burnout*), que lo atribuyen más a la insatisfacción laboral y a un sistema de recompensas insuficiente, y concluyen que es la pérdida de confianza por parte del facultativo hacia el paciente el principio subyacente de una relación asistencial disfuncional, potencialmente lesiva para el médico. Los resultados revelaron que la frecuencia de la violencia en atención primaria es mayor de lo que indican los datos de la Organización Internacional del Trabajo. Según este estudio, la violencia estaba relacionada con la masificación y con un déficit en la comunicación, por lo que no puede hablarse de un perfil de agresor y los autores concluyen que

cualquier usuario del sistema sanitario puede, en un momento dado, llegar a provocar un acto de violencia.

Estos datos parecen corroborar la impresión general de que una de las posibles causas de la violencia pudiera ser la imposibilidad del sistema de ofrecer una asistencia óptima a los pacientes.

Por otra parte, la iniciativa más ambiciosa impulsada en nuestro país de cara a eliminar o reducir el riesgo de las agresiones contra los profesionales partió del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (Bruguera, Martínez, Sánchez, Borrás y cols., 2004) que puso en marcha un programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo que preveía la creación de un Observatorio de la Seguridad de los Médicos. Previamente, esta institución presentó un informe en el que se ponía de manifiesto la magnitud del problema en esa provincia, lo que daría lugar a la contratación de una póliza colectiva para todos los médicos para dar cobertura a la reclamación judicial de los facultativos que padezcan actos de agresión en el lugar de trabajo, así como un programa de apoyo a las víctimas y el compromiso institucional de defender una nueva cultura de la dignidad y seguridad de los médicos en la prestación de sus servicios.

En este marco de actuación institucional, se llevó a cabo la primera encuesta para conocer la situación real de violencia en el lugar de trabajo de los médicos catalanes. Las conclusiones de dicha investigación mostraron que el 33% de los médicos había sufrido algún episodio de violencia, mientras que un 25% había sido testigo de agresiones recibidas por otros sanitarios. Este estudio confirma que las características y tendencias de la violencia registrada en el lugar de trabajo en Cataluña coinciden mayoritariamente con las del resto de países en los que se ha estudiado este fenómeno. Así, se puede afirmar que las agresiones verbales (44%) son más frecuentes que las físicas (28%) y las amenazas (26%). También pone de relieve que el autor de las agresiones es en

un 50% de los casos el paciente, seguido de un 30% que es un familiar, o en el resto de los casos en que las agresiones provienen de los enfermos psiquiátricos o toxicómanos. Las causas más frecuentes de los incidentes violentos padecidos por los médicos catalanes, según estos resultados, respondían a la frustración que genera en los pacientes el no ver satisfechas sus expectativas. La encuesta también reveló que los servicios de urgencia son los que presentan una más alta tasa de agresiones (45%), seguidos de los centros de Atención Primaria (28,6%) y de las salas de hospitalización (13,7%). Los datos, aunque no publicados, se encuentran disponibles en la red: <http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/bonapraxi.pdf>.

Estos dos únicos estudios realizados en España confirman lo ya constatado en otras investigaciones, que los profesionales sólo denuncian la violencia física y, de ésta, los casos más graves. La infraestimación del problema que se observa en general en el ámbito internacional, en nuestro país se traduce en auténtico desconocimiento.

En distintas Comunidades Autónomas en nuestro país se han puesto en marcha recientemente distintos planes de seguridad y de protección ante las agresiones a profesionales sanitarios. Es el caso del Plan Perseo en Castilla-La Mancha (Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio del Sescam), de iniciativas similares propuestas en Canarias y en Madrid, o del borrador presentado por el Gobierno de Aragón para la prevención de la violencia hacia el personal sanitario.

Medidas todas ellas muy necesarias, pero que parten sin el apoyo previo de la evidencia científica y con un sentido más de protección de la Administración ante posibles reclamaciones de sus profesionales cuando son víctimas de la violencia, que de fomentar una verdadera promoción de buenas prácticas que elimine o disminuya la probabilidad de que se produzcan agresiones contra estos profesionales.

## II. REVISIÓN CRÍTICA DE LOS ESTUDIOS PUBLICADOS SOBRE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS.

La consideración de las agresiones a profesionales de la sanidad como problema y como una cuestión urgente a resolver es relativamente reciente, por lo que la investigación sobre la misma es todavía escasa. Sin embargo, en el año 1992, y aunque el ámbito de estudio era el de la violencia en el trabajo en general, Neil Boyd ya ponía de manifiesto que en los Estados Unidos, las estadísticas más alarmantes apuntaban a los trabajadores de la sanidad y a los oficiales de policía, quienes estaban cuatro veces más expuestos a actos de violencia que los de otras ocupaciones (Chervinski, 1995).

En el informe del NIOSH, referido anteriormente, publicado en 1996 sobre la violencia en el lugar de trabajo, se confirmaba que en el medio hospitalario se producía una tasa de 8,3 asaltos violentos por cada 10.000 trabajadores, frente a la media de dos agresiones por cada 10.000 trabajadores en otros sectores.

Pero la mayoría de los estudios publicados hasta ahora coinciden en señalar que la prevalencia del problema es desconocida, o no se conoce en toda su extensión, y que únicamente salen a la luz los casos más graves por ser los que terminan en denuncia. En un estudio epidemiológico sobre la magnitud y consecuencias de la violencia contra los profesionales sanitarios en Estados Unidos (Gerberich y cols., 2004), se denunciaba la infraestimación del fenómeno de la violencia en este medio. Los autores consideran que sólo es conocida a través de su reflejo en denuncias, reclamaciones, o certificados de defunción, pero esa no es su verdadera prevalencia. Durante 1999 se produjeron 639 homicidios en el trabajo en USA, siendo el homicidio la tercera causa de mortalidad laboral y la segunda en el caso de las mujeres

(Detis y Duhart, 2001). Pero no se conoce la prevalencia exacta de las agresiones que no resultan mortales.

En un estudio de Findorff y cols. en 2004, se concluía que el pésimo clima laboral y la falta de apoyo de superiores y compañeros eran importantes predictores de las agresiones en el trabajo (Findorff, McGovern, Wall, Gerberich y Alexander, 2004). En dicha investigación, la violencia no física se presentaba con una mayor prevalencia que la violencia física. Por otro lado, los hallazgos sugerían que en ambos tipos de violencia podrían estar implicadas variables distintas. Estos autores, en un trabajo posterior, mostraron interés, no sólo por conocer la verdadera prevalencia del problema, sino también por averiguar las consecuencias que pueden derivarse de los casos de violencia, tanto física, como no física, y señalaban la necesidad de crear un observatorio desde la *California Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) destinado a la prevención de la violencia (Findorff, McGovern y Sinclair, 2005).

Los primeros datos sobre la magnitud de este problema proceden casi exclusivamente de los estudios científicos sobre las agresiones ocurridas en instituciones psiquiátricas. Sin duda esto se debe principalmente a dos motivos. Por un lado, en estos centros el problema de la violencia contra los profesionales ha sido más recurrente por razones obvias; pero además, y con la intención de mejorar y salvaguardar los derechos de estos pacientes, el sector de la psiquiatría ha recibido una mayor atención desde las instituciones y desde la investigación dentro de la sanidad (Henk, Nijman y Rector, 1999; Stansfelds, Feeney, Head, Canner, North y Marmot, 1995).

Precisamente, a fin de obtener un mayor conocimiento de la realidad de las agresiones contra los profesionales de la psiquiatría, Palmstierna y Wistedt en 1987, elaboraban una escala de observación de las agresiones contra los Profesionales (*Staff observation aggression scale, SOAS*; Palmstierna y

Wistedt, 1987) y que posteriormente, tras haber sido revisada y actualizada, ha ganado uso también como método de monitorización en otros sectores de la sanidad (Nijman y Palmstierna, 2002). La escala SOAS comprende cinco columnas relativas a aspectos específicos del comportamiento agresivo, por ejemplo: provocación, medios agresivos utilizados por los pacientes, dianas de la agresión, consecuencias y medidas tomadas para detener la agresión. Cada vez que un miembro de la plantilla es víctima de una agresión por parte de un paciente, se rellena el formulario. De esta manera son registrados rápidamente los sucesos violentos, así como las opciones de respuesta en esas cinco columnas.

Después de haber sido utilizada durante quince años tanto en centros psiquiátricos, como en hospitales generales de un número importante de países europeos, Nijman y cols. en 2005 realizaron un estudio comparativo entre los distintos estados y centros en los que se venía utilizando, sobre la prevalencia y gravedad de las agresiones por paciente psiquiátrico por año y por profesional (Nijman, Palmstierna, Almvik, Stolker, 2005). De su estudio se desprende la existencia de diferencias entre tipos de centros y países en cuanto a número anual de incidentes por paciente psiquiátrico, variando entre valores de 0,4 a 59,9 incidentes por paciente al año. La media fue de 7,6 incidentes por paciente y por año. Tal y como podría esperarse, la mayor tasa de incidentes se encontró en centros que proporcionaban cuidados a grupos considerados de alto riesgo (40,2 y 29,2) en pacientes esquizofrénicos violentos, o bien como consecuencia de internamientos compulsivos.

En general se observó bastante homogeneidad entre los diferentes países. Las diferencias fueron más evidentes en la quinta columna del SOAS, en la que se especifican las medidas tomadas para manejar la agresión que ha sido registrada. En los estudios holandeses, por ejemplo, una alta proporción de los incidentes agresivos siguieron al internamiento compulsivo del paciente

(hasta casi un 50%), tal vez como consecuencia de la prohibición expresa de la legislación de este país de administrar tratamiento farmacológico en estas circunstancias sin haber recibido previamente la autorización judicial.

Aproximadamente, entre un 10 y un 20% de los incidentes que se notificaron con el SOAS presentaron consecuencias físicas para las víctimas. Aunque, según parece, esta escala ha decaído en su uso en la práctica cotidiana, de tal manera que sólo es utilizada en los servicios y centros de riesgo elevado, perdiéndose así una valiosa información.

Aparte de las diferencias en las opciones legales para el manejo y la prevención de la agresión por parte de los pacientes en los diferentes estados europeos, las políticas nacionales y locales parecen jugar un papel fundamental en la prevalencia de la agresión, así como las diferencias en la propia organización del centro: tamaño del mismo, número de habitaciones, número de profesionales por paciente, masificación, etc. (Palmstierna, Wisetedt, 1989).

No contamos con datos referentes a esta escala en nuestro país, donde no hay referencias en la literatura científica sobre su uso.

La profusión de estudios realizados sobre agresiones dentro del campo de la psiquiatría, contrasta con la casi total inexistencia de investigaciones en otras áreas de la sanidad. Por otra parte, como señalan Wells y Bowers en 2002, prácticamente no existen estudios sobre agresiones contra profesionales sanitarios llevados a cabo en hospitales generales, y particularmente en muy pocos se incluyen profesiones distintas a la de enfermería. Si bien es cierto, concluyen estos autores, que el riesgo de sufrir agresiones por parte de los profesionales de enfermería es de los más elevados, si se compara con el riesgo presente en otras profesiones (Wells y Bowers, 2002).

En esta misma línea, siguiendo a diferentes autores (Jackson y Ashley, 2005; Rowe y Sherlock, 2005), un aspecto que dificulta el conocimiento

global de este problema es el hecho de que muchos estudios se centren de manera exclusiva en un solo sector profesional, o bien sobre el personal médico o sobre el personal de enfermería; siendo éste último sector el que ha recibido mayor atención. Este hecho puede ser debido al carácter más reivindicativo y de mayor disponibilidad y colaboración hacia los distintos tipos de estudio por parte de los profesionales de enfermería (Atawneh y cols., 2000; Gerberich y cols., 2004; Anderson y Parish, 2003; Jackson y Ashley, 2005).

También es limitado el número de estudios que abordan la cuestión de las agresiones en el conjunto de la organización sanitaria de un país, teniendo en cuenta hospitales generales, locales y centros de atención primaria. Del mismo modo que también son escasos los estudios en los que se investiguen las agresiones dirigidas a todo el posible espectro profesional (directivos, médicos, enfermeros, personal de atención, celadores, técnicos, etc.), todos ellos expuestos a priori a este tipo de violencias.

Una de las pocas investigaciones en la que se ha tenido en cuenta a todo el espectro de profesionales sanitarios, fue llevada a cabo en Jamaica por Jackson y Ashley en el 2005. En este estudio se constató la gran diferencia en cuanto a número de agresiones entre el personal médico y de enfermería con respecto al resto de personal no sanitario de los centros, también se comprobó que la violencia psicológica era más frecuente que la física. Durante el año anterior por el que se les preguntaba a los profesionales, el 38,6% habían sido víctimas de abuso verbal, el 12,4% de acoso y el 7,7% de maltrato físico (Jackson y Ashley, 2005).

Otro estudio a señalar en este sentido es el realizado por Hesketh y cols. en 2003 entre profesionales sanitarios de Canadá, que puso en evidencia la importancia de optimizar el ambiente laboral, tanto para mejorar la calidad asistencial como para evitar agresiones sobre los sanitarios (Hesketh, Duncan,

Estrabrooks, 2003). En el mismo se confirmaba: 1) que el trabajo como médico o enfermera es de alto riesgo, y que ese riesgo es incluso superior al soportado por los cuerpos y fuerzas de seguridad; 2) que la mayoría de los profesionales habían experimentado alguna forma de violencia a lo largo de su carrera, y 3) que rara vez denuncian o comunican las agresiones o episodios violentos de los que son víctimas. También se comprobaba que las agresiones no sólo tienen un efecto deletéreo directo derivado del impacto en la salud de los profesionales, sino que, además, de modo indirecto repercuten negativamente en la calidad asistencial.

Uno de los trabajos de obligada referencia sobre la cuestión que nos ocupa es el ya comentado informe del *National Health Service* (NHS) sobre la incidencia de los incidentes violentos en Reino Unido (NHS, 2002), en el que se denunciaba que el personal de enfermería tenía cuatro veces más de probabilidades de sufrir agresiones que otros trabajadores y que las agresiones hacia el personal sanitario habían aumentado en un 30% desde 1999 a 2001. Pero el dato más significativo tiene que ver con que se detectara un fenómeno de “*infradenuncia*” que contribuía a que la realidad de la violencia en el medio sanitario permaneciera desconocida.

Precisamente, a partir de las medidas impulsadas posteriormente en la dirección de animar a la denuncia, si bien es cierto que el índice de casos denunciados aumentó, también es cierto que la gravedad de los mismos era muy inferior a la registrada anteriormente. Este tipo de estudios e iniciativas contribuyen a que se dispongan de datos más fiables sobre todo el espectro de posibles agresiones que se producen contra los profesionales de la sanidad. Datos que, hasta ahora era inexistentes.

Otra de las investigaciones sobre agresiones realizadas en un hospital general en la que se tuviera en cuenta a los diferentes profesionales, fue la llevada a cabo por Winstanley y Whittington en 2004. Estos autores

confirmaron un dato que aparecía en trabajos publicados anteriormente por otros autores y por ellos mismos: que las mayores tasas de agresión correspondían a los profesionales de enfermería. Las tasas propuestas por distintos autores van desde un 20% (Whittington, Shuttleworth y Hill, 1996) a un 66% (Ryan y Poster, 1993).

Sin embargo, los trabajos anteriores apuntaban a que las enfermeras no eran la única diana. En un estudio del Health Service Advisory Comité (1987) se mostraba que un 6,4% de los médicos habían sufrido agresiones físicas que incluían lesiones, y en un estudio de Winstanley y Whittington (2003b) se establecía que el 22% de los técnicos de radiodiagnóstico, el 19% de los médicos, y el 17% de los psicoterapeutas habían sido asaltados en el último año.

Otro de los tópicos encontrados en la literatura científica sobre el tema es el de que los mayores índices de violencia se producen en los servicios de urgencias (Cembrowicz y Shepherd, 1992). Pero en el estudio de Whittington y cols. (1996) ya se alertaba del hecho de que el 90% de las agresiones ocurrían fuera del área de emergencias. Este dato se confirmaba en el estudio de Winstanley y Whittington en 2004. En general, los niveles referidos de agresión en este estudio fueron muy superiores a los referidos por el *Health Advisory Comité* (HSAC) en 1987, y a los referidos por el propio Whittington y cols. en 1996. Por otra parte, un 16% de los profesionales que habían sido víctimas de una agresión, lo habían sido más de una vez en el año precedente, lo que apuntaba la necesidad de abordar de forma independiente los casos de victimización múltiple. Algunos departamentos y profesiones refirieron índices de agresiones físicas superiores a la media, que fue de un 27% en todo el hospital. Del mismo modo que hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la tasa de agresión física múltiple entre los diferentes servicios. Una situación similar se reprodujo en el caso de las

amenazas o comportamiento amenazante. Sin embargo, no fue así para los insultos que se mostraban más inespecíficos y afectaban a todos los departamentos o profesiones. Las áreas médicas experimentaron el nivel más alto de agresiones (un 40% habían sido víctimas de asaltos en el año anterior y tres cuartas partes de ellos habían experimentado más de un incidente). Emergencias no se mostró como un foco particular de agresiones físicas, pero sí de comportamientos amenazantes y de agresiones verbales. También se encontró un patrón de agresiones diferente en cuanto al comportamiento violento de pacientes y de visitantes, siendo más frecuente el de estos últimos en emergencias.

Los autores concluyen que no debe centrarse toda la atención sobre la violencia física, ya que no es un prerequisite para experimentar efectos adversos, como ya se había apuntado en investigaciones realizadas en otros campos (Lanza, 1992). Según confirmaron estos datos, el comportamiento amenazante y la agresión verbal pueden ocasionar igual trastorno, afectando a la satisfacción en el trabajo (Dougherty y cols. 1992), al bienestar psicológico (Whittington y cols. 1996) o a los niveles de *burnout* (Winstanley y Whittington, 2003a).

A pesar de la calidad de los trabajos que se acaban de referir y de la importancia de sus hallazgos (NHS, 2002, Rippon, 2000; Winstanley y Whittington, 2003a; Winstanley y Whittington, 2003b), todavía es mucho el camino que queda por recorrer si se pretende un conocimiento exhaustivo y adecuado de esta realidad. Por ello se entiende que sean numerosas las voces que, desde el ámbito internacional, califiquen lo llevado a cabo de limitado e insuficiente, además de poner de manifiesto otras deficiencias como errores de concepto en ciertos trabajos (Winstanley y Whittington, 2004) y la ausencia de catalogación de las violencias a estudiar (Winstanley y Whittington, 2003b).

En este sentido, decir que se han realizado estudios sin distinguir como categorías independientes las agresiones físicas de las amenazas y éstas de los insultos (OIT/CIE/OMS, 2002). Esta circunstancia, lógicamente, dificulta también la comparación de los resultados de los estudios efectuados, que sería altamente necesaria. Además, se argumenta que no se han investigado suficientemente los daños derivados de la violencia no física y, en general, los efectos para la salud psicológica (Winstanley y Whittington, 2003a) que pudieran ser importantes incluso en ausencia de agresión física.

Tabla 1. Resumen de los retos pendientes que se desprenden tras la revisión de la investigación existente sobre agresiones a profesionales sanitarios.

---

**Retos para investigaciones futuras sobre agresiones contra los profesionales sanitarios.**

---

1. Realización de estudios multicéntricos en los que se tengan en cuenta los diferentes tipos de centro de un país o región; además de los diferentes servicios dentro de un mismo centro.
  2. Tener en cuenta a todo el espectro de profesionales implicados en la asistencia hospitalaria o ambulatoria. Tanto a las profesiones sanitarias (médicos, enfermeros), como no sanitarias (administrativos, técnicos, etc.), a fin de poder establecer comparaciones entre profesionales.
  3. Unificación de los criterios a la hora de definir los diferentes tipos de violencia: agresión física, abuso verbal, comportamiento amenazante, etc.
  4. Análisis de las consecuencias para la salud física y psíquica de los distintos tipos de violencia.
- 

Un aspecto que se pone de manifiesto al revisar los trabajos científicos publicados sobre este tema, es el de que no se han investigado lo suficiente las posibles consecuencias que las agresiones pueden tener sobre la salud psíquica de sus víctimas. Aunque algunos estudios recientes han contribuido a esclarecer las posibles futuras líneas de investigación sobre este aspecto.

La violencia en el lugar de trabajo se ha vinculado al descenso en el rendimiento laboral (North y cols., 1996) y a la baja satisfacción laboral (Leymann, 1996), al deterioro de la calidad asistencial (Gascón y Martínez-Jarreta, 2005), así como al absentismo (Hall, 1992) y a la aparición de diferente sintomatología psíquica (Laposa, Alden y Fullerton, 2003; Rowe y Sherlock, 2005). Todo ello ha puesto en evidencia la importancia de mejorar los ambientes de trabajo (Cooper y Jackson, 1997), tanto con la finalidad de procurar una mejor atención a los pacientes, como para evitar el daño que puede ocasionar para la salud de los sanitarios, para ello se investiga sobre las condiciones que pueden afectar al bienestar físico, emocional y social de los clínicos (Findorff, McGovern, Wall, Gerberich y Alexander, 2004).

Tradicionalmente se había asumido que los posibles efectos de las agresiones dependerían de la severidad y de la frecuencia de los episodios y de la percepción de vulnerabilidad de cada individuo, considerando a la violencia física como la mejor predictora de los futuros problemas psicológicos. Así, se han hallado altos índices de depresión, de reexperimentación de la violencia, o de problemas de sueño entre médicos que habían sufrido agresiones físicas (Zahid, Al-Sahlawi, Shahid, Awadh, Abu-Shammah, 1999). Pero desde que Conn y Lion (1983) encontraran que una proporción importante de trabajadores agredidos manifestaban una sintomatología asociada al trastorno de estrés postraumático (TEPT), muchos estudios han venido a confirmar y apoyar esta tesis. Algunos centrándose exclusivamente en los síntomas del TEPT (Rippon, 2000; Shnieden, 1993), otros obteniendo evidencia que relacionaba a las agresiones con los trastornos de ansiedad (Ryan y Foster, 1993), y muchos más sobre los efectos en la salud psicológica general (Whittington y Wykes, 1989; Whittington y cols, 1996). Caldwell (1992) encontró que uno de cada veinte profesionales sanitarios que habían sido víctimas de violencia, mostraban síntomas de TEPT. Por otra parte, Laposa en

2003, encontró que un tercio del personal de emergencias referían distintos síntomas psíquicos y un 12% cumplían completamente los criterios del TEPT (Laposa y cols., 2003).

Si el TEPT se había venido observando en víctimas de grandes catástrofes, en profesionales de alto riesgo: soldados (Albuquerque, 1992), policías, bomberos (Kijak y Funtowicz, 1990), en víctimas de violación (Corral, Echeburúa y Sarasua, 1989) o de malos tratos (Arroyo, 2002; Castellano, 2001), resultaba absolutamente lógico que los profesionales sanitarios que hubieran sufrido asaltos graves contra su integridad física manifestaran síntomas similares.

Pero no todas las agresiones en el medio sanitario cumplen con el criterio de gravedad que comúnmente se aplica a la hora de diagnosticar el TEPT (American Psychiatric Association. APA; 2002). Un elevado porcentaje de las agresiones físicas en este medio son de menor importancia en cuanto al daño físico producido, o simplemente se consideran agresiones sin resultado de lesión; por otra parte, son mucho más elevadas las agresiones no físicas -amenazas, agresiones verbales, etc.- que las físicas (Findorff y cols., 2004; Hesketh y cols., 2003; Winstanley y Whittington, 2004). Aun teniendo en cuenta estas consideraciones, en distintos estudios (Findorff y cols., 2004) se ha observado que, además de las agresiones con resultado de lesión física grave, las agresiones físicas de menor gravedad y también las agresiones verbales, pueden ser todas ellas generadoras de una sintomatología compatible con el TEPT, o incluso del cuadro diagnóstico completo según los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002).

Findorff y cols. (2004) elaboraron un listado con los síntomas requeridos para el diagnóstico de este trastorno que fue administrado a los profesionales que habían sufrido distintos tipos de agresiones y encontraron que los sanitarios que habían sido víctimas de violencia no física manifestaban

mayor número de síntomas que quienes habían sufrido agresión física. La distribución de los síntomas varió según el tipo de violencia experimentada, por ejemplo, la ira, la irritabilidad, la tristeza y la depresión se asociaron con más frecuencia con la violencia no física. Igualmente encontraron que se producía mayor número de días de baja a consecuencia de las agresiones no físicas que de las físicas.

Aunque tradicionalmente ha existido una tendencia general a centrarse en los daños corporales producidos por las agresiones físicas, los estudios más recientes apuntan a que la naturaleza de la violencia no física puede generar un deterioro gradual en el bienestar de los trabajadores, haciendo que ésta constituya un desafío mayor para empleados y empleadores (Figura 3). Estos hallazgos se han evidenciado en el estudio de Gerberich y cols. realizado en 2004, quienes sugieren que debe prestarse más atención de la dispensada hasta ahora a la respuesta organizacional en relación con la violencia no física.

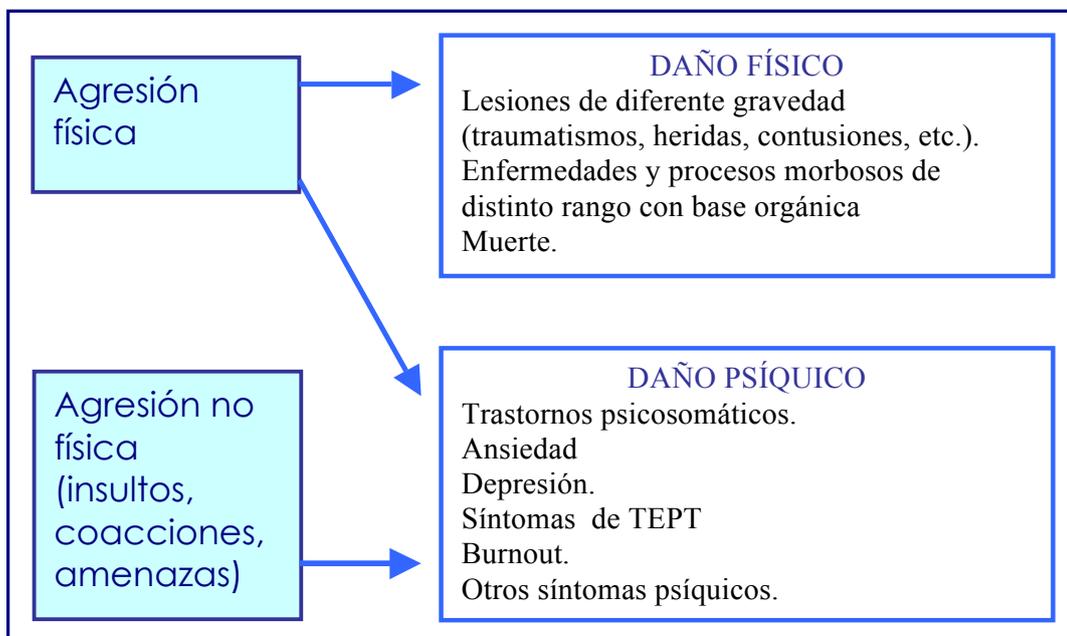


Figura 3. Agresiones. Consecuencias para la salud.

Otras investigaciones se han centrado en las posibles consecuencias psicológicas del abuso verbal contra los profesionales, encontrándose asociaciones entre los índices de *burnout*, o desgaste profesional, y el número de episodios de violencia verbal (Rowe, Sherlock, 2005).

Los datos obtenidos en las investigaciones comentadas en los apartados anteriores, referidos a la incidencia y a las consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo, deben ser considerados todavía como incompletos, ya que son muy pocos los trabajadores que reconocen haber abandonado su profesión, o su puesto de trabajo, haber cambiado de servicio o de localidad, o incluso modificar su actividad u horario en respuesta a la violencia vivida.

El hecho de que no se disponga de un conocimiento preciso de esta realidad es sin duda preocupante, y un serio obstáculo a la hora de emprender políticas de prevención con criterios de eficacia. Por ello, y vista la gravedad tanto de la incidencia como de sus consecuencias para la salud de los profesionales, es necesaria la realización de estudios con rigor científico que permitan estimar su magnitud, características y consecuencias, y sobre la base de esos resultados, diseñar e implantar procedimientos de intervención y prevención urgentes.

Reconocer que la investigación sobre las consecuencias de las agresiones a profesionales de la sanidad es relativamente reciente lleva implícito el reconocimiento de que la investigación sobre su prevención se encuentra dando sus primeros pasos. Precisamente, esos primeros pasos han venido a confirmar la eficacia de la implantación de programas para la minimización de la violencia en médicos (Grenyer y cols., 2004; Yassí y cols., 2005).

Findorff y cols. (2004) confirmaban en su estudio que los resultados de un programa de acción hacia los agredidos posee un efecto reductor de futuros episodios de violencia. En un trabajo posterior (Findorff y cols., 2005)

demostraban también que el apoyo por parte de los supervisores puede ser un importante componente en la prevención de hechos violentos futuros. Este dato es coincidente con el hallado en otro estudio sobre las causas y consecuencias de las agresiones a médicos (Findorff y cols., 2004), en el que se encontró que un deteriorado clima social y una falta de apoyo en el trabajo son importantes predictores de las agresiones en el trabajo.

No obstante, estos autores también señalaban la necesidad de investigación para explicar mediante qué mecanismos el apoyo previene la violencia. Precisamente en este estudio se constataba la casi nula frecuencia con que las agresiones son comunicadas a los supervisores o a la administración. Según Findorff y cols. (2004), el 43% de los casos de violencia física y el 61% de los de violencia no física que encontraron en su investigación nunca fueron notificados a los supervisores.

Por otra parte, y según se observa en diversos estudios, la mayoría de los profesionales sanitarios no se siente respaldados por la administración, o no utilizan los recursos que pone a su disposición la dirección de su centro tras los episodios de violencia (Gerberich y cols., 2004).

De estos trabajos se desprende que, para implantar con éxito estrategias dirigidas a reducir la violencia contra los profesionales sanitarios, es imprescindible el respaldo decidido desde la dirección, la implicación activa de la plantilla y la existencia de una comunicación abierta entre ambos estamentos (Artazcoz, Cruz, Moncada y Sánchez, 1996; Leiter y Maslach, 2000). Los estudios publicados sobre las intervenciones llevadas a cabo coinciden en haber realizado previamente una evaluación sobre el riesgo existente, identificando la extensión y la probabilidad de incidentes violentos (Findorff y cols., 2005), así como la evaluación de la posible presencia de sintomatología psíquica (Laposa y cols, 2004). También coinciden en la necesidad de que exista un sistema de denuncia y registro de las agresiones en

el que se diferencie claramente los distintos tipos de violencia (McKenna y cols., 2003; Winstanley y Whittington, 2004).

### **III. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA VIOLENCIA EN EL MEDIO SANITARIO.**

Son muchas las cuestiones de orden médico-legal que la violencia en el medio sanitario nos suscita y tienen que ver, sobre todo, con diversos aspectos del Derecho Sanitario, de la Medicina Legal, de la Psiquiatría Forense y, por supuesto, de la Medicina del Trabajo.

#### **III.1. LA VIOLENCIA EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL DESDE EL DERECHO SANITARIO.**

##### **III.1.1. DERECHOS DE LOS PACIENTES. DESARROLLO LEGISLATIVO**

La aparición de códigos de derechos en favor de los pacientes es un fenómeno relativamente nuevo, bien estudiado por distintos autores (Gallego Riestra, Hinojal, Rodríguez Getino, 1993; Gallego Riestra, Martínez Jarreta, Sánchez Caro e Hinojal, 1994; Sánchez Caro, Gallego Riestra, Rodríguez Getino, Hinojal, 1994; Sánchez Caro, 1997; Romeo Casabona, 2002) y estrechamente ligado al reconocimiento de los derechos humanos, así como al cambio drástico que ha experimentado la relación médico-paciente en los últimos tiempos.

La base sobre la que se cimienta el reconocimiento de los derechos del paciente es la afirmación de la condición de sujeto de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios y, entre ellos, de forma particular, el derecho a decidir libremente y a que se respete su autonomía. Este aspecto que finalmente se manifiesta de diversas formas, pero de manera muy concreta bajo la figura del “consentimiento informado” (Muniesa y Martínez-Jarreta, 2001), no es en último extremo sino la expresión del respeto debido a la consideración de la dignidad humana, afirmando su posibilidad de toma de decisiones y, en consecuencia, garantizando su libertad en el ámbito de la salud (Benito y cols., 1998; Romeo Casabona, 2002).

El principio de autonomía es la pieza clave sobre la que gravita actualmente el ordenamiento jurídico sanitario español en esta materia, en la que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, constituyen los textos básicos de referencia. La Ley General de Sanidad, en su artículo 10, reconocía los derechos del usuario, con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias.

Tabla. 2. Derechos del usuario de los Servicios de Salud (Ley 14/1986, General de Sanidad)

- 1.- Respeto a su personalidad, dignidad e intimidad.
- 2.- Derecho a la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- 3.- Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso.
- 4.- Derecho a ser advertido sobre si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible su autorización por escrito.
- 5.- Derecho a que se le dé en términos comprensibles información completa sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- 6.- Derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el consentimiento por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto cuando:
  - a) La no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
  - b) No esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas.
  - c) La urgencia no permita demoras.
- 7.- Derecho a que se le asigne un médico, que será su interlocutor con el equipo asistencial.
- 8.- Derecho a que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
- 9.- Derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6, debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria.
- 10.- Derecho a participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en la Ley.
- 11.- Derecho a que quede constancia por escrito de todo el proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente recibirá su informe de alta.
- 12.- Derecho a utilizar las vías de reclamación y de sugerencias en los plazos, recibiendo respuesta por escrito.
- 13.- Derecho a elegir el médico y demás sanitarios según las condiciones contempladas en la Ley.
- 14.- Derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios necesarios para promover, conservar o restablecer su salud.

La misma Ley, en su artículo 11, expresaba que son deberes del usuario del sistema sanitario:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones sanitarias.
3. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.
4. Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá darle el alta.

Desde la entrada en vigor de esta ley, han visto la luz muy distintas normas elaboradas para la defensa de los derechos de los pacientes (veáanse Tablas 3 y 4). Entre ellas, la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de las Pacientes en Europa promovida en 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y, de forma muy especial, el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Bioética del Consejo de Europa. BOE 251/1999, de 20 de octubre). Este convenio es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que, como España, lo suscribieron y pretende establecer un marco común para la protección en este terreno. El documento pone énfasis una vez más en el derecho a la información, en la

importancia del consentimiento informado y del derecho a la intimidad de las personas, persiguiendo la armonización con la legislación europea relativa a los derechos de los pacientes.

La necesidad de reforzar y ampliar a través de nuevos instrumentos el derecho a la autonomía del paciente y regular con mayor eficacia todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales llevó a la elaboración de una nueva norma que persigue especialmente una mayor concreción de los derechos de los usuarios en estos aspectos: la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Dicha Ley deroga algunos aspectos de la Ley General de Sanidad, en concreto el artículo 10 sobre los derechos del usuario que es el tema que nos ocupa.

Actualmente, esta norma se configura como instrumento legal básico de referencia y viene a señalar los mínimos que las Comunidades Autónomas deben respetar y a partir de los cuales han de dictar normas de desarrollo.

La Ley distingue entre *paciente* “*persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud*” y *usuario* “*persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria*”. Los principios básicos sobre los que se fundamenta son: la dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad. En este sentido, sigue teniendo un valor fundamental el “*consentimiento informado*”, es decir, la solicitud de consentimiento válidamente otorgado de forma previa a cualquier actuación sanitaria. Para poder otorgar ese consentimiento válido, resulta preciso ofrecer al paciente toda la información necesaria, concreta y útil que le permita tomar una decisión libre entre las alternativas que se le plantean. Por otro lado al paciente se le reconoce el

derecho a no querer ser informado y a negarse a someterse a una intervención sanitaria, siempre que no esté entre las excepciones determinadas por la ley.

Sin embargo, a pesar de todos estos instrumentos de protección, del efecto pedagógico incuestionable que este desarrollo legislativo ha tenido para pacientes, profesionales de la salud, médicos, enfermeros y gestores de la sanidad, así como para la sociedad en su conjunto, todavía existen desafíos en torno a la protección de los derechos de los pacientes (Beltrán Aguirre, 1993; Aulló Chaves y Pelayo Pardos, 1997).

Tabla 3. Principales normas de la Legislación española sobre derechos del paciente.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 1/1985, de 5 de mayo, sobre Protección Civil del Derecho al Honor a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Real Decreto 1910/84, de 26 de septiembre, de Recetas Médicas.
- Ley Orgánica 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.
- Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de Ensayos Clínicos de Medicamentos.
- Real Decreto 63/1995, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio. Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que Contengan Datos de Carácter Personal.
- Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida.
- Ley 42/1988, de 28 de diciembre, sobre Donación y Utilización de Embriones y Fetos Humanos o de sus Células, Tejidos y Órganos.
- Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre. Sobre Regulación de las Actividades de Obtención y Utilización Clínica de Órganos Humanos y Coordinación Territorial en Materia de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.
- Real Decreto de 24 de julio de 1889, disponiendo la publicación de la edición reformada del Código Civil.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Ley 16/2003, de 28 mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Tabla 4. Legislación autonómica sobre derechos de los pacientes.

- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los Derechos de Información Concernientes a la Salud y a la Autonomía del Paciente y la Documentación Clínica en la CA de Cataluña.
- Ley 3/2001, de 28 de mayo, Reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes en la CA de Galicia
- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón
- Ley 10/2001 de 28 de junio, de Salud de Extremadura.
- Ley 3/2006, de 8 de julio, de Asistencia Sanitaria y Autonomía del paciente de la CA de Extremadura.
- Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 56/1998, de la Generalitat Valenciana de la Creación de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión.
- Decreto 45/1998, de 17 de mayo, del Gobierno Vasco, que articula el Contenido, Conservación y Expurgo de Historias Clínicas Hospitalarias.
- Ley 8/ 2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.
- Ley 1/2000 de 27 de junio, de Creación del Instituto de Seguridad y Salud Laboral de la Región de Murcia.
- Ley 8/ 2003, de 8 de abril, sobre Derechos y Deberes de las Personas en relación con la salud. Castilla y León.
- Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja.

El avance positivo realizado en los últimos años respecto al reconocimiento de los derechos, contrasta con el desequilibrio que se observa en cuanto a la limitada referencia en las normas publicadas sobre las obligaciones del usuario (Martínez-Jarreta, 2003a). Esa limitada referencia sobre los deberes del usuario se circunscribe fundamentalmente a la sanción por el mal uso de las instalaciones sanitarias, o por los desperfectos causados al mobiliario, pero nada observa sobre las agresiones ejercidas contra el personal sanitario, tal y como se contemplaba ya en la Ley General de Sanidad.

La importancia del tema y las carencias existentes no han pasado desapercibidas a los profesionales del Derecho Sanitario, que reunidos en el Congreso de la Asociación Española de Derecho Sanitario celebrado en Madrid en el año 2005, dedicaba monográficamente una mesa redonda al problema de las agresiones a médicos, enfermeras y profesionales sanitarios en general (Alarcón y Ruiz de Adana, 2005). En dicho foro, las cuestiones y debates suscitados tenían que ver con la denuncia y con la necesidad de promover posibles medidas legales contra los agresores, aspectos ambos en íntima relación con la consideración legal (penal, administrativa, etc.) que ha de concederse a estos tipos de violencia y en relación con el amparo que la Administración otorga a sus profesionales, habida cuenta de la responsabilidad de la misma en caso de agresión según contempla la Legislación española, entre otras normas, en la Ley 30/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales; Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario al Servicio de los Sistemas de Salud.

### III.1.2. DEBERES DE LOS PACIENTES.

El concepto de derecho lleva aparejado de forma inmediata el concepto de deber, dos aspectos complementarios que son absolutamente indisolubles (Osuna Carrillo de Albornoz, Luna Maldonado, 2004). Desde un punto de vista práctico interesa subrayar la complementariedad de derechos y deberes, que obliga de forma simultánea a una correspondencia entre los actores de cualquier acto jurídico. En el terreno sanitario, el profesional se convierte, asimismo, en titular de derechos y deberes con relación al enfermo. El derecho a ser informado obliga al deber de proporcionar los elementos que permitan al médico obtener y elaborar la información. Es decir, el deber de colaborar por

parte del enfermo en el acto médico, que siempre estará presidido por el principio de buena fe.

Esta presunción garantiza que los participantes en el acto de la asistencia sanitaria confíen y asuman la pertinencia de sus actuaciones, como ocurre en otros negocios y actuaciones jurídicas en los que una actuación en sentido contrario, de vulneración de este principio, anularía la obligación previa de responder de las consecuencias de los daños derivados de esa actuación dolosa y podría generar en sí misma una responsabilidad profesional. Según la jurisprudencia del Tribunal Supremo “*los derechos de los pacientes y obligaciones de los profesionales sanitarios se consideran parte fundamental de la lex artis*” (STS 25/IV/94).

Como ya se ha comentado, las escasas referencias a los deberes del usuario en la ley se ciñen a aspectos sancionadores por el mal uso o por los desperfectos causados a las instalaciones o al mobiliario, pero no contemplan ninguna medida a los daños que puedan causarse a las personas que prestan servicios asistenciales.

### III.1.3. LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DESDE UNA PERSPECTIVA SANCIONADORA.

La protección al profesional sanitario ante agresiones por parte de los usuarios, no cuenta con un tratamiento legislativo específico, por lo que, en el caso de verse en la necesidad de emprender acciones legales, habrá de recurrir a la legislación ordinaria. En este sentido, y como cualquier ciudadano, podrá emprender acciones civiles y/o penales contra los agresores.

Todo ello como resultado de la falta de una regulación de tipo administrativo que venga a establecer un catálogo de medidas sancionadoras ante conductas de violencia o actos inaceptables en general por parte de los usuarios del sistema de salud.

El recurso al Derecho Penal es fomentado por parte de algunos autores (De Lorenzo, 2005), a pesar de que éste se fundamente en el principio de intervención mínima, y a pesar de la repercusión que sobre la relación asistencial puede conllevar el uso de la vía penal.

A continuación se revisan las distintas conductas delictivas en las que pueden incurrir los usuarios cuando exhiben uno de estos comportamientos violentos hacia los profesionales sanitarios, según el Código Penal actualmente en vigor - Tabla 5 – (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre del Código Penal). No se han contemplado en el presente trabajo otros delitos de violencia, como el abuso sexual, el acoso laboral, etc., ya que exceden el ámbito de este estudio.

Tabla 5. Consideración como delitos o faltas de las agresiones en el Código Penal.

	<b>Tipo de agresión</b>	<b>Delito</b>	
<b>Agresión física</b>	Agresión física	Delito/Falta de lesiones.	Estas conductas, en concurso ideal, pueden ser constitutivas también de Delito de Atentado si se ejercen contra un funcionario o agente de la autoridad que esté actuando como tal.
	<b>Agresión no física</b>	Coacciones	
	Amenazas	Delito/Falta de amenazas.	
	Insultos/ Injurias	Delito/Falta de injurias.	

### III.1.3.1. Falta y Delito de injurias.

El Código Penal, dedica el Título XI a los delitos contra el honor y, dentro de éste, el capítulo II a las injurias. En su artículo 208 define las injurias como “toda acción o expresión que lesiona la dignidad de otra

persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación”. En este caso, el bien protegido es el honor y la dignidad de la persona.

Solamente serán constitutivas de delito las injurias que, por su naturaleza, efectos y circunstancias, sean tenidas en el concepto público por graves. En caso contrario se considerarán faltas. El criterio de gravedad lo establecen los tribunales, por lo que nos encontramos ante un problema interpretativo.

Las injurias que consistan en la imputación de hechos no se considerarán graves, salvo cuando se hayan llevado a cabo con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad. Así mismo se establece que: *“La sentencia que condene por delito de injurias hechas por escrito y con publicidad deberá fijar expresamente la indemnización por perjuicios morales y materiales teniendo en cuenta el agravio producido, el medio a través del cual se cometiera y su difusión; así como en los daños materiales hay que justificar su existencia para que pueda condenarse su pago, no ocurre lo mismo con los morales, pues siendo éstos consecuencia del hecho delictivo, en el que van embebidos, basta con que éste se produzca y castigue para poder apreciarlos (STS 18-10-85)”*.

El daño moral debe considerarse como un sentimiento de dolor anímico e íntimo. Es una consecuencia que hay que deducir, no suponer, por la naturaleza, trascendencia, y ámbito dentro del cual se propició la figura delictiva. El daño moral va íntimamente unido a la infracción.

### **III.1.3.2. Falta y Delito de Coacciones.**

Igual que ocurre con las injurias, para que la coacción se considere un delito debe ser grave, es decir, con violencia. Se exige violencia física para que se considere coacción, aunque existen sentencias que permiten esta

calificación, aunque no se haya producido con violencia física, pero no es lo habitual.

El Código Penal lo recoge en su Título VI de “Delitos contra la libertad”, específicamente en el Capítulo III “De las coacciones”, el artículo 172 dice textualmente: *“El que sin estar legítimamente autorizado, impidiere a otro con violencia hacer lo que la ley no prohíbe, o le compeliere a efectuar lo que no quiere, sea justo o injusto, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años o con multa de 12 a 24 meses, según la gravedad de la coacción o de los medios empleados.*

*Cuando la coacción ejercida tuviera como objeto impedir el ejercicio de un derecho fundamental se le impondrán las penas en su mitad superior, salvo que el hecho tuviera señalada mayor pena en otro precepto de este Código”.*

### **III.1.3.3. Falta y Delito de Amenazas.**

En la amenaza es el proceso de toma de decisión de una persona el que se ve afectado. El mal suele estar más aplazado mientras que en la coacción suele ser un mal que se presenta como inminente y actual.

También el Título VI del Código Penal que recoge los delitos contra la libertad, dedica el Capítulo II a las amenazas, y dice en su artículo 169: *“el que amenazare a otro con causarle a él, a su familia o a otras personas con las que esté íntimamente vinculado un mal que constituya delitos de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio socioeconómico, será castigado”.* El bien jurídico protegido es el de la libertad y la seguridad, es decir, el derecho que tienen al sosiego y a la tranquilidad personal en el desarrollo normal y ordenado de su vida.

#### **III.1.3.4.Faltas de Lesiones.**

El artículo 617 del Código Penal establece que: *“El que por cualquier medio o procedimiento, causara a otro una lesión no definida como delito en este Código será castigado con la pena de localización permanente de seis a 12 días o multa de uno a dos meses. El que golpeare o maltratare de obra a otro sin causarle lesión será castigado con la pena de localización permanente de dos a seis días o multa de 10 a 30 días”*.

El artículo 620 estipula que serán castigados con la pena de multa de diez a veinte días: *“Los que de modo leve amenacen a otro con armas o instrumentos peligrosos o los saquen en riña, como no sea en justa defensa, salvo que el hecho sea constitutivo de delito. Los que causen a otro amenaza, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve, salvo que sea constitutivo de delito”*.

Los hechos descritos sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

#### **III.1.3.5. Delito de Atentado.**

Se trata de un delito especial en el que se incurre cuando se acomete contra un funcionario, cuando se encuentra actuando en virtud del servicio público que tiene encomendado. Con esta figura jurídica se pretende atender a los intereses generales.

Así, el Capítulo II del Código Penal está dedicado a los atentados contra la Autoridad, sus agentes y los funcionarios públicos, considerando su artículo 550 que: *“Son reos de atentado los que acometan a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o empleen fuerza contra ellos, los intimiden gravemente, o les hagan resistencia activa también grave, cuando se hallen ejecutando las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas”*. En el art.551.1. *“Los atentados comprendidos en el artículo anterior serán*

*castigados con la pena de prisión de dos a cuatro años y multa de tres a seis meses si el atentado fuera contra autoridad y de prisión de uno a tres años en los demás casos”.*

En la punición del atentado, aparte de los supuestos paradigmáticos de concurso ideal con lesiones o con homicidio se ha apreciado también concurso con detención ilegal. Art.552. *“Se impondrán las penas superiores en grado a las respectivamente previstas en el artículo anterior siempre que en el atentado concorra alguna de las circunstancias siguientes: 1) La agresión se verificara con armas u otro medio peligroso; 2) Si el autor del hecho se prevaliera de su condición de Autoridad, agente de esta o funcionario público”.*

Es opinión comúnmente compartida por la doctrina científica y por la jurisprudencia que el bien jurídico protegido es el principio de autoridad por exigirle así la dignidad de la función pública por la trascendencia que para el cumplimiento de los fines del Estado tiene el respeto debido a sus órganos. La jurisprudencia ha perfilado los elementos objetivos y subjetivos del atentado:

Como elementos objetivos:

- a) El carácter de autoridad, agente de la misma o funcionario público los proporciona el art. 24, no definiéndose qué ha de entenderse por agente de la autoridad, que viene incluyéndose dentro del concepto más amplio de funcionario público.
- b) Que “se halle el sujeto pasivo en el ejercicio de las funciones de su cargo o con ocasión de aquellas”. No basta, pues la condición de autoridad sino, además, una de esas dos situaciones o ejerciendo sus funciones o como consecuencia de haberlas ejercido.
- c) Un acto típico, constituido por “acometimiento, empleo de fuerza, intimidación grave o resistencia activa también grave”.

Como elementos subjetivos:

- a) “Conocimiento por parte del sujeto de la cualidad y actividad del sujeto pasivo”.
- b) Elemento subjetivo del injusto, integrado por el dolo de ofender, denigrar o desconocer el principio de autoridad. No obstante, puede excluirse tal ánimo cuando existen datos objetivos que permiten conjeturar que el agente al proceder como lo hizo actuaba por razones estrictamente personales, otras totalmente ajenas a la función pública o a la condición profesional de la víctima.

De especial importancia en el delito de atentado es el concepto de “*concurso*”, entendiéndose como tal cuando concurren varios tipos penales, y cuyas reglas se recogen en los arts. 76 y siguientes del Código Penal. Se considera concurso real el hecho de que se produzca una acción de injurias y otra constitutiva de delito/falta de lesiones, ambas diferenciables incluso por el hecho de estar delimitadas temporalmente, ya que una acción es secuencial y sigue a la otra. Se considera concurso ideal cuando se trata de una sola acción en la que concurren dos o más delitos o faltas. Así pues, agredir físicamente a un médico son dos delitos en uno, de agresión y de atentado contra un funcionario público.

#### III.1.4. EL PROBLEMA DEL USO DE LA VÍA PENAL COMO HERRAMIENTA SANCIONADORA. LA DENUNCIA.

Excepto el delito de Injurias, que es un delito privado y necesita la denuncia del perjudicado, el resto de las situaciones (delito de coacciones, delito de amenazas, delito de lesiones, delito de atentado), salvo que sólo se traten de faltas, son perseguibles de oficio. Si se trata de hechos constitutivos de falta, no son perseguibles de oficio y han de ser denunciados por el

perjudicado. Solo hay una excepción para las faltas cuando las víctimas son menores, entonces son también perseguibles de oficio.

Tan solo en los casos en los que se trata de delitos que exigen denuncia del ofendido, como los delitos contra el honor (injurias art.215) se precisa la denuncia del perjudicado *“Persona ofendida o su representante legal”*, aunque en la reforma de 2003 (Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal) se introduce que *“se procederá de oficio cuando la ofensa se dirija contra la autoridad, funcionario público, o agente de la misma sobre hechos cometidos en el ejercicio de sus cargos”*.

### III.1.5. LA RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN.

La responsabilidad ante un caso de agresión no termina en el supuesto agresor, sino que alcanza a la propia institución y a la Administración, en el caso de los centros públicos. La organización laboral es la responsable de poner todos los medios a su alcance para evitar este tipo de riesgo, así como de ofrecer a sus profesionales la formación adecuada para manejar las situaciones potencialmente conflictivas que disminuyan su posibilidad de aparición. En el caso de que se produzcan episodios de violencia, es su responsabilidad el dispensar el apoyo y el asesoramiento necesario a las víctimas. Debiera también ser responsabilidad del centro, o de la Administración, el animar a denunciar estos hechos, ofreciendo así un claro mensaje a toda la organización y a los usuarios de que este tipo de conductas no son toleradas, incluso sería deseable que diera la cara, personándose como acusación de los hechos.

La Ley 21/1992 de Industria establece las responsabilidades de los titulares de las instalaciones laborales, a fin de procurar que éstas no generen riesgo para la seguridad y la salud de las personas y la integridad de sus bienes. El Estatuto del Personal Estatutario al Servicio del Sistema Público de Salud

recoge, igualmente, estas responsabilidades, al igual que la Ley 30/95 de Prevención de Riesgos Laborales, en su capítulo III desarrolla los derechos de los trabajadores y las obligaciones empresariales, y en su capítulo VII las sanciones derivadas del incumplimiento de la Ley.

El Reglamento de los Servicios de Prevención, al considerar la prevención de riesgos laborales como actuación a desarrollar en el seno de la empresa, determina los procedimientos de evaluación de los riesgos para la salud de los trabajadores y las modalidades de organización, funcionamiento y control de los servicios de prevención, así como las capacidades y aptitudes que deben reunir dichos servicios y los trabajadores designados para desarrollar actividades preventivas.

Por otra parte, el Título XV del Código Penal se ocupa de los delitos contra los derechos de los trabajadores y concretamente, el artículo 316 tipifica como delito las infracciones de las normas de prevención de riesgos laborales *“quienes, estando obligados a ello, no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de forma que pongan así en peligro grave su vida, salud o integridad física, serán castigados con las penas de prisión de seis meses a tres años y multa de seis a doce meses”*. Este artículo sanciona, pues, las infracciones cometidas contra el Estatuto de los Trabajadores (Texto refundido de 1995), la Ley General de Sanidad 14/86 y los Convenios de la OIT, de 20 de junio de 1977. Además, el artículo 317 del Código Penal, dice que *“cuando el delito a que se refiere el artículo anterior se cometa por imprudencia grave, será castigado con la pena inferior en grado”*; y el artículo 318 contempla que cuando estos hechos se atribuyan a personas jurídicas, se impondrá la pena señalada a los administradores o encargados del servicio que hayan sido responsables de los mismos y a quienes, conociéndolos y pudiendo remediarlo, no hubieren adoptado medidas para ello.

## **III.2. ANÁLISIS MÉDICO-LEGAL DE LA VIOLENCIA EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL.**

Además de los aspectos relacionados con el Derecho Sanitario, otras cuestiones médico-legales son de interés en el análisis de la violencia que nos ocupa. No sólo desde la Medicina Legal en general, desde la que puede valorarse la dinámica de la que surge la agresión, el conocimiento de los factores de riesgo implicados que ponen en peligro la seguridad e integridad de la víctima, el estudio de los detonantes del comportamiento del agresor (Castellano y cols. 1998), así como el establecimiento de las pautas de actuación médico jurídica; sino también desde las otras disciplinas que tradicionalmente se engloban en el área de la Medicina Legal: la Traumatología y la Psiquiatría Forense y la Medicina del Trabajo. Las dos primeras imprescindibles a la hora de establecer todo lo relativo a la valoración (valoración de la gravedad de las lesiones, de la imputabilidad y de las posibles consecuencias en el estado de salud psíquico) y la Medicina del Trabajo en el estudio de las implicaciones que este tipo de conductas pueden tener en términos de disfunción en la organización, alteración del rendimiento o de la calidad en el trabajo, bajas, absentismo, etc., así como en la prevención de las agresiones como riesgo laboral.

### **III.2.1. VALORACIÓN DEL DAÑO PRODUCIDO POR ACTOS DE VIOLENCIA.**

#### **III.2.1.1. Valoración del daño corporal.**

La valoración del daño corporal es la actuación médica dirigida a conocer con la máxima exactitud y objetividad las consecuencias que un suceso traumático determinado ha tenido sobre la integridad física y psíquica de una persona, con el objetivo de obtener una evaluación final que permita al juzgador establecer las consecuencias penales, laborales y económicas del mismo (Hernández, 2004).

La Constitución y el Derecho positivo español tutelan la vida y la integridad física como bienes originarios del hombre que no pueden ser impunemente lesionados, de lo contrario, el afectado tendrá derecho a una reparación (De Ángel, 1989). La reparación será determinada por la autoridad judicial competente, lo que llevará a cabo con la aportación de datos objetivos sobre el daño existente, facilitados por los profesionales.

La mayoría de los casos en relación a las personas se plantean dentro del ámbito de la responsabilidad extracontractual, aquella que nace de una relación jurídica entre dos personas que no se encontraban previamente unidas por vínculo contractual, como consecuencia de actos u omisiones no penados por la ley, imputables a una de ellas a título de culpa o negligencia, que producen daños en los derechos personales o patrimoniales de la otra y que se traducen en un deber de indemnizar los mismos.

El análisis médico para llevar a cabo la valoración de las lesiones debe comprender los siguientes puntos:

1. Estudio de las lesiones provocadas.
2. Determinación del estado de salud anterior.
3. Establecimiento del nexo de causalidad entre el hecho, las lesiones y las secuelas derivadas de ello.
4. Evolución de las lesiones sufridas.
5. Determinación de la fecha de curación o de consolidación.
6. Determinar el estado de salud final tras la evolución máxima de las lesiones, debiendo realizarse una evaluación objetiva y exacta de las secuelas resultantes en sus aspectos anatómicos y funcionales.
7. Establecimiento de la relación de causalidad entre el hecho, la lesión y la secuela a que diere lugar.

8. Determinar las consecuencias de las lesiones postraumáticas sobre todas las actividades que desarrollaba habitualmente el individuo en el ámbito laboral, social y personal.

Los medios de los que dispone el médico evaluador para abordar la pauta metodológica antes relacionada son: la entrevista, el estudio de los documentos médicos y médico-legales y el examen clínico.

El estudio de la causa de la enfermedad, o *etiología*, se puede definir como “*el de las diversas posibles causas de enfermedad física y psíquica*”. La existencia del nexo causal entre traumatismo y daño es un presupuesto obvio de resarcimiento del daño y de su valoración médico-legal. La incertidumbre del nexo de causalidad confiere al propio daño, en términos de relevancia jurídica, el carácter de incierto (Villanueva y Hernández, 2004). La incertidumbre reside en la verificación, o no, de las condiciones de imputabilidad del daño existente a un determinado evento traumático. Hay que tener en cuenta que la existencia de un estado patológico constatado después de un accidente no significa que esa lesión sea postraumática. Es necesario aportar la prueba de dicha relación.

Las causas concurrentes constituyen parte integrante y fundamental del problema de la causalidad. La mayoría de los fenómenos tienen una pluralidad de factores causales y gran parte de las enfermedades y trastornos se presentan como resultado de factores múltiples.

Se entiende por estado anterior *toda predisposición patológica o disminución somática o funcional conocida o no que una persona posee en el momento de sufrir una lesión, que dará origen a un litigio*. Ha de entenderse, por tanto, no sólo las lesiones preexistentes al nuevo menoscabo, sino también cualquier predisposición, genética o adquirida, que modifique la normal evolución de una lesión.

En el Derecho común rige el principio de que el que produce un daño tiene la obligación de repararlo, debiendo ser la reparación total o la máxima que pueda alcanzarse. Cuando no pueda llevarse a cabo, la persona que la causó estará obligada a repararlo mediante indemnización. Pero ha de repararse el daño producido por la acción imputable, por lo que la reparación será igual al daño actual menos el estado anterior. El problema es que no siempre es conocido el estado anterior.

En el terreno de la violencia hacia los profesionales sanitarios por parte de los usuarios del sistema de salud, no se deben olvidar estas máximas citadas y en este sentido se deben poner en marcha los mecanismos legales que garanticen la reparación del daño causado. Es un error bastante frecuente el considerar las agresiones, físicas o no, como parte del sistema o, como se diría de una manera coloquial, un “*gaje del oficio*”.

El profesional, como cualquier otro ciudadano, debe ser protegido y su derecho a la integridad física y psíquica respetado, no vulnerado. Por otra parte, cuando se atenta contra sus derechos como persona, el tratamiento legal de su caso no debiera olvidar el principio de la reparación civil que le asiste como ciudadano, sin perjuicio de que la agresión se hubiera producido durante un acto laboral. De no hacerse así, se estaría de alguna manera transmitiendo a la sociedad un mensaje muy pernicioso que podría hacer pensar que agredir al profesional sanitario no es algo cuestionable, no conlleva consecuencias y que se trata de un aspecto que el profesional debe admitir como parte de su trabajo.

El daño que se le cause debe ser reparado, independientemente de otras consideraciones jurídicas relativas a su condición de trabajador que debe ser protegido por la Administración a la que presta servicio y de las responsabilidades en las que ésta haya podido incurrir por infracción de la Ley 30/95, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

### **III.2.1.2. Valoración del daño psíquico**

Tanto en las ocasiones en las que la causa del daño es un evento traumático y de orden físico, como cuando la causa del mismo es una acción no física, la valoración del posible daño producido en el psiquismo del sujeto sobre el que ha recaído esta acción lesiva es de una especial dificultad (Castellano y Gisbert Grifo, 2004), y esto es así por varias razones:

1. “Por los problemas diagnósticos propios de la psiquiatría, y porque en muchas ocasiones se trata de situaciones en las que la patogenia es desconocida o difícilmente demostrable.
2. En la mayoría de los casos, el daño psíquico no es fácilmente objetivable, ya que su constatación depende de la experiencia personal del perito y de la interpretación de los datos obtenidos de la exploración.
3. El daño psíquico suele ser difícilmente cuantificable. Si los baremos son difíciles de aplicar en lesiones físicamente mensurables, son mucho más complejos de aplicar en casos en los que el objeto del problema sea un trastorno psíquico.
4. Los criterios clásicos en lo que se refiere al establecimiento del nexo de causalidad (cronológico, anatómico, cuantitativo, etc.) no son claramente aplicables en el caso del daño psíquico. De la misma manera, el establecimiento de la presencia o ausencia de un estado anterior patológico entraña especial complejidad.
5. La separación de las lesiones neurológicas de las lesiones psíquicas no resulta más que una abstracción que, en la práctica, resulta muchas veces difícil, si no imposible.
6. A esto hay que añadir los problemas que se plantean como consecuencia de la posibilidad de simulación”.

La realidad práctica muestra casos claros en los que el sustrato orgánico o lesión evidenciada se corresponde sin distorsiones con los síntomas y signos psiquiátricos que manifiesta el lesionado; mientras que en otros, se puede descartar con certeza que el daño orgánico se haya seguido de un perjuicio psíquico correlativo; sin embargo, no serán excepcionales las ocasiones en las que el perito no pueda expresar un juicio absolutamente preciso sobre la relación entre ambos extremos (Castellano, 2004). Hemos de dar por sentado que junto a la formación adecuada del perito es imprescindible recurrir a los instrumentos diagnósticos que cada caso requiera con el fin de introducir el rigor metodológico que toda pericia requiere y la Psiquiatría Forense permite actualmente.

En Medicina Legal y Forense es tarea fundamental diferenciar “*lo violento*” como: aquello que viene de fuera e incide sobre la persona de una manera imprevista ocasionándole un daño o perjuicio, de “*lo natural*”: lo que se desencadena en el organismo como respuesta a mecanismos internos y sin intervención de causas ajenas o extrañas al mismo. Traer estos conceptos aquí es de gran importancia, ya que el daño psíquico se correspondería con lo violento, mientras que la enfermedad mental, aparecida sin intervención de fuerzas extrañas entraría dentro de lo natural.

Se puede afirmar que el daño psíquico “es todo aquel deterioro de las funciones psíquicas producido generalmente de forma súbita e imprevista, cuando puede reclamarse jurídicamente una responsabilidad, porque en la causación del mismo ha intervenido una conducta intencional o imprudente, o bien cuando existen mecanismos legales privados (seguros de accidentes) o de protección social frente a los infortunios”.

Las secuelas psíquicas, derivadas de traumatismos y de la vivencia situaciones traumáticas, violentas y amenazantes, han crecido en los últimos años ligadas al aumento de los accidentes y de la violencia en distintos medios

(Castellano, 2004). La práctica forense nos demuestra que una gran mayoría de las personas que han sido víctimas de situaciones de violencia van a presentar síntomas psíquicos en relación con el ambiente vivido como amenazante para su integridad física o mental, e incluso para su vida.

Actualmente la valoración del daño psíquico viene siendo requerida en relación con diferentes aspectos de la Administración de Justicia. Desde el Derecho penal, para la valoración de los trastornos psíquicos consecutivos a lesiones orgánicas cerebrales, valoración de trastornos psíquicos que padecen las víctimas de violencia psíquica ejercida de forma continuada en el ámbito familiar y laboral, o a consecuencia de un estrés laboral crónico, en cuyo caso no hablamos de enfermedades mentales, sino de síntomas psíquicos o psicósomáticos. Desde el Derecho civil, administrativo, compañías de seguros, etc., que demandan la delimitación de la naturaleza del daño y su origen.

Aunque en las primeras etapas de la psiquiatría forense se consideraban exclusivamente los cuadros psíquicos consecutivos a traumatismos físicos, más tarde comenzó a considerarse la violencia psíquica como trauma, introduciendo la posibilidad de apreciar daños psíquico sin ocurrencia de trauma físico o tóxico. Este concepto ya existía en el Derecho penal dentro de la tipificación del delito de lesiones, pero se ha recogido de forma literal en la tipificación de la violencia familiar.

En el tema que nos ocupa, el posible daño psíquico como consecuencia de las agresiones, incluso en ausencia de violencia física, no ha sido suficientemente investigado. Sin embargo, los hallazgos encontrados abren líneas de gran interés para futuras investigaciones. En diversos estudios realizados con profesionales sanitarios que habían sido víctimas o testigos de la violencia en el ambiente de su trabajo, se han observado consecuencias de índole psíquico, como síntomas de depresión (Gerberich y cols., 2004), altos niveles de ansiedad (Ryan y Foster, 1993), sintomatología relacionada con el

estrés post-traumático (Rippon, 2000; Whittington y cols., 1996), incluso síntomas constitutivos del síndrome del profesional quemado o *burnout* (Rowe y Sherlock, 2005).

En esta línea se ha observado que los profesionales que han sido víctimas de estas violencias pueden guardar cierto paralelismo con las situaciones de violencia doméstica (Arroyo, 2002; Castellano, 2004), por el impacto que la vivencia de estas situaciones les pueden generar tanto sobre en su bienestar psíquico como en su futuro ejercicio profesional, por la lógica desconfianza, miedo, distanciamiento afectivo, etc.

La verificación del imparable ascenso del número de agresiones a médicos, enfermeras y personal administrativo en el desarrollo de su actividad viene a apoyar la previsión de un mayor número de casos de valoración del daño psíquico por violencia en el medio laboral en los que el experto en psiquiatría forense haya de intervenir. La situación que se puede llegar a vivir en el medio sanitario tiene su parangón con lo acaecido en el medio educativo donde se viene observando un incremento en las tasas de violencia entre los alumnos (acoso escolar, delitos contra la libertad sexual, delitos de lesiones, amenazas, etc.) y desde éstos a los profesores.

Este aspecto resulta de gran importancia, además de por sus consecuencias personales para las víctimas, por su efecto negativo sobre la relación asistencial, pudiendo favorecer el uso de una medicina defensiva, en la que los profesionales opten por la hiperprescripción de los fármacos y pruebas que el usuario solicita, antes que enfrentarse a los posibles conflictos que puedan derivarse de una negativa (Gascón y Martínez-Jarreta, 2005; González Correales y De la Gándara, 2004), motivo por el cual se dedica un apartado independiente a las consecuencias psíquicas derivadas de las agresiones.

### III.2.2. LA IMPUTABILIDAD

Además de la valoración del daño psíquico, la Psiquiatría Forense también está implicada en el necesario establecimiento de la causalidad (que tiene como aspecto fundamental la imputabilidad del supuesto agresor, para lo que será necesaria una exploración clínica de las condiciones psíquicas del mismo).

La peritación psiquiátrica en sus aplicaciones al campo del Derecho penal tiene como objetivo fundamental el establecimiento de relaciones de causalidad psíquica entre las personas y sus acciones. *El establecimiento de la Imputabilidad es un requisito previo de la responsabilidad y de la culpabilidad cuando se comete una acción delictiva.* (Gisbert Calabuig, 2004).

De este concepto jurídico de base psicológica dependen los de responsabilidad y culpabilidad. Imputar un acto es el hecho de poder atribuírselo a alguien. Para que pueda ser así, es preciso no sólo que el sujeto haya sido la causa del hecho, sino también que haya sido su causa moral. El fundamento de la imputabilidad se encuentra en la afirmación de la libertad humana como criterio informante de la capacidad para responder de las acciones, libertad que puede perderse, o no haber existido nunca, si en el sujeto no se reúnen las circunstancias que la condicionan.

Puede definirse la imputabilidad como *el conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requerido por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquicamente y éticamente por aquellas* (Gisbert Calabuig, 2004).

La primera parte de esta definición es la más importante desde el punto de vista médico-legal. Se alude a condiciones psicobiológicas, englobando los caracteres psíquicos y biológicos, por cuanto no puede atribuirse un significado a una conducta humana sin que en el sujeto se den determinadas condiciones intelectivas o volitivas que le capaciten para una cabal

comprensión. Dichas condiciones consisten en: un estado de madurez mínimo (fisiológico y psíquico), plena conciencia de los actos que realiza, capacidad de voluntariedad y capacidad de libertad. Es decir, que en el momento de la ejecución del hecho posea la inteligencia y el discernimiento de sus actos, y que goce de la libertad de su voluntad y de su libre albedrío (Carbonell Mateu, 1993). La conciencia hace referencia a la capacidad de conocer, la voluntariedad a la capacidad de querer. Cuando se hayan abolido, o estén gravemente perturbadas, la imputabilidad se ve afectada (Martínez-Jarreta, Castellano, 1993).

El Código Penal actualmente en vigor no hace mención directa de la imputabilidad, limitándose a señalar las causas de inimputabilidad y semi-imputabilidad (Cobo del Rosal y Vives Antón, 1990). Para la redacción de los supuestos de inimputabilidad se siguen tres criterios:

1. Biológico. en referencia a las anomalías o alteraciones psíquicas.
2. Psicológico. consecuencias puramente psicológicas de estos estados.
3. Biopsicológico. O mixto, cuando se reúnen ambos criterios.

Pero hemos de inferir la imputabilidad, de las causas de exención y atenuación de la responsabilidad que tienen el carácter de la inimputabilidad (Martínez-Pereda Rodríguez, 1996), y que son:

1. Anomalías y alteraciones psíquicas.
2. Trastorno mental transitorio.
3. Intoxicación por bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas y análogas.
4. Ser menor de edad.
5. Alteraciones de la percepción (ceguera, sordomudez).
6. Miedo insuperable.
7. Arrebato, obcecación y otros estados pasionales.

La consideración de estas circunstancias permite ya asegurar que el mínimo de condiciones psíquicas y morales, que en la Legislación española constituye la base de la imputabilidad, está representado por la salud mental y la madurez mental y moral. Todo individuo mentalmente sano y maduro mental y moralmente es imputable: posee capacidad para ejecutar sus actos libre y voluntariamente, y para ser declarado culpable por su comisión. La voluntariedad representa en este sentido el principal elemento subjetivo definidor de los delitos (Gisbert Calabuig, 2004).

La falta de comprensión sobre la ilicitud de un hecho derivada de la existencia de anomalías o alteraciones psíquicas es la primera circunstancia eximente. Distinguiéndose dos grandes grupos de enfermedades mentales: las extrañas a la personalidad del agente (psicosis y neurosis) y las provenientes de la personalidad anormal del agente (trastornos del desarrollo, perturbaciones de carácter afectivo, de la voluntad y de la vida instintiva), es decir, psicopatías en sentido amplio.

Para los casos de enajenación deben valorarse tres aspectos simultáneamente: el criterio cualitativo, el criterio cuantitativo y el criterio cronológico (Carbonell Mateu, 1993). El criterio cualitativo hace referencia a la naturaleza de la perturbación, a la definición de las funciones mentales afectadas y su repercusión en la conducta. Se resume en sus elementos fundamentales, la capacidad de conocer y obrar según conocimiento. El criterio cuantitativo se refiere a la intensidad o grado de la alteración. En el momento del hecho, el agente debe encontrarse en situación de *completa y absoluta perturbación*. El criterio cronológico se refiere a la permanencia. Si la perturbación ha sido breve deberá ser encuadrada en la categoría de trastorno mental transitorio y no en la de enajenación.

Cuando las anomalías o alteraciones psíquicas no llegan a cumplir todas las condiciones indicadas, o las cumplen de modo insuficiente, dejan de

constituir una circunstancia eximente, limitándose a surtir efectos legales de atenuación de pena, en tal caso hablamos de semiimputabilidad (Gisbert Calabuig, 2004).

Un ejemplo claro de inimputabilidad es el caso de trastorno mental transitorio, que puede definirse como un estado de perturbación pasajero y curable debido a causas ostensibles sobre una base patológica probada, cuya intensidad llega a producir la anulación del libre albedrío. *“Quien actúa en situación de trastorno mental transitorio es como un enajenado que lo fuera por breve tiempo”*. No será eximente cuando hubiere sido provocado con el propósito de cometer el delito o se hubiera previsto o debido prever su comisión mediante embriaguez, intoxicación por drogas, etc. Según la jurisprudencia, los requisitos para su consideración son: una brusca y fulgurante aparición, irrupción en la mente del sujeto, con pérdida de su entendimiento, o de sus facultades de inhibición, autodomínio o autocontrol, o de ambas; curación sin secuelas, que haya surgido sobre una base patológica probada en el sujeto en que se manifestó y que no haya sido provocado intencionalmente por el sujeto activo (Martínez-Pereda Rodríguez, 1996). Además de estas circunstancias, dada la imposibilidad de un reconocimiento pericial psiquiátrico en el momento en el que se produjo el hecho, se requiere que el sujeto sea observado por psiquiatras a raíz del suceso, o que resulte justificado debidamente de los hechos anteriores, simultáneos y posteriores.

La causa de estos trastornos es casi siempre de naturaleza exógena, como respuesta a un choque de naturaleza física o psíquica, respuestas mentales a intoxicaciones o infecciones. En la clínica se corresponden con síndromes reactivos a motivos físicos o psíquicos. Pero no todas las personalidades reaccionan a los estímulos externos con un trastorno mental

transitorio. Para que se dé parece necesaria una especial predisposición, un fondo de anormalidad leve y persistente.

Otra causa de inimputabilidad es la minoría de edad. La menor edad es un período de la vida humana en el que falta aún la madurez mental y moral, como falta la madurez física (González Zorrila, 1983). En su consecuencia el niño y el adolescente no pueden comprender la significación moral y social de sus hechos y, por tanto, no poseen capacidad para responder plenamente de ellos (Gisbert Calabuig, 2004).

Cuando un menor de dieciocho años cometa un hecho delictivo, podrá ser responsable con arreglo a lo dispuesto en la ley que regule la responsabilidad penal del menor. Los menores son responsables, pero no bajo los mismos parámetros del Código Penal (González Zorrila, 1983).

La tercera circunstancia del artículo 20 del Código penal se refiere a las alteraciones de la percepción que afecten las condiciones de la imputabilidad, como la ceguera y la sordomudez si son de nacimiento y este hecho ha alterado gravemente la conciencia de la realidad (Gisbert Calabuig, 2004).

El miedo insuperable es considerado una eximente y sería una situación momentánea de la persona que pierde su imputabilidad de modo pasajero, porque, a consecuencia de influencias exógenas o ambientales, ha perdido su voluntariedad libre. Esta eximente requiere un terror, pavor o pánico que implique una grave perturbación de las facultades psíquicas que da lugar a la anulación de la voluntad. Puede definirse como un estado de intensísima emoción que anula las facultades psíquicas (Cobo del Rosal y Vives Antón, 1990), por lo que a veces no es fácil distinguirlo del trastorno mental transitorio. Dicha emoción es consecutiva a una violencia moral que nubla por completo la inteligencia del sujeto o anula su voluntad, y encuentra su origen en la existencia de un peligro inminente que en la conciencia del agente aparece como más grave que el que comete para evitarlo, sin que pueda

recurrir a otro procedimiento para ello que la comisión del hecho delictivo (Gisbert Calabuig, 2004).

Para que esta eximente exista, la jurisprudencia del Tribunal Supremo sienta como condiciones necesarias que: el miedo esté inspirado en un hecho real y objetivo, que se origine en el agente y sea insuperable, el mal que le amenaza sea mayor o igual que el causado para evitarlo y que la voluntariedad libre del agente haya quedado menoscabada o afectada por el miedo (Gisbert Calabuig, 2004).

Finalmente, consideramos el arrebató y obcecación como causa de inimputabilidad. Y que puede definirse como el obrar por causas y estímulos tan poderosos que hayan producido arrebató, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante (Cobo del Rosal y Vives Antón, 1990). No son tres conceptos distintos, sino que se intenta incluir a las emociones y pasiones, fugaces o más duraderas, próximas a la causa productora y que presenten una intensidad suficiente para producir una imputabilidad disminuida. Los estímulos admitidos en diversas sentencias han sido: los celos, el reto, las injurias, el empleo de apodo denigrante u ofensivo. Deben concurrir los requisitos de: existencia demostrada de los estímulos capaces de producir anomalías psíquicas en el agente en el momento de la infracción y que tengan como contenido un estado pasional de furor o cólera (arrebató) o de ofuscación o turbación (obcecación) capaces de disminuir la inteligencia o la voluntad; que las causas determinantes de los estímulos procedan de la víctima y que los estímulos no sean repudiados por la norma sociocultural que rige la convivencia del ente social.

El actual Código Penal recoge como circunstancias atenuantes las causas expresadas cuando no concurrieron todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos. Por ejemplo, las anomalías o alteraciones psíquicas que no impidan totalmente comprender la ilicitud del

hecho, pero aminoren tal comprensión, el trastorno mental transitorio, los supuestos de intoxicación casi plena producidos por alcohol, drogas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, no buscados con el propósito de cometer delito, el síndrome de abstinencia que no impida comprender la ilicitud del hecho, pero reduzca notablemente tal comprensión y las alteraciones de la percepción desde el nacimiento o desde la infancia que alteren, pero no gravemente, la realidad.

El concepto de la imputabilidad resulta muy pertinente en el tema que nos ocupa al ser una de las principales razones por las cuales no se denuncia. Debido a las características y al contexto en el que se producen las agresiones contra el personal sanitario, estas causas de atenuación o de exención de la responsabilidad criminal pueden ser esgrimidas por un paciente o por sus familiares en el caso de ser denunciados por sus víctimas.

En el caso de los enfermos mentales o de los drogodependientes, estas causas de inimputabilidad son evidentes y los profesionales de la psiquiatría están especialmente concienciados sobre la alta probabilidad que tienen de sufrir agresiones y sobre lo ineficaz que resultaría, en la gran mayoría de los casos, el interponer denuncia contra estos pacientes. Quizá también por ello, en muchos estudios, los profesionales de psiquiatría muestran menor índice de sintomatología psíquica que otros profesionales, a pesar de sufrir mayor número de agresiones (Findorff y cols. 2004).

Por otra parte, muchas de las situaciones en las que se produce violencia en un ambiente sanitario se dan en un contexto de urgencia, de alteración y de ansiedad (Mayhew y Chapell, 2005) y suelen girar alrededor de temas de gran trascendencia para quien arremete: temor por su vida, su salud, su integridad, etc. Por ello, una de las causas por las que desde el National Health Service se justifica la baja tasa de denuncias entre los profesionales sanitarios víctimas de violencia, tiene que ver precisamente con lo fácil que

resulta en un contexto clínico que un argumento, por ejemplo de arrebató, obcecación, miedo insuperable o trastorno mental transitorio, progrese y sea admitido por el juez (National Health Service, 2002).

Estamos por tanto ante un obstáculo difícilmente salvable y, añadido a un conjunto de dificultades que se ha probado recurrentes y comunes a todos los profesionales, que interviene desanimando a la denuncia. Pero el problema que nos ocupa tiene que ver, no tanto con los pacientes o familiares de éstos que se encuentren en situación de inimputabilidad o semi-imputabilidad, sino más bien con el uso generalizado de la violencia como medio de interrelación con el profesional sanitario, y de consecución de logros en la relación médico-paciente.

## **IV. CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD**

Las consecuencias de los actos de violencia hacia los profesionales sanitarios no se agotan en las posibles lesiones somáticas ocasionadas por las agresiones físicas. El impacto psíquico y emocional de una agresión no debe minimizarse. Tanto es así que, en ausencia de lesión física, incluso a raíz de agresiones no físicas, el daño psicológico producido en la persona se ha comprobado que puede ser muy importante (Winstnaley y Whittington, 2004). Por otro lado, al impacto sobre la psique en forma de diferentes trastornos psicológicos, se une el efecto sobre la esfera laboral, el desgaste que puede acarrear, llegando incluso, en los profesionales sanitarios, a socavar el nivel de confianza necesario para una óptima relación asistencial.

Desde este punto de vista, las agresiones deben considerarse un riesgo que necesariamente ha de tenerse en cuenta desde la prevención para evitar su ocurrencia y para paliar las consecuencias negativas en el sujeto en los casos en que no hayan podido evitarse (Gascón y Martínez-Jarreta, 2005).

### **IV.1. LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DESDE LA ERGONOMÍA Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

#### **IV.1.1. CONCEPTO Y OBJETIVOS DE LA ERGONOMÍA.**

En los últimos años, la palabra “*Ergonomía*” se utiliza con profusión como consecuencia de la aparición de las nuevas tecnologías y nuevas formas de organización y sobre todo, por la necesidad de superar las técnicas tradicionales de prevención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. Pero en muchos casos, este concepto se ha utilizado como sinónimo de “*anatómico*”.

El intento de adaptar las condiciones de trabajo a las necesidades y aptitudes del ser humano no es algo nuevo; pero el estudio científico de las capacidades y limitaciones tanto físicas como mentales con el fin de adaptar el trabajo a sus características es relativamente nuevo y constituye el objetivo de la *Ergonomía* (Moncada, 1998). El término *Ergonomía* puede ser traducido como *normativa del trabajo*: “*ergon*” (trabajo) y “*nomos*” (ley o norma), y puede definirse como el método para adaptar el trabajo a la persona, o como el análisis de las condiciones laborales relativas al espacio físico, ambiente térmico, ruidos, iluminación, vibraciones, postura de trabajo, desgaste energético, carga mental, fatiga nerviosa, carga de trabajo y todo aquello que pueda poner en peligro la salud de los trabajadores y su equilibrio psicológico y nervioso (North, Syme, Feeney, Shipley y Marmot, 1996). La *Ergonomía*, como técnica dirigida a mejorar las condiciones de trabajo, pretende minimizar al máximo los costes humanos, desarrollando un mayor nivel de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores; y por lo tanto, un mejor nivel de salud laboral.

Desde el punto de vista de la Salud Laboral y considerando ésta como el estado completo de bienestar físico psíquico y social, podemos afirmar que *“la ergonomía es una técnica de prevención de riesgos laborales dedicada a la promoción y protección de la salud de los trabajadores, al controlar, adaptar y reducir aquellos factores que atentan contra el mantenimiento del nivel de salud disponible”*. (Barber. J., y Mateos, 1995). La Ergonomía no sólo tiene como fin evitar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales sino que, desde una perspectiva de bienestar, trata de adaptar las condiciones de trabajo al trabajador con el fin de aumentar el confort y la eficacia productiva.

#### IV.1.2. LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO.

Desde el ámbito de la Ergonomía, la mayoría de las actividades se han dirigido a adaptar las condiciones y los procesos de trabajo a la capacidad y limitaciones, tanto físicas como psíquicas, del ser humano (Moncada, 1998). En los últimos años, estas actividades comienzan a dirigirse hacia el estudio y la prevención de los factores psicosociales en el trabajo relacionados con las alteraciones de la salud, sobre todo teniendo en cuenta que el desarrollo tecnológico en los procesos productivos, los actuales tipos de organización del trabajo y el nuevo contexto cultural, muy especialmente en el medio sanitario, han contribuido a la producción de importantes cambios psicosociales en el medio laboral (Runyan y cols., 2000).

Los factores psicosociales en el trabajo vienen determinados por las condiciones de trabajo, la organización social y las características psicológicas de la persona, es decir: el trabajo, la comunidad y la persona (Bongers, Kompier, Hildebrant, 1993). Comprenden aspectos del puesto y del entorno de trabajo, como la cultura de la organización, las relaciones interpersonales en el trabajo y el diseño y contenido de las tareas. Las expresiones *organización del trabajo* y *factores organizativos* se utilizan muchas veces como sinónimo de *factores psicosociales*. Las características individuales del trabajador van a establecer la percepción de las condiciones de trabajo, ya que la realidad psicosocial hace referencia no sólo a las condiciones que pueden ser objetivables, sino a cómo éstas son percibidas y vivenciadas por la persona (Hall, 1992).

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, define las condiciones de trabajo como: “*cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador*”, también incluye como condiciones de trabajo todas aquellas características del mismo, relativas a su

organización y ordenación, que influyen en la magnitud de los riesgos a que está expuesto el trabajador. En esa línea, podemos definir los factores psicosociales en el trabajo como: *“las interacciones entre las condiciones de trabajo y las capacidades, necesidades y expectativas del trabajador, que están influenciadas por las costumbres, cultura y por las condiciones personales fuera del trabajo”* (Hall y Johnson, 1993). También se pueden definir a los factores psicosociales como: *“el conjunto de elementos y circunstancias de carácter psíquico y social, que influidos y determinados por múltiples factores de orden económico, técnico y organizativo, se interrelacionan e interactúan, constituyendo el entorno y la forma en que se desarrolla la actividad laboral”* (Hemingway y Shipley, 1997).

Así, podemos considerar como riesgos psicosociales a determinadas variables presentes en el medio laboral que tienen que ver con aspectos de la organización, del ritmo de trabajo, de los sistemas de comunicación y supervisión, que pueden generar satisfacción o insatisfacción en los trabajadores y, por lo tanto, repercutir en el trabajo, en la calidad de vida laboral y en la salud de los mismos (Moncada, 1998). Muchas veces se utiliza este término como sinónimo de estrés. Es cierto que el estrés es la característica más notoria y casi siempre presente en los riesgos psicosociales, pero no es ésta la única respuesta. En todo caso, debemos distinguir los riesgos psicosociales del estrés como respuesta a los mismos y las consecuencias que éste tiene sobre la salud.

Independientemente de las diferencias entre los estilos de vida y la susceptibilidad de los trabajadores, los factores psicosociales asociados a los nuevos métodos de trabajo empiezan a perfilarse como una de las principales causas de las alteraciones de la salud de los trabajadores. Desde 1974 la OMS les ha prestado una especial atención, particularmente a sus relaciones con la salud de los trabajadores. En este sentido, ha desarrollado diferentes programas multidisciplinarios con el fin de investigar y proponer medidas preventivas frente a dichos factores de riesgo,

como ya se ha referido al hablar de las directrices impulsadas por este organismo para la prevención de la violencia en el lugar de trabajo.

En la Tercera Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo, realizada por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, se observó que los trabajadores se quejaban con mayor frecuencia de los problemas organizativos que de los problemas físicos (Paoli y Merllié, 2001). Cualquier característica psicosocial que pueda incrementar la posibilidad de que se produzca un determinado daño derivado del trabajo se define como “*factor de riesgo psicosocial*”. Entre estos factores se pueden destacar: el ritmo de trabajo elevado, el trabajo a destajo, el trabajo monótono, las tareas repetitivas, el pobre contenido de las mismas, el salario por productividad, la falta de participación y consulta, la falta de autonomía, la falta de tiempo para la realización del trabajo, la violencia en el trabajo, poca exigencia en relación con la capacidad, etc. (Martínez-Jarreta, 2003b; Moncada, 1998).

La posibilidad de que una persona sufra un determinado daño psicosocial derivado de las condiciones de trabajo, se define como “*riesgo laboral psicosocial*”. En la actualidad, la mayoría de los autores están de acuerdo en clasificar los factores psicosociales en el trabajo en tres grupos bien definidos: factores inherentes a la organización, factores inherentes a la tarea y factores inherentes a la persona (Leiter y Maslach, 2000).

Entre los factores psicosociales inherentes a la organización pueden destacarse: la política de empresa, los estilos de dirección, la estructura de la organización, el salario, la estabilidad en el empleo, la carrera profesional, la organización temporal y el ritmo de trabajo (Bosma y cols., 1998; Olmedo, Santed, Jiménez Tornero y Gómez Castillo, 2001).

Los factores psicosociales inherentes a la tarea son: el contenido, la identificación con la tarea, el status social de la misma, la autonomía, la automatización y la comunicación (Moncada, 1998).

Se consideran factores psicosociales unidos a la idiosincrasia de la persona: las variables demográficas, sus condiciones culturales, los rasgos de personalidad, la experiencia, la satisfacción, la motivación, así como la presencia de sucesos vitales estresantes o estrés diario (Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002). Algunos de estos factores son más estables, como los rasgos de la personalidad; otros se obtienen por aprendizaje y, una vez adquiridos, tienen estabilidad, pero pueden variar (Olmedo y Santed, 1999).

La organización del trabajo afecta a las personas a través de procesos emocionales (sentimientos de ansiedad, tristeza, alienación, apatía, etc.), cognitivos (restricción de la percepción, de la capacidad de concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.), del comportamiento (abuso de alcohol, tabaco, drogas, conducta violenta, asunción de riesgos innecesarios, etc.) y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas) estrechamente relacionados, que tendrían su base en la interacción entre las oportunidades y las demandas ambientales, junto a las necesidades, habilidades y expectativas individuales (Moncada y cols. 1998). Bajo ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración, y ante la presencia o ausencia de otras interacciones, estos procesos pueden ser precursores de enfermedad (Levi, 1991). Por otro lado, existen una serie de factores, tanto del entorno de trabajo como extralaborales (trabajo doméstico, cuidado de los hijos, etc.), que interaccionan con los factores de la organización del trabajo (Bosma y cols., 1998).

En las últimas décadas, la investigación sobre la organización del trabajo y el estrés ha tenido un gran auge, y se han desarrollado numerosos estudios que han obtenido diferente respaldo empírico (Olmedo y Santed, 1999). La relación entre los factores psicosociales y la salud se caracteriza por

ser más “intangible” que la existente con los factores de riesgo de tipo físico, biológico o químico, lo que ha dificultado su abordaje. Los factores de riesgo psicosocial son de naturaleza abstracta y sus efectos, en todos los casos de carácter inespecífico, con frecuencia se manifiestan tras largos períodos de latencia y responden a modelos multicausales que incluyen, además de factores laborales, otros extralaborales y características individuales.

#### **IV.1.2.1. Factores psicosociales y salud.**

El exceso de demandas o exigencias del trabajo, el escaso control sobre éste (Maslach y Leiter, 1997), el bajo apoyo social (Olmedo y Santed, 2000), la ausencia de recompensas del trabajo (Moncada, 1998), etc., interaccionan entre sí y pueden influir de diferentes maneras sobre la salud.

De los modelos teóricos que han abordado esta relación, son los denominados “*demanda-control*” (Karasek, 1979) y “*esfuerzo-recompensa*” (Siegrist, 1996), los que han recibido un fuerte respaldo empírico en ciencias de la salud. El hecho de haber documentado la existencia de relaciones causales entre factores psicosociales y efectos de salud es fundamental para la prevención de riesgos laborales, que tiene por objeto evitar que las condiciones de trabajo puedan ser causa de enfermedades entre los trabajadores.

Karasek formuló el modelo “*demanda-control*” para explicar el estrés laboral en función de las demandas psicológicas del trabajo y del nivel de control sobre éstas, y presentó evidencias epidemiológicas de asociación entre enfermedades cardiovasculares y estas variables psicosociales (Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom, Theorell, 1981). En el concepto de control se incluye el conjunto de recursos que la organización del trabajo pone en manos de los trabajadores en términos de oportunidades para el desarrollo de habilidades,

como su grado de autonomía y de participación en la toma de decisiones sobre aquellos aspectos que afectan su trabajo.

El modelo “*demanda-control*” define cuatro grupos de ocupaciones en función de los niveles de demandas psicológicas y control: activas (alta demanda, alto control), pasivas (baja demanda, bajo control), de baja tensión (baja demanda, alto control) y de alta tensión (alta demanda, bajo control). En consecuencia, el estrés en el trabajo no se entiende como un problema individual (trabajador estresado), sino organizacional (trabajo estresante).

Johnson y Hall introdujeron el apoyo social como la tercera dimensión de este modelo (Johnson y Hall, 1988), que actuaría como modificador del efecto de la alta tensión, de tal forma que un alto nivel de apoyo en el trabajo disminuye el efecto de la alta tensión, mientras que un nivel bajo lo aumenta. El apoyo social en el trabajo tiene, a su vez, dos componentes básicos: el apoyo de los compañeros y el de los jefes y supervisores.

El modelo “*esfuerzo-recompensa*” (Siegrist, 1996) explica el estrés laboral y sus efectos sobre la salud en función del control que percibe la persona sobre sus actividades laborales futuras o sobre su carrera profesional (recompensas a largo plazo). La interacción entre un esfuerzo elevado y un bajo nivel de control sobre las recompensas a largo plazo representa la situación de mayor riesgo para salud. Las recompensas a largo plazo vendrían determinadas por tres factores: la estima (respeto y reconocimiento, apoyo adecuado, trato justo), el control del status (estabilidad en el empleo, perspectivas de promoción, cambios no deseados e inconsistencia de status) y el salario.

La relación entre los factores psicosociales y diversos trastornos de salud está sólidamente documentada (Moncada, 1998). La mayoría de los estudios publicados en las dos últimas décadas muestran una asociación causal entre la tensión laboral y las enfermedades cardiovasculares (European Heart Network, 1998), con el absentismo laboral por motivos de salud (North y

cols., 1996), con diversos trastornos de base ansiosa (Artazcoz y cols., 1996), psicológicos y psiquiátricos (Stansfeld y cols., 1995), con el trastornos musculoesqueléticos (Bongers y cols., 1993), etc.

#### IV. 1.3. EL ESTRÉS COMO FACTOR PSICOSOCIAL

El estrés es un constructo multidimensional (Sandín, 1996a). Consiste en una interacción de respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales. Sin embargo, al experimentar el estrés existen muchas diferencias entre las personas, su efectos se manifiestan en una serie de reacciones que van desde el agotamiento o fatiga, hasta trastornos psicósomáticos diversos, como cefaleas, gastritis, úlceras gástricas, etc. (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1996), pudiendo, incluso, llegar a favorecer la aparición de trastornos psicopatológicos más graves (García-Campayo, Sanz Carrillo (1999).

El estrés es una respuesta general del organismo ante demandas internas o externas que en principio resultan amenazantes, consistiendo básicamente en una movilización de recursos fisiológicos y psicológicos para poder afrontar tales demandas (Sanz-Carrillo, García-Campayo, Rubio, Santed, Montoro, 2002).

El estrés, por tanto, es una respuesta de adaptación; sin embargo, el exceso cuantitativo o cualitativo de estrés, consecuencia, por un lado, de la exposición a múltiples o muy impactantes situaciones estresantes y, por otro, a la falta de un estilo y de unos recursos apropiados para hacerles frente; o resultado del agotamiento de un organismo que con bastante frecuencia debe estar sobrefuncionando para manejar las situaciones que pueden afectarle, puede perjudicar la salud, constituyendo uno de los principales factores de riesgo de padecimiento de los trastornos más graves de nuestro tiempo (Sandín, 1996a).

**IV.1.3.1. El proceso del estrés.**

Dada la complejidad de variables que intervienen en el estrés y las múltiples combinaciones que pueden producir al interactuar entre ellas, los individuos pueden reaccionar de forma muy distinta ante situaciones similares. Cada persona es única, por ello no puede afirmarse que existan fuentes específicas de estrés que afectan a todas las personas por igual.

Las situaciones de estrés se han considerado, desde diferentes enfoques y concepciones, como acontecimientos vitales de cambio que exigen un esfuerzo adaptativo a la persona, como tensiones generales por el desempeño de determinados roles o tareas, como sucesos conflictivos o situaciones fastidiosas y que conforman nuestra vida cotidiana.

Existen muchos modelos explicativos del estrés. El modelo transaccional es el que mayor apoyo empírico ha recibido (Gil Monte y Peiró, 1997; Sandín, 1995). Según este modelo, el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno. Es un proceso determinado principalmente por cómo el sujeto evalúa su realidad interna y externa. Este modelo interactivo da gran relevancia a los factores psicológicos, sobre todo cognitivos, que median entre el estresor y la respuesta de estrés. La persona evalúa la situación como algo que sobrepasa sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984). El estrés es aquí entendido como un complejo conjunto de variables que funcionan a diferentes niveles e interaccionan entre sí, e implica elementos esenciales como: la presencia de sucesos estresantes, los procesos cognitivos de evaluación, las estrategias de afrontamiento, una combinación de respuestas psicológicas y fisiológicas definidas como “reacción de estrés” y variables moduladoras asociadas a elementos predisposicionales y demográficos (Sandín, 1989).

Una de las respuestas fisiológicas características es la activación de

los sistemas: neuroendocrino, hipotálamo-hipofiso-corticosuprarrenal y médulo-suprarrenal; así como del Sistema Nervioso Autónomo (SNA). El estrés puede alterar algunos parámetros específicos del funcionamiento inmunológico humano, siendo esta alteración de índole inmunosupresiva (Sandín y cols., 1996). El organismo produce también respuestas emocionales, junto a cambios fisiológicos y respuestas cognitivas y conductuales para hacer frente a las demandas y suprimir el estado de malestar psicológico. La percepción de incontrolabilidad, por ejemplo, ante situaciones estresantes, el afrontamiento pasivo, respuestas de indefensión y escasa expresión emocional parecen relacionarse con el incremento de glucocorticoides, reduciendo la competencia inmunológica y aumentando la vulnerabilidad hacia enfermedades asociadas al sistema inmune; mientras que el mantener cierto control sobre los eventos estresantes, el afrontamiento activo y las respuestas de fuerte expresión emocional, se asocian a incrementos crónicos en la actividad simpática y catecolaminérgica y de la responsividad cardiovascular, que llevan a un deterioro en la estructura y función vasculares (Sandín, 1984).

Estas fases interaccionan constantemente, dándose una estrecha relación entre el afrontamiento y los componentes psicológicos y fisiológicos de la respuesta de estrés.

El estrés puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud y puede influir indirectamente, mediante conductas no saludables, como el alcohol o el tabaco (Lazarus y Folkman, 1984).

#### **IV.1.3.2. El estrés laboral**

En nuestra cultura el trabajo tiene una significación muy superior a la mera obtención de unos ingresos económicos, habiéndose convertido, además, en una fuente de identidad, un signo de estatus, etc. Pero a menudo el trabajo es

la principal causa de estrés en las personas. El estrés producido por los factores del medio laborales ha sido estudiado por sus consecuencias negativas sobre el bienestar y la salud del individuo (Gil del Monte y Peiró, 1997).

Los problemas de trabajo pueden afectar a la salud de los individuos de muy diferentes formas, manifestándose mediante absentismo, abandono del puesto, despidos, jubilaciones anticipadas (Leiter y Maslach, 2000); pero también mediante accidentes y trastornos de salud física y mental. Así, el absentismo laboral suele ser una fórmula socialmente aceptada, de rechazo ante el trabajo, mediante una pseudoenfermedad en la que subyace un trastorno de tipo funcional.

En EE.UU. las organizaciones pierden anualmente 60 billones de dólares como consecuencia directa o indirecta de las enfermedades físicas asociadas al estrés (Maslach y Leiter, 1997). En la Unión Europea, según datos del año 2003, el estrés fue la segunda causa de baja laboral, afectando anualmente a cuarenta millones de trabajadores y suponiendo para sus países miembros un coste de 20.000 millones de euros al año (Paoli, 2004), entre gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad.

Se trata, por tanto, de un problema que no sólo preocupa a las personas afectadas, sino también a los directivos y a los responsables de recursos humanos y de prevención de riesgos laborales. Por ello, cada vez es más común que las empresas promuevan programas de evaluación y tratamiento del estrés entre sus empleados.

#### **IV. 1.3.3. Consecuencias negativas del estrés.**

El estrés puede tener repercusiones negativas sobre la salud física, pudiendo producir trastornos respiratorios, musculoesqueléticos, gastrointestinales, etc. (Buendía, 1998), sobre la salud psicológica generando fundamentalmente experiencias de agotamiento, ansiedad y depresión (Sandín, 1996), o por contribuir

a generar o a agravar distintos síndromes o cuadros, como el síndrome del profesional quemado o “*burnout*”, o el síndrome de fatiga crónica (Gil del Monte, 1997).

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) indican que en las últimas décadas se ha producido un aumento de las enfermedades asociadas al estrés laboral. El estrés lo soportan cotidianamente directivos, trabajadores, universitarios, etc., que viven, además, inmersos en una sociedad estresante. A fin de cuentas el estrés se ha considerado la plaga del final del siglo pasado.

Aunque asumamos la abstracción de hablar de lo biológico como algo separado de lo psíquico, es necesario diferenciar lo que comúnmente entendemos como trastornos psicológicos y como trastornos o enfermedades físicas. La validez de tal separación no es tan clara como resulta aparentemente. La evidencia científica indica que diferentes trastornos físicos pueden implicar a distintos niveles alteraciones psicológicas y viceversa (Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002). Pueden existir factores psicosociales que han podido contribuir al desarrollo o a alterar el curso de la enfermedad.

Las tres principales causas de muerte por enfermedad hoy en día en las sociedades avanzadas son: las enfermedades del corazón (Bosma y cols., 1998), el cáncer (Sandín y cols., 1996) y los accidentes cerebrovasculares; y el estrés es uno de los factores de riesgo de estos tres tipos de alteraciones, contribuyendo además, indirectamente al agravamiento, al favorecer, en muchos casos, la presencia de otros factores de riesgo relevantes, como la hipertensión, el fumar en exceso, o la obesidad (Buendía, 1998). Pero el estrés, además, se relaciona con otras alteraciones de la salud y otros comportamientos habituales que no suelen ser mortales, aunque puedan ser factores de riesgo, y que deterioran notablemente el funcionamiento normal, el bienestar y la calidad de vida de las personas: asma, dolor crónico, alteraciones gastrointestinales, insomnio, beber alcohol en exceso, etc. (ver Tabla 6).

Tabla 6. Principales alteraciones de la salud relacionadas con el estrés.

<b>Trastornos cardiovasculares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión</li> <li>• Enfermedad coronaria (angina de pecho, infarto)</li> <li>• Taquicardia</li> <li>• Arritmias cardíacas episódicas</li> <li>• Enfermedad de Raynaud</li> </ul>
<b>Trastornos respiratorios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma bronquial</li> <li>• Síndrome de hiperventilación</li> <li>• Otros: taquipnea, dificultades respiratorias episódicas (disnea), sensación de opresión torácica).</li> </ul>
<b>Trastornos inmunológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gripe, herpes, tuberculosis</li> <li>• Cáncer</li> <li>• SIDA</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artritis reumatoide</li> </ul>
<b>Trastornos endocrinos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertiroidismo</li> <li>• Hipotiroidismo</li> <li>• Síndrome de Cushing.</li> </ul>
<b>Trastornos gastrointestinales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlcera péptica</li> <li>• Dispepsia funcional</li> <li>• Síndrome del intestino irritable</li> <li>• Colitis ulcerosa</li> <li>• Otros: molestias digestivas, digestiones lentas, estreñimiento, gases o aerofagia, dificultades para tragar por espasmos esofágicos.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes e hipoglucemia</li> </ul>
<b>Trastornos dermatológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurito</li> <li>• Sudoración excesiva</li> <li>• Dermatitis atópica</li> <li>• Otros: urticaria crónica, hipersecreción de grasa cutánea (seborrea, acné) rubor facial, tricotilomanía.</li> </ul>
<b>Dolor crónico y cefaleas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea: tensional, migrañosa, mixta.</li> <li>• Dolor crónico: lumbalgia, dismenorrea, etc.</li> </ul>
<b>Trastornos musculares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del tono muscular</li> <li>• Tics, temblores y contracturas musculares</li> <li>• Alteración de los reflejos musculares</li> </ul>
<b>Trastornos bucodentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruxismo</li> <li>• Líquen oral plano.</li> </ul>
<b>Trastornos sexuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impotencia</li> <li>• Eyaculación precoz</li> <li>• Coito doloroso</li> <li>• Vaginismo</li> <li>• Alteraciones de la libido.</li> </ul>

En otros casos en los que no llega a provocar enfermedades, el estrés

puede deteriorar el funcionamiento normal del organismo y ocasionar a las personas experiencias negativas o poco gratificantes, disminuyendo su rendimiento laboral, produciendo agotamiento, empeoramiento del estado de ánimo, falta de disfrute, tensión muscular, etc. y deteriorando, en suma, el bienestar y la calidad de vida.

#### **IV.2. ASPECTOS DISTINTIVOS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD.**

Los profesionales de la salud están especialmente expuestos al estrés laboral debido a las características del tipo de tareas a realizar y también a la especial situación en la que se encuentran las personas que son los objetos de estas tareas (Daniel y Pérez, 1999). A los estresores comunes a cualquier profesión se podrían añadir algunas variables distintivas del ejercicio de la medicina: el contacto cotidiano con el dolor y la muerte, peticiones excesivas por parte del usuario, incapacidad de responder a ciertas demandas, temor a cometer errores irreparables (González Correales y De la Gándara, 2004) y, sobre todo, el temor a la denuncia, a las agresiones físicas y verbales y a cualquier tipo de presión por parte de los pacientes (Gascón y Martínez-Jarreta, 2005).

Algunos autores han señalado distintos estresores que afectan cotidianamente al personal sanitario como: la presión que conlleva la responsabilidad de estar trabajando con bienes tan preciados como son la vida y la salud de los seres humanos, muchas veces en situaciones en las que se está obligado a tomar decisiones con rapidez, incluso disponiendo de fuentes ambiguas de información, la constante presión para no cometer errores; la sobrecarga de trabajado expresada en la gran cantidad de contactos emocionales en períodos muy cortos de tiempo con los pacientes, familiares, amigos y otros profesionales de la salud; la prestación de servicios de guardia

y/o disponibilidad permanente, unido al trabajo por turnos y a la nocturnidad; además de los riesgos lógicos al contagio de enfermedades o exposición a agentes físicos o químicos (Alonso-Fernández, 2003).

Otro aspecto a tener en cuenta es el de que el ejercicio de la actividad sanitaria exige una dedicación asidua y permanente, con la obligación de una constante puesta al día en los nuevos conocimientos y técnicas (Gestal Otero y De la Hera, 2003).

A todo ello debemos añadir que en los últimos años hemos asistido a una pérdida significativa del apoyo social y de la valoración que en otro tiempo gozaron los profesionales de la sanidad. Por una parte, el paciente es más consciente de sus derechos – y esto es algo que debe valorarse como muy positivo –; por otra parte, la salud se ha consolidado en un derecho y existe la creencia de que la medicina puede curarlo todo. Pero la práctica médica se mueve normalmente entre unos límites de incertidumbre. El médico se enfrenta a un tipo de paciente cada vez más reivindicativo, que no tolera el error, o que incluso quiere sacar provecho de él. Cada día son más frecuentes las manifestaciones de violencia por parte de los pacientes hacia el personal sanitario: insultos, amenazas, incluso agresiones físicas para expresar el desacuerdo con un diagnóstico o con un tratamiento.

De tal modo, la relación con el paciente – que en situaciones normales es uno de los aspectos más gratos de la práctica médica – puede llegar a convertirse en la principal fuente de estrés para el profesional. Estos temores, junto con el aumento de denuncias y reclamaciones propician que se opte, muchas veces, por la medicina defensiva para evitar ser blanco de protestas por las deficiencias del sistema (Gascón y Martínez-Jarreta, 2005).

Finalmente, el sistema sanitario, con mucha frecuencia, no tiene en cuenta las actitudes, aptitudes y conocimientos de sus profesionales, lo que trae consigo la desmotivación y desilusión, que a la larga repercutirá en un

deterioro de la calidad asistencial y en la pérdida de buenos profesionales (Mayhew y Chappell, 2005).

#### IV. 2.1. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS.

La experiencia de haber sufrido episodios de agresión, ya sea física o verbal y, más aún, el vivir cotidianamente bajo la amenaza de volver a sufrirlos, o a presenciarlos en otros compañeros, es sin duda alguna una importantísima fuente de estrés laboral (Anderson, Parish, 2004), que se vería agravada en el caso de que los individuos no perciban apoyo social por parte de los compañeros y/o de los directivos (Johnson y Hall, 1988; Mayhew y Chappell, 2005).

Como ya se ha indicado en apartados precedentes, las consecuencias de una vivencia de estrés crónico pueden desembocar en cuadros con diferente sintomatología psíquica: agotamiento, ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático –TEPT-, *burnout*, etc. (Laposa y cols., 2003; Rowe y Sherlock, 2005; Winstanley y Whittington, 2003a).

Además del daño físico en sus múltiples formas, incluida la muerte en los casos más dramáticos, y además del deterioro de la calidad asistencial y de sus consecuencias para la administración (bajas, absentismo, abandono de puesto, etc.), la investigación sobre el tema aporta evidencia que demuestra que los efectos psicológicos de las agresiones sobre los profesionales pueden ser considerables (Mezey y Shepherd, 1994).

Durante mucho tiempo se ha prestado mayor atención a la violencia física como posible causa de futuros trastornos psicológicos (Zahid y cols., 1999), habiéndose hallado asociaciones entre las agresiones físicas y el TEPT (Conn y Lion, 1983; Rippon, 2000; Shnieden, 1993), con los trastornos de

ansiedad (Ryan y Foster, 1993), o con efectos sobre la salud psicológica general (Whittington y Wykes, 1989; Whittington y cols, 1996).

Tratar de diferenciar aquí entre distintos trastornos psicológicos es un artificio, si bien necesario, ya que en ningún estudio publicado se realiza un verdadero diagnóstico, sino más bien aproximaciones mediante autoinformes. Además, en la mayoría de los trastornos se solapan muchos de sus síntomas, o se cumplen sólo en parte los criterios para diagnosticar un tipo de trastorno. De todos modos, y buscando una claridad expositiva, se detallarán los aspectos más relevantes sobre la sintomatología psíquica derivada de situaciones de violencia en el medio sanitario, hallados en los estudios más recientes, agrupándolos en bloques temáticos.

*- Síntomas de ansiedad.* La ansiedad es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos y una de las principales causas por la que se requiere atención médica (Sandín y Chorot, 1996). Ha sido descrita como un complejo de conductas caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión emocional, acompañados de una intensa activación fisiológica y asociados a determinados patrones de conductas manifiestas, que tienen lugar más o menos característicamente en respuesta a determinados estímulos internos o externos del medio en el que se desenvuelve el sujeto.

La ansiedad puede presentar diversas manifestaciones, síndromes o cuadros clínicos, más o menos específicos: trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, etc. (DSM-IV-TR; APA, 2002). No es un fenómeno unitario (Sandín y Chorot, 1986) y, como cualquier otra emoción implica diferentes componentes o sistemas de respuesta: sistema cognitivo (experiencia interna de miedo, inquietud,

preocupación, obsesiones, etc.), sistema fisiológico (incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo) y sistema conductual (expresión facial, postura corporal, respuestas de escape o de evitación).

El concepto de ansiedad ha estado muy unido al de depresión, hasta el punto de que algunos autores los hayan considerado como componentes de un mismo trastorno. Pero en realidad se tratan de trastornos muy diferentes, aunque en ocasiones puedan compartir ciertos síntomas o configurar un trastorno común o “trastorno mixto de ansiedad-depresión” (Sandín, y Chorot, 1996).

La ansiedad puede convertirse en el síntoma principal, especialmente en los momentos inmediatamente posteriores a una agresión. Incluso sin tener en cuenta los episodios violentos, el hecho de ejercer la profesión sanitaria se ha asociado en diversos estudios al estado de ansiedad (González Corrales y De la Gándara, 2004), habiéndose descrito ataques de pánico en el puesto de trabajo, palpitations, sofocaciones, disnea y diversas somatizaciones como gastralgias, migrañas y contracturas musculares. También se han encontrado altos índices de co-morbilidad entre ansiedad y diversa sintomatología psíquica en profesionales sanitarios médicos de atención primaria en España (Molina Siguero y cols., 2004), especialmente entre aquellos profesionales que mostraban mayor desgaste profesional.

En un estudio de Findorff y cols. (2005), los síntomas de ansiedad se encontraron tanto en profesionales sanitarios que habían sido víctimas de violencia física como entre los que habían sufrido episodios de agresiones no físicas, mientras que otros síntomas, como la tristeza y la depresión, aparecieron únicamente asociados a la violencia no física. Idénticos resultados encontraron Gerberich y cols. en otro estudio realizado entre médicos y enfermeras en el mismo año.

- *Síntomas de depresión*: el estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes en los seres humanos. De hecho, el diagnóstico de depresión es el que se emplea con más frecuencia. Sin embargo, sentirse triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Esta distinción es importante, pues la depresión entendida como *síntoma* está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos (Vázquez y Sanz, 1996) y en otras condiciones médicas. Para hablar de trastorno depresivo debemos considerar, además del estado depresivo, otros síntomas como son: tristeza, insomnio, pérdida de peso, pérdida de interés o placer, etc.

De los diferentes tipos de depresión, entendida como trastorno o síndrome depresivo, nos interesa aquí la depresión de etiología fundamentalmente causada por exposición a estresores crónicos o a situaciones emocionalmente impactantes, y que se caracteriza por sentimientos de temor o tristeza, apatía y baja autoestima, lo que puede asociarse al hecho de sentirse incapaz de continuar el desarrollo de la profesión, dada la falta de suficiente energía e ilusión para enfrentarse a las situaciones cotidianas (Hoffman, 1976; Kielholz, 1971). Otros síntomas que pueden acompañar son: problemas de sueño, cambios en el nivel de actividad, pensamientos recurrentes de muerte, dificultades de concentración, etc.

Kushner, Riggs, Foa y Millar (1992) comprobaron que las características de los episodios de violencia, en cuanto a severidad, duración, etc., no explicaban las diferencias encontradas en cuanto a los síntomas de depresión. El grado de severidad se encontró más asociado a que las víctimas percibieran los eventos negativos como incontrolables. Este hallazgo muestra grandes similitudes con el modelo explicativo de la depresión de la *indefensión aprendida* de Seligman (1975), reformulado por Abramson, Seligman y Teasdale (1978). Según este modelo, los síntomas de depresión

que pueden desarrollarse tras episodios de violencia física, amenazas o coacciones, aparecerían con mayor severidad cuando el individuo evalúa los estímulos ambientales como incontrolables y, además posee una tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales.

Atawneh y cols. (2003), encontraron que un 43% de enfermeras que habían sido agredidas manifestaban síntomas de depresión y un 49% de insomnio. En la mayoría de estos casos, los síntomas no superaron las cuatro semanas de duración y sólo en un 4% de ellos precisaron de baja médica. En los estudios realizados sobre agresiones contra el personal sanitario, en los que se ha distinguido entre violencia física y violencia verbal, se ha encontrado distinta sintomatología para una y otra (Findorff y cols.; 2005). Los síntomas predominantes para las víctimas de violencia verbal eran: la ira, la irritabilidad, la tristeza y la depresión; sintomatología que mostraba niveles muy inferiores entre quienes habían sufrido asaltos de violencia física. Sin embargo, los síntomas de ansiedad, como se ha referido en el apartado anterior, no mostraban diferencias respecto a ambos tipos de violencia.

La mayor presencia de síntomas de depresión entre quienes han padecido violencia verbal respecto a quienes han padecido violencia física, fue constatada en otros estudios (Gerberich y cols., 2004).

Un aspecto que no ha sido suficientemente investigado es el de la tasa de suicidios particularmente elevada entre médicos, aspecto que guarda una correspondencia directa con la elevada morbilidad para el síndrome depresivo que muestran estos profesionales. El elevado índice de suicidios consumados entre los médicos puede ser debido, entre otros factores, a la facilidad con la que pueden acceder a los fármacos y a sus conocimientos técnicos sobre el empleo de las sustancias químicas. Pero otros aspectos, como la presión asistencial, los sentimientos de fracaso, la sensación de impotencia ante la

enfermedad y la muerte, o el hecho de desarrollar su trabajo en un contexto en el que las agresiones físicas y verbales son práctica habitual, podrían también estar contribuyendo.

*.- Síntomas constitutivos de trastorno de estrés postraumático- TEPT.-*

Al estrés inmediato y a la ansiedad que suelen acompañar los primeros momentos tras haber sufrido episodios violentos, se les pueden unir efectos psicológicos a más largo plazo: insomnio y pesadillas nocturnas en las cuales se revive la agresión que se ha padecido, interrupciones frecuentes del sueño que impiden la necesaria reparación del cansancio, recuerdos persistentes e intrusos que provocan malestar, sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo, irritabilidad, hipervigilancia, etc.

Estos síntomas aparecen en personas que han experimentado una vivencia traumática con intensa carga emocional, generalmente ocasionada por ver amenazada su vida, su integridad física o sexual, o la de familiares o allegados, presenciar la muerte de otros o sufrir seria incertidumbre sobre el peligro real al que están sometidos. Este trastorno ha sido descrito en víctimas de sucesos aversivos inusuales y bruscos, tales como las consecuencias de la guerra (Alburquerque, 1992), las agresiones sexuales (Corral y cols., 1992), los accidentes (Alario, 1993) o las catástrofes (Holen, 1991). Así mismo, la victimización – el hecho de ser víctima de un delito – puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas (Echeburúa y Corral, 1996).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido – o ha sido testigo de- una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Generalmente, la víctima suele pasar por tres

etapas: la primera, de respuesta al trauma, consistente en hiperexcitabilidad, intensa ansiedad, hipervigilancia y preocupación obsesiva; tras 4-6 semanas se pasa a la segunda etapa, de estrés postraumático agudo, y que consiste en la reexperimentación del hecho traumático, desesperanza, somatizaciones, trastorno del sueño, con pesadillas y visiones en forma de flash del evento, reacciones explosivas y aislamiento social, organizándose conductas evitativas y fobias en relación con el acontecimiento traumático; pasados tres meses, podemos hablar de estrés postraumático crónico, en donde aparece una pérdida de interés por el entorno, embotamiento afectivo y social, desmoralización, pérdida de confianza, síntomas depresivos y ansiosos.

El estrés post-traumático suele curarse o remitir después de un año del incidente, pero un 30% de los afectados pueden padecer un estrés post-traumático crónico, pudiendo derivar en situaciones de invalidez para el ejercicio de la profesión.

Los criterios para su diagnóstico difieren en algunos aspectos si nos atenemos a los propuestos por el DSM-IV-TR o a los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10, especialmente en que la CIE-10 no considera como requisito indispensable los síntomas por aumento de la activación y en que no establece una duración mínima de los síntomas. Ambos criterios diagnósticos se exponen en las Tablas 7 y 8.

El miedo y la evitación, característicos del trastorno de estrés postraumático, están presentes en todos los trastornos de ansiedad. Desde esta perspectiva, este cuadro clínico tiene muchos puntos en común con el trastorno de pánico, la ansiedad fóbica, la ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo. Más en concreto, los pensamientos intrusivos y las pesadillas pueden ser considerados como ataques de pánico condicionados. A su vez, la evitación de personas, lugares y situaciones asociados al trauma

refleja la presencia de estímulos condicionados similares a los existentes en los trastornos fóbicos (Echeburúa y Corral, 1996).

Respecto a las relaciones fronterizas con otros cuadros clínicos, el trastorno de estrés postraumático puede tener unos límites poco precisos y estar relacionado con categorías psicopatológicas muy diversas: con depresión, abuso de alcohol o de sustancias (Albuquerque, 1992), con el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo (Keane y Wolfe, 1990).

Tabla 7. Criterios diagnósticos del TEPT (DSM-IV-TR; APA, 2002)

1. Exposición breve o prolongada a un agente estresante físico o psicológico de gravedad.
2. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reminiscencias disociativas, recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensaciones de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
3. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el agente estresante (no presentes antes de la exposición al mismo).
4. Una de las circunstancias siguientes:
  - a) Amnesia psicógena parcial o completa de aspectos importantes del período de exposición al agente estresante.
  - b) Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, puestos de manifiesto al menos por dos de los síntomas siguientes: dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, facilidad para distraerse, respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas.

Los criterios 2, 3 y 4 se satisfacen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o al fin del período de estrés.

Tabla 8. Criterios diagnósticos del TEPT (CIE-10).

## Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno de estrés postraumático [309.81]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- 1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  - 2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
- 1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
  - 2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
  - 3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
  - 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
  - 5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la actividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- 1) Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
  - 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motiven recuerdos del trauma
  - 3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
  - 4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
  - 5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
  - 6) Restricción de la vida afectiva.
  - 7) Sensación de un futuro limitado.
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausentes antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
- 1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
  - 2) Irritabilidad o ataques de ira.
  - 3) Dificultades para concentrarse.
  - 4) Hipervigilancia.
  - 5) Respuestas exageradas de sobresalto.
- E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

Especificar: Agudo, crónico. De inicio demorado.

Ya en un estudio realizado por Caldwell en 1992, se halló que el 5% de los profesionales sanitarios que habían sido víctimas de violencia, mostraban síntomas de TEPT y que, pesar de la frecuencia con la que ocurrían los eventos traumáticos, el apoyo de la organización hacia las víctimas se encontró mínimo o inexistente (Caldwell, 1992). Estos índices, y algunos todavía superiores han sido encontrados en estudios posteriores (Findorff y cols., 2004; Hesketh y cols., 2003; Laposa en 2003).

Si el TEPT se había observado en víctimas de catástrofes, en profesiones de alto riesgo, en víctimas de violaciones o de malos tratos (Corral, Echeburúa y Sarasua, 1989), no debía considerarse un fenómeno extraño encontrar síntomas similares en aquellos profesionales sanitarios que hubieran sido víctimas de asaltos en los que se hubiera puesto en peligro su integridad física. Si en un principio esta idea fue desestimada, se debe al hecho de que las agresiones en el medio sanitario, en general, no cumplen con el criterio de gravedad que establece el DSM-IV-TR (APA, 2002) para su diagnóstico. La mayor parte de las agresiones físicas que se producen en este contexto son de menor importancia en cuanto al daño físico producido, siendo mucho más elevadas las agresiones verbales – insultos, amenazas, coacciones- que las físicas (Findorff y cols., 2004; Hesketh y cols., 2003; Winstanley y Whittington, 2004).

Sin olvidar tales consideraciones, en distintos estudios (Findorff y cols., 2004) se ha observado que, además de las agresiones con resultado de lesión física grave, las agresiones físicas de menor gravedad y también las agresiones verbales, especialmente el comportamiento amenazante, pueden llegar a generar una sintomatología compatible con el TEPT, o incluso del cuadro diagnóstico completo.

Un estudio reveló que era esperable que, entre un 70 y un 80% de las enfermeras que habían sido asaltadas físicamente, mostraran uno o más

síntomas de estrés postraumático durante una o dos semanas, que un 30% mostraran diferentes grados de síntomas durante unas cuatro semanas y que un 4% desarrollasen TEPT con requerimiento de tratamiento psiquiátrico (Rippon, 2000). Por otra parte, Laposa y cols. (2003) confirmaron que el personal de emergencias de los hospitales tenía tres veces más de probabilidades de padecer TEPT que el personal de otros servicios y que un 12% de estos profesionales que habían experimentado episodios violentos cumplían los criterios del trastorno. Además, estos autores encontraron que las diferentes fuentes de estrés laboral presentes en el entorno hospitalario incrementaban la vulnerabilidad al TEPT. Otros estudios muestran que el 55% de los profesionales agredidos mostraban síntomas asociados al TEPT, mientras que un 40% cumplían los criterios diagnósticos (Heather, Mac Donald, Colotla y Flamer, 2003).

Como se ha referido al hablar de los síntomas de ansiedad y de depresión, en diferentes estudios realizados entre profesionales sanitarios que habían sido víctimas de violencia, se encontró mayor índice de sintomatología asociada a la violencia no física, que a la violencia, incluidos los síntomas constitutivos del TEPT (Findorff y cols., 2004; Gerberich y cols., 2004). Llegándose en general a la conclusión de que debe prestarse más atención de la dispensada a la violencia no física.

A la vista de los datos aparecidos en diferentes estudios, no es posible hablar de la incidencia de un trastorno u otro como consecuencia de las agresiones sufridas en el medio sanitario. Todos estos trabajos hablan de síntomas, a veces más o menos agrupados en lo que podría ser un síndrome. Pero dada la gran variabilidad de los individuos a la hora de desarrollar diferentes cuadros, aunque las características de la violencia sean las mismas, y dado que el objetivo de estos trabajos, en general, no era el del diagnóstico,

sino que más bien constituyen aproximaciones mediante autoinforme a los síntomas sufridos, únicamente podemos hablar de la presencia de unos u otros síntomas. Tales síntomas podrían ser constitutivos de trastorno depresivo, de trastorno de ansiedad, de TEPT, según cumplan o no, los criterios diagnósticos de cada trastorno. De hecho, en la mayoría de ellos, se especifica si los profesionales cumplían un número de síntomas, o la totalidad requerida para el diagnóstico de un síndrome (Findorff y cols., 2004).

Aun en el caso de que los síntomas manifestados por las víctimas de agresiones no cumplan con todos los criterios para su diagnóstico como trastorno específico, se considera muy probable que dichos síntomas puedan a causarles malestar, discapacidad y perturbaciones en su funcionamiento normal. Por ello, se considera pertinente hacer una referencia a los llamados trastornos adaptativos, cuadro en el que podrían incluirse muchos de los síntomas encontrados en profesionales sanitarios víctimas de las agresiones.

*.- Trastornos adaptativos.* Los trastornos adaptativos, ya sean de sintomatología predominantemente ansiosa, o depresiva, describen problemas emocionales o de comportamiento que se producen en respuesta a un acontecimiento estresante, como puede ser el caso de las agresiones. Estos problemas causan un malestar o una discapacidad significativos, pero no cumplen los criterios de ningún trastorno mental específico. Su característica “*desadaptativa*” consiste precisamente en que perturban el funcionamiento normal y cotidiano del individuo, principalmente por sus conductas de evitación y por su preocupación y esfuerzos por ocultar su problema.

Se tipifican sobre la base del tipo de sintomatología predominante, pudiendo predominar la ansiedad, la depresión, o ambas. En la Tabla 9 se exponen los criterios que establece el DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de estos trastornos.

Tabla 9. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de trastornos adaptativos.

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo, o bien (1) , o bien (2):
  - (1) Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
  - (2) Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses.

*Especificar si:*

**Agudo:** si la alteración dura menos de seis meses.

**Crónico:** si la alteración dura seis meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

*- Síndrome del profesional quemado – burnout -.* El concepto de *burnout* fue introducido por Freudenberger (1974) para describir el estado de agotamiento físico y mental que observó entre cuidadores voluntarios de una clínica de desintoxicación. Posteriormente, Maslach (1976) lo popularizó, refiriéndose al desgaste profesional que sufren los trabajadores de los Servicios Humanos y lo definió como un síndrome cuyos síntomas son el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo. Burke (1987) entiende que es un proceso de adaptación al estrés

laboral crónico, cuando han fallado las estrategias de afrontamiento del sujeto. Es frecuente en profesionales de la salud, de la educación y, en general, en quienes trabajan en servicios humanos, pero en la actualidad se aplica a un amplio colectivo de profesiones (Burke, 1987; Cherniss, 1980; Gil-Monte y Peiró, 1996; Harrison, 1983).

El *burnout*, al igual que lo apuntado al describir el estrés laboral, es uno de los problemas más graves que afectan al mundo del trabajo, con enormes consecuencias tanto personales como económicas. Puede afectar a la salud física y mental, dando lugar a alteraciones psicósomáticas (jaquecas, úlceras, insomnio, etc.), estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc. (Olmedo y Santed, 1999; 2001). Para la empresa supone un mayor índice de absentismo, rotaciones excesivas, incluso abandono del puesto por parte del trabajador, traduciéndose en deterioro del rendimiento y de la calidad (Maslach y Leiter, 1997).

Varios autores han tratado de definir el proceso por el cual el estrés deviene en *burnout*. Para Cherniss (1980) se trata de un proceso de acomodación psicológica progresiva entre un trabajador estresado y un trabajo estresante, distinguiendo varias etapas: 1) una fase de estrés, caracterizada por un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador; 2) una fase de agotamiento, al producirse de forma crónica respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga; y 3) una última etapa de agotamiento defensivo, en la que se aprecian cambios en las actitudes y en la conducta, como la robotización y el cinismo. Por su parte, Leiter (1988) estableció la siguiente secuencia: cansancio emocional, fruto del desequilibrio entre demandas y recursos; despersonalización, en respuesta a la situación creada; y falta de realización personal, como resultado del choque entre las estrategias de afrontamiento y el compromiso que se exige.

Algunos modelos explicativos ponen más énfasis en las variables de tipo personal (Harrison, 1983), otros en los procesos de interacción social (Buunk y Schaufeli, 1993) y otros en la importancia de las variables organizacionales (Golembiewski, 1982; Leiter y Maslach, 2000). Una única perspectiva no parece dar una explicación completa y satisfactoria sobre la etiología del síndrome, que pasa por integrar variables recogidas en las tres perspectivas.

Leiter y Maslach (2000) consideran que el burnout se produce como resultado de un desajuste entre el profesional y su trabajo, o más bien en ciertas áreas del mismo. De acuerdo con ello, elaboraron un cuestionario que mide tales ajustes/desajustes en áreas como: sobrecarga, recompensas, control, justicia, sentido de comunidad, justicia; así como en las relaciones entre el trabajador y la supervisión, o entre éste y la dirección.

Aunque la investigación apunta a que son estas fuentes de estrés los principales riesgos de burnout, hasta la fecha han sido pocos los estudios que han examinado su relación con la agresión experimentada por el profesional sanitario.

En una investigación en la que se exploraron las posibles consecuencias psicológicas del abuso verbal contra los profesionales sanitarios (Rowe y Sherlock, 2005), se encontraron asociaciones entre los índices de *burnout*, o desgaste profesional, y el número de episodios de violencia verbal.

En nuestro país, Caballero Martín, Bermejo, Nieto y Caballero Martínez (2001) hallaron una alta prevalencia de *burnout* en médicos de atención primaria, con niveles altos de cansancio emocional en el 30,6% de los profesionales y de despersonalización en el 31,2%. Los médicos relacionaban su desgaste con el exceso de demandas soportado habitualmente en sus consultas y apuntaban como principales causas de su estrés laboral: la falta de educación sanitaria de los pacientes, que eran en exceso hiperdemandantes o

hiperfrecuentadores, la incompreensión o falta de apoyo desde las esferas directivas, la inestabilidad del puesto, la realización de labores impropias de su categoría profesional, la descoordinación entre niveles asistenciales y el exceso de demora para la asistencia especializada y falta de reconocimiento social. Los médicos aquejaban falta de formación específica en lo que se refiere a técnicas de autocontrol emocional, o manejo de estrés en general, así como del manejo de pacientes conflictivos.

Si bien en nuestro país se ha publicado un gran número de estudios sobre la prevalencia del burnout en ambientes hospitalarios (Martínez de la Casa, Del Castillo, Magaña, Bru, Franco y Segura, 2003; Olivar, González y Martínez, 1999; Prieto, Robles, Salazar y Daniel, 2001), no existen datos que relacionen este síndrome con el problema de las agresiones contra profesionales. Aunque, en un estudio llevado a cabo con médicos de atención primaria en España (Molina Siguero y cols. 2004) se observó un aumento estadísticamente significativo de los niveles de psicomorbilidad entre aquellos profesionales que mostraban un mayor desgaste profesional. Por otra parte, (De la Gándara, 1994) en otro estudios sobre profesionales de un hospital, encontró que un 42% de los mismos sufría trastornos relacionados con el estrés, un 26% trastornos afectivos y un 29% trastornos de ansiedad. La alta psicomorbilidad encontrada entre los profesionales sanitarios es preocupante si se tiene en cuenta que la prevalencia de los trastornos psíquicos en la población en general es del 19,1%.

### **IV.3. CONSIDERACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS COMO ACCIDENTE DE TRABAJO.**

Las agresiones, al igual que otros riesgos presentes en el medio laboral, pueden afectar a la salud de los profesionales generándoles daños de diversa índole.

El daño laboral puede derivarse del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional (Gisbert Calabuig y Murcia, 2004). Según el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, se entiende por accidente de trabajo “todo suceso anormal, no querido, ni deseado, que se presenta de forma brusca e inesperada, aunque normalmente es evitable, que interrumpe la normal continuidad del trabajo y puede causar lesiones a las personas” (Decreto 2.065/74, de 30 de Mayo, del Ministerio de Trabajo). Mientras que se considera enfermedad profesional a “aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se aprueba por disposiciones de aplicación y desarrollo de la ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indique para toda enfermedad profesional. El listado vigente en la actualidad fue aprobado en 1978 (Real Decreto 1995/1978) y modificado en 1981 (Real Decreto 2821/1981).

Los cambios producidos en el mundo laboral derivados de la continua incorporación de nuevos productos y de nuevas tecnologías, o debidos a las transformaciones en las relaciones laborales y en el modo de entender el trabajo, han generado nuevos riesgos laborales, dejando obsoleto el actual cuadro de enfermedades profesionales. Este hecho es todavía más evidente en cuanto al vacío que se produce en la consideración de los riesgos psicosociales como generadores potenciales de enfermedades profesionales. Motivo por el cual, se tiene que recurrir a las instancias judiciales para que ciertas lesiones

de tipo psicológico fueran consideradas como accidente de trabajo, ya que no es posible su consideración como enfermedad profesional.

Actualmente se está pendiente de la aprobación de un nuevo Listado de Enfermedades Profesionales en España más acorde con la realidad del ejercicio laboral en el presente. Esta publicación, que se considera inminente desde hace algunos meses, todavía no se ha producido tras años de espera y no se cree que vaya a cambiar en el nuevo listado la consideración que se otorga a los riesgos psicosociales.

De tal manera que la definición anterior de accidente laboral, ha ido ampliándose, sobre todo en lo que concierne a su “*inicio de forma brusca e inesperada*” y también en cuanto al concepto de “*lesión*”, considerando como tal no sólo su acepción más literal de lesión anatómica, sino también a las lesiones de tipo psíquico. El requisito que exige nuestra legislación para la existencia del accidente de trabajo es que tenga un determinado efecto, especificado con las palabras *lesión corporal*. Este término, aunque es suficientemente significativo, no abarca toda la extensión del concepto y debe darse a este término una amplitud mayor. El concepto de accidente de trabajo debe estar determinado por la producción de un daño, más que por la realidad de una lesión en su estricto sentido anatómico (Asun, Abecia, Bell y Martínez-Jarreta, 1999), daño que imposibilita al trabajador para desarrollar su normal capacidad de trabajo, y ello aun cuando respetara la integridad anatómica y funcional. De acuerdo con esto, podríamos definir la lesión corporal como *toda alteración en la continuidad, situación, relaciones, formas, estructura o funciones de los órganos* (Hernández Cueto, 2004).

La existencia de enfermedades profesionales, asimismo debidas al trabajo, en las que también hay un daño en sentido amplio, así como el hecho de que el legislador haya escogido el término “*lesión*”, que lleva siempre implícita la idea de violencia y traumatismo, parecen exigir que le lesión

corporal del accidente de trabajo sea el resultado de un acontecimiento imprevisto, que surge de modo brusco y repentino, y cuyo efecto se desarrolla, o al menos se inicia, localmente. Conceptualmente es así, y así se definió en un principio el accidente de trabajo. Pero la legislación española, ya desde la Ley Dato de 1900, tuvo el propósito de proteger toda perturbación de la salud relacionada con el trabajo y, consecuente con ello, ha extendido sensiblemente los límites del accidente de trabajo, concediendo tal consideración a las siguientes condiciones:

1. A la enfermedad no profesional que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se compruebe que tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.
2. A las agravaciones de los estados patológicos anteriores al accidente que hayan tenido su origen en la lesión constitutiva del accidente laboral.
3. A las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación por enfermedades intercurrentes, bien constituyan complicaciones de la lesión propia del accidente o bien se deban a afecciones adquiridas en el medio en que se haya situado al paciente para su curación.

En cualquier caso, las consecuencias derivadas del accidente de trabajo pueden ser: la incapacidad temporal o la invalidez permanente, parcial, total, absoluta, o gran invalidez. De ello se deriva un problema social: la imposibilidad para el trabajador de atender a sus necesidades, a las de su familia y aun a la mera subsistencia durante un período de tiempo mayor o menor (Gisbert Calabuig y Murcia, 2004). Por este motivo, la legislación específica promulgada en este campo ha ido dirigida a paliar o reparar las consecuencias derivadas de los accidentes laborales.

Las definiciones de accidente laboral contempladas en la Legislación española no dejan duda sobre la consideración como tal de los casos de

agresiones físicas con resultado de lesión, pero queda menos clara la consideración de las posibles secuelas psíquicas, tanto de agresiones físicas, como de agresiones no físicas. Este hecho es especialmente grave, porque según se desprende de los recientes estudios sobre el tema (Heather y cols., 2004; Laposa y cols., 2003), la sintomatología observada en víctimas de violencia no física es mayor que la observada en víctimas de violencia física.

Pero si bien la investigación sobre las consecuencias de las agresiones sobre la salud psíquica es relativamente reciente, otras consecuencias psicológicas negativas derivadas del trabajo cuentan con más tradición en el campo de la investigación, habiendo incluso obtenido de los tribunales la consideración de accidente laboral. En nuestro país se han dictado en los últimos años varias sentencias en las que se otorga la consideración de accidente de trabajo a cuadros de *burnout*, es el caso del Tribunal Supremo (diciembre de 2000), del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (diciembre, 2001), del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (enero de 2005), entre otras.

Estas sentencias vienen a confirmar que el concepto de lesión debe incluir todo daño que imposibilite el normal desarrollo de la capacidad laboral del trabajador. Lo mismo ocurre con el requisito de que el accidente laboral deba tener carácter de “repentino”, o “sorpresivo”, ya que en el caso de las consecuencias psíquicas, y muy especialmente en el caso del *burnout*, se hacen manifiestas de un modo lento e insidioso, de manera que no resultan obvias las señales de alarma.

#### **IV.4. LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DESDE LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES**

En los últimos años, se ha producido un cambio en el modo de abordar la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores. De un enfoque “puntual” y “reparador” desde el que se afrontaba la enfermedad o el accidente como hechos dados, se ha pasado a un enfoque global y preventivo, procurando actuar antes de que se produzcan daños, planificando adecuadamente las acciones; y a un enfoque de promoción de la salud y de buenas prácticas que disminuyan al mínimo la probabilidad de aparición de ciertos riesgos (Gisbert Calabuig y Murcia, 2004).

De este nuevo enfoque se desprende que la actuación preventiva debe ser planificada e integrada en el conjunto de las actividades de una empresa, debe comenzar por una evaluación de los riesgos presentes en el medio laboral, derivando en la adopción de medidas destinadas a eliminar o a reducir los riesgos detectados y poniendo las condiciones para que no vuelvan a producirse en el futuro.

Las estrategias preventivas pueden clasificarse en primarias, secundarias y terciarias. Se entiende como medida de prevención primaria la orientada a evitar que se produzca la lesión, como por ejemplo: la educación sanitaria, la formación en ergonomía, el examen de salud previo a la incorporación, la correcta organización del trabajo o el diseño de las herramientas y puestos de trabajo (Martínez-Jarreta, 2001). Dentro de la prevención secundaria deben considerarse determinadas acciones que, como la valoración del puesto de trabajo y la vigilancia sanitaria específica, permiten la detección precoz de la lesión para corregirla con la mínima repercusión. Finalmente, la prevención terciaria trata de “corregir las secuelas de los problemas ergonómicos mediante el rediseño de puestos de trabajo o la reubicación y cambio de puesto de trabajo” (Martínez-Jarreta, 2001).

Pero en los últimos años se vienen realizando esfuerzos que tratan de dar un paso más allá de la prevención y aspirando a una cultura de promoción de la salud que fomente comportamientos y buenas prácticas en los trabajadores y en los empresarios para minimizar al máximo la posible aparición de riesgos (Gómez-Cano, 1998). Por otra parte, también se pretenden mejorar las condiciones laborales desde la persecución de la calidad, concepto muy ligado al de prevención. La calidad es el grado de aptitud de un producto, de un servicio o de un proceso para satisfacer las necesidades del usuario. Su implementación suele conllevar mejora de las condiciones en las que se desarrolla el trabajo. Controlar el proceso de producción requiere conocer los elementos que pueden influir, positiva o negativamente, en el desarrollo del trabajo y en el trabajador. En el ámbito que nos ocupa, el medio sanitario, tal aspiración no está dirigida a la mejora de los productos, sino hacia la mejora de la calidad asistencial.

La necesidad de llevar a la práctica todas las obligaciones relacionadas con la prevención de riesgos laborales, obliga a la administración o a la dirección (en el caso de los centros sanitarios) a realizar un conjunto de actividades destinadas a proteger la salud de los trabajadores (Guardino y Hernández, 2001). El conjunto de estas actividades se define como gestión de la prevención. La gestión hace que dichas actividades estén orientadas a obtener una política coherente, coordinada y eficaz de la prevención. El plan de prevención es el instrumento central de la gestión, que debe conseguir dirigir las actividades de forma sistemática y permanente a mejorar y perfeccionar los niveles de protección de la salud existentes en la empresa (Martínez-Jarreta, 2002).

Una cuestión clave es definir la política de la organización respecto a la prevención. No es posible hablar de desarrollo de un sistema de gestión en este ámbito si no se alcanza un compromiso real y explícito de la empresa en

este sentido. Lo cual significa que la dirección deberá establecer los mecanismos necesarios para conseguir que la gestión de la prevención esté integrada y que su política en este ámbito sea conocida, comprendida, desarrollada y mantenida, influyendo en todas sus actividades y decisiones, incluyendo aquellas relacionadas con la selección de los recursos, información, diseño y funcionamiento de los sistemas de trabajo, hasta el suministro de productos y servicios, pasando por el control y eliminación de los residuos.

La participación de los trabajadores debe ser favorecida por parte de la organización por cuanto la intervención de los expertos no suele ser suficiente para alcanzar los objetivos de prevención, para ello es imprescindible la cooperación de los trabajadores mediante su participación que, además de necesaria, es un derecho recogido ampliamente en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Establecer las vías de comunicación adecuadas dentro de la organización es otro elemento esencial para llevar adelante una buena política de prevención. Aspectos como el significado y propósito de la prevención, el compromiso de la dirección, los planes, normas, procedimientos y sistemas relativos a las medidas adoptadas, o los comentarios e ideas de los propios trabajadores; constituyen una información positiva que consolida los logros alcanzados. Un sistema de comunicación comprensivo está compuesto por medios de comunicación, formales e informales, que deben asegurar un adecuado flujo de información ascendente, descendente y horizontal en la organización.

Por otra parte, la formación es una de las actividades estratégicas más importantes para alcanzar la capacitación y la competencia. Por un lado, como instrumento de cambio que ayuda a las personas a adquirir actitudes,

comportamientos, habilidades, conocimientos que les permiten desarrollar el plan de prevención. Por otro lado, es también un elemento clave al hablar de las actividades preventivas en los procedimientos de trabajo, que unida a la experiencia en la aplicación de los conocimientos y las habilidades, debería ser adquirida en todos los niveles bajo una supervisión adecuada, especialmente necesaria con los trabajadores recién incorporados o en período de aprendizaje. Esta formación mínima se contempla en los artículos 19 y 28 de la LPRL.

La evaluación del plan y la revisión de las actividades es la última etapa, que cierra y abre un nuevo ciclo, en el proceso de planificación de la prevención. La documentación que deberá elaborarse y conservarse en los términos previstos en el artículo 23 de la LPRL, en cuanto a la evaluación de riesgos, las actividades preventivas, resultados de los controles periódicos de las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores, etc., constituye la base de la evaluación del plan de prevención. La evaluación consiste en asegurarse de que las actividades planificadas se ejecutaron y alcanzaron los objetivos iniciales. Las actividades de evaluación constituyen el circuito de retroalimentación necesario para permitir a la empresa mantener y desarrollar sus capacidades para la gestión de riesgos con la máxima amplitud posible. Para ello, la evaluación debe ser sistemática, documentada, periódica, objetiva e independiente.

Volviendo al tema que nos ocupa, el de las agresiones a los profesionales sanitarios, y como ya se ha expuesto en apartados anteriores, la magnitud de este problema ha hecho que sea un tema de preocupación en foros científicos (Alarcón y Ruiz de Adana, 2005; Masmoudi, 2006), y en cuanto a la búsqueda de medidas encaminadas a su prevención (OIT, CIE, OMS, ISP, 2002).

El primer paso dado por algunas organizaciones fue el de reconocer los hechos de violencia que se estaban produciendo en el medio sanitario (Bradley, 1992). EEUU fue el país pionero en afrontar este fenómeno (Bull Kovera, 2004, Gerberich y cols., 2004) y donde el NIOSH ha acumulado una larga trayectoria en la investigación e implementación de estrategias de prevención, habiendo publicado una guía específica para abordar la violencia en el sector sanitario ya en el año 1996. El gobierno británico inició en 1999 una campaña de *“Tolerancia cero a la violencia en el Sistema Nacional de Salud”* (N.H.S., 2002). En otros países, como en Canadá, Australia o Nueva Zelanda, se han producido experiencias muy importantes a la hora de evaluar los sistemas de prevención y gestión de los riesgos de violencia en el medio sanitario (Hesketh y cols, 2004). Como ya se ha referido, al hablar de la incidencia de esta realidad, en el año 2001, representantes de la OIT., el CIE, la OMS y otras organizaciones sanitarias iniciaron un programa para la obtención de datos sobre su magnitud y características, que sirvieran para elaborar políticas de prevención (Mayhew y Chappell, 2005).

A partir de estos datos, se elaboraron en 2002 unas Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud, cuyo objetivo era el de servir de orientación general para abordar la violencia en este sector. Estas directrices fueron elaboradas como un instrumento de referencia para estimular el desarrollo de otros instrumentos similares adaptados a las diferentes situaciones y necesidades de cada país, habiendo servido para tales objetivos en diferentes países o, en el caso de España, en algunas Comunidades Autónomas. Los sectores de actuación de las mismas abarcan: la prevención y tratamiento de la violencia en el lugar de trabajo, la mitigación de sus consecuencias, el apoyo a los trabajadores afectados y la sostenibilidad de las iniciativas emprendidas.

Aparte de estas acciones que tienen un carácter impulsor hacia la

puesta en marcha de medidas preventivas, resulta evidente que cualquier iniciativa dirigida a la prevención o eliminación de este problema tendrá eficacia en la medida en que se fundamente en un conocimiento objetivo de la realidad, que sólo puede alcanzarse por medio de las herramientas que la investigación científica proporciona.

En nuestro país, al margen de las iniciativas impulsadas por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (Bruguera y cols., 2004) y por el Colegio Oficial de Médicos de Jaén (Molina Sigüero, 2003), que basaron sus programas de prevención de la violencia en los datos obtenidos previamente en sendos estudios realizados con médicos; los planes de seguridad y protección ante las agresiones puestos en marcha por distintas Comunidades autónomas, adolecen del apoyo previo de la evidencia científica.

La investigación sobre la eficacia de políticas de prevención de las agresiones a profesionales de la sanidad es muy reciente. Pero los primeros resultados apuntan a que su implantación reduce los episodios de violencia y minimiza sus consecuencias sobre la salud de los profesionales (Grenyer y cols., 2004; Yassi y cols., 2005). En diferentes estudios se ha encontrado que un componente importantísimo en la prevención de futuros episodios violentos es el apoyo dispensado desde la administración y la supervisión hacia los profesionales (Findorff y cols., 2004).

De estos primeros trabajos se desprende que para obtener éxito a la hora de implantar estrategias destinadas a reducir la violencia contra los profesionales sanitarios, es imprescindible el respaldo decidido desde la dirección, la implicación activa de la plantilla y la existencia de una comunicación abierta entre ambos estamentos (Leiter y Maslach, 2000). Además de destacar el papel del apoyo y de la comunicación abierta, los diferentes estudios coinciden en la necesidad de crear un sistema de denuncia

y registro de las agresiones en el que se diferencie claramente los distintos tipos de violencia (McKenna y cols., 2003; Winstanley y Whittington, 2004).



# objetivos



## **V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

Con el presente trabajo de investigación se pretende extender la evidencia científica existente al análisis médico-legal de las agresiones físicas y no físicas de las que son víctimas los profesionales sanitarios como consecuencia del incremento de las conductas violentas entre los usuarios del sistema de salud, estableciéndose los siguientes objetivos:

- Objetivo 1: Obtención de un conocimiento sobre la incidencia real del problema.
- Objetivo 2: Identificación de las variables implicadas en el fenómeno de las agresiones en el medio sanitario, conocimiento de su incidencia y características en los distintos tipos de centros y de servicios, su distribución por profesiones, categorías, edades y sexos.
- Objetivo 3: Análisis de las posibles consecuencias de las agresiones, partiendo de la hipótesis de que la violencia física y no física pudieran responder a un patrón de distribución diferente y tener también consecuencias muy distintas en términos de daño psíquico o de desajuste en la relación asistencial.
- Objetivo 4: Establecimiento de propuestas de actuación médica y jurídica, sobre la base de los resultados obtenidos.

A continuación se exponen con más detalle estos objetivos.

## **V. 1. CONOCIMIENTO DE LA INCIDENCIA DE LAS AGRESIONES EN EL MEDIO SANITARIO.**

Como se ha expuesto en apartados anteriores, la preocupación generalizada sobre la escalada de agresiones en el medio sanitario ha propiciado que desde diferentes instituciones y organismos surja la necesidad de establecer propuestas de actuación para eliminar o mitigar tales conductas. Pero cualquier propuesta de actuación no debería basarse en la mera declaración de buenas intenciones, sino que debe sustentarse en un conocimiento previo, científico y riguroso, de la realidad.

Como también se ha expuesto, la escasa investigación sobre este campo se ha centrado en áreas muy concretas, o en ciertos profesionales, pero no existe un estudio amplio que aborde la cuestión en toda su amplitud: diferentes Comunidades o diferentes tipos de centros, incluyendo a la totalidad de profesiones afectadas.

En una gran parte de los estudios publicados hasta la fecha se ha comprobado que existe una cierta confusión a la hora de delimitar los diferentes tipos de violencia, así como de describir sus características. Con el presente trabajo de investigación se esperan solventar estas carencias. Por un lado porque se aborda teniendo en cuenta los diferentes tipos de centros que existen actualmente en el sistema sanitario español: hospital de referencia, hospital provincial, hospital comarcal y centros de atención primaria de núcleos rurales, urbanos y semi-urbanos. Por otro lado, poniendo especial atención en la delimitación de los diferentes tipos de violencia, centrándose este estudio exclusivamente en las que la OSHA clasifica en el Tipo II, es decir, las ejercidas por clientes, usuarios o pacientes (Cal/OSHA, 1995), sin que deban reflejarse las agresiones que no tengan relación con el medio laboral, ni las ejercidas por compañeros o superiores en el trabajo (Tabla 10) y definiendo el

tipo de agresión por el que se está preguntando (Tabla 11), siguiendo las definiciones que proponen Winstanley y Whinttington (2004) como agresión física, amenaza verbal o comportamiento amenazante y abuso verbal, que por otra parte, coinciden con las definiciones de las *Directrices para afrontar la violencia laboral* de la OIT y OMS (2002) y con el catálogo de delitos y faltas del Código Penal español actualmente en vigor.

Tabla 10. Delimitación conceptual del tipo de violencia que se investiga (OSHA, 2004).

<b>Tipo de violencia en el trabajo</b>	<b>Definición</b>
Tipo I	Sin relación con el trabajo. Delincuencia.
Tipo II	Ejercida por: clientes, usuarios, pacientes, alumnos.
Tipo III	Ejercida por miembros de la plantilla: jefes, compañeros, subordinados.
Tipo IV	Violencia doméstica, o problemas personales sin relación con el trabajo.

Tabla 11. Delimitación conceptual de las conductas violentas investigadas (OIT, OMS, 2002), (Winstanley y Whinttington, 2004).

<b>Agresiones</b>	<b>Definición</b>
Agresión física	Comportamiento intencionado con empleo de fuerza física, que produce daños físicos, sexuales, o psicológicos: patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos.
Amenaza verbal o comportamiento amenazante.	Promesa de recurso a la fuerza física o al poder, que produce miedo al daño físico, sexual, psicológico u otras consecuencias negativas.
Insultos o injurias.	Comportamiento verbal que humilla, degrada o muestra falta de respeto a la dignidad y valor de la persona.

Con la unificación de estos criterios se pretende facilitar la comparación de los resultados con los obtenidos en otros estudios; así como tener un conocimiento más preciso de la incidencia de las agresiones físicas y verbales en el medio sanitario en nuestro país.

## **V.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES IMPLICADAS EN LAS AGRESIONES.**

Se pretende establecer un mapa de riesgo de la violencia en el medio sanitario teniendo en cuenta las principales variables implicadas en el fenómeno: distribución de los diferentes tipos de agresiones según las características de los centros, servicios más afectados por cada tipo de violencia; así como comprobar si existe un perfil definido de agredido según su profesión, categoría laboral, sexo o edad.

## **V.3. ANÁLISIS DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES.**

Una de las críticas que se ha realizado sobre la investigación científica llevada a cabo hasta el momento es que no se han investigado suficientemente los daños derivados de las agresiones y, en general, los efectos para la salud psicológica que pudieran ser importantes incluso en ausencia de agresión física. Por esta razón, y partiendo de la hipótesis de que las agresiones físicas y no físicas pudieran responder a un patrón de distribución diferente y tener también consecuencias muy distintas en términos de daño psíquico o de desajuste en la relación asistencial, un objetivo prioritario de este estudio, es establecer en qué medida los distintos tipos de agresión, así como su frecuencia, pueden generar distintos tipos de respuestas desadaptativas (síntomas de ansiedad, de depresión, de TEPT o de *burnout*); o en qué medida pueden estar contribuyendo a un deterioro o a un desajuste en la relación asistencial.

#### **V. 4. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN MÉDICO-LEGAL**

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, se pretenden realizar propuestas de actuación Médico-Legal, dirigidas, por un lado a prevenir el riesgo de agresiones y, por otro, a ofrecer a los profesionales afectados la asistencia médica y el asesoramiento legal que corresponda.



# método



## VI. MÉTODO

### VI.1. PARTICIPANTES

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo estratificado proporcional al número de profesionales de cada centro considerado y teniendo en cuenta que incluyera todo el espectro de centros sanitarios que existen actualmente en España: centros de atención primaria de áreas rurales, urbanas y semiurbanas, hospital de referencia de Comunidad Autónoma, hospital provincial y comarcal.

El estudio se realizó en las Comunidades Autónomas de Aragón y de Castilla – La Mancha. En Aragón en el “*Hospital Clínico Universitario Miguel Servet*” de Zaragoza y en el “*Hospital Obispo Polanco*” de Teruel, así como en 12 centros de atención primaria de la provincia de Zaragoza; en Castilla – La Mancha, en el “*Complejo Hospitalario de Albacete*” (compuesto por los centros “Hospital General” y “Hospital del Perpetuo Socorro”) y en 11 centros de atención primaria de la provincia de Albacete.

Se remitieron 6.000 cuadernillos de cuestionarios teniendo en cuenta que los niveles de cumplimentación habituales no suelen alcanzar el 30%. El número de cuestionarios completos recibidos fue de 1.845, comprobándose que se mantenían las proporciones establecidas en el muestreo estratificado.

La proporción de integrantes de la muestra por sexos fue de 64,2% mujeres y 35,8% hombres (figura 4). Los rangos de edad mayoritarios fueron los comprendidos entre: 31-40 años y entre 41-50 años, siendo la media de edad de los participantes de 42,8 años (figura 5).

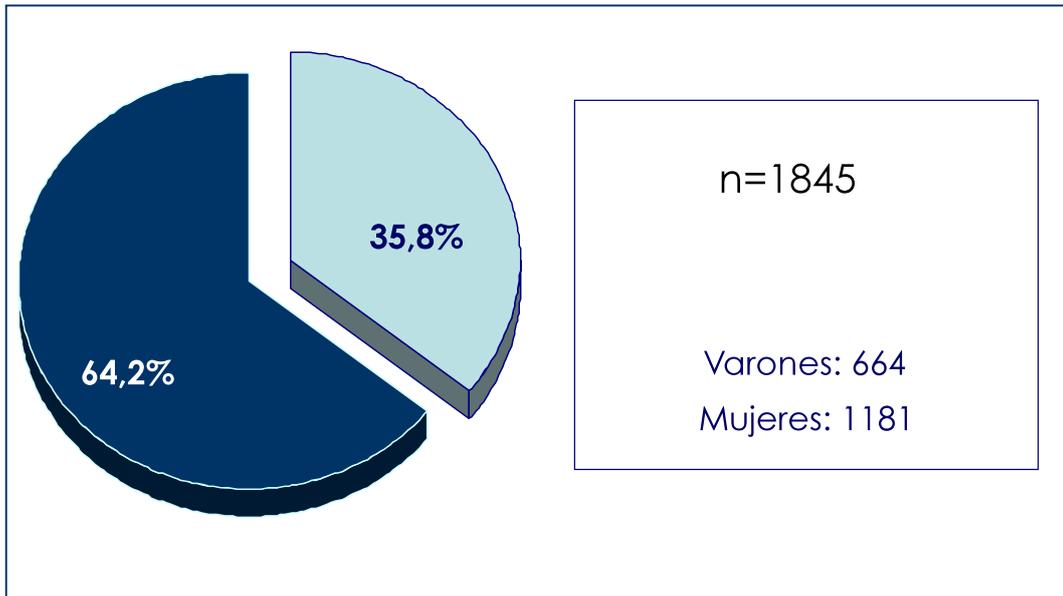


Figura 4. Distribución de la muestra por sexos.

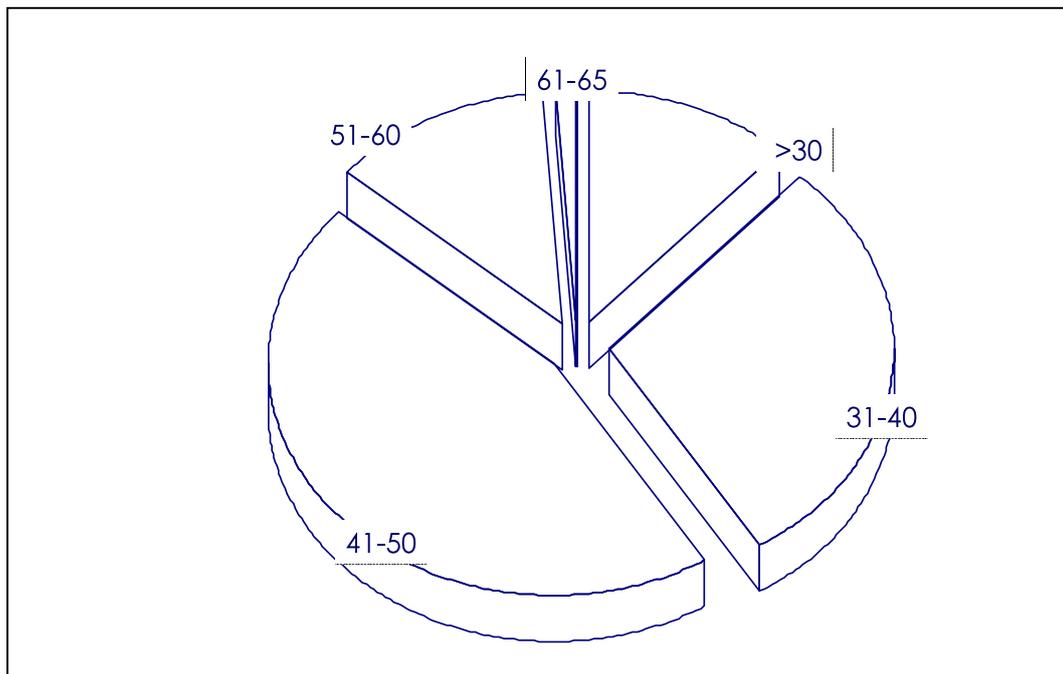


Figura 5. Distribución de la muestra por rangos de edad.

La distribución de participantes por centros (figura 6) fue proporcional al tamaño de los mismos, siendo por lo tanto mayoritarios los dos grandes hospitales.

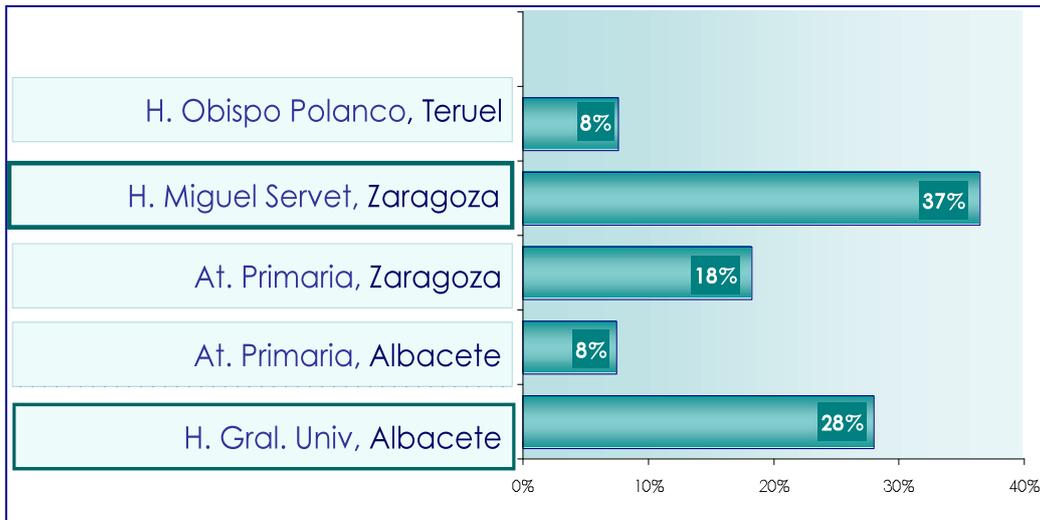


Figura 6. Distribución de los participantes por centros.

La composición de la muestra por profesiones fue de: un 33,5% de médicos, un 47,5% de profesionales de enfermería, incluyendo a diplomados y auxiliares, un 7,9% de personal de administración, un 1,7% de directivos, un 2,8% de celadores y un 6,6% de otros profesionales, incluyéndose en esta categoría a técnicos de laboratorio, de radiodiagnóstico, etc. (figura 7). La relación laboral mayoritaria fue la de funcionario o estatutario en todos los centros, seguida de la de interino y la de contratado (figura 8).

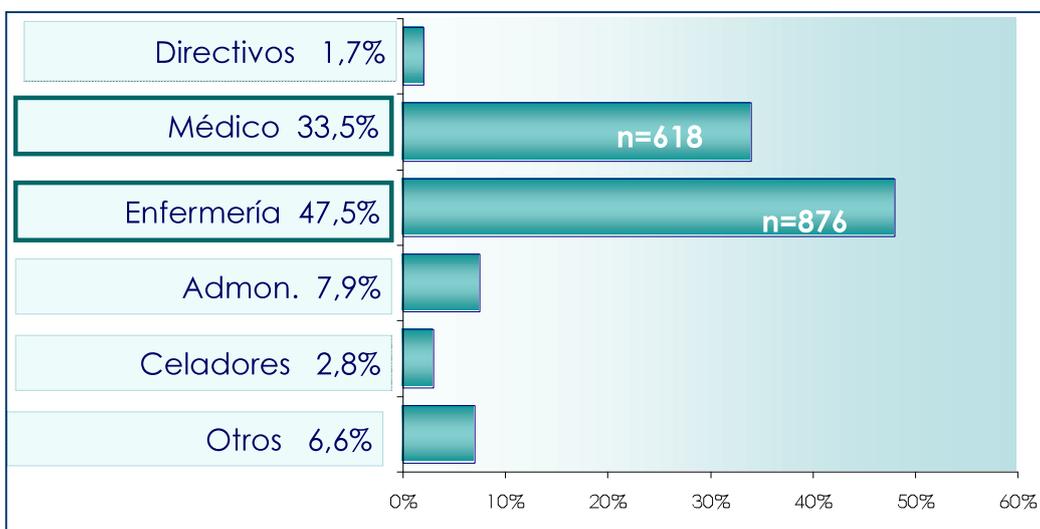


Figura 7. Distribución de la muestra por profesiones.

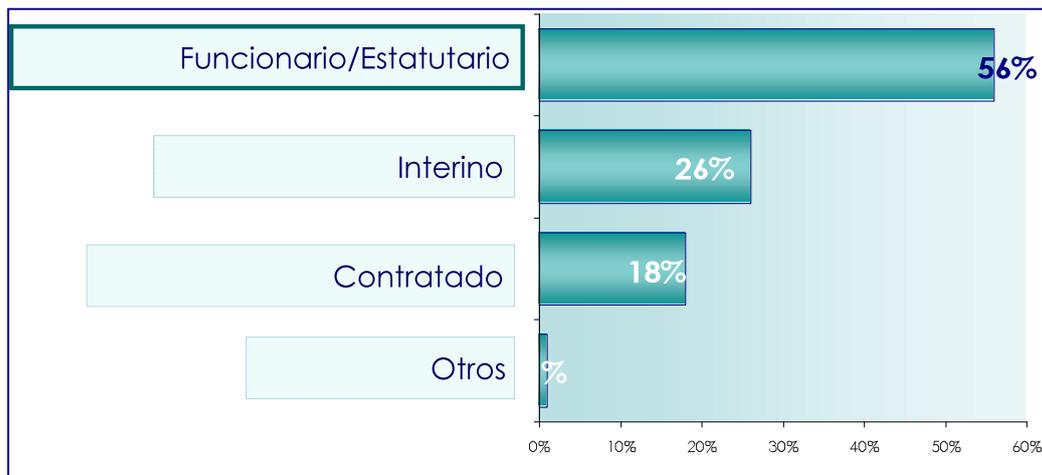


Figura 8. Distribución de la muestra según la situación laboral.

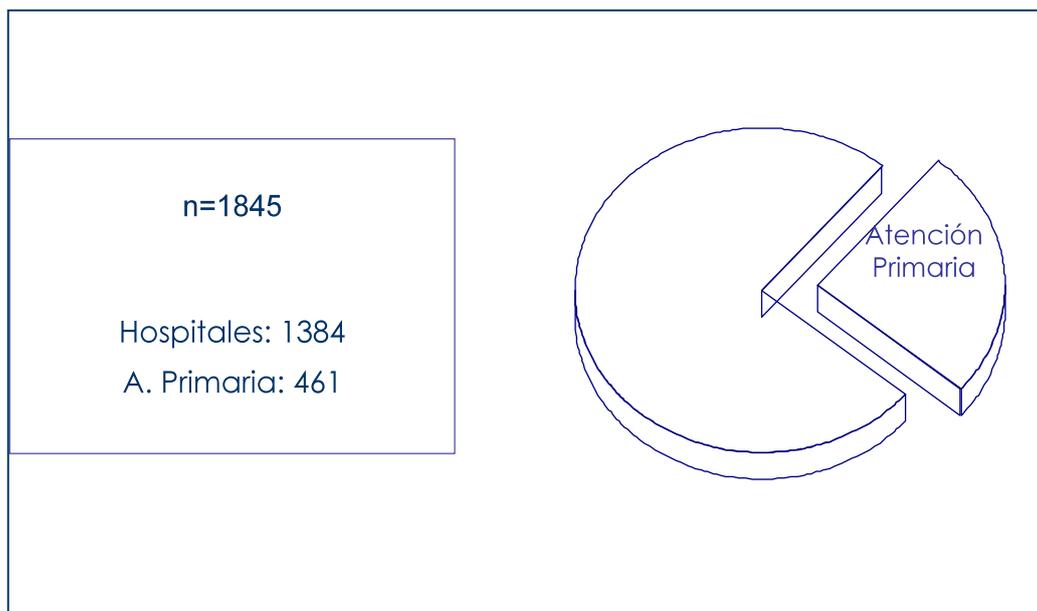


Figura 9. Distribución de los participantes según tipo de atención.

En la muestra predomina la atención especializada (el 75% pertenece a hospitales) sobre la primaria (figura 9), y el medio urbano sobre el rural (figura 10).

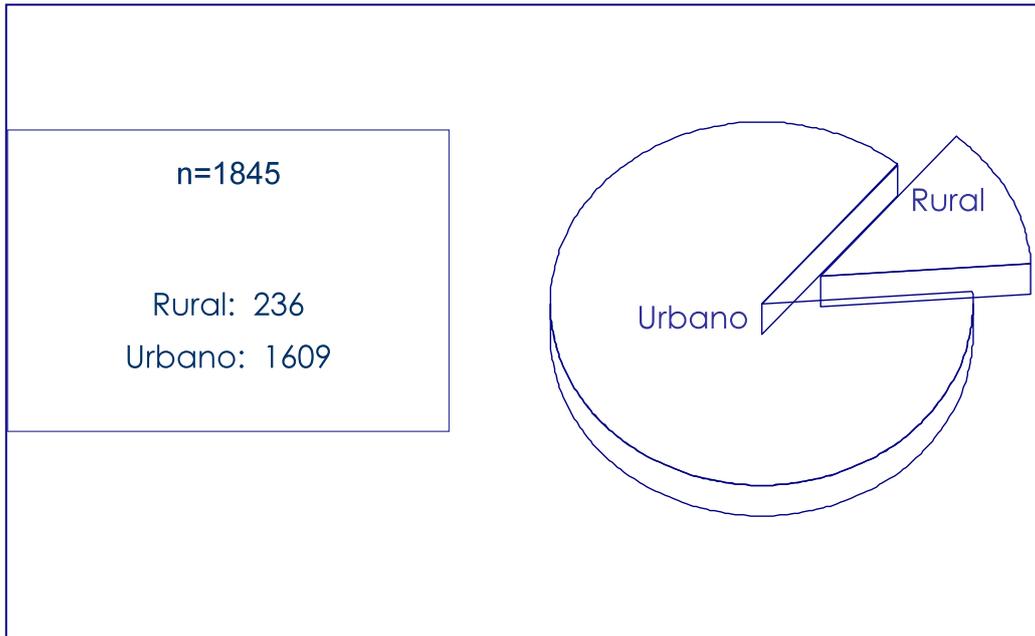


Figura 10. Distribución de los participantes según medio de procedencia (urbano/rural).

## VI. 2. INSTRUMENTOS

Todos los participantes respondieron a las cuestiones planteadas en el cuadernillo que se les entregó (ver Anexo I) y que incluía los siguientes cuestionarios:

.- **Ficha de datos demográficos:** Contiene información sobre los datos personales del trabajador, datos familiares y datos laborales, incluida la información sobre el número de días que ha estado de baja por enfermedad en el último año.

.- **Cuestionario de Temores y Estresores en el Ejercicio Médico (TEEM,** Gascón y Martínez-Jarreta, 2005). El TEEM mide el grado de desajuste o de disfunción en la relación asistencial, producido por la inseguridad, el temor, la desconfianza, etc. Consta de 14 ítems sobre los temores, miedos, inseguridades y percepción de riesgo que perturban al profesional en la

relación asistencial. Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert que va del 0 al 6 (donde, 0 = nunca, 1 = esporádicamente, 2 = de vez en cuando, 3 = regularmente, 4 = frecuentemente, 5 = muy frecuentemente y 6 = a diario). Ofrece dos dimensiones: Factor 1, que refleja el miedo a ser agredido, malestar, desconfianza, rechazo, presiones que el paciente genera en el profesional; y Factor 2, que refleja el miedo a ser denunciado como consecuencia de producir daño en el paciente o por la comisión de errores o actos u omisiones de mala praxis.

Las propiedades psicométricas de este cuestionario fueron analizadas en este estudio y son expuestas en el apartado de Resultados.

**.- Cuestionario sobre Agresiones en el Medio Sanitario** (Martínez-Jarreta y Gascón, 2005). Es un breve listado de los diferentes tipos de agresiones que el profesional ha podido sufrir, con un apartado para describir las características de la agresión y dos ítems adicionales que nos informan sobre la formación y el apoyo institucional que ha recibido el profesional. Como ya se ha referido anteriormente, las agresiones se refieren exclusivamente a las que la OSHA clasifica en el Tipo II (las ejercidas por clientes, usuarios, pacientes o alumnos, sin considerar otras posibles agresiones que no tengan relación con el medio laboral, o hayan sido ejercidas por compañeros o superiores en el trabajo). En cada ítem se define un tipo de agresión (siguiendo las propuestas por Winstanley y Wittington, 2005), entendiéndose por agresión física cualquier contacto físico violento, o comportamiento intencionado con empleo de la fuerza física, sin importar su tipología o la lesión resultante; considerando como amenaza no sólo la expresión verbal de la misma, sino también el comportamiento amenazante y las coacciones (manifestaciones que indiquen la intención de herir, dañar, golpear muebles, etc.); y considerando como insultos o injurias a todo comportamiento verbal que humilla, degrada o

muestra falta de respeto a la dignidad y valor de la persona (Ver Tablas 10 y 11, pag. 138).

En su primera parte está compuesto por un listado de 5 ítems que, mediante una escala tipo Likert que va de 0 a 4 (donde 0 = nunca, 1 = nunca, pero he sido testigo, 2 = en una ocasión, 3 = en tres o más ocasiones, 4 = en 5 o más ocasiones). Este listado muestra igualmente dos dimensiones: Una relativa a las agresiones (físicas y verbales) y otra relativa a situaciones que, si bien no pueden ser consideradas de violencia, pueden generar un alto nivel de preocupación y estrés en el profesional, y que son las denuncias y reclamaciones de las que se ha sido objeto.

En el caso de haber sufrido alguna forma de violencia (agresión física, amenaza o insulto), se ha de rellenar un apartado en el que se describe la información sobre las mismas: agresor (paciente o familiar), estado del agresor en el momento de los hechos (en plenas facultades, enfermo mental o con deficiencias cognitivas, o bajo los efectos de alcohol o drogas). Sólo en el caso de que se haya sufrido agresión física, se describe: 1) forma de la agresión: empujón, zarandeo/agarrar, puñetazo/bofetada, patadas, arañazo, empleo de arma blanca, arrojar objetos, asfixia mecánica, escupir, morder. 2) Zona afectada: craneo/ facial, extremidades superiores, extremidades inferiores, tronco, cuello. 3) Resultado de la agresión: sin resultado lesivo, hematoma, erosión/excoriación, herida contusa, herida incisa, inciso- contusa, punzante, otros, describir. 4) Necesidad de asistencia y/o tratamiento.

Finalmente, dos ítems adicionales nos permiten obtener información sobre si el profesional se siente respaldado por la administración sanitaria ante agresiones y/o denuncias y también sobre la formación recibida acerca de estrategias de evitación o manejo de situaciones conflictivas con los pacientes en su relación clínico-asistencial.

Las propiedades psicométricas de este cuestionario serán también objeto de análisis en el Apartado de Resultados.

**.- Inventario de Burnout de Maslach.** Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach y Jackson, 1986). Este cuestionario consta de 22 ítems, distribuidos en tres factores denominados: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal en el trabajo (RP). Éste último factor se mide en sentido inverso a los otros dos, de modo que a mayor puntuación, mayor realización personal, y en la práctica se operativiza como falta de realización personal. Para evaluar estas dimensiones, en la presente investigación se ha empleado la forma de frecuencia, según la cual los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert en la que se identifican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita durante el último año. Esta escala de frecuencia tiene 7 puntos que van de (0 = nunca, a 6 = todos los días).

Su fiabilidad test-retest oscila entre índices de 0,54 y 0,60 y el coeficiente alpha de Cronbach proporcionó coeficientes fiables de 0,90 de cansancio emocional, 0,79 de despersonalización y 0,71 de realización (Maslach y Jackson, 1986).

**.- Medida del *Burnout*.** *Burnout* Measure (MB, Pines y Aronson, 1988). Se trata de una medida unidimensional del *burnout* como un estado de fatiga emocional, física y mental, resultado del estrés crónico en situaciones laborales que requieran un cierto grado de implicación emocional con los destinatarios del trabajo. En su versión para población española, el MB presenta una consistencia interna muy alta ( $\alpha=0,93$ ). La fiabilidad test-retest se ha situado entre  $r = 0,89$  y  $r = 0,66$  con intervalos de tiempo de 1 y 4 meses. El cuestionario consta de 24 ítems y cada uno es evaluado en una escala tipo Likert de 7 puntos de 0 a 6 (donde 0 = nunca y 6 = siempre), reflejando el grado de coincidencia con el estado que siente el sujeto.

**.- Listado de síntomas de respuestas desadaptativas al estrés.** (Elaborado a partir las propuestas realizadas por Zahid y cols., 1999, así como por Findorff y cols., 2004). Únicamente quienes habían sufrido algún tipo de agresión respondieron a un cuestionario en el que se enumeran los posibles síntomas psíquicos derivados de la violencia. Este listado debe ser entendido como una aproximación de autoinforme y no como un instrumento de diagnóstico, aportando información de si, tras el incidente violento, la persona requirió tratamiento por depresión o por ansiedad, si experimentó diversos síntomas como: tristeza, miedo, ansiedad, irritabilidad, insomnio, pesadillas, desconfianza, desilusión, dificultades de concentración, recuerdos intrusivos sobre lo sucedido, o manifestó conductas de evitación de pensamientos, personas o lugares, trastornos alimentarios, o abuso de tabaco o alcohol. Finalmente incluye un ítem sobre la duración de los mismos (una semana o más, o un mes o más). Este listado resulta útil para conocer la diversa sintomatología que puede derivarse de un episodio violento, incluso para agrupar algunos de estos síntomas y obtener una apreciación aproximada sobre si la víctima cumple, en parte o totalmente, los criterios que describe el DSM-IV-TR (APA, 2002) como constitutivos para el TEPT.

Los datos obtenidos sobre la incidencia de las agresiones fueron contrastados con los registros de denuncias de agresiones del Instituto de Medicina Legal de Albacete y del Instituto de Medicina Legal de Aragón.

### **VI.3. PROCEDIMIENTO**

Para la realización del estudio se obtuvieron los correspondientes permisos de los comités de ética de las diferentes instituciones sanitarias en ambas Comunidades Autónomas.

### VI.3.1. FASE I: ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.

Siendo el objetivo principal de este estudio el conocimiento de la realidad de las agresiones contra el personal sanitario y no existiendo cuestionarios estandarizados que recogieran tal información, una de las prioridades fue la de su elaboración. Para ello se tuvieron en cuenta, entre otras cuestiones, los problemas observados en diferentes estudios científicos publicados: la delimitación conceptual de violencia y la unificación en las definiciones de los distintos tipos de violencia, siguiendo las propuestas por Winstanley y Whittington (2004), que por otra parte, coinciden plenamente con el catálogo de delitos y faltas del Código Penal español actualmente en vigor.

Otra cuestión sobre la que se deseaba obtener información era conocer en qué medida las agresiones contra los profesionales, así como otras situaciones de estrés laboral presentes en el medio sanitario, estaban generando un mayor o menor grado de inseguridad, temor o rechazo que contaminara la relación asistencial.

Teniendo en cuenta todo ello se elaboraron los cuestionarios “Escala TEEM” y “Escala de Agresiones”. Los datos sobre la elaboración de los mismos se exponen a continuación, mientras que sus características psicométricas de fiabilidad y validez serán expuestos en el apartado de resultados.

#### **VI.3.1.1. Datos sobre la elaboración de los cuestionarios.**

La elaboración del cuestionario TEEM y del Cuestionario de Agresiones se realizó mediante metodología cualitativa (Muñiz, 1994; Ortí, 1989; Peiró, 1994). Se trabajó con dos equipos de profesionales, compuestos por médicos y enfermeros: un grupo compuesto por 26 profesionales

pertencientes a centros de atención primaria (de áreas rurales y urbanas) y un grupo de 23 profesionales pertenecientes a un mismo hospital.

Para que el cuestionario tuviera una adecuada validez de contenido, es decir, que resultara una muestra representativa de los contenidos que se pretendían evaluar con él y fueran válidas las inferencias que se pretendieran realizar posteriormente, se comenzó enumerando todas las áreas de contenido que se consideraban importantes e imprescindibles, asegurándonos de que la lista contuviera ítems de todas ellas en la proporción adecuada. En una siguiente fase se discutió abiertamente sobre los temores, las diferentes fuentes de estrés, las situaciones que provocan molestia y ansiedad en el ejercicio médico, así como las posibles conductas violentas manifestadas contra los profesionales sanitarios. Finalizadas las discusiones, cada equipo elaboró un listado amplio de tales situaciones. Los dos listados obtenidos fueron fundidos en uno y entregados de nuevo a los equipos para que ordenaran esas situaciones de mayor a menor importancia y/o incidencia y agruparan en bloques a las que consideraran similares. El listado provisional obtenido fue discutido por un equipo de 11 profesionales de ambos grupos.

Con dicha información se elaboraron los dos cuestionarios provisionales (Cuestionario TEEM y Cuestionario de agresiones), que fueron administrados en una “prueba piloto” a 211 profesionales (119 de atención primaria y 92 de un hospital; 132 enfermeros y 79 médicos), ofreciéndoles la posibilidad de escribir comentarios. En esta fase se añadieron dos ítems al Cuestionario TEEM y se modificaron algunos otros para su mejor comprensión; por otra parte, se amplió el rango de respuesta en el Cuestionario de Agresiones (incluyéndose una escala tipo Likert, que va desde 0 = nunca, 1 = nunca, pero he sido testigo de agresiones a compañeros, 2 = en una ocasión, 3 = en tres o más ocasiones; y 4 = en cinco o más ocasiones).

Al Cuestionario que mide el desajuste asistencial se le denominó Cuestionario TEEM, porque su nombre hace referencia a los temores y estresores que pueden estar presentes en el ejercicio médico, y porque el juego de palabras en inglés lo convierte en lo inverso de MEET, por lo que pareció apropiado para definir una situación de “*desencuentro*”. Como se explicó en el apartado de Instrumentos, este cuestionario mide el grado de desajuste o disfunción en la relación asistencial, producido por distintas inseguridades, temores o desconfianzas.

Por su parte, el Cuestionario de Agresiones es un historial de los episodios violentos que ha podido sufrir el profesional a lo largo de su carrera, así como las características de los mismos.

Los cuestionarios definitivos son los que posteriormente fueron administrados en este estudio a profesionales de hospitales y centros de atención primaria en tres provincias pertenecientes a dos Comunidades Autónomas, en una muestra de 1.845 personas, realizándose a partir de estos resultados los análisis sobre fiabilidad y validez.

### VI.3.2. FASE II. OBTENCIÓN DE DATOS.

Una vez seleccionados los centros en las dos Comunidades Autónomas, y obtenidos los permisos necesarios, tanto por parte de la Administración, como por la Dirección de cada uno de ellos, se dio especial importancia a transmitir la información necesaria sobre los objetivos y características del estudio a los directivos de cada centro, a sus distintos servicios y organismos (prevención de riesgos laborales, investigación, docencia, sindicatos), para posteriormente transmitir la misma información al resto de los profesionales. Dicha labor informativa se realizó normalmente mediante exposiciones verbales y fue acompañada de carteles y folletos distribuidos en los centros, en

los que se explicaban los fines y en los que aparecían de manera destacada los teléfonos a los que podían dirigirse los profesionales ante cualquier duda.

En la mayoría de los casos, la distribución de los cuadernillos con los cuestionarios se realizó en la misma sesión informativa, en otros fueron enviados a los trabajadores. En todos los casos tuvieron la opción de responderlos en el propio trabajo o llevárselos a su casa para contestar con mayor tranquilidad, disponiendo para ello de un tiempo que varió entre una y dos semanas.

Para la recogida de los cuestionarios se colocaron buzones en lugares que previamente habían sido acordados. En todos los centros se realizaron varios recordatorios a los trabajadores para que entregaran los cuadernillos en el plazo indicado.

En los cuestionarios no aparecían datos identificativos del trabajador y, una vez recogidos, fueron custodiados en un despacho al que nadie, excepto el equipo de investigación, tenía acceso; asegurándose así la confidencialidad de los datos.



# resultados



## **VII. RESULTADOS**

Se ha considerado de interés dividir el apartado de resultados en dos subapartados, coincidentes con las dos fases del estudio: el primero en el que se expongan los datos relativos al análisis psicométrico de los cuestionarios de elaboración propia, que fueron necesarios para la realización del estudio, y el segundo en el que se muestren los resultados del estudio propiamente dicho.

Tanto los datos relativos al análisis psicométrico de los cuestionarios, como los relativos a los resultados de dichos cuestionarios, fueron procesados mediante programa informático SPSS (versión 13.0).

### **VII.1. FASE I. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS**

#### **VII.1.1. ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO DE TEMORES Y ESTRESORES EN EL EJERCICIO MÉDICO (TEEM).**

##### **Fiabilidad.**

El análisis de fiabilidad permitió estudiar las propiedades del Cuestionario TEEM y de los elementos que lo constituyen. El coeficiente alfa se obtuvo mediante la fórmula KR-20 modificada por Cronbach y fue de  $\alpha = 0,91$ , con lo que se considera que posee una buena consistencia interna. La fiabilidad obtenida mediante el método de las dos mitades (comparación de la mitad de los ítems del cuestionario con su otra mitad: pares e impares) proporcionó unos índices de entre  $\alpha = 0,84$  y  $\alpha = 0,86$  que pueden considerarse bastante altos. Los índices  $\alpha$  obtenidos en cada una de las dimensiones que se

mostraron en el análisis factorial fueron también altos, como se verá en el apartado dedicado al análisis factorial.

### **Validez.**

*Validez de contenido.* Como se ha explicado al describir la fase de elaboración del cuestionario, se cuidó especialmente que tuviera una adecuada validez de contenido, es decir, que resultara una muestra representativa de los contenidos que se pretendían evaluar con él.

*Validez Concurrente.* Otra cuestión importante era la de comprobar su validez concurrente. En este punto se producía la dificultad de que no existen otros cuestionarios que evalúen el nivel de desajuste en la relación médico-paciente, o el grado de temor de los profesionales al enfrentarse a la relación asistencial. Desde un punto de vista racional se consideró que tales variables tendrían gran coincidencia con aspectos como la “despersonalización”, el “cinismo como mecanismo defensivo” o el “agotamiento emocional”. Dimensiones todas ellas que forman parte de un cuadro de *burnout*, aunque con características distintivas. También se hipotetizó que el grado de temor y el índice de agresiones tendría relación con algunos síntomas psíquicos presentes tras acontecimientos estresantes, tales como: ansiedad, evitación, desilusión, etc.

Por ello, se realizó un primer análisis de tipo correlacional entre los dos factores del TEEM y las dimensiones de burnout, medidas con diferentes escalas: el cuestionario de medida de burnout (MB, de Pines y Aronson, 1988) que mide el *burnout* en una única dimensión en la que tienen gran peso los sentimientos de agotamiento y despersonalización producidos por el trabajo, al MBI (Maslach y Jackson, 1986) que arroja las dimensiones de cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal por el trabajo (RP). Las puntuaciones obtenidas mediante análisis de correlaciones Tau-b de

Kendall y Rho de Spearman pueden verse en las Tablas 12 y 13 respectivamente

Tabla 12. Análisis de Correlaciones Tau-b de Kendall (n= 1.845).

	Medida unidimensional de burnout			
	MB	CE	DP	RP
F1 TEEM	,36(**)	,30(**)	,30(**)	-,08(*)
F2 TEEM	,28(**)	,21(**)	,22(**)	-,06(*)
MB		,58(**)	,32(**)	-,31(**)
CE			,35(**)	-,17(*)
DP				-,19(**)
RP				

NOTAS: \*\* la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \* la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

F1 TEEM (temor a ser agredido); F2 TEEM (miedo a ser denunciado como consecuencia de errores o mala praxis); MB: medida unidimensional de burnout (Cuestionario MB de Pines y Aronson, 1988); CE: Cansancio Emocional; DP: Despersonalización; RP: Falta de Realización Personal en el Trabajo.

Tabla 13. Análisis de Correlaciones Rho de Spearman (n=1.845).

	Medida unidimensional de burnout			
	MB	CE	DP	RP
F1 TEEM	,51(**)	,42(**)	,41(**)	-,11(*)
F2 TEEM	,39(**)	,29(**)	,30(**)	-,08(*)
MB		,86(**)	,44(**)	-,43(**)
CE			,48(**)	-,24(**)
DP				-,26(**)
RP				

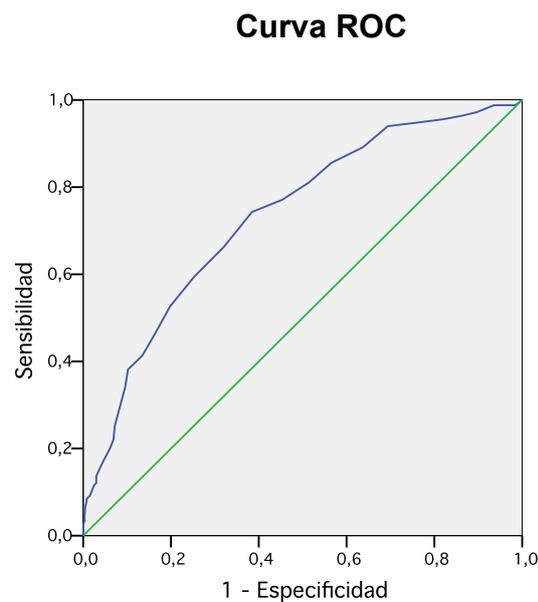
NOTAS: \*\* la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \* la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

F1 TEEM (temor a ser agredido); F2 TEEM (miedo a ser denunciado como consecuencia de errores o mala praxis); MB: medida unidimensional de burnout (Cuestionario MB de Pines y Aronson, 1988); CE: Cansancio Emocional; DP: Despersonalización; RP: Falta de Realización Personal en el Trabajo.

Se comprobó, como cabía esperar, que las distintas dimensiones del *burnout* ofrecían altas correlaciones entre sí al ser medidas con distinto cuestionario. Pero también, las correlaciones fueron estadísticamente

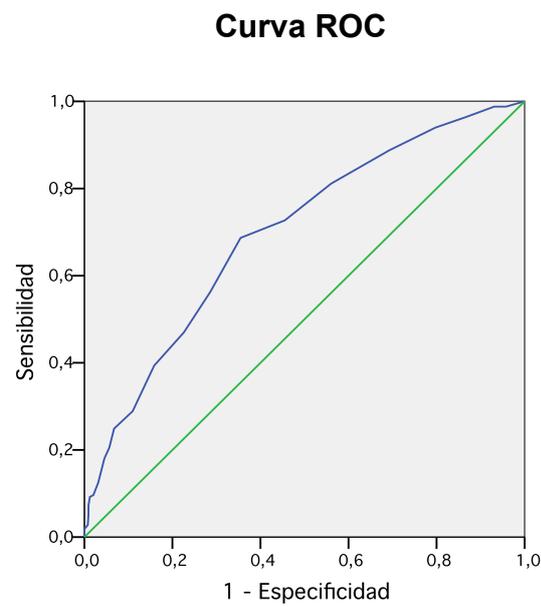
significativas entre las dos dimensiones del cuestionario TEEM con las variables: Cansancio Emocional (CE), Realización Personal (RP) y Despersonalización (DP); e igualmente con el cuestionario de Burnout de Pines (MB).

Para mayor información sobre la validez concurrente, se realizaron curvas ROC que aportaran datos sobre la exactitud diagnóstica de este cuestionario. Las dos subescalas del apartado de temores: F1 - temor a ser agredido - y F2 – temor a ser denunciado - mostraron las siguientes relaciones con las diferentes dimensiones del burnout, tal como se muestra en las Figuras 11, 12, 13, 14, 15 y 16.



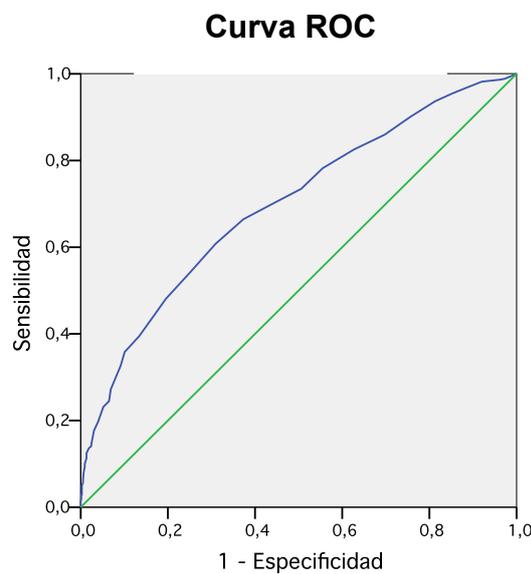
Nota: El área que queda comprendida entre la curva y la diagonal es de 0,74 ( $p < 0,001$ ).

Figura 11. Concurrencia diagnóstica del factor TEEM1 (temor a ser agredido) con el burnout como variable unidimensional (MB).



Nota: El área que queda comprendida entre la curva y la diagonal es de 0,71 ( $p < 0,001$ ).

Figura 12. Concurrencia diagnóstica del factor TEEM2 (miedo a ser denunciado) con el burnout como variable unidimensional (MB).



Nota: El área que queda comprendida entre la curva y la diagonal es de 0,71 ( $p < 0,001$ ).

Figura 13. Concurrencia diagnóstica del factor TEEM1 (temor a ser agredido) con cansancio emocional (CE).

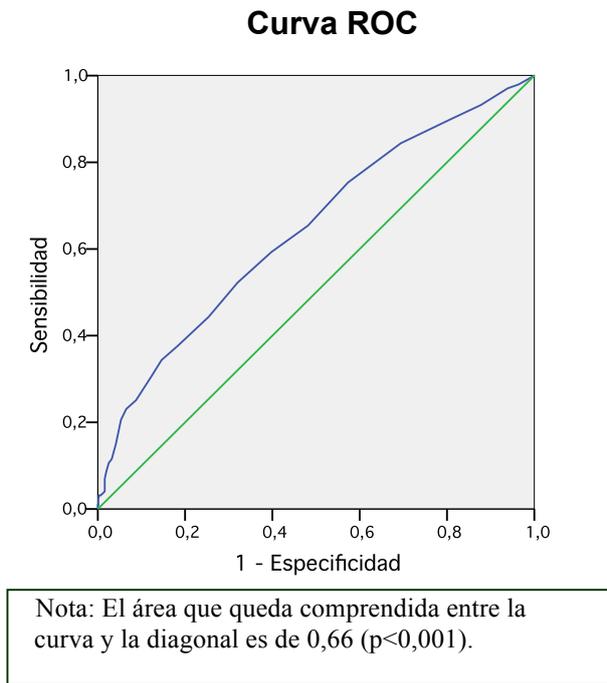


Figura 14. Concurrencia diagnóstica del factor TEEM2 (miedo a ser denunciado) con el cansancio emocional (CE).

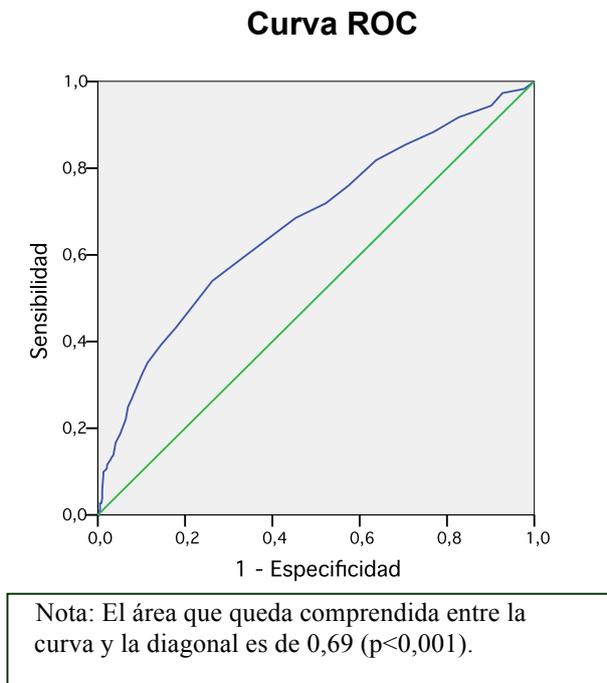
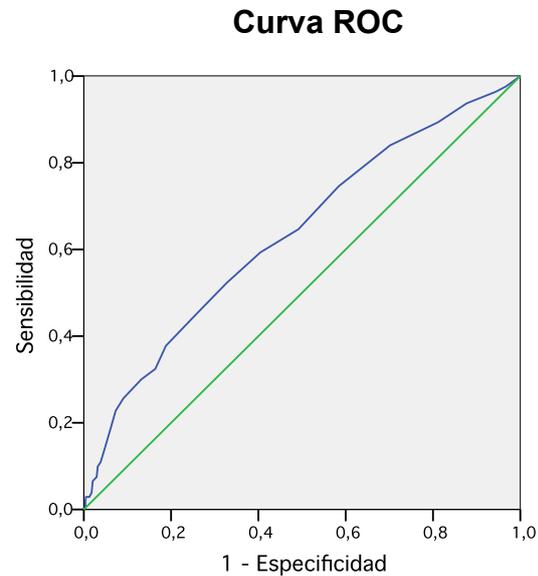


Figura 15. Concurrencia diagnóstica TEEM1 (temor a ser agredido) con la despersonalización (DP).



Nota: El área que queda comprendida entre la curva y la diagonal es de 0,65 ( $p < 0,001$ ).

Figura 16. Concurrencia diagnóstica del factor TEEM2 (miedo a ser denunciado) con la despersonalización (DP).

Tal y como muestran las curvas ROC de las figuras anteriores, los dos factores del cuestionario TEEM predecían con aceptable precisión tanto el índice unidimensional de *burnout*, (Figuras 11 y 12) como sus dos dimensiones de cansancio emocional (Figuras 13 y 14) y despersonalización (Figuras 15 y 16); no siendo un buen predictor de la variable RP (falta de realización personal). Tampoco resultó serlo de otros síntomas psíquicos, aunque en todos estos casos, el área bajo la diagonal era superior a 0,60.

A la vista de los resultados se establecieron los puntos de corte, eligiendo el punto óptimo de sensibilidad/especificidad donde se maximizara el área que queda por debajo de él, para cada una de las dos subescalas. Es decir, el punto a partir del que un sujeto que puntúe por encima de él en Cuestionario TEEM pueda predecirse con bastante exactitud que tendrá síntomas de

cansancio emocional, o de despersonalización. Los datos de sensibilidad y especificidad para esos puntos de corte se muestran en la Tabla 14.

Tabla 14. Valores predictivos del TEEM.

	F1 TEEM	F2 TEEM
Área de la curva ROC	0,74	0,70
Punto de corte:	12	6
Sensibilidad:	78%	73%
Especificidad:	51%	53%
Valor predictivo positivo:	69%	51%
Valor predictivo negativo:	83%	81%

F1 TEEM: miedo a ser agredido.

F2 TEEM: miedo a ser denunciado

Conocidos los valores de corte, se pudieron dicotomizar ambas variables del Cuestionario TEEM y obtener los índices Kappa, que miden el grado de concordancia entre dos variables, en este caso, la concordancia entre los factores del TEEM con cada una de las dimensiones de *burnout*. Los índices Kappa obtenidos pueden observarse en las Tablas 15 y 16.

Tabla 15. Índices Kappa entre el TEEM1 y las variables de burnout.

	Kappa	Significación
MB	0,43*	p<0,001
CE	0,41*	p<0,001
DP	0,37*	p<0,001
RP	- 0,14	p<0,001

(\*) Concordancia moderadamente alta.

F1 TEEM: miedo a ser agredido; F2 TEEM: miedo a ser denunciado, MB: medida unidimensional de burnout, CE: cansancio emocional, DP: despersonalización, RP: falta de realización personal.

Tabla 16. Índices Kappa entre el TEEM2 y las variables de burnout.

	Kappa	Significación
MB	0,37*	p<0,001
CE	0,32*	p<0,001
DP	0,30*	p<0,001
RP	-0,09	p<0,001

(\*) Concordancia moderadamente alta.

F1 TEEM: miedo a ser agredido; F2 TEEM: miedo a ser denunciado, MB: medida unidimensional de burnout, CE: cansancio emocional, DP: despersonalización, RP: falta de realización personal.

Como se observa, la concordancia entre el cuestionario TEEM y el *burnout*, tanto al ser tomado como medida unidimensional (Cuestionario MB de Pines y Aronson, 1988), como con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización (MBI de Maslach y Jackson, 1996) es moderadamente alta; mientras que la concordancia con realización personal, aunque estadísticamente significativa, obtiene unos índices más bajos.

Siguiendo con el apartado de la validez concurrente, y al objeto de confirmar las relaciones aparecidas en distintos análisis, se realizó un análisis de regresión logística tomando como variables criterio, por separado, las distintas dimensiones del *burnout* y los síntomas incluidos en el Listado de síntomas de respuestas desadaptativas al estrés, para lo que fueron dicotomizadas previamente, y como variables predictoras aquellas que se mostraron estadísticamente significativas en el análisis bidimensional: sexo, edad, pareja, número de hijos, servicio, puesto, años trabajados, hospital, percepción de apoyo, temor a ser agredido y miedo a ser denunciado, así como los distintos tipos de agresión, mediante el método por pasos condicional hacia delante de Wald.

Los coeficientes obtenidos por las diferentes variables se discutirán en el apartado dedicado a la sintomatología psíquica. En este punto se muestran únicamente los obtenidos por las variables F1 y F2 del TEMM como predictoras de los factores del desgaste profesional y de distinta sintomatología.

Como puede observarse en la Tabla 17, los dos factores del TEEM predecían el desgaste profesional cuando fue tomado como una única dimensión (F1 TEEM  $p < 0,001$ ; odd ratio = 1,101; F2 del TEEM  $p = 0,003$ ; odd ratio = 1,102). Para el resto de las variables de *burnout*, sólo el F1 (temor a ser agredido) predecía el cansancio emocional ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 1,095); la despersonalización ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 1,071) y la falta de realización ( $p$

<0,001; odd ratio =,949). Lo mismo ocurrió con los síntomas de ansiedad ( $p = 0,005$ ; odd ratio = 1,065), hecho bastante lógico, ya que ambas variables se solapan en gran medida. Ninguno de los dos factores fue capaz de predecir ni los síntomas de depresión, ni los asociados al TEPT.

Tabla 17. Análisis de Regresión Logística

Variable criterio: burnout unidimensional (MB).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F1-TEEM	,096	,022	18,928	1	,000	1,101
F2-TEEM	,096	,032	8,814	1	,003	1,102
Constante	-2,431	,316	59,118	1	,000	,088

Variable criterio: cansancio emocional (CE).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F1-TEEM	,091	,012	59,353	1	,000	1,095
Constante	-2,076	,275	57,066	1	,000	,125

Variable criterio: despersonalización (DP).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F1-TEEM	,069	,010	81,741	1	,000	1,071
Constante	-1,525	,169	81,741	1	,000	,218

Variable criterio: realización personal (RP).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F1-TEEM	-,052	,013	15,244	1	,000	,949
Constante	-1,675	,300	31,234	1	,000	,187

Variable criterio: síntomas de ansiedad.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F1-TEEM	,063	,023	7,502	1	,005	1,065
Constante	-1,991	,438	20,620	1	,000	,137

NOTA: sólo aparecen las variables que fueron estadísticamente significativas.

(n = 1.845); B = coeficiente  $\beta$ .; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B)= razón de las ventajas estimada (odds ratio).

F1-TEEM: temor a ser agredido, F2-TEEM: miedo a ser denunciado.

*Validez de constructo.* Para finalizar el apartado de la validez se analizó la estructura factorial del cuestionario TEEM, efectuándose análisis

factoriales de sus componentes principales. Para poder obtener la máxima independencia entre los factores e incrementar la interpretabilidad de la solución factorial rotada se aplicó rotación ortogonal (varimax).

Al ser sometidos a análisis de componentes principales los elementos de la escala se extrajeron dos factores con valores propios superiores a la unidad.

Distintos indicadores confirmaron la pertinencia de este tipo de análisis. El test de esfericidad de Bartlett obtuvo un  $\chi^2$  de 7496,80 ( $p < 0,001$ ) y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de la muestra (KMO) fue de 0,91 (muy bueno en términos de Kaiser, 1974). Este análisis indicó la presencia de dos factores interpretables que explicaban el 60,17 % de la varianza común. En la Tabla 18 se muestran las saturaciones factoriales rotadas (varimax).

El primer factor, que explicaba el 30,81 % de la varianza total, está constituido por los elementos referidos a la dimensión constituida por los temores y el rechazo producidos por el paciente, como puede observarse, los ítems 7, 10 y 12 obtienen saturaciones en este factor por encima de 0,70. El resto de los elementos de esta dimensión alcanzan saturaciones elevadas en el factor. Algunos ítems de esta dimensión, no obstante, presentan también pesos relevantes en el segundo factor; específicamente, los ítems 4, 11 y 13 saturan por encima de 0,35 en el segundo factor. Estas saturaciones, sin embargo, son todas inferiores a las que se evidencian en el primer factor. El índice de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) obtenido para este factor fue de  $\alpha = 0,87$ .

El segundo factor explica el 29,36 % de la varianza total y parece representar la dimensión de miedo a producir daño en el paciente. Como se aprecia, los ítems 1, 2 y 3 saturan por encima de 0,70 y, aunque el ítem 5 alcance una saturación en el primer factor por encima de 0,35, ésta es inferior

a la obtenida en el segundo factor. El índice de consistencia interna obtenido para este factor fue de  $\alpha = 0,83$ .

Tabla 18. Estructura factorial del Cuestionario TEEM (rotación varimax) (n= 1.813).

		Componentes	
		Factor 1	Factor 2
1	Temor a producir daño al paciente		,866
2	Miedo al error y sus consecuencias.		,852
3	Temor a invadir la intimidad del paciente		,726
4	Ansiedad ante pacientes que me producen rechazo u hostilidad	,602	,408
5	Miedo a ser rechazado.	,466	,500
6	Molestia por visitas triviales o innecesarias.	,575	
7	Sentirme invadido por el paciente y perder la distancia.	,707	
8	Sentirme presionado a emitir informes o recetas.	,646	
9	Temor a ser agredido o amenazado.	,639	
10	Recelo a las quejas sobre mi trabajo o sobre el tratamiento	,724	
11	Ansiedad ante la incertidumbre.	,631	,414
12	Rechazo a recibir quejas sobre el sistema sanitario.	,709	
13	Miedo a ser denunciado por negligencia o errores.	,573	,454
14	Impotencia ante los límites del conocimiento médico.		,578

NOTA: los pesos inferiores a 0,30 han sido omitidos.

Como conclusión, puede decirse que, si bien el cuestionario TEEM no es un instrumento específico para evaluar el nivel de *burnout* u otro tipo de sintomatología, sino para evaluar el grado de desajuste en la relación asistencial, marcado por temor, desconfianza o rechazo; como se hipotetizaba, tales sentimientos están muy ligados a dos dimensiones características del desgaste profesional: el agotamiento emocional y la despersonalización, o falta de implicación. Por otro lado, las dos escalas de este cuestionario arrojaron buenos índices de fiabilidad y demostraron en diferentes análisis factoriales (con muestras de diferentes centros y diferentes grupos de profesionales) la estructura en dos factores de cada uno de ellos.

## VII.1.2. ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO DE AGRESIONES.

### **Fiabilidad.**

El Cuestionario de agresiones mostró también una buena consistencia interna. El coeficiente alfa, obtenido mediante la fórmula KR-20 modificada por Cronbach fue de  $\alpha = 0,76$ . La fiabilidad obtenida mediante el método de las dos mitades proporciona unos índices altos de entre  $\alpha = 0,81$  y  $\alpha = 0,84$ . La consistencia, mediante el modelo paralelo, arrojó un índice de 0,72. Igualmente, como se verá en el apartado del análisis factorial, los índices  $\alpha$  obtenidos en cada una de sus dos dimensiones son también altos.

### **Validez.**

Su validez de contenido se aseguró al contemplar todos los posibles tipos de agresiones que pueden producirse en el medio sanitario, agrupándolos en categorías superiores (agresión física, insultos, amenazas), añadiéndose además otras dos categorías que, sin tener el carácter violento de las anteriores, pueden perturbar la relación asistencial y que son las reclamaciones y las denuncias.

Se efectuó un análisis correlacional entre las dos dimensiones del Cuestionario de agresiones y las dimensiones del burnout, realizándose posteriormente un análisis de regresión. Las puntuaciones obtenidas mediante los análisis de correlaciones Tau-b de Kendall y Rho de Spearman pueden verse en las Tablas 19 y 20.

Si bien las correlaciones entre el Cuestionario de agresiones y las dimensiones de *burnout* se muestran algo más bajas que las encontradas para el Cuestionario TEEM, éstas resultaron estadísticamente significativas. Dichas correlaciones con las dimensiones de *burnout* fueron más altas con la dimensión de agresiones que con la dimensión denuncias y reclamaciones. Ésta última no obtuvo correlación estadísticamente significativa con la dimensión de realización personal (RP).

Tabla 19. Análisis de Correlaciones Tau-b de Kendall (n= 1.845).

	MBI			
	MB	CE	DP	RP
F1 Agresiones	,16(**)	,15(**)	,19(**)	
F2 Denun/recl	,08(*)	,06(*)	,12(*)	
MB		,58(**)	,32(**)	-,31(**)
CE			,35(**)	-,17(**)
DP				-,19(**)
RP				

NOTAS: (\*\*) Las correlaciones son significativas al nivel 0,01 (bilateral); (\*) Las correlaciones son significativas al nivel 0,05 (bilateral). F1 TEEM (temor a ser agredido), F2 TEEM (miedo a ser denunciado como consecuencia de errores o mala praxis), MB: índice de burnout (Cuestionario MB de Pines y Aronson, 1988), CE: Cansancio Emocional, DP: Despersonalización, RP: Falta de Realización Personal en el Trabajo.

Tabla 20. Análisis de Correlaciones Rho de Spearman (n= 1.845)

	MBI			
	MB	CE	DP	RP
Agresiones	,23(**)	,20(**)	,25(**)	
Denun/reclm	,010(*)	,08(**)	,16(**)	
MB		,86(**)	,44(**)	-,43(**)
CE			,48(**)	-,24(**)
DP				-,26(**)
RP				

NOTAS: (\*\*) Las correlaciones son significativas al nivel 0,01 (bilateral); (\*) Las correlaciones son significativas al nivel 0,05 (bilateral). F1 TEEM (temor a ser agredido), F2 TEEM (miedo a ser denunciado como consecuencia de errores o mala praxis), MB: índice de burnout (Cuestionario MB de Pines y Aronson, 1988), CE: Cansancio Emocional, DP: Despersonalización, RP: Falta de Realización Personal en el Trabajo.

De la misma manera que se procedió con el Cuestionario TEEM, se analizó la presencia o ausencia de diferente tipo de sintomatología según los valores obtenidos en los factores de agresiones y denuncias. Para ello se realizó un análisis de regresión logística mediante el método por pasos condicional hacia delante de Wald, dicotomizando las variables constitutivas de burnout y de los otros síntomas.

Las variables introducidas en la ecuación serán objeto de análisis a la hora de comprobar el peso de los distintos tipos de agresiones sobre la sintomatología psíquica. En este apartado se analiza únicamente el valor predictivo de las agresiones y las denuncias (Tabla 21).

Tabla 21. Análisis de Regresión Logística. Variables de la ecuación.

Variable criterio: burnout como variable unidimensional (MB).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F1	-,946	,276	11,752	1	,001	,388
Constante	-,436	,256	2,914	1	,005	,646

F2 no aparece en la ecuación.

Variable criterio: cansancio emocional (CE).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F2	-,770	,390	3,900	1	,048	,463
Constante	-2,076	,275	57,066	1	,000	,125

F1 no aparece en la ecuación.

Variable criterio: despersonalización (DP).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F2	,575	,223	6,639	1	,010	1,777
Constante	-1,525	,169	81,741	1	,000	,218

F1 no aparece en la ecuación.

Variable criterio: falta de realización personal (RP).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F1	-,926	,276	11,275	1	,001	2,524
Constante	-1,675	,300	31,234	1	,000	,187

F2 no aparece en la ecuación.

Variable criterio: síntomas de depresión.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F1	22,229	10492,656	,000	1	,998	,008
F2	4,611	1,592	8,388	1	0,004	100,599
Constante	-21,647	10492,656	,000	1	,998	,000

F1 no es estadísticamente significativo.

Variable criterio: síntomas asociados al TEPT.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F1	-1,639	,412	15828	1	,000	,194
Constante	2,870	,401	51,288	1	,000	17,630

F2 no aparece en la ecuación.

NOTAS: (n = 1.845); B = coeficiente  $\beta$ ; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B)= razón de las ventajas estimada (odds ratio). F1- Agresiones físicas y verbales, F2- Denuncias y reclamaciones.

El Factor 1 del cuestionario (agresiones físicas y verbales) se mostró como variable predictora del desgaste profesional, tomado como una única dimensión ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 0,388), de la falta de realización personal ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 2,524) y de la sintomatología asociada al TEPT ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 0,194), en cuanto a los síntomas de depresión, aunque aparecía como variable en la ecuación, no resultó estadísticamente significativa, mientras que en las variables de cansancio emocional, despersonalización y ansiedad, no apareció en la ecuación.

El factor 2 del cuestionario (denuncias y reclamaciones) apareció como variable predictora del cansancio emocional ( $p = 0,048$ ; odd ratio = 0,463), de la despersonalización ( $p = 0,010$ ; odd ratio = 1,777) y de los síntomas de depresión ( $p = 0,004$ ; odd ratio = 100,599). No apareció en las ecuaciones como predictor de desgaste profesional, de falta de realización, de síntomas de ansiedad o de síntomas asociados al TEPT.

Finalmente, para analizar la estructura factorial del Cuestionario de agresiones, se sometieron sus elementos a un análisis de componentes, obteniéndose dos factores con valores propios superiores a la unidad: F1 agresión física y verbal, que incluye los ítems de agresión física, insultos y amenazas; y F2 denuncias y reclamaciones. Dichos factores pueden ser también explicados desde un punto de vista racional, teniendo el Factor 1 características de violencia directa e inmediata, mientras que el Factor 2 tiene características de un conflicto más diferido en el tiempo.

El test de sphericidad de Bartlett obtuvo un  $\chi^2$  de 1556,05 ( $p < 0,001$ ) y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de la muestra (KMO) fue de 0,64. También en este caso, el análisis indicó la presencia de dos factores interpretables que explicaban el 70,62 % de la varianza común.

El primer factor, que explicaba el 41,31 % de la varianza total, está constituido por los elementos referidos a la dimensión agresiones físicas y verbales, como puede observarse en la Tabla 22, los ítems 1, 2 y 3 obtienen saturaciones elevadas en este factor sin que ninguno de los elementos restantes de esta dimensión alcancen saturaciones elevadas en el otro factor. El índice de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) obtenido para este factor fue de  $\alpha = 0,77$ .

El segundo factor explica el 29,31 % de la varianza común y representa la dimensión de denuncias y reclamaciones. Como se aprecia en la Tabla 22, los ítems 4 y 5 saturan por encima de 0,80 y ninguno de ellos muestra saturaciones significativas en el otro factor. En este caso, el índice de consistencia interna fue de  $\alpha = 0,51$ .

Tabla 22. Estructura factorial del Cuestionario de agresiones (rotación varimax) (n=1.813).

	Componentes	
	Factor 1 agresión física y verbal	Factor 2 denuncias y reclamaciones
1. agresión física	,681	
2. insultos	,887	
3. amenazas	,857	
4. denuncias		,808
5. reclamaciones		,821

NOTA: los pesos inferiores a 0,20 han sido omitidos.

## **VII.2. FASE II. ESTUDIO DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO Y SUS REPERCUSIONES SOBRE LA SALUD.**

### **VII.2.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS AGRESIONES.**

#### **VII.2.1.1. Incidencia de violencia física y no física**

Doscientos tres profesionales refirieron haber sufrido al menos un episodio de agresión física, lo que supone un 11% del total de la muestra, y un 5% habían sufrido agresiones físicas en más de una ocasión. Mientras que las agresiones no físicas (insultos, amenazas, coacciones) afectaron a 1.180 profesionales, que representan un 64% de la muestra. Un 34,4% del total habían sufrido amenazas y coacciones al menos en una ocasión y un 23,8% en reiteradas ocasiones; mientras que un 36,6% habían sufrido por lo menos insultos en una ocasión y un 24,3% en varias.

Estas cifras fueron superiores en los grandes hospitales respecto a los centros más pequeños y, en lo que respecta a la violencia física, ascendieron hasta alcanzar valores muy elevados en servicios como Urgencias y Psiquiatría, como se verá a la hora de describir los principales escenarios de las agresiones.

#### **VII. 2.1.2. Datos sobre los agresores.**

Hasta en el 85% de los casos, las agresiones fueron perpetradas por los propios pacientes y en el 15% resultó ser un familiar o acompañante del paciente. Este porcentaje era más alto en urgencias, donde un 27,3% de los agresores resultaron ser los acompañantes de los pacientes.

En un 73,2% de los casos, los agresores reunían condiciones de imputabilidad, es decir, se encontraban en plenas capacidades mentales. En el 21% se trataba de pacientes con sus capacidades cognitivas mermadas

(pacientes psiquiátricos, dementes, desorientados etc.) y en un 5,7% de las ocasiones, el agresor se encontraba bajo los efectos del alcohol o de drogas.

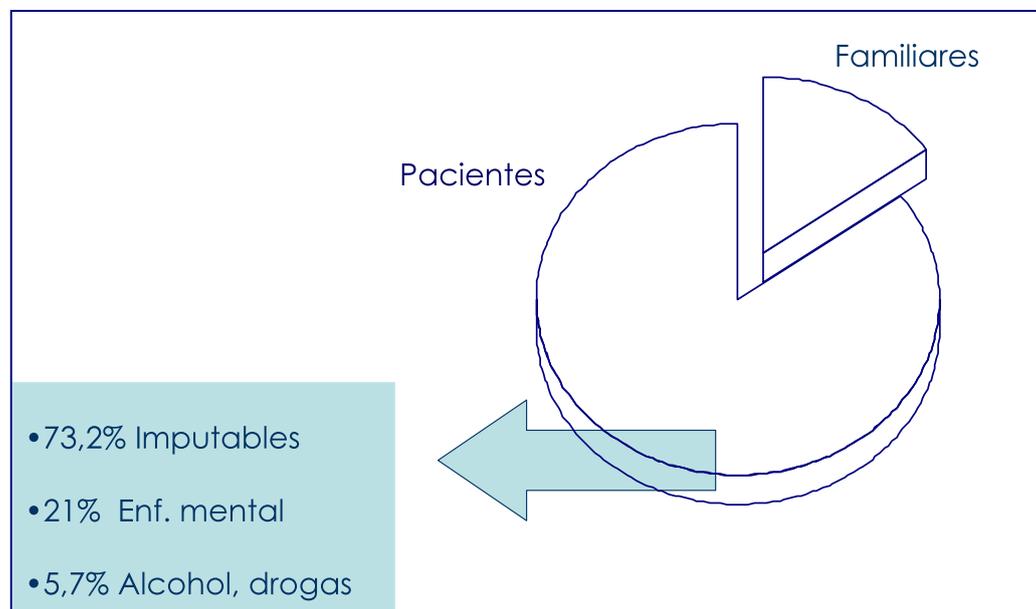


Figura 17. Distribución de los agresores (paciente o familiar de paciente), según sus capacidades mentales.

El principal motivo de la agresión estuvo relacionado con el tiempo de espera en el 58% de las ocasiones, seguido de otros motivos como la negativa a dar la baja, disconformidad con la prescripción u otros. En psiquiatría, el principal motivo fue el de impedir la salida del centro (Tabla 23).

Tabla 23. Principales motivos de las agresiones.

Motivo	frecuencia
Tiempo de espera.	58,01%
Disconformidad con alta/baja	14,92%
Disconformidad con tratamiento. Negación de recetas.	10,23%
Otros.	16,88%
No permitir salir del centro (datos de psiquiatría).	36,04%

### VII.2.1.3. Características de las agresiones físicas

En un 88% del total de agresiones físicas, se emplearon armas naturales, como las manos, los puños, o los pies; o instrumentos casuales (utilización de cualquier objeto que estuviera a mano con la intención de ser arrojado o golpear con él).

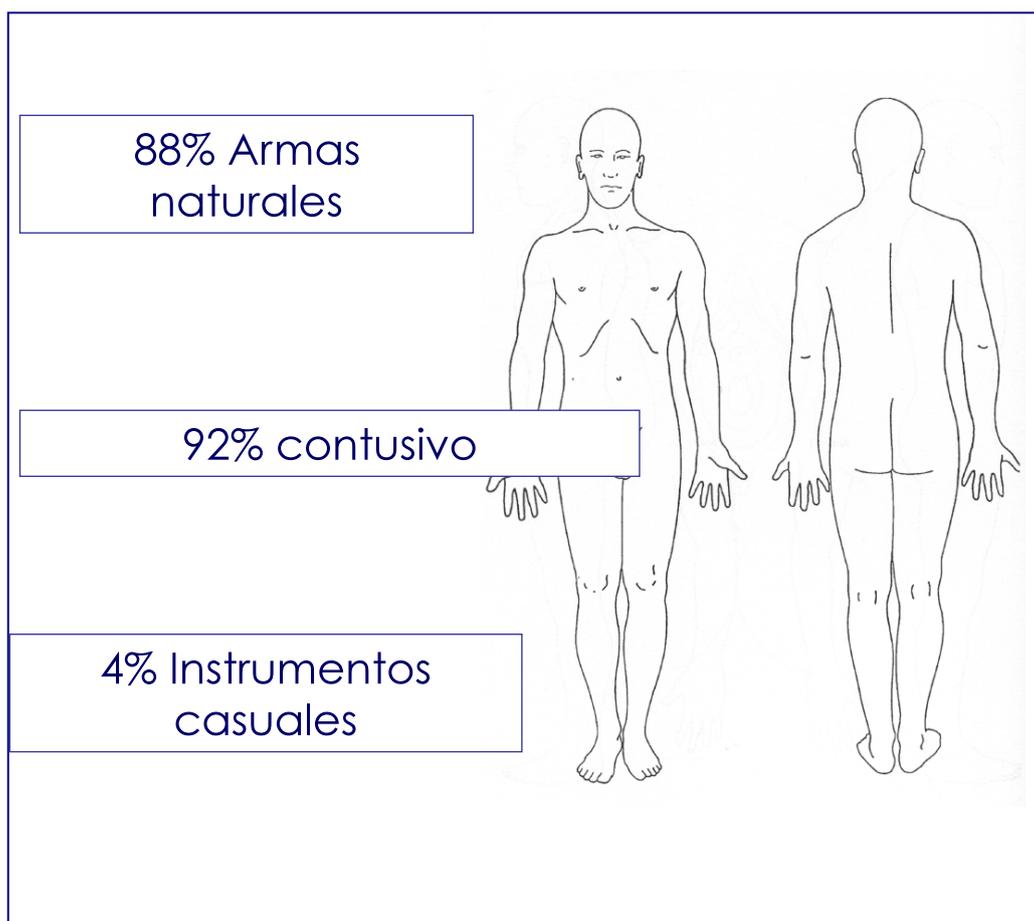


Figura 18. Principales mecanismos de la agresión física.

Dichas agresiones, en un 55% de los casos no produjeron lesión traumática visible, es decir, consistieron en maltrato de obra sin lesión. En los casos en que se produjeron (45%), la mayoría fueron de tipo contusivo (hematomas, contusiones, erosiones, excoriaciones), o en menor porcentaje se registraron heridas por objetos contundentes, arrancamiento de cabello y

mordeduras, todas ellas que pueden considerarse como constitutivas de faltas. Sin embargo, un 5% de los casos de agresión física podrían ser considerados como delito, entre ellos, se encontraron seis casos de herida por arma blanca y tres intentos de estrangulamiento, uno de ellos con el propio fonendoscopio del médico agredido.

La localización de las agresiones correspondió sobretodo a la zona del tronco y a la zona cráneo-facial (31,6% en ambos casos), así como a las extremidades superiores (20,1%) e inferiores (12,6%) y cuello (4%).

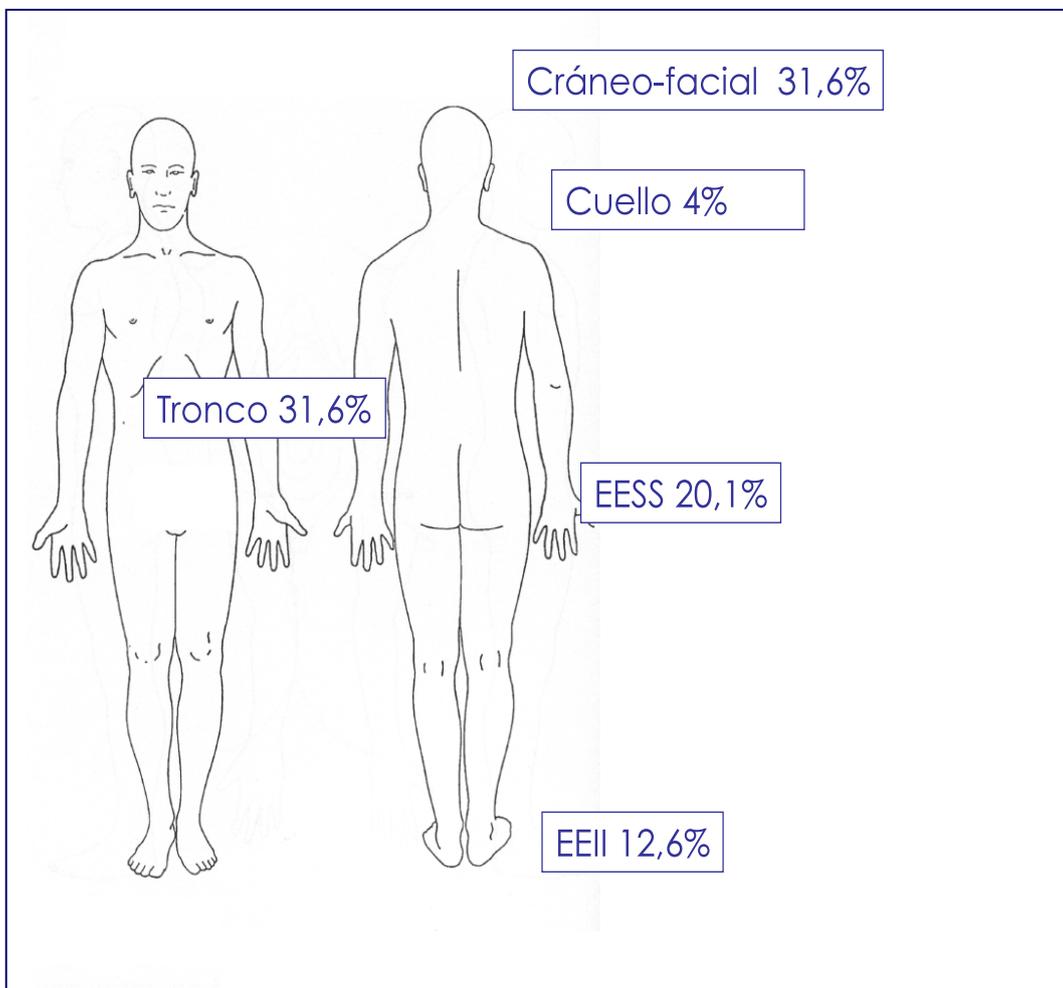


Figura 19. Localización corporal de las agresiones físicas.

#### VII.2.1.4. Distribución de las agresiones por centros, servicios y profesionales.

- *Distribución por centros.* Como se ha referido al hablar sobre la incidencia de las agresiones, tanto físicas como no físicas, éstas fueron más frecuentes en los grandes hospitales que en los centros pequeños, tal como puede observarse en la Tabla 24; alcanzándose índices muy por encima de la media en algunos servicios como emergencias y psiquiatría.

Tabla 24. Porcentaje de agresiones por centros.

	Gran hospital	Hosp. medio	pequeño hospital	Centros AP urbanos	Centros AP rurales	$\chi^2$	significac
<b>Agr. física</b>	21,9%	21,7%	9,5%	17,4%	11,3%	26,44	0,001
<b>insulto</b>	58,2%	56,3%	49,7%	59,5%	58,5%	0,09	0,100
<b>amenaza</b>	55,7%	56,3%	43,2%	57,0%	58,5%	0,12	0,003

Se observa que las agresiones físicas en los hospitales de tamaño grande y medio sobrepasan el 20% de profesionales afectados, seguido de los centros urbanos de atención primaria, donde se observa una incidencia del 17,4% de profesionales agredidos (Figura 20). Este tipo de violencia se reduce a la mitad en un hospital pequeño y en los centros rurales de atención primaria, resultando estas diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 26,435$ ;  $p < 0,001$ ). La violencia física parece ir asociada a las ciudades y a los grandes centros, un dato observado en otros estudios (Moreno Jiménez y cols., 2005; Palmstierna y Wisetedt, 1989) y que relacionan las agresiones físicas a la masificación y a la imposibilidad de establecer una relación adecuada entre el médico y el paciente en la asistencia sanitaria.

Sin embargo, en lo que se refiere a agresiones verbales, las diferencias no se mostraron tan evidentes, como puede observarse en la Tabla 24. Respecto a los episodios de insultos, las diferencias entre centros no fueron

estadísticamente significativas (Figura 21) y, aunque en cuanto a las amenazas tampoco se observaron grandes diferencias entre los distintos centros (Figura 22), éstas resultaron estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 0,127$ ;  $p = 0,003$ ).

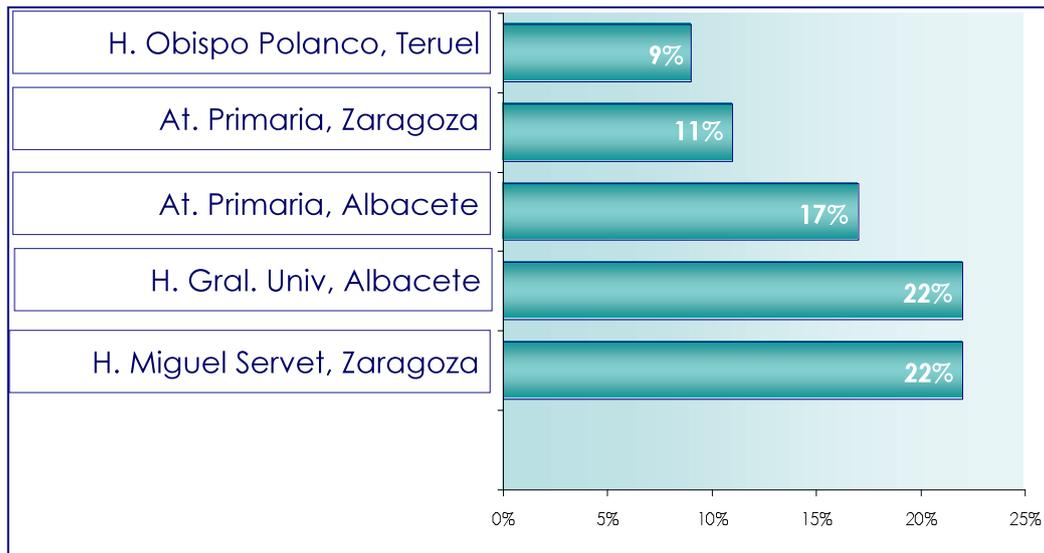


Figura 20. Incidencia de las agresiones físicas por centros.

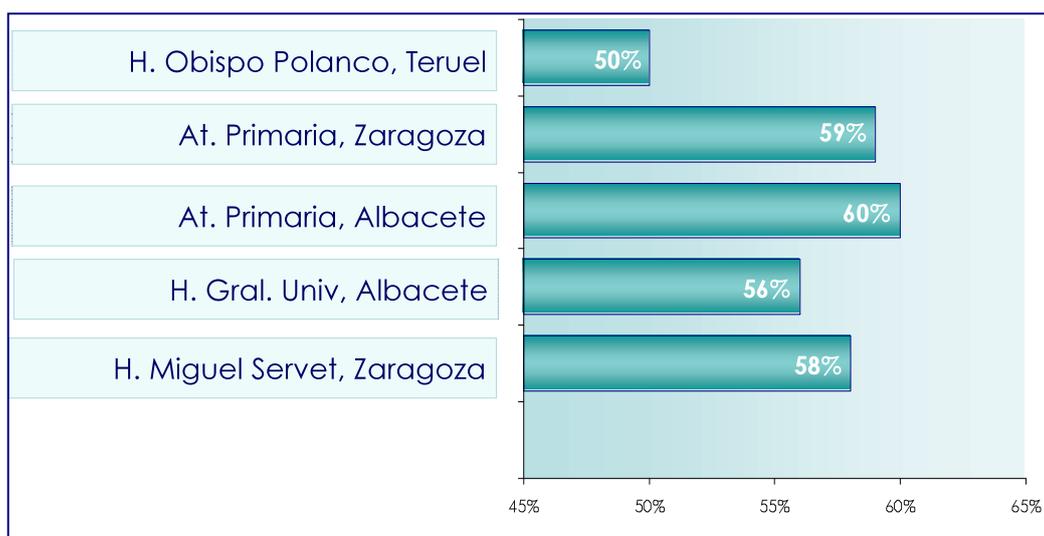


Figura 21. Incidencia de los insultos por centros.

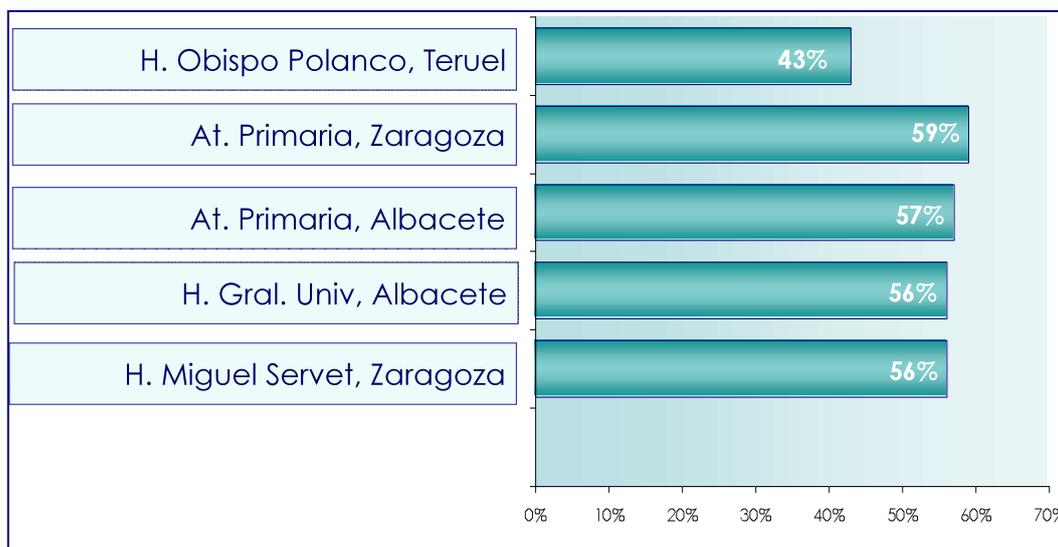


Figura 22. Incidencia de las amenazas por centros.

Habiéndose realizado el estudio en dos Comunidades Autónomas, llama la atención la gran similitud observada entre los dos grandes centros hospitalarios de cada una de ellas (Hospital Miguel Servet de Zaragoza y Hospital General de Albacete), especialmente en lo que se refiere a la incidencia de agresiones físicas. Encontrándose mayores diferencias entre distintos tipos de centro de una misma Comunidad o de una misma provincia, que entre centros similares de diferente territorio.

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las medias de estas poblaciones en cuanto a los distintos tipos de violencia, se realizó un análisis de varianza ONEWAY, para posteriormente realizar un contraste post hoc de Scheffé de cada tipo de centro respecto a los otros.

En el análisis de varianza se comprobó que la diferencia entre las medias de cada tipo de centros era estadísticamente significativa: ( $F_{5,1194} = 7,656$ ;  $p < 0,001$ ) para las agresiones físicas; ( $F_{5,1195} = 7,307$ ;  $p = 0,001$ ) para los insultos; y ( $F_{5,1196} = 7,656$ ;  $p < 0,001$ ) para las amenazas. (Tabla 25).

Tabla 25. Análisis de Varianza.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
física	Inter-grupos	35,377	5	7,075	7,656	,000
	Intra-grupos	1103,420	1194	,924		
	Total	1138,797	1199			
insulto	Inter-grupos	36,537	5	7,307	4,121	,001
	Intra-grupos	2118,902	1195	1,773		
	Total	2155,439	1200			
amenaza	Inter-grupos	46,583	5	9,317	5,012	,000
	Intra-grupos	2223,304	1196	1,859		
	Total	2269,888	1201			

NOTA: Variable dependiente: agresiones; Variable independiente: tipos de centros.

El contraste post hoc de Scheffé especificó exactamente entre qué centros se producían tales diferencias. En concreto, en cuanto a agresiones físicas, hubo diferencias estadísticamente significativas entre el Hospital General de Albacete con respecto a los centros de atención primaria de su provincia y de la provincia de Zaragoza y respecto al hospital Obispo Polanco de Teruel. Mientras que el Hospital Miguel Server de Zaragoza, sólo mostró diferencias estadísticamente significativas respecto al hospital de Teruel. Pero lo más significativo es la ausencia, prácticamente total de diferencias en agresiones físicas entre el hospital de Albacete y el de Zaragoza (Tabla 26).

Tabla 26. Contraste de Scheffé, diferencias entre centros en cuanto a agresiones físicas.

(I) centro	(J) centro	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Hospital Albacete	At. Primaria Albacete	,352(*)	,090	,051
	At. Primaria Zaragoza	,383(*)	,118	,023
	Hospital Zaragoza	-,024	,093	1,000
	Hospital Teruel	,378(*)	,092	,005
Hospital Zaragoza	Hospital Albacete	,024	,093	1,000
	At. Primaria Albacete	,276	,078	,207
	At. Primaria Zaragoza	,367	,110	,058
	Hospital Teruel	,402(*)	,081	,000

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

En lo que respecta a los insultos, y tal como ya hemos visto con otros tipos de pruebas, estos mostraron una distribución más aleatoria entre los distintos centros, servicios y profesiones, encontrándose diferencias estadísticamente significativas únicamente entre el hospital Miguel Servet de Zaragoza y el Obispo Polanco de Teruel, como puede verse en la Tabla 27.

Tabla 27. Contraste de Scheffé, diferencias entre centros en cuanto a insultos.

(I) centro	(J) centro	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Hospital Albacete	At. Primaria Albacete	,020	,125	1,000
	At. Primaria Zaragoza	,081	,164	,999
	Hospital Zaragoza	-,101	,129	,987
	Hospital Teruel	,367	,128	,147
Hospital Zaragoza	Hospital Albacete	,101	,129	,987
	At. Primaria Albacete	,121	,108	,939
	At. Primaria Zaragoza	,183	,152	,919
	Hospital Teruel	,468(*)	,112	,004

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

De manera similar, las diferencias entre centros en cuanto a amenazas sólo fueron estadísticamente significativas entre el hospital Obispo Polanco de Teruel con respecto a los hospitales de Albacete y de Zaragoza, como puede verse en la Tabla 28.

Tabla 28. Contraste de Scheffé, diferencias entre centros en cuanto a amenazas.

(I) centro	(J) centro	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Hospital Albacete	At. Primaria Albacete	,073	,128	,997
	At. Primaria Zaragoza	,088	,168	,998
	Hospital Zaragoza	,026	,132	1,000
	Hospital Teruel	,491(*)	,131	,016
Hospital Zaragoza	Hospital Albacete	-,026	,132	1,000
	At. Primaria Albacete	,047	,111	,999
	At. Primaria Zaragoza	,062	,155	1,000
	Hospital Teruel	,465(*)	,115	,006

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Para finalizar, puede concluirse que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a agresiones, entre los dos grandes hospitales de las dos Comunidades, ni entre los centros de atención primaria de las dos provincias.

*- Distribución por servicios.* A la hora de analizar los episodios de violencia en los distintos servicios de los hospitales, estos se agruparon en grandes áreas, incluyéndose en el área quirúrgica a todos los servicios de cirugía; en el área médica a las especialidades no quirúrgicas (considerando a psiquiatría y a urgencias como servicios aparte); en servicios centrales a los servicios de atención al paciente y citaciones; considerando en el apartado de “otros” a los servicios de laboratorio, radiología y técnicos. La incidencia de las agresiones puede observarse en la Tabla 29.

Tabla 29. Porcentaje de agresiones por servicios agrupados en áreas.

	quirúrgc	central	médicas	urgenc	psiquiat	otros	$\chi^2$	sign.
<b>Agr. física</b>	6,4%	17,3%	9,2%	48,0%	26,9%	7,0%	60,03	0,001
<b>insulto</b>	62,4%	25,0%	47,1%	82,1%	64,2%	24,8%	35,89	0,001
<b>amenaza</b>	62,3%	25,8%	45,6%	87,5%	59,6%	29,4%	34,01	0,001

Analizando cada tipo de violencia, y según se observa en la Figura 23, casi la mitad de los profesionales de urgencias habían sido agredidos físicamente al menos una vez, mientras que en el servicio de psiquiatría, y por una problemática distinta ya comentada en otros puntos, los agredidos fueron un 27% del total de su plantilla. También fue elevado el número de agredidos en servicios centrales, entre otras razones, por estar incluidos los servicios de atención al paciente y citaciones.

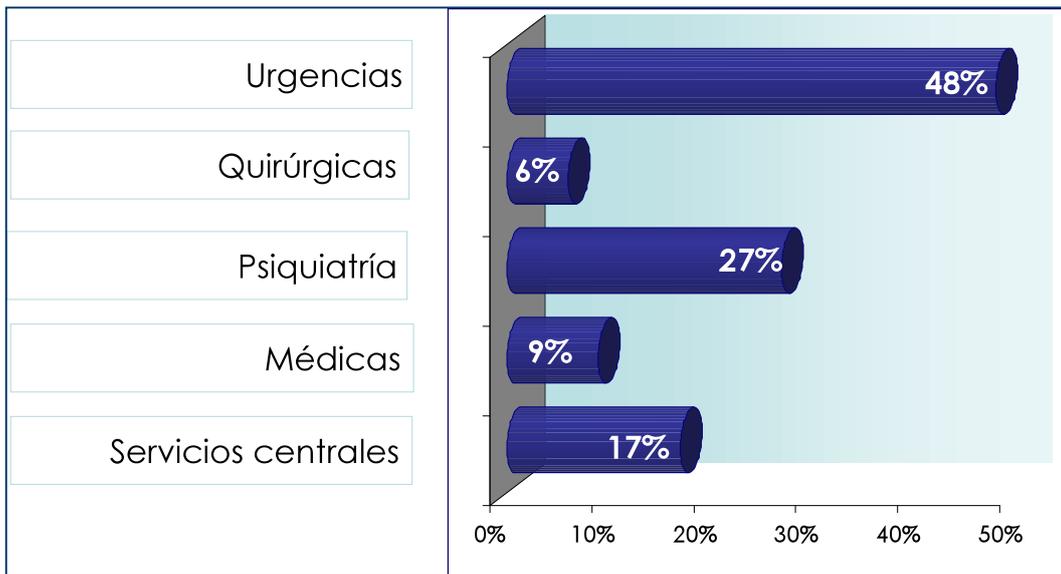


Figura 23. Porcentaje de profesionales agredidos según servicios.

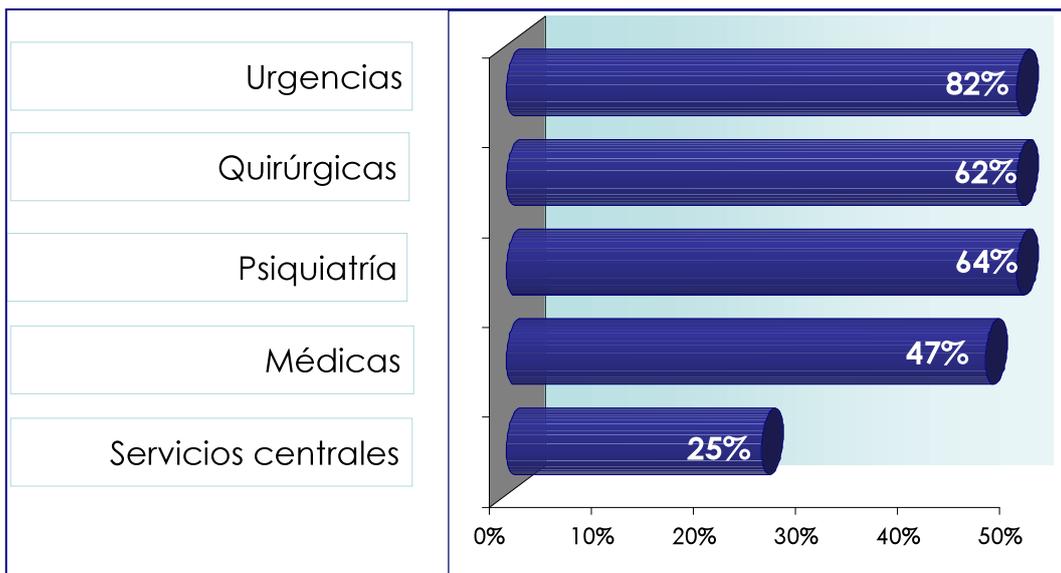


Figura 24. Porcentaje de profesionales insultados según servicios.

Aunque en cuanto a porcentaje de profesionales que habían sido insultados las diferencias entre servicios fueron menos evidentes (Figura 24), hay que resaltar el elevado el número de episodios de agresión verbal en el servicio de urgencias (82,1%) y en el servicio de psiquiatría (64,2%). Estas diferencias entre servicios resultaron estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 35,89$ ;  $p < 0,001$ ).

En cuanto a las amenazas, además de aparecer índices muy altos en los diferentes servicios (Figura 25), fue de nuevo urgencias, con un 87% de personas amenazadas, y las áreas quirúrgicas con un 62%, donde se registraron mayores índices respecto a otros servicios del hospital ( $\chi^2 = 34,014$ ;  $p < 0,001$ ). El alto índice de amenazas observado en las áreas quirúrgicas contrasta con su bajo índice registrado en cuanto a agresiones físicas y es coherente con los hallazgos de otros estudios (Gerberich y cols., 2004; Grant, 1995), en los que se confirma que las amenazas alcanzan mayor frecuencia en aquellos servicios hospitalarios donde se toman decisiones vitales.

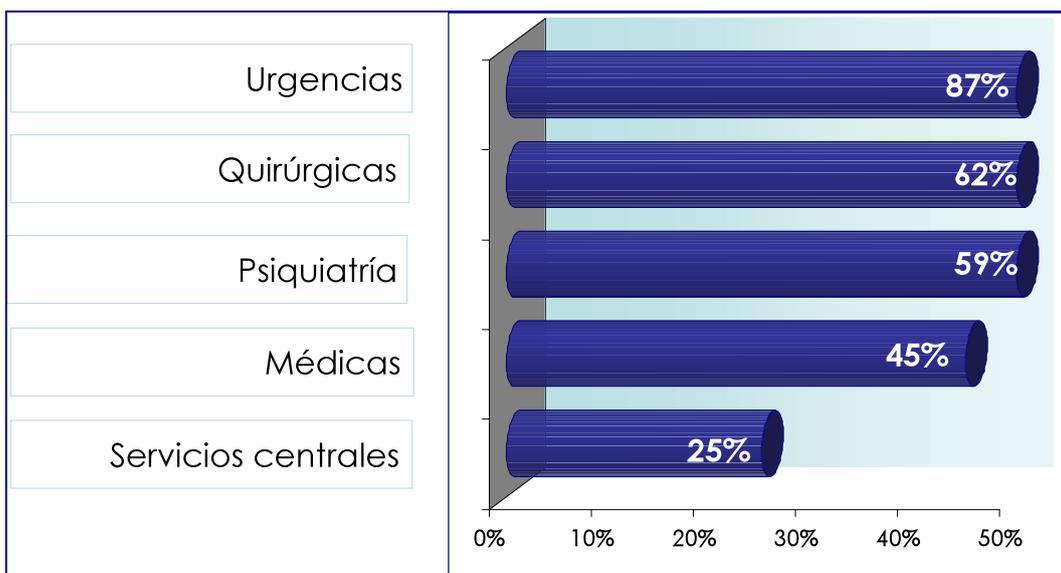


Figura 25. Porcentaje de profesionales amenazados en cada servicio.

*- Distribución por tipos de profesionales.* Si analizamos los diferentes tipos de violencia en relación al puesto (Tabla 26), observamos que, si bien fueron los médicos quienes habían sufrido mayor número de agresiones físicas y de insultos, seguidos de enfermeras y celadores, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 30. Porcentaje de agresiones sufridas por cada colectivo profesional

	directivo	médico	enfermero	celador	administración	otros	$\chi^2$	Significac
<b>Agr. física</b>	10,0%	19,4%	17,0%	18,2%	7,5%	11,1%	8,29	0,141
<b>Insultos</b>	40,0%	61,6%	54,6%	50,0%	55,0%	39,3%	11,62	0,040
<b>amenazas</b>	65,0%	60,8%	49,9%	25,1%	44,9%	35,7%	22,67	0,001

En el caso de las amenazas sí se encontraron relaciones estadísticamente significativas con el puesto, resultando más amenazados los directivos y médicos que el personal de enfermería, el de administración o los celadores ( $\chi^2 = 22,67$ ;  $p < 0,001$ ). Como se aprecia en la figura 26, más del 60% de los médicos y de los directivos habían sido amenazados, el 50% del personal de enfermería, el 45% del personal de administración y un 25% en el caso de celadores.

Este hecho confirma que las amenazas no constituyen un tipo de violencia indiscriminada, sino que muestra un orden de frecuencia paralelo al orden jerárquico, siendo un comportamiento dirigido hacia quienes ostenta el mando o autoridad, y por tanto, la responsabilidad en la toma de decisiones, como expresión de una violencia intencional que podría ir dirigida a modificar el sentido de las mismas.

El mismo patrón se observó en el caso de las denuncias, existiendo una asociación estadísticamente significativa en función del puesto ( $\chi^2 = 29,625$ ;  $p < 0,001$ ), resultando también ser los directivos y los médicos el principal blanco de las denuncias.

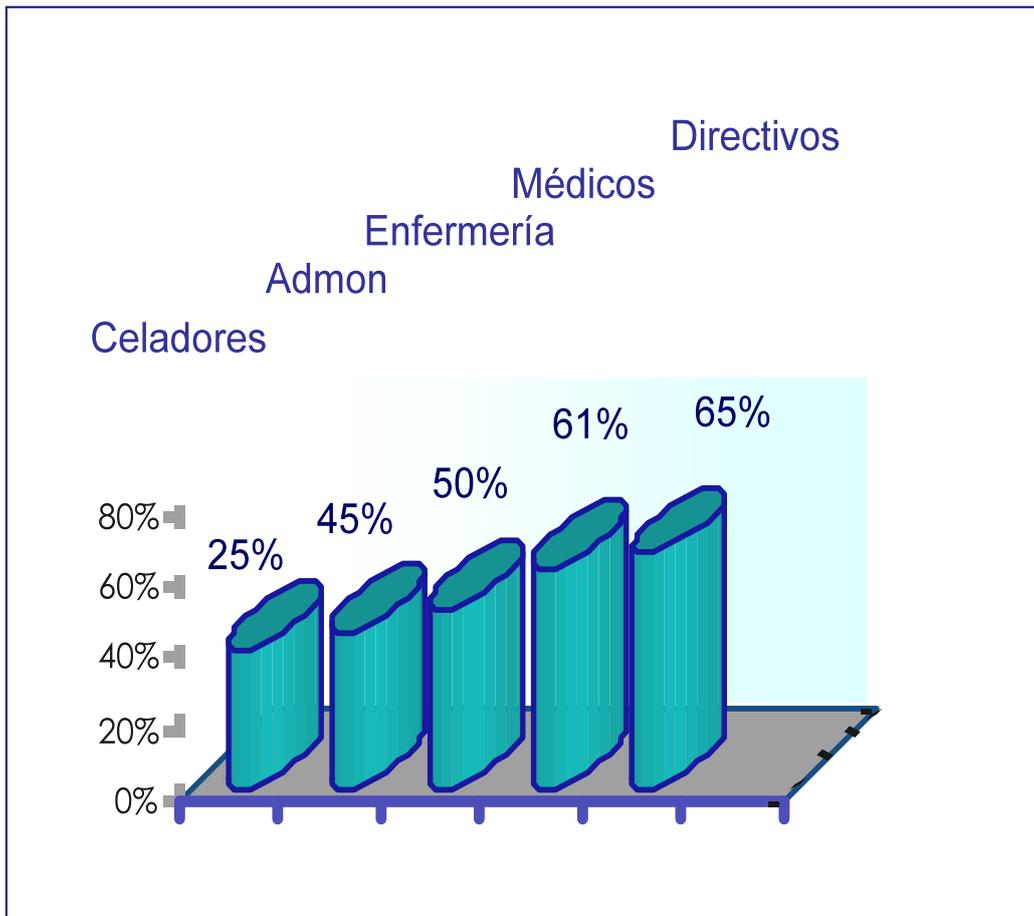


Figura 26. Porcentaje de profesionales amenazados según el puesto.

- *Distribución por sexos.* Finalmente, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las agresiones, fueran físicas o verbales, y el hecho de que el agredido fuera hombre o mujer. Sí que fueron estadísticamente significativas en el caso de las amenazas, siendo los hombres más amenazados que las mujeres (Tabla 31).

Tabla 31. Porcentaje de agresiones por sexo del agredido.

	hombres	mujeres	$\chi^2$	Significación
<b>Agr. física</b>	19,7%	15,5%	3,49	0,611
<b>Insultos</b>	57,7%	55,9%	,357	0,550
<b>amenazas</b>	58,4%	50,1%	7,98	0,005

**VII.2.1.6. Datos sobre denuncias por agresiones.**

Los datos vistos hasta aquí, sobre la incidencia de las agresiones, contrastan con el hecho de que sólo 8 profesionales de este estudio denunciaran la agresión sufrida (en los 8 casos se trataron de agresiones físicas graves), lo que representa un 3,7% del total de las agresiones físicas; mientras que en ningún caso se interpuso denuncia por episodios de amenazas o insultos.

El mismo fenómeno de infradenuncia se observa en los datos obtenidos en los Institutos de Medicina Legal. De los 3.506 casos de lesiones registrados durante el año 2005 en el Instituto de Medicina Legal de Castilla-La Mancha, sólo 3 correspondían a lesiones producidas por pacientes, todas ellas de carácter grave y en los tres casos contra médicos. Y de las 3.671 lesiones registradas en el Instituto de Medicina Legal de Aragón, sólo 7 pertenecían a agresiones contra el personal sanitario, como en el caso anterior, todas ellas revestían gravedad, en seis casos se trataban de médicos y en un caso de una enfermera.

Por distintas razones que se discutirán más adelante, los profesionales denuncian únicamente aquellos incidentes graves en los que se ha requerido atención médica, mientras que las agresiones físicas de menor gravedad y las agresiones no físicas no llegan a los juzgados. Además de otras repercusiones, este hecho impide el conocimiento de la realidad de las agresiones contra los profesionales sanitarios.

## VII.2.2. ESTUDIO SOBRE LAS RELACIONES DE LAS VARIABLES IMPLICADAS EN LAS AGRESIONES.

### VII.2.2.1. Variables implicadas en los diferentes tipos de agresiones.

Se realizó un análisis de regresión logística tomando como variables criterio, en cada ocasión, los distintos tipos de agresiones, habiendo sido dicotomizadas previamente, y como variables predictoras aquellas que mostraron ser significativas en el análisis bivariante: sexo, edad, pareja, número de hijos, servicio, puesto, años trabajados, hospital, percepción de apoyo, mediante el método por pasos condicional hacia delante de Wald.

Tabla 32. Análisis de Regresión Logística. (Variable criterio: agresiones físicas).

VARIABLES DE LA ECUACIÓN.	B	E.T.	WALD	GL	SIG.	EXP(B)
Tiempo trabajado	,063	,015	16,835	1	,000	1,065
Servicio (urgencias)	1,555	,283	30,280	1	,000	4,734
Servicio (psiquiatr)	1,056	,319	10,985	1	,001	2,881
Constante	-3,340	,400	69,644	1	,000	,035

NOTAS: (n = 1.845); B = coeficiente  $\beta$ ; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B) = razón de las ventajas estimada (odds ratio).

Tabla 33. Análisis de Regresión Logística. (Variable criterio: insultos).

VARIABLES DE LA ECUACIÓN.	B	E.T.	WALD	GL	SIG.	EXP(B)
Tiempo trabajado	,035	,009	14,363	1	,000	1,036
Servicio (cirugía)	,549	,193	8,137	1	,004	1,732
Servicio (urgencias)	1,199	,242	24,575	1	,000	3,316
Servicio (psiquiatr)	,633	,255	6,168	1	,001	1,884
Constante	-,742	,202	13,496	1	,000	,476

NOTAS: (n = 1.845); B = coeficiente  $\beta$ ; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B) = razón de las ventajas estimada (odds ratio).

Tabla 34. Análisis de Regresión Logística. (Variable criterio: amenazas).

VARIABLES DE LA ECUACIÓN.	B	E.T.	WALD	GL	SIG.	EXP(B)
Sexo (hombre)	,400	,167	5,695	1	,001	1,491
Tiempo trabajado	,038	,009	16,788	1	,000	1,039
Servicio (cirugía)	,461	,194	5,681	1	,002	1,586
Servicio (urgencias)	1,316	,242	29,572	1	,000	3,728
Constante	-1,081	,209	26,725	1	,000	,339

NOTAS: (n = 1.845); B = coeficiente  $\beta$ ; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B) = razón de las ventajas estimada (odds ratio).

Según se observa en las Tablas 32, 33 y 34, el número de años trabajados se mostró como una variable predictora tanto de las agresiones físicas ( $p < 0,001$ ; odd ratio:1,065) como de los insultos ( $p < 0,001$ ; odd ratio:1,036) y las amenazas ( $p < 0,001$ ; odd ratio:1,039); el pertenecer al servicio de urgencias era igualmente una variable predictora de los tres tipos de agresiones (Tablas 32, 33 y 34), para las agresiones física ( $p < 0,001$ ; odd ratio:4,734), para los insultos ( $p < 0,001$ ; odd ratio:3,316) y para amenazas ( $p < 0,001$ ; odd ratio: 3,728); el hecho de trabajar en el servicio de psiquiatría era predictor de la agresión física ( $p = 0,001$ ; odd ratio: 2,881) y del insulto ( $p = 0,001$ ; odd ratio: 1,884), pero no de la amenaza. El hecho de pertenecer al área de cirugía era una variable predictora de ambas formas de violencia verbal: amenazas ( $p = 0,002$ ; odd ratio: 1,586) e insultos ( $p = 0,004$ ; odd ratio: 1,732). La variable sexo sólo resultó predictora ante las amenazas, siendo los hombres los más amenazados ( $p = 0,001$ ; odd ratio: 1,491).

El análisis de regresión confirma lo que ya se ha expuesto en los datos descriptivos de las agresiones: mientras las agresiones físicas tienen mayor incidencia en los grandes centros, especialmente en los servicios de urgencias y psiquiatría, las amenazas son más frecuentes en aquellos servicios en los que se toman decisiones vitales, como cirugía y urgencias.

#### **VII.2.2.2. Relación de las agresiones con la salud psíquica.**

Por otra parte, también se comprobó la relación entre las agresiones y la distinta sintomatología psíquica (síntomas de depresión, ansiedad, sintomatología asociada al TEPT y *burnout*).

Mediante análisis correlacional se comprobó que no existía correlación estadísticamente significativa entre las agresiones físicas sufridas y la sintomatología psíquica. Sin embargo, sí que se observaron correlaciones

estadísticamente significativas entre la violencia no física con los síntomas de ansiedad, así como con los síntomas asociados al TEPT, pero no con los síntomas de depresión, tal como se puede observar en la Tabla 35. Igualmente, el hecho de haber sido objeto de denuncias o reclamaciones por parte de los pacientes también mostró correlaciones estadísticamente significativas con sintomatología psíquica en general, aunque no con depresión, ansiedad o síntomas del TEPT.

Tabla 35. Correlaciones (Rho de Spearman) entre agresiones y síntomas psíquicos.

	ansiedad	depresión	sintomatología psíquica general	Síntomas TEPT
agresiones físicas	-,031	-,006	-,070	-,015
insultos	,193(*)	,026	,168	,212(*)
amenazas	,289(*)	-,006	,264(**)	,207(*)
denuncias	,056	,055	,212(*)	,153
reclamaciones	,053	,137	,292(**)	,150

NOTAS: (\*\*) la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); (\*) la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Por otra parte, se realizaron diferentes análisis de regresión logística, tomando como variables criterio en cada ocasión los distintos síntomas de salud psíquica, previamente dicotomizadas, y como variables predictoras aquellas que se mostraron significativas en el análisis bivariante: las diferentes formas de agresión, las denuncias, el miedo a ser agredido, el temor a ser denunciado, el número de años trabajados, la situación de pareja, el número de hijos, el puesto o profesión, el servicio y la percepción de apoyo.

Las variables que se mostraron predictoras de los síntomas de depresión (Tabla 36), fueron: el haber sido objeto de denuncia ( $p = 0,004$ ; odd ratio = 100,599) y el número de años trabajados en sanidad ( $p = 0,001$ ; odd ratio = 1,123), mientras que la familia, en concreto el hecho de tener hijos, mostró una relación negativa con este trastorno ( $p = 0,002$ ; odd ratio = 0,040).

Tabla 36. Análisis de Regresión Logística. (Variable criterio: síntomas de depresión).

VARIABLES DE LA ECUACIÓN.	B	E.T.	WALD	gl	Sig.	Exp(B)
denuncias	4,611	1,592	8,388	1	,004	100,599
Insultos	22,229	102,6	,000	1	,998	4506,5
Tiempo trabajado	,116	,046	6,367	1	,001	1,123
Hijos	-3,210	1,432	5,028	1	,002	,040
Constante	-21,67	102,6	,000	1	,998	,000

NOTAS: (n = 1.845); B = coeficiente  $\beta$ .; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B)= razón de las ventajas estimada (odds ratio).

En el mismo análisis de regresión logística, las variables que entraron en la ecuación y que predecían la sintomatología general (Tabla 37), fueron: las agresiones verbales ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 7,205) y el hecho de trabajar en el servicio de psiquiatría ( $p = 0,005$ ; odd ratio=4,740); mientras que el pertenecer a las áreas quirúrgicas y de urgencias, aunque aparecieron como variables criterio en la ecuación, no resultaron estadísticamente significativas.

Tabla 37. Análisis de Regresión Logística. (Variable criterio: sintomatología psíquica general)

VARIABLES DE LA ECUACIÓN.	B	E.T.	WALD	gl	Sig.	Exp(B)
Insultos	1,583	,404	15,355	1	,000	7,205
Servicio ciruj	-,098	,304	,104	1	,747	,907
Servicio urgenc.	,147	,361	,165	1	,684	1,158
Servicio psiquiatr	1,556	,637	5,975	1	,005	4,740
Constante	3,002	,383	61,266	1	,000	20,117

NOTAS: (n = 1.845); B = coeficiente  $\beta$ .; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B)= razón de las ventajas estimada (odds ratio).

Las variables que mejor predecían el cumplimiento de los síntomas del TEPT como criterio diagnóstico, fueron: el haber sufrido amenazas ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 1,234), el hecho de desempeñar la profesión de médico ( $p = 0,003$ ; odd ratio = 2,521) y pertenecer a los servicios de psiquiatría ( $p = 0,017$ ; odd ratio = 4,633); otras profesiones, como directivo, también entraron en la ecuación, pero no resultaron estadísticamente significativas. Igualmente, el hecho de tener hijos, que mostró una relación inversa con este tipo de

sintomatología, tampoco resultó estadísticamente significativo; como se muestra en la Tabla 38.

Tabla 38. Análisis de Regresión Logística. (Variable criterio: síntomas de TEPT).

Variables de la ecuación.	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
amenaza	1,451	,347	17,528	1	,000	1,234
hijos	-,338	,533	,402	1	,526	,713
Puesto (médico)	,925	,310	8,898	1	,003	2,521
Puesto (directivo)	-,464	,465	,996	1	,318	,629
Puesto (otros)	-,612	,540	1,286	1	,257	,542
Serv. (psiquiatr.)	1,435	,599	5,868	1	,017	4,633
Constante	2,578	,313	67,779	1	,000	13,177

NOTAS: (n = 1.845); B = coeficiente  $\beta$ .; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B) = razón de las ventajas estimada (odds ratio).

En el caso de la ansiedad (Tabla 39), la única variable que se mostró claramente predictora fue el Factor1 del TEEM, miedo a ser agredido por el paciente, pero hay que tener en cuenta que ambas variables, por su componente de “*miedo*” se solapan en gran medida.

Tabla 39. Análisis de Regresión Logística. (Variable criterio: síntomas de ansiedad).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
F1-TEEM	,063	,023	7,502	1	,005	1,065
Constante	-1,991	,438	20,620	1	,000	,137

### VII.2.2.3. Relación entre las agresiones y el *burnout*.

Dentro del estudio de las posibles consecuencias de las agresiones sobre la sintomatología psíquica, merece un análisis aparte la relación entre estos episodios violentos y los síntomas de desgaste profesional, o *burnout*.

Como ya se ha referido, el *burnout* es un proceso dinámico a consecuencia de un estrés crónico ocupacional. Dicho estrés se ha relacionado

con diferentes factores presentes en el medio de trabajo, como la sobrecarga laboral, la falta de control en la tarea y otros estresores comunes prácticamente a todas las profesiones. Pero es necesario tener en cuenta que el medio sanitario posee fuentes de estrés distintivas respecto a otros medios laborales. Los síntomas de *burnout* aparecerían al producirse un claro desequilibrio entre las demandas laborales y la capacidad para afrontarlas de forma eficaz y se expresaría mediante claros síntomas de cansancio emocional, alto nivel de despersonalización, posiblemente como un mecanismo de afrontamiento dirigido a conservar los recursos emocionales, llegando a producir en sus fases más avanzadas un manifiesto sentimiento de falta de realización personal en el trabajo, o sentimiento de ineficacia.

Todas estas dimensiones han sido analizadas en este trabajo en relación a los diferentes tipos de agresiones, encontrándose correlaciones estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de agresiones y las denuncias con el *burnout* (Tabla 40).

Tabla 40. Correlaciones (Rho de Spearman) entre agresiones/denuncias y dimensiones del *burnout*.

	MB	CE	DP	RP
agresiones físicas	,141(**)	,109(**)	,145(**)	-,015
insultos	,218(**)	,167(**)	,215(**)	-,037
amenazas	,312(**)	,198(**)	,237(**)	-,050
denuncias	,393(**)	,066(*)	,197(**)	-,070(*)
Reclamaciones	,071(*)	,064(*)	,104(**)	-,017

NOTAS: (\*\*) la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); (\*) la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). MB = medida unidimensional del burnout, CE = cansancio emocional; DP = despersonalización; RP = falta de realización personal.

Por otro lado, se realizaron análisis de regresión logística tomando como variable criterio, en cada ocasión, las dimensiones que conforman el *burnout*: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización, así como el nivel de *burnout* entendido como una sola dimensión, todas ellas dicotomizadas

previamente, y como variables predictoras aquellas que se mostraron estadísticamente significativas en el análisis bivariante.

Como puede observarse en la Tabla 41, los episodios de agresión física ( $p = 0,001$ ; odd ratio = 1,338) y los insultos ( $p = 0,001$ ; odd ratio = 1,507) se configuraron como variables predictoras del *burnout*, entendido como medida unidimensional, así como el hecho de pertenecer al área de servicios centrales -citas y atención al paciente- ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 6,950), la profesión de celador ( $p = 0,006$ ; odd ratio = 6,346) y los dos factores del TEMM, como ya se había visto anteriormente. Mostraron una relación en sentido contrario el hecho de ejercer la profesión de médico ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 0,522) y la de enfermería, aunque ésta última no mostró significación estadística, el pertenecer al servicio de psiquiatría ( $p = 0,008$ ; odd ratio = 0,454) y al de urgencias (sin resultar estadísticamente significativa ésta última) y también la variable apoyo ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 0,359).

Tabla 41. Análisis de Regresión Logística (Variable criterio: *burnout* unidimensional).

Variables de la ecuación	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Agres. Física	,946	,276	11,752	1	,001	1,338
Insultos	,679	,267	6,457	1	,001	1,507
Serv. (central)	1,939	,452	18,374	1	,000	6,950
Serv. (Urgen)	-,243	,263	,857	1	,355	,784
Serv. (Psiqr.)	-,789	,296	7,105	1	,008	,454
F1 TEEM	,054	,016	10,894	1	,001	1,055
F2 TEEM	,097	,023	17,632	1	,000	1,102
Enfermero	-,399	,536	,555	1	,456	,671
Médico	-,650	,198	10,792	1	,001	,522
Celador	1,848	,668	7,651	1	,006	6,346
Apoyo	-1,025	,215	22,717	1	,000	,359
Constante	-,431	,316	2,914	1	,088	,646

(n = 1.683); B = coeficiente  $\beta$ ; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B)= razón de las ventajas estimada (odds ratio).

A la hora de explicar las dimensiones que conforman el *burnout*, el cansancio emocional (Tabla 42) era explicado por el hecho de haber sido objeto de denuncias ( $p = 0,048$ ; odd ratio = 1,463), por el tiempo trabajado en sanidad ( $p = 0,005$ ; odd ratio = 1,029), por la pertenencia a los servicios centrales ( $p = 0,001$ ; odd ratio = 2,075), o al área quirúrgica ( $p = 0,04$ ; odd ratio = 1,532); así como el factor 1 del Cuestionario TEEM ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 1,095).

El apoyo mostró una relación inversa respecto al cansancio emocional ( $p = 0,001$ ; odd ratio = 0,491), igual que el hecho de pertenecer al servicio de psiquiatría, aunque ésta última variable no se mostró estadísticamente significativa.

Tabla 42. Variable criterio: cansancio emocional (CE).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Denuncias	,770	,390	3,900	1	,048	1,463
Tiempo trabaj	,028	,010	7,666	1	,005	1,029
Serv. (central)	,730	,295	6,118	1	,001	2,075
Serv. Quirur.	,427	,210	4,116	1	,042	1,532
Serv. Urgenc.	,337	,249	1,827	1	,177	1,401
Serv. Psiquiatr	-,339	,298	1,290	1	,256	,712
F1-TEEM	,091	,012	59,353	1	,000	1,095
Apoyo	-,711	,208	11,712	1	,001	,491
Constante	-2,076	,275	57,066	1	,000	,125

(n = 1.683); B = coeficiente  $\beta$ .; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B)= razón de las ventajas estimada (odds ratio).

La despersonalización (Tabla 43) también era explicada por el hecho de haber sido objeto de denuncias ( $p = 0,01$ ; odd ratio = 1,777) y por el factor 1 del Cuestionario TEEM ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 1,071), mientras que el hecho de tener pareja estable mostró una relación inversa respecto a la despersonalización ( $p = 0,005$ ; odd ratio = 0,568).

Tabla 43. Variable criterio: despersonalización (DP).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Denuncia	,575	,223	6,639	1	,010	1,777
pareja	-,567	,200	9,061	1	,005	,568
F1-TEEM	,069	,010	81,741	1	,000	1,071
Constante	-1,525	,169	81,741	1	,000	,218

(n = 1.683); B = coeficiente  $\beta$ .; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B)= razón de las ventajas estimada (odds ratio).

Los insultos se mostraron como variable predictora de la falta de realización personal en el trabajo, como puede verse en la Tabla 44 ( $p = 0,001$ ; odd ratio = ,995), así como el pertenecer a los servicios centrales ( $p = 0,001$ ; odd ratio = ,499) y el factor 1 del Cuestionario TEEM, miedo a ser agredido ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 0,949). El pertenecer al servicio de urgencias también apareció en la ecuación, pero sin significación estadística. Mientras que el hecho de tener hijos mostró la relación contraria ( $p < 0,001$ ; odd ratio = 2,680), al igual que el hecho de pertenecer al servicio de psiquiatría, aunque no fue estadísticamente significativo.

Tabla 44. Variable criterio: realización personal (RP).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Insultos	-,006	,276	11,275	1	,001	,995
hijos	,986	,244	16,349	1	,000	2,680
Serv. Central	-,695	,407	2,920	1	,001	,499
Serv. Urg.	-,172	,297	,336	1	,562	,842
Serv. Psiquia.	,065	,311	,044	1	,835	1,067
F1-TEEM	-,052	,013	15,244	1	,000	,949
Constante	-1,675	,300	31,234	1	,000	,187

(n = 1.683); B = coeficiente  $\beta$ .; E.T. = error típico de  $\beta$ ; Wald = Estadístico de Wald; Exp (B)= razón de las ventajas estimada (odds ratio).

De los apartados anteriores se desprende que los distintos tipos de agresiones hacia el personal sanitario pueden tener diferentes consecuencias para la salud psíquica y el desgaste profesional de las víctimas. Todo ello, en conjunto, podría estar contribuyendo al deterioro en la relación asistencial, de

manera muy especial si el profesional no se siente apoyado por la dirección y/o administración.

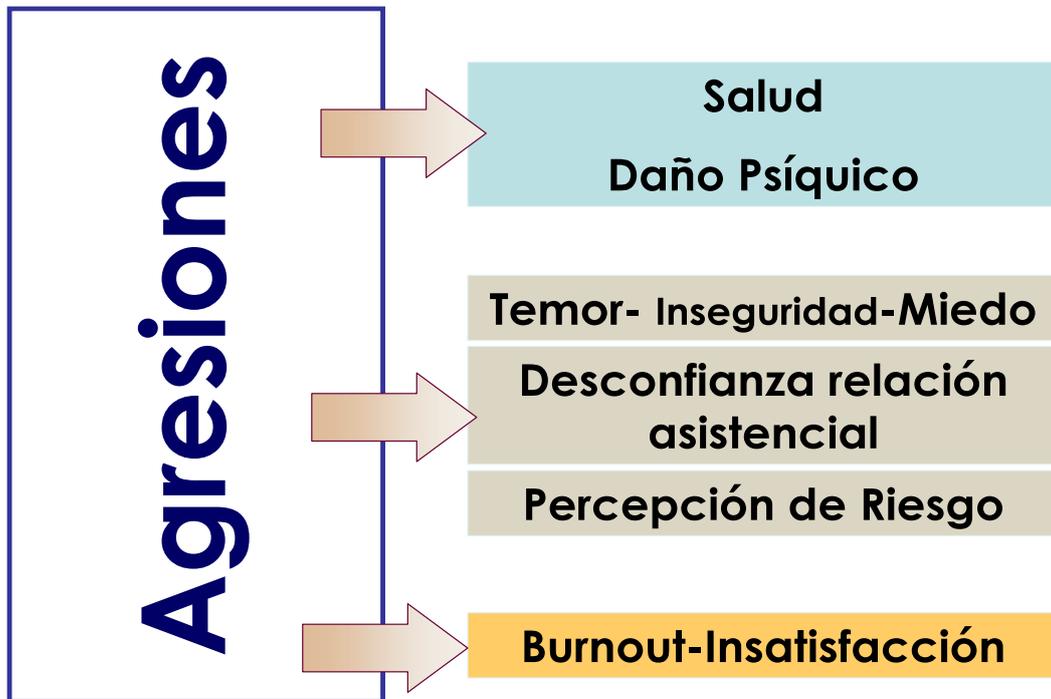


Figura 27. Consecuencias de las agresiones a profesionales sanitarios.

#### VII. 2.2.4. Relación entre las agresiones y el desajuste en la relación asistencial.

Una buena relación asistencial, basada en la confianza mutua entre el profesional sanitario y el paciente, es una condición indispensable para la óptima asistencia sanitaria. Dicha relación puede verse afectada por distintas molestias, presiones, o incluso agresiones por parte del paciente hacia el profesional sanitario, generando en éste temores e inseguridades que van a deteriorar aún más dicha relación.

Como se ha expuesto, el grado de desajuste o de desconfianza en la relación asistencial fue medido mediante el cuestionario TEEM que consta de dos dimensiones o factores: F1, temor a ser dañado y F2, temor a ser denunciado a consecuencia de errores.

Antes de analizar la contribución que los distintos tipos de agresiones pueden tener sobre el deterioro de relación asistencial, se realizó la prueba de Komogorov-Smirnoff, comprobándose que las puntuaciones del cuestionario no siguen una distribución normal, por lo que se realizó un contraste no paramétrico (U de Mann-Whitney) en el que se comparaban las puntuaciones en estas dos dimensiones entre los profesionales que habían sufrido agresiones y denuncias, con quienes no las habían sufrido.

Tal como se esperaba, en todos los casos se observaron diferencias estadísticamente significativas, existiendo mayor grado de temor en sus dos dimensiones (temor a ser agredido y miedo a ser denunciado como consecuencia de errores o mala praxis) entre quienes habían sido víctimas de agresiones físicas, verbales, u objeto de denuncia por parte de los pacientes, como se muestra en la Tabla 45.

Tabla 45. Comparación entre afectados y no afectados por agresiones y denuncias en cuanto a factores del TEEM (Prueba U de Mann-Whitney).

	<b>F1 TEEM</b>		<b>F2 TEMM</b>	
	U Mann-Whitney	signific.	U Mann-Whitney	signific.
<b>Agresión física</b>	-6,727	0,000	-2,480	0,004
<b>Insultos</b>	-8,108	0,000	-3,596	0,000
<b>Amenazas</b>	-10,113	0,001	-4,858	0,001
<b>Denuncias</b>	-5,188	0,000	-4,287	0,001

De todo ello puede concluirse que las agresiones físicas y no físicas están contribuyendo a una disfunción en la relación asistencial, e interesaba comprobar si tal desajuste se veía reflejado en otras manifestaciones sintomáticas.

Como ya se ha visto anteriormente al describir las variables predictoras de la sintomatología psíquica, el factor 1 del TEEM (miedo a ser agredido) predecía los síntomas de ansiedad (se trataría de una ansiedad no especificada). Al realizarse la prueba de Mann-Whitney contrastando a profesionales con y sin trastornos (Tabla 46), observamos que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a trastorno de ansiedad en ambas dimensiones del TEEM, diferencias que también se observan en el Factor 1 en cuanto a síntomas asociados TEPT, pero no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con depresión y sin depresión.

Tabla 46. Comparación de profesionales con y sin trastorno en cuanto a los dos factores del TEEM.

Síntomas	F1 TEEM		F2 TEMM	
	U Mann-Whitney	signific.	U Mann-Whitney	signific.
<b>ansiedad</b>	-2,625	0,005	-2,070	0,005
<b>depresión</b>	-0,055	0,956	-0,956	0,456
<b>TEPT</b>	-1,937	0,005	-4,858	0,094
<b>Sint. Psíquica general</b>	-2,178	0,006	-4,348	0,023

#### VII. 2.2.5. Relación del apoyo percibido con las agresiones y la sintomatología psíquica.

Únicamente dos de cada diez profesionales se sentían apoyados por la dirección, o por la administración, ante casos de agresiones y denuncias, y como se observa en la Tabla 47, esta variable mostró una relación paralela con el nivel jerárquico, es decir, a menor nivel jerárquico menor era el apoyo percibido.

Tabla 47. Porcentaje de profesionales, por puesto, que se sienten apoyados por la administración.

<b>Puesto</b>	
directivo	60,0%
médico	30,4%
enfermería	19,1%
administración	28,8%
celador	0%
otros	7,4%

Se observó una correlación estadísticamente significativa y en sentido negativo entre las agresiones y el apoyo percibido: quienes habían sufrido más agresiones se sentían menos apoyados ( $r = -0,338$ ;  $p < 0,001$ ). Pero también la variable apoyo mostró una relación inversa, estadísticamente significativa, con la sintomatología psíquica, es decir, a mayor sentimiento de apoyo, menor índice de síntomas psíquicos ( $r = -0,067$ ;  $p < 0,05$ ) y también menores índices de *burnout* ( $r = -0,207$ ;  $p < 0,001$ ).

Cabrían varias interpretaciones para explicar la relación entre el bajo índice de apoyo percibido por quienes han sido víctimas de incidentes violentos. Por un lado, quienes han sufrido agresiones posiblemente no hayan visto cumplidas sus expectativas respecto a lo que suponen debiera hacer la dirección de su centro, o la administración sanitaria. Por otro lado, quienes no las han sufrido, es posible que no se planteen la cuestión de si se sienten, o no, apoyados por la administración y den por hecho de que en tal situación sí serían apoyados. En cualquier caso, esta hipótesis tendría que ser refinada en futuras investigaciones.

Muy en relación con la variable apoyo, se encuentra el hecho de haber recibido la formación necesaria para el manejo de situaciones potencialmente violentas. Como ya se ha referido, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario al Servicio de los Sistemas de Salud, establece para con la administración la obligación de ofrecer la formación necesaria para prevenir los posibles riesgos derivados de la actividad laboral.

El porcentaje de profesionales que habían recibido formación en este aspecto fue muy bajo entre aquellas profesiones de mayor riesgo: un 16,7% de los médicos y un 7% del personal de enfermería, siendo prácticamente inexistente en el caso de los celadores, o del personal de administración, como puede observarse en la Tabla 48.

Tabla 48. Porcentaje, por puestos de profesionales que han recibido formación necesaria para el manejo de situaciones potencialmente violentas.

<b>puesto</b>	
directivo	10,0%
médico	16,7%
enfermería	7,0%
administración	1,3%
celador	,0%
otros	7,4%

# discusión



## **VIII. DISCUSIÓN**

Sobre la base de los resultados obtenidos, podemos establecer distintas consideraciones sobre la incidencia de las agresiones en el medio sanitario, sobre la escasa denuncia observada, en este y en otros estudios, sobre las variables implicadas en las agresiones, las áreas de riesgo y las diferentes consecuencias para la salud de los profesionales y para la relación asistencial. Por otra parte, y como se señalaba en el apartado de objetivos, estos resultados pueden ayudar a la hora de diseñar medidas de intervención y de establecer de protocolos de actuación médico-legal.

### **VIII.1. CONSIDERACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE DEFINICIONES UNITARIAS PARA CADA TIPO DE AGRESIÓN.**

Como ya se ha referido al inicio de este trabajo, para la realización del mismo se partió de la utilización de una definición clara y precisa de los tipos concretos de violencia que se pretendían medir. En primer lugar, se tomó como referencia la clasificación de la OSHA, y dentro de ella, se especificó a los participantes que sólo se investigaba la violencia del Tipo II, la ejercida en el medio laboral por clientes, usuarios, pacientes o alumnos, quedando excluidos por tanto los incidentes violentos sin relación con el trabajo, o los daños psicológicos o morales derivados de otras manifestaciones de la violencia producida en el ámbito de las relaciones laborales en las que los autores y la víctima sean compañeros o tengan alguna vinculación jerárquica o de dependencia.

Asimismo, el cuestionario planteaba de forma clara y evidente preguntas que versaban exclusivamente sobre las situaciones de violencia

ejercida contra los profesionales sanitarios en su lugar de trabajo por parte de los pacientes y usuarios y de sus familiares o acompañantes, en los establecimientos sanitarios en los que prestan sus servicios, incluida la asistencia médica en la calle o a domicilio, como consecuencia de su actividad profesional. Igualmente, se definía lo que se entiende como agresión física, insulto, amenaza, coacción, etc., siguiendo las mismas definiciones propuestas por Winstanley y Wittington (2003b).

Una de las críticas que se ha venido realizando a la investigación científica sobre las agresiones contra los profesionales sanitarios llevada a cabo hasta el momento, es la existencia, en muchos casos, de errores de claridad de concepto en los distintos tipos de agresiones a estudiar, no distinguiéndose como categorías independientes a las agresiones físicas de las amenazas y a éstas de los insultos. Esta circunstancia ha dificultado en la práctica la comparación de los resultados de las pocas investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha.

Se consideró fundamental seguir los criterios de claridad y de unificación. Claridad en cuanto a la definición de las variables a estudiar, es decir, saber bien lo que se quería medir, y unificación en cuanto a las definiciones, teniendo en cuenta los estudios efectuados, para la correcta interpretación de los resultados y para la posterior comparación de éstos con los encontrados en posteriores trabajos.

A la hora de diseñar el estudio y de confeccionar la encuesta se podía haber decidido tomar como referencia en las categorías de violencia a estudiar las utilizadas por muy diversos autores (Al-Sahlawi y cols., 1999; Carmi-Iluz y cols., 2005; Mayhew y cols., 2005). No obstante, se consideró importante a la vista de los hallazgos de Winstanley y Wittington (2004) tomar como propias las categorías utilizadas por estos investigadores, ya que nos parecía que podían reflejar mejor la naturaleza y características de la violencia a estudiar.

Por otro lado, pesó en nuestra decisión un hecho tan importante como era la coincidencia de esas categorías utilizadas por estos autores con el catálogo de delitos del Código Penal actualmente en vigor.

Resultaba evidente la ventaja de esta “coincidencia” en la catalogación de las agresiones, puesto que permite entender mejor las potenciales consecuencias de las mismas para los agresores, y una mejor identificación de los bienes jurídicos que se podían estar lesionando, tal vez de forma impune, en el ámbito sanitario. Sería deseable que esta identificación fuera asumida por todas las partes implicadas: usuarios, profesionales y el conjunto de la sociedad. Sólo así puede tomarse conciencia de la trascendencia del problema que nos ocupa.

El hecho de que se definiera en cada ítem el tipo de agresión por el que se estaba preguntando y que se pidiera a los participantes que se ciñeran a estos y no a otros episodios, ha resultado de una gran ayuda, facilitando la comprensión de quienes lo respondían y también el análisis de los datos.

Algunos participantes añadían comentarios en los márgenes, tratando de ofrecer más detalles, o denunciando otras situaciones de acoso laboral o sexual, pidiendo que tales conductas fueran también investigadas. Comentarios que únicamente han sido considerados a la hora de elaborar los informes para cada centro, pero que obviamente no han sido tenidos en cuenta en los resultados de este estudio en el que se pretendían analizar las agresiones a los profesionales de la sanidad por parte de pacientes y usuarios.

En el transcurso del último año, con la elogiada intención de dar respuesta al problema de las agresiones en el medio sanitario, diferentes instituciones y organismos han iniciado labores de edición de manuales de actuación y muestran en sus páginas web encuestas con el objetivo de conocer la magnitud de esta realidad. Sin embargo, en todos los casos y sistemáticamente, se vuelve a caer en el error recurrente, ampliamente descrito

en la literatura científica sobre el tema. Esto es, han confeccionado encuestas que son un mero agregado de ítems en los que se pregunta sobre la violencia en general, sin establecer de forma clara y precisa lo que se entiende por las diferentes manifestaciones de la misma.

A la vista del estado de la cuestión en el contexto internacional, consideramos un error poco excusable este tipo de propuestas que, evidentemente, surgen de la improvisación y del desconocimiento de la literatura científica. Consideramos que el Cuestionario administrado en nuestro estudio puede ser un buen instrumento de referencia, o al menos las categorías establecidas en el mismo, por lo que sería recomendable para su utilización en futuros estudios, ya que además facilita la comparación con nuevos datos que se obtengan en otros trabajos realizado en este ámbito.

## **VIII.2 CONSIDERACIONES ACERCA DE LA INCIDENCIA DE LAS AGRESIONES EN EL MEDIO SANITARIO.**

La situación de indefensión del personal sanitario, aun siendo desconocida su total su magnitud, se intuye alarmante, pudiéndose afirmar que se trata de un fiel reflejo de una realidad que afecta a toda una sociedad (Bell y Martínez-Jarreta, 1999; Kowalenko y cols., 2005).

Nuestros resultados son coincidentes con los observados en otras investigaciones internacionales (Findorff y cols., 2004; Gerberich y cols., 2004; Moreno Jiménez y cols., 2005; Wells y Bowers, 2002) y reflejan la magnitud del problema y la elevada incidencia de las agresiones contra el personal sanitario en nuestro país.

El hecho de que el 11% de los profesionales de nuestra muestra hubieran sufrido al menos un episodio de agresión física y un 5% lo hubieran sufrido en más de una ocasión, entendemos que se trata de un dato alarmante.

Pero no lo es menos el que el 64% fueran víctimas de agresiones no físicas, el que un 34,4% hubieran sufrido amenazas y coacciones al menos en una ocasión y un 23,8% en reiteradas ocasiones; y el que un 36,6% hubieran sufrido insultos por lo menos en una ocasión y un 24,3% en varias.

Aunque en este trabajo se han registrado algunos casos concretos y dramáticos de agresiones muy graves contra los profesionales sanitarios (intentos de estrangulamiento, empleo de arma blanca), éstos constituyen un porcentaje reducido en el conjunto de las agresiones.

Debe destacarse el hecho de que, si bien no se encontraron obstáculos a la hora de participar por parte de los profesionales en general en cada uno de los centros, se observó una cierta resistencia por parte de los médicos, a quienes hubo que realizar más recordatorios para que entregaran sus cuestionarios. Podemos decir que la actitud del conjunto de los médicos fue “a priori” menos expresiva de disposición a la colaboración como “sujetos de estudio”. Por este motivo, a lo largo del estudio se contactó con varios profesionales que nos narraron experiencias de violencia realmente traumáticas, y que sin embargo en la práctica declinaron contestar la encuesta por no querer revivir las sensaciones que acompañaban esos recuerdos. Todo ello nos hace pensar que, aunque la incidencia de las agresiones resulta elevada, todavía puede ser mayor de lo que los datos mostraron.

En la misma línea que lo descrito por otros autores (Gerberich y cols., 2004), sólo los casos muy graves llegan al conocimiento público, siendo presentados en los medios de comunicación como hechos aislados e insólitos. Sin embargo, en nuestro país, como en otros, parece existir una violencia, “menos grave”, insidiosa y habitual, instalada en el medio sanitario, que es la que se refleja en los datos de esta investigación y que puede tener gravísimas

consecuencias a medio o largo plazo desde muy distintas perspectivas, pero en particular para la salud de los trabajadores afectados.

En la mayoría de las agresiones físicas analizadas en este estudio, el agresor empleó sus propias armas naturales (88%), como las manos, los puños, o los pies; o instrumentos casuales. En definitiva, más de la mitad de estos episodios podrían catalogarse desde una perspectiva jurídica como “maltrato de obra” sin resultado lesivo, y constituyendo en la mayoría de los casos lesiones leves de tipo contuso que podrían calificarse “faltas de lesión” por su escasa trascendencia desde la perspectiva de la salud física. Tan sólo un 5% de los casos hallados de agresiones físicas podrían ser considerados como delito de lesiones en virtud de la definición del actual Código Penal.

La prevalencia de los casos de agresiones, además de ser elevada, puede intuirse que va en ascenso. La violencia, como fenómeno social, se comportó en este estudio de una manera idéntica a como se muestra en general en otros ámbitos, siendo más frecuente en las ciudades y en los centros grandes, que en las localidades pequeñas. El índice de agresiones va en una dirección paralela al tamaño del núcleo poblacional.

Los centros pertenecientes a núcleos rurales y a los urbanos más pequeños fueron los que registraron tasas menores de agresiones físicas en términos relativos, frente a la mayor incidencia de observada en los grandes hospitales, en los que la prevalencia iba en función de su tamaño y grado de complejidad, independientemente de la provincia o comunidad en la que estuvieran ubicados.

Las agresiones verbales mostraron en general tasas elevadas, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas entre los distintos centros y provincias, situándose en tasas que van del 50% en el hospital de Teruel, al 60% en los centros de atención primaria de la provincia de Albacete y siendo, en general, ligeramente más frecuentes en atención primaria que en los centros

hospitalarios. Sin embargo, y como se discutirá más adelante, la incidencia de la violencia verbal en algunos servicios hospitalarios como urgencias y psiquiatría alcanzó índices mucho más elevados.

Algo similar ocurrió con las amenazas, aunque las diferencias entre centros sí resultaron estadísticamente significativas, y van desde el 43% de profesionales amenazados en el hospital de Teruel, al 59% registrado en atención primaria de la provincia de Zaragoza. Igualmente, en ciertos servicios hospitalarios, como urgencias y áreas quirúrgicas, estos índices fueron muy superiores.

Podemos afirmar que según aumenta la masificación, la complejidad y burocratización de un centro más crece la probabilidad de que se produzcan actos de violencia. Como ya se ha comentado en apartados anteriores, el hecho de que los profesionales conozcan a sus pacientes y puedan establecer una comunicación basada en la confianza, como ocurre en los centros rurales o en los hospitales de pequeño tamaño, favorece la relación asistencial y, por lo tanto minimiza la posibilidad de que se produzcan actos violentos. Mientras que la presión asistencial de los grandes hospitales, el trabajar con escasos medios, con un tiempo limitado, debiendo priorizar, y donde no existe una relación personalizada entre profesional y paciente, o ni tan siquiera existe un ámbito adecuado en el que pueda establecerse esta relación, como ocurre en los servicios de emergencias, son condiciones que favorecen el desencuentro y propician que se recurra a la violencia como forma de comunicar el descontento.

Se puede hipotetizar un incremento de la violencia en la medida en que las ciudades y los centros se sigan desarrollando y, por tanto, haciéndose más complejos. Cuestión ésta que puede ser objeto de investigación en futuros estudios.

### **VIII. 3. CONSIDERACIONES ACERCA DE LA IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES IMPLICADAS EN LAS AGRESIONES.**

Como ya se ha referido anteriormente, hasta el momento, han escaseado los estudios como el presente, y los realizados se circunscribían a los servicios psiquiátricos y a los servicios de urgencias, ya que se suponían los escenarios principales de la violencia (Cembrowicz y Shepherd, 1992; Whittington y cols., 1996). Por otra parte, la mayoría de estos estudios estaban realizados sobre muestras compuestas exclusivamente por profesionales de enfermería. El carácter más reivindicativo y sindicado de este grupo de profesionales sanitarios parece señalarse como un factor fundamental para que esto haya sido así, además de su proverbial disposición y mayor colaboración de este colectivo en estudios de este tipo (Anderson y Parish, 2003; Atawneh y cols., 2000; Gerberich y cols., 2004; Jourbert y cols., 2004; Rowe y Sherlock, 2005).

Este hecho, ya observado por distintos autores (Jackson y Ashley, 2005) se comprobó en este estudio, como ya se ha señalado en el apartado anterior. Llamó la atención su buena disposición, en particular si se compara con el colectivo médico, más reticente a participar como “sujetos de estudio”. Esto nos podía haber llevado a un error de sesgo, si no se hubiera planteado como un estudio controlado en el que los participantes fueran seleccionados mediante muestreo estratificado proporcional al número de profesionales de cada centro. Y por ello no es de extrañar que en muchos estudios la conclusión sea que el profesional de enfermería sea el más afectado por la violencia y, dado que la composición por sexo de este grupo es fundamentalmente femenina, que la mujer es la más agredida también como profesional en el medio sanitario.

Han sido escasos los trabajos científicos que consideran las agresiones en el conjunto de la organización sanitaria de un país, teniendo en cuenta todo un espectro de centros de distinto rango (hospitales generales, locales y

centros de atención primaria); del mismo modo que tampoco abundan las investigaciones en las que se haya incluido a todo el espectro de profesionales que se encuentran expuestos a este problema (Winstnaley y Whittington, 2004).

No nos resultó, por tanto, extraño comprobar que si bien algunos autores habían señalado como perfil de riesgo para la víctima el hecho de ser mujer y de estar dedicada a la profesión de enfermería (Anderson y Parish, 2003; Gerberich y cols., 2004), en nuestro estudio no se apreciara correlación estadísticamente significativa entre las agresiones físicas y el sexo de la víctima, ni tampoco entre las agresiones físicas y el tipo de puesto. La violencia física parecía ser ejercida de una forma indiscriminada sin hacer distinción entre profesionales.

La violencia en forma de insulto tampoco presentó diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, pero sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de puesto, siendo los médicos los más insultados en el conjunto de profesionales investigados ( $p = 0,04$ ).

Hay que destacar los resultados en el caso de las amenazas. Para este tipo de violencia sí que se encontraron correlaciones estadísticamente significativas según el sexo, siendo los hombres más amenazados que las mujeres ( $p = 0,003$ ), y también según el puesto, aumentando la incidencia de las mismas en la medida en que aumentaba el nivel de responsabilidad en la toma de decisiones ( $p < 0,001$ ). Se comprobó que este tipo de violencia seguía una distribución ascendente en paralelo al ascenso en el orden jerárquico de la víctima.

En este caso se podía hablar de una acción intencional que discrimina perfectamente, al ir dirigida hacia quien ostenta el “principio de autoridad”, y que no solamente expresa una falta de respeto por el mismo, sino que, además,

lo violenta con el propósito de conseguir una modificación en la toma de decisiones.

Precisamente, la conducta que da nacimiento al delito de amenazas, según el Código Penal, se caracterizaría por intentar interferir el proceso de deliberación previo a la toma de una decisión, con el propósito intencionado de modificar la misma en el sentido deseado. Mientras que en el delito de coacciones, la violencia se aplica para lograr una decisión ya tomada. Por tal motivo, se entiende que fueran los directivos y los médicos los más afectados por este tipo de conducta.

La importancia de este hallazgo pone en evidencia simplemente a través de unas frías cifras que más del 60% de los médicos y de los directivos (entre los que se encontraban jefes de servicio también médicos) habían sido amenazados, el 50% del personal de enfermería, el 45% del personal de administración y un 25% en el caso de celadores. Además, su incidencia fue mayor en aquellos servicios donde se toman decisiones vitales, como las áreas de urgencias y quirúrgicas. Lo que impresiona vivamente, en comparación a la distribución por servicios de las agresiones físicas y de los insultos.

Si tomamos los distintos tipos de agresiones en su conjunto (físicas y verbales), no se encontró correlación estadísticamente significativa con el sexo del agredido, pero sí que se observaba en función del puesto, siendo los médicos nuevamente los más perjudicados respecto al resto de la plantilla ( $p = 0,05$ ).

De manera que las agresiones, o bien no muestran correlaciones estadísticamente significativas con el sexo, en el caso de las agresiones físicas, o si las muestran, como en el caso de las amenazas, es en la dirección de señalar a los hombres como más amenazados. Este hecho podría ser explicado por diferentes motivos. Por un lado, por la tendencia ya comentada de seguir el “principio de autoridad” (todavía en nuestro entorno se sigue considerando al hombre como expresión de la misma), o bien, como han señalado algunos

autores, por la mayor empatía mostrada con los pacientes por parte de las mujeres (Mestre, Frías, Samper, 2004).

Estos resultados no son coincidentes con lo encontrado en la mayoría de estudios (Anderson y Parish, 2003; Farrell, 1999; Rippon, 2000) en los que se señala al hecho de ser mujer como un factor que aumenta el riesgo de las agresiones. Ya se ha discutido la valoración que ha de hacerse de estos estudios, ya que la mayoría han sido realizados sobre personal de enfermería.

Sí que se ha observado un fenómeno equivalente al de nuestro estudio en otro llevado a cabo sobre profesionales sanitarios en Kuwait (Atawneh y cols., 2003). En él, los autores justifican la mayor incidencia de agresiones hacia los varones por cuestiones culturales y antropológicas de aquel país, en el que la mujer no es vista como una profesional con autoridad y capacidad de decisión y, por lo tanto, las exigencias o los desacuerdos son planteados con los varones.

En lo que se refiere a la distribución de los incidentes violentos por servicios en nuestra muestra, y respecto a las agresiones físicas, casi la mitad de los profesionales de urgencias las habían sufrido al menos una vez.

Señalar que en los servicios de psiquiatría, los agredidos alcanzaban un 27% del total de la plantilla. Pero también fue considerable el número de agredidos en servicios centrales (atención al paciente y citaciones), y aunque menos elevados, las cifras de agredidos en otros servicios no dejan de ser preocupantes.

En cuanto a las agresiones verbales, las diferencias entre servicios fueron menos evidentes, destacando aquí también el alto número de profesionales insultados en los servicios de urgencias (72,1%) o de psiquiatría (59,1%).

Respecto a las amenazas, fue de nuevo urgencias, con un 87% de profesionales que habían sido amenazados y, en esta ocasión, las áreas quirúrgicas, con un 62%, donde se registró mayor incidencia respecto a otros

servicios del hospital. Si dejamos a un lado la situación de los servicios de urgencias, que por su dramatismo merecen un tratamiento especial, lo encontrado en los servicios quirúrgicos viene a avalar que este tipo de comportamiento violento se produce con frecuencia en los servicios en los que se toman decisiones de importancia vital. En el resto de las áreas, aun a pesar de haberse registrado índices elevados, éstos eran muy inferiores en términos relativos.

La distribución observada de los distintos tipos de agresiones por áreas y servicios se mantenía al comparar a los grandes hospitales entre sí, y a los centros de idéntica categoría aunque estuvieran ubicados en distintas Comunidades Autónomas, como ya se ha referido anteriormente.

Los datos obtenidos mediante análisis de regresión logística mostraron que el hecho de pertenecer al servicio de urgencias predecía todos los tipos de agresiones, mientras que el hecho de trabajar en el servicio de psiquiatría era predictor de la agresión física y del insulto, pero no de la amenaza.

Esto nos lleva a la consideración de que la violencia física y los insultos son formas de violencia caracterizadas por surgir de la impulsividad en situaciones en las que pueden estar presentes el arrebato por la situación de riesgo vital, el miedo, la emergencia, la masificación, la falta de medios y, sobre todo, de personal suficiente para atender una demanda desfasada. Sin embargo, el comportamiento amenazante - que no predomina en una de las áreas de mayor incidencia de hechos violentos, como es psiquiatría - es una forma de violencia intencional y dirigida, como hemos visto, que parece ser más elaborada y menos asociada a la impulsividad, con una distribución, además, que hemos comprobado no es tan aleatoria como la que presenta el insulto y, sobre todo, la agresión física.

De manera que a la hora de dibujar un mapa de las agresiones contra los profesionales sanitarios vemos que los servicios de urgencias y psiquiatría son,

con mucha diferencia, los principales escenarios de violencia física y, aunque los índices de otros servicios son significativamente inferiores, no dejan de ser preocupantes.

Como cabía esperar, el índice de agresiones físicas fue mayor en los grandes hospitales que en los centros de atención primaria y en los hospitales de pequeñas localidades. Este dato es coincidente con lo hallado en otros estudios que relacionan las agresiones con la masificación y con la imposibilidad de establecer una relación médico-paciente adecuada (Hesketh y cols. 2003; Moreno Jiménez y cols., 2005; Palmstierna y Wisetedt, 1989).

Sin embargo, en lo que se refiere a agresiones verbales, no se encontraron diferencias entre los distintos centros; y en cuanto a amenazas, aunque se observaron diferencias estadísticamente significativas, éstas eran menores que las encontradas en las agresiones físicas.

En cuanto a las características del agresor se comprobó que en un 85% de las ocasiones era el propio paciente, aunque en urgencias esta cifra disminuía en favor de los acompañantes que perpetraron el 27% de las agresiones en este servicio. También en la mayoría de las ocasiones, el agresor se encontraba en condiciones de imputabilidad (73,2%), tratándose en el resto de las ocasiones de personas con sus capacidades cognitivas mermadas o bajo los efectos de alcohol o drogas (26,7%).

#### **VIII.4. CONSIDERACIONES ACERCA DEL FENÓMENO DE LA INFRADENUNCIA.**

Las cifras obtenidas sobre casos de agresiones físicas y no físicas contrastan con el hecho de que únicamente ocho profesionales de este estudio denunciaron las agresiones sufridas, teniendo en cuenta que estos ocho casos se refieren a agresiones físicas graves que requirieron atención médica. El índice de denuncia se cifra pues en un 3,7% de las agresiones físicas; y cabe

destacar que, a pesar de la elevada frecuencia de los mismos, en ningún caso se interpuso denuncia por episodios de amenazas o de insultos.

El mismo fenómeno volvió a constatarse al comprobar los registros de agresiones durante el año 2005 de los Institutos de Medicina Legal de Aragón y de Albacete, en los que las denuncias por lesiones presentadas por sanitarios fueron casi inexistentes (ver apartado de resultados) y todas referentes a agresiones físicas.

Todo ello viene a confirmar que nuestros resultados son coincidentes con lo esperado a la vista de lo que se señalaba en estudios publicados en otros países. En los que se coincide en señalar que la prevalencia de esta realidad es desconocida. Al igual que hemos comprobado en nuestro estudio, únicamente se conocen los casos más graves, por el hecho de terminar en denuncia, de tal manera que se provoca un efecto de *“punta de iceberg”* (Gerberich y cols., 2004).

Tal y como hemos verificado en nuestra muestra, y también en coincidencia con lo descrito en otros trabajos (National Health Service, 2002; Runyan y cols., 2000), los profesionales presentan parte de lesiones al juzgado sólo en aquellas situaciones en las que estaban obligados a hacerlo, es decir, por incidentes en los que se ha requerido atención médica, mientras que las agresiones físicas de menor gravedad y las agresiones no físicas no llegan nunca a los juzgados.

A la hora de justificar la infradenuncia, se han esgrimido diferentes razones (Benveniste y cols., 2003; Hesketh y cols., 2003; House of Commons, 2003; Moreno Jiménez y cols., 2005; Rowett, 1986) que resumimos en la Tabla 47.

Tabla 47. Razones esgrimidas por los profesionales para justificar por qué no denuncian las agresiones. Informe de la Cámara de los Comunes (Reino Unido, 2003).

- Se albergan dudas sobre la confidencialidad de la denuncia.
- No se desean complicaciones de tipo burocrático.
- No se desea perder días de trabajo.
- Se temen posibles repercusiones o represalias.
- Se considera que la denuncia puede ser vista como una falta de profesionalidad o de capacidad para manejar al paciente.
- No se desea llamar la atención.
- Se considera una vía inapropiada de solución.
- No se confía en la obtención del apoyo necesario por parte de la administración.

Aunque en el presente estudio no se les preguntó a los profesionales por los motivos por los cuales no interpusieron denuncia, tales razones pueden ser asumibles como propias para cualquiera que conozca la realidad del ejercicio profesional en la sanidad pública, y están relacionadas todas ellas con la necesidad/falta de apoyo por parte de la administración ante los casos de agresiones. Éste último aspecto sí ha sido investigado y se considerará en un apartado posterior.

#### **VIII.5. CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES.**

Las consecuencias deletéreas de las agresiones contra los profesionales sanitarios pueden ser tan numerosas como importantes. Desde el impacto que pueden tener para la propia organización sanitaria en términos de bajas, absentismo y abandono de la profesión, como por los posibles daños ocasionados a los profesionales afectados, hasta el deterioro que pudieran llegar a generar en la relación asistencial. Todo ello sin duda finalmente redunda en perjuicio para los propios usuarios del sistema de salud.

Si hasta ahora no se disponía de cifras precisas sobre la magnitud de esta realidad, que todavía consideramos infraestimada, tampoco han abundado los datos sobre el impacto de las agresiones en la salud de los profesionales afectados.

Las consecuencias más evidentes de los actos de violencia son lógicamente las lesiones físicas claramente perceptibles y manifiestas. Sin embargo, aunque menos visibles, no son menos preocupantes las posibles lesiones psíquicas derivadas.

Como se ha comentado, aparte de un pequeño porcentaje de agresiones que podríamos considerar como de especial gravedad, el tipo de violencia mayoritariamente registrada en este estudio, y la que en general se observa en los trabajos publicados (Grenyer y cols., 2004; Zahid y cols., 1999), tiene un carácter de menor impacto desde el punto de vista del daño físico, pero también posee el carácter de insidiosa y habitual.

Se ha hipotetizado que en ausencia de lesión corporal evidente, incluso tras haber padecido episodios de violencia no física, las consecuencias para la salud psíquica de los profesionales afectados pudieran ser importantes (Grant, 1995). Recientemente se ha sugerido que las consecuencias psicológicas resultantes de la violencia física y no física no tienen por qué ser equivalentes (Findorff y cols., 2005). En este mismo trabajo se sugiere que no se han investigado suficientemente los daños derivados de las agresiones no físicas y que su estudio es una asignatura todavía pendiente.

Esta era también nuestra hipótesis, y la aproximación al daño psíquico derivado de las agresiones constituía precisamente uno de los objetivos del trabajo que nos ocupa.

De nuestros resultados se desprende que existen diferencias entre la violencia física y no física en términos de daños psíquico para las víctimas. Dichas diferencias se discuten a continuación.

Aunque no se encontró correlación estadísticamente significativa entre las agresiones físicas y la sintomatología psíquica, sí se observaron correlaciones entre la violencia no física y diferentes síntomas psíquicos: ansiedad ( $p = 0,038$ ), síntomas de TPET ( $p = 0,040$ ) y sintomatología psíquica general ( $p = 0,043$ ).

Mediante análisis de regresión logística, los insultos se mostraron como variable predictora de la sintomatología psíquica en general ( $p < 0,001$ ) y las amenazas lograban predecir los síntomas asociados al TEPT ( $p < 0,001$ ). Mientras que en ningún caso, los episodios de violencia física predecían tales síntomas.

Otras variables que aparecieron en la ecuación fueron: el tiempo trabajado en sanidad, a la hora de predecir síntomas de depresión; el hecho de pertenecer al servicio de psiquiatría, a la hora de predecir la sintomatología psíquica en general y los síntomas del TEPT; y el ejercer la profesión de médico, a la hora de predecir los síntomas asociados al TEPT. La familia, en concreto los hijos, mostraron una relación inversa a los síntomas de depresión.

La violencia física no parece, por tanto, ser un prerrequisito para experimentar efectos adversos, como ya se había apuntado en investigaciones realizadas en otros campos (Lanza, 1992; Laposi y cols., 2003).

Este hecho, que en principio resultaba sorprendente, podría admitir diferentes explicaciones. Por un lado, las agresiones físicas pueden tener un impacto puntual y desvanecerse en poco tiempo, más aún si tal agresión puede ser justificada por haberse cometido bajo situaciones de gran presión, como ocurre en emergencias, o por el hecho de haber sido perpetrada por un paciente con sus facultades psíquicas mermadas, como es habitual en psiquiatría. Sin embargo, las agresiones verbales, que parecen constituirse en un hecho casi cotidiano en algunos puestos como citaciones, atención al paciente, o los centros de atención primaria, pueden resultar muy dañinas,

sobre todo cuando provienen de personas a las que se está intentando ayudar. Más aún, el comportamiento amenazante, además de doloroso, queda suspendido en el tiempo, sin una finalización precisa, pudiendo ocasionar trastornos que afecten a la satisfacción en el trabajo (Dougherty y cols. 1992), al bienestar psicológico (Whittington y cols. 1996), a los niveles de *burnout* (Winstanley y Whittington, 2003) y, en general, a la alta psicopatología observada entre profesionales sanitarios (De la Gándara, 1994; Molina Siguero y cols., 2003).

#### **VIII.6. CONSIDERACIONES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LAS AGRESIONES Y EL BURNOUT.**

Aunque el *burnout* tradicionalmente ha sido estudiado en relación a diferentes estresores crónicos presentes en el mundo laboral, apenas existen estudios en los que se analice su posible relación con las agresiones (Rowe y Sherlock, 2005).

Se postulaba que si los síntomas de *burnout* aparecen al producirse un desajuste entre las demandas laborales y la capacidad para afrontarlas de manera eficaz, tales síntomas de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización, podrían manifestarse también si se consideran las agresiones como un estresor sobre el que se posee un nulo o escaso control.

Pudo comprobarse la existencia de correlación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre todos los tipos de agresiones con el *burnout*, tomado como medida unidimensional y con sus dimensiones de cansancio emocional y de despersonalización, no así con la dimensión de falta de realización. También se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre las reclamaciones y las dimensiones citadas, así como entre las denuncias y todas las dimensiones del *burnout*, incluida la falta de realización personal.

En el análisis de regresión logística, el temor a ser agredido se mostró predictor en las tres dimensiones del *burnout*, las agresiones, tanto físicas como verbales, y el miedo a ser denunciado como consecuencia de errores o mala praxis, aparecieron como predictores únicamente cuando se consideró el *burnout* como variable unidimensional. El hecho de pertenecer a los servicios centrales, donde algunas secciones, como atención al paciente o citas, soportan un intenso y continuado contacto con los usuarios, fue un predictor del cansancio emocional y de la falta de realización.

Como factores protectores, o que predecían bajos niveles de *burnout*, se encontró el apoyo percibido y la pareja.

Los efectos adversos de las agresiones físicas, y muy especialmente de las agresiones verbales, en forma de desgaste profesional tienen especial relevancia si consideramos que en nuestro país se han fallado sentencias favorables que consideran el *burnout* como accidente de trabajo. Sentencias que vienen a confirmar que no es imprescindible considerar el concepto de lesión en un sentido estrictamente anatómico, sino como un daño que imposibilite el normal desarrollo de la capacidad laboral del trabajador.

Aunque todas estas variables interactúan constantemente entre sí, y no podemos establecer relaciones de causalidad, puede afirmarse que las agresiones inciden negativamente como un potente estresor en la salud psíquica, en el *burnout* y, como se comentará posteriormente, vienen a deteriorar la relación asistencial.

Se podría ilustrar esta realidad como un círculo vicioso en el que el malestar psicológico producido por las agresiones afecta de manera negativa a la relación asistencial, favoreciendo un desencuentro entre el profesional y el paciente. La desconfianza, el desencanto, el desgaste profesional generarían una falta de empatía y ésta propiciaría la aparición de nuevas agresiones;

estableciéndose un circuito que podríamos llamar de “agresión-malestar-agresión”.

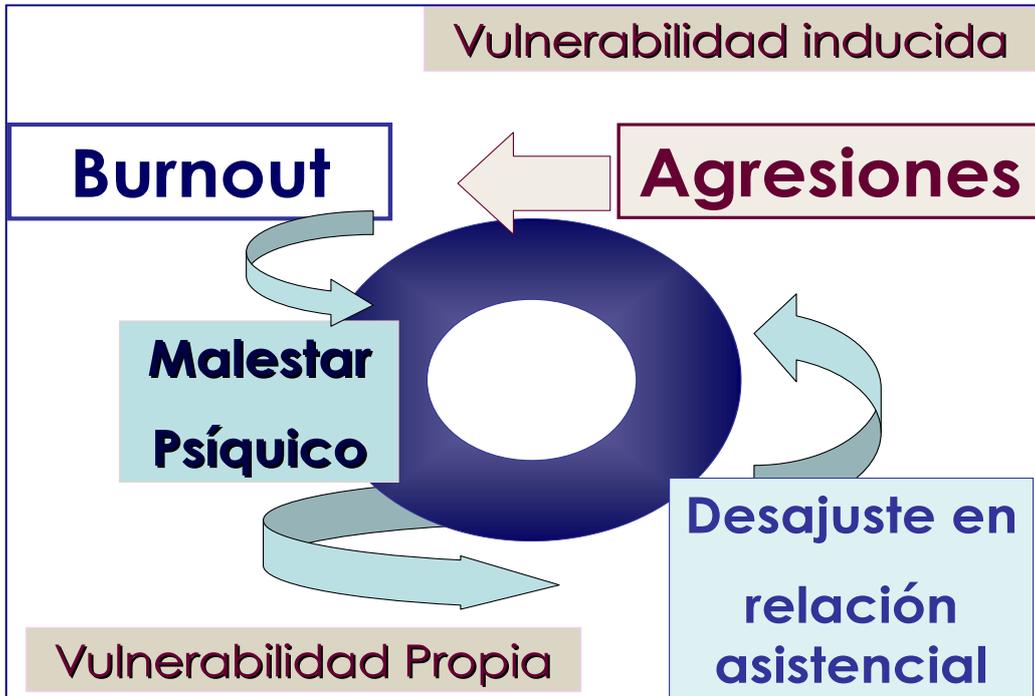


Figura 43. Circularidad del modelo agresión-malestar-agresión.

#### VIII. 7. CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS RELACIONES ENTRE LAS AGRESIONES Y EL APOYO PERCIBIDO.

El apoyo percibido por parte de los profesionales sanitarios se comportó en nuestra muestra como un amortiguador de algunos síntomas psíquicos ( $p < 0,001$ ), y muy especialmente del cansancio emocional característico del *burnout* ( $p < 0,001$ ).

Este dato todavía adquiere mayor notoriedad al haberse comprobado que tan sólo un 20% del total de los profesionales de la muestra se sentían apoyados por la dirección, o la administración, ante casos de agresiones y denuncias. La percepción de apoyo mostró un paralelismo con el nivel

jerárquico, de modo que, a menor nivel, menor era el apoyo percibido. Quienes habían sufrido agresiones se sentían menos apoyados.

La variable apoyo se mostró inversamente relacionada con la sintomatología psíquica: a mayor sentimiento de apoyo, menor índice de síntomas psíquicos. Este dato está en consonancia con lo hallado en estudios sobre estrés y sintomatología física y psíquica, en los que el apoyo juega siempre un papel de protector de la salud (Jiménez, Sandín, Chorot y Santed, 1994).

Findorff y cols. (2004) comprobaron que un deteriorado clima social y una falta de apoyo pueden ser importantes predictores de las agresiones en el trabajo. No obstante, estos autores también señalaban la necesidad de investigación para explicar mediante qué mecanismos el apoyo previene la violencia.

El tipo de sintomatología encontrada en algunas investigaciones comentadas anteriormente (Findorff, 2004; Gerberich, 2004) y su relación con el apoyo percibido por parte de los profesionales, hacen que la integración de esta variable, dentro de cualquier estrategia que pretenda reducir el riesgo de violencia contra los trabajadores, se convierta en algo imprescindible. Todo programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo, además de hacer manifiesto el hecho de que los comportamientos violentos hacia la plantilla no serán tolerados, debe programar los mecanismos adecuados para que los profesionales comprueben en todo momento que tal política se lleva a cabo y que sus necesidades derivadas de episodios violentos serán atendidas.

De tal manera, la variable apoyo se encuentra muy relacionada con el fenómeno observado de infradenuncia, y la consideramos fundamental para romper ese círculo vicioso del que se hablaba en el apartado anterior, en el que el profesional que ha sido agredido opta por permanecer aislado por el temor a que el resto de compañeros o la propia administración puedan creer que es

incapaz de manejar ciertas situaciones con los pacientes.

### **VIII.8. CONSIDERACIONES SOBRE EL DESAJUSTE EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL.**

La confianza entre el profesional sanitario y el paciente es la piedra angular sobre la que descansa una buena relación asistencial. Esta relación puede verse afectada por muy distintos factores o estresores, entre los que se incluyen las agresiones (amenazas, insultos y violencia física) que generan en éste temor, inseguridad y pérdida de confianza.

El grado de desajuste y de desconfianza en la relación asistencial fue medido mediante el cuestionario TEEM, que fue elaborado mediante metodología cuantitativa con grupos de profesionales sanitarios y cuyos índices de fiabilidad y validez han sido expuestos en el apartado VII, dedicado a los resultados.

El buen comportamiento psicométrico de este cuestionario en los diferentes análisis factoriales, mostrando en todos ellos su estructura en dos dimensiones: (F1) temor a ser dañado y (F2) temor a ser denunciado a consecuencia de errores, así como las relaciones estadísticamente significativas que ha mostrado con los distintos tipos de agresiones y con la diversa sintomatología psíquica, especialmente con las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización, que configuran el síndrome de desgaste profesional, lo convierten en un instrumento muy aconsejable a la hora de evaluar el posible deterioro producido en la relación asistencial.

Al ser comparadas las puntuaciones en las dos dimensiones del TEEM entre los profesionales que habían sufrido agresiones, con quienes no las habían sufrido, se observaron diferencias estadísticamente significativas, existiendo

mayor grado de desajuste en la relación asistencial entre quienes habían sido víctimas de agresiones físicas ( $p < 0,001$ ) o verbales ( $p < 0,001$ ) por parte de los pacientes.

Igualmente se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a desajuste asistencial al comparar a profesionales que presentaban diferente sintomatología psíquica frente a quienes no la manifestaban. En concreto, esto fue así con síntomas de ansiedad ( $p = 0,005$ ), con síntomas de TPET ( $p = 0,005$ ) y con sintomatología general ( $p = 0,006$ ). Por otra parte, la dimensión (F1) temor a ser agredido se mostró como variable predictora de las tres dimensiones del *burnout* del MBI (Maslach y Jackson, 1986) ( $p < 0,001$ ), y la dimensión (F2) miedo a ser denunciado lo hizo respecto a la medida general del *burnout* del MB (Pines y Aronson, 1988), ( $p < 0,001$ ).

Obviamente, quienes habían sufrido agresiones, ya fueran físicas o verbales, mostraron mayor grado de desajuste en la relación asistencial, o de temor a ser agredidos o a ser denunciados. Por otra parte, el componente de temor, presente en el cuestionario, se solapa de alguna manera con los síntomas de ansiedad, que también están presentes en el TEPT.

En todo caso, la evidencia estadísticamente significativa, va en la dirección de que las agresiones contribuyen a generar una auténtica disfunción en la relación asistencial. Este desajuste, a su vez, podría interactuar con la diversa sintomatología producida por las agresiones, contribuyendo a que ambas variables se agraven.

Todas estas perturbaciones pueden llegar a convertir la relación con el paciente – que en situaciones normales es uno de los aspectos más gratos de la práctica médica – en la principal fuente de estrés para el profesional. Del daño a un aspecto tan esencial en la buena relación entre el profesional y el paciente, como es la confianza, pueden derivarse consecuencias muy negativas que van a perjudicar, no sólo al profesional sanitario, sino también a los

propios pacientes.

Los temores presentes en la relación asistencial, junto con el aumento de denuncias y reclamaciones pueden propiciar que se opte por una medicina defensiva, prescribiendo todas las pruebas diagnósticas y todos los fármacos que el usuario solicite, para evitar ser blanco de protestas por las deficiencias del sistema.

Como se ha indicado en el apartado anterior, si bien se constata que las agresiones inciden negativamente como un potente estresor en la salud psíquica, en el *burnout* y en el deterioro de la relación asistencial, también podemos observar esta realidad como un círculo en el que el malestar psicológico producido por las agresiones afecta de manera negativa a la relación asistencial, favoreciendo un desencuentro entre el profesional y el paciente, destruyendo el grado de confianza necesario para esa relación y pudiendo propiciar la aparición de nuevas agresiones; estableciéndose así un circuito de difícil ruptura.

#### **VIII.9. CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN, PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN MÉDICO-LEGAL.**

El interés por la búsqueda de medidas de intervención y prevención es, en general, muy reciente. En nuestro país, el punto de inflexión en cuanto a la toma de conciencia sobre la dimensión del problema de este tipo de agresiones, puede situarse a raíz de los dos casos de homicidio, anteriormente mencionados, ocurridos en 2001 y 2002, y de otros episodios graves de violencia.

Desde ese momento, los Colegios de Médicos, las Consejerías de Sanidad, las Organizaciones Sindicales y las Asociaciones de Derecho Sanitario han intentado abanderar la defensa de las víctimas, y vienen realizando diversas consideraciones acerca de la importancia de la denuncia y

sobre la posibilidad de un nuevo tipo penal que venga a castigar estas conductas.

Resulta evidente que cualquier iniciativa que se emprenda en la dirección de intervenir sobre este problema, sólo tendrá eficacia en la medida en que se fundamente en un conocimiento objetivo de dicha realidad, que sólo puede alcanzarse por medio de las herramientas de investigación que la ciencia proporciona y, como ya se ha referido en apartados anteriores, las propuestas de intervención sobre este asunto, han adolecido en nuestro país, hasta la fecha, de tales criterios.

Por otro lado, si se desea prevenir la ocurrencia de agresiones en el medio sanitario, debe tenerse en cuenta que nos encontramos ante una cuestión sumamente compleja, en la que intervienen muy diferentes variables y que deberá ser abordada desde todas sus dimensiones, de una manera integrada. No se trata de aumentar el número de guardias de seguridad, de cámaras de video o de pulsadores de alarma en las consultas, como se ha propuesto desde algunas instancias, sino de producir un cambio desde la propia administración sanitaria que implique a los profesionales y a los usuarios del sistema de salud (Caballero Martín y cols., 2003).

La administración sanitaria es responsable de prevenir la ocurrencia de los riesgos, de diseñar políticas en las que quede manifiesto que las conductas de violencia no van a ser toleradas y que exprese y haga efectivo el apoyo a sus profesionales ante casos de violencia. Igualmente, debe ofrecer a sus profesionales la formación necesaria en habilidades comunicativas, manejo de situaciones y de pacientes difíciles. También es responsable de realizar campañas dirigidas al usuario en las que se informe sobre el adecuado uso del sistema sanitario.

Como se ha referido, cualquier propuesta de actuación en este sentido debe partir de un conocimiento preciso de esta realidad, ya que es fundamental

utilizar esta información para tratar de aproximarse a las cuestiones que motivan esta situación y entender su génesis.

Uno de los principales motivos tal vez habría que buscarlo en la violencia creciente que se viene observando en diferentes áreas de nuestra sociedad (familia, educación, trabajo, etc.), y el recurrente uso de la misma como vía inapropiada para expresar el descontento o la frustración.

No obstante, si nos ceñimos al área de la sanidad, surgen rápidamente diferentes explicaciones, todas ellas plausibles, pero en la mayoría de los casos basadas en el descontento existente hacia el funcionamiento sanitario por parte de los usuarios. Otra posible causa pudiera ser el hecho de que la utilización de métodos violentos, al menos en este ámbito, no sólo no está suficientemente penada, sino que incluso es reforzada, ya que a través de su utilización, muchos usuarios terminan por conseguir los objetivos que perseguían. Así lo referían algunos directivos de centros hospitalarios y de atención primaria en entrevistas previas a la realización de este estudio.

Lo cierto es que la situación es preocupante, convirtiéndose el colectivo de profesionales sanitarios, tanto médicos como personal de enfermería, en el parachoques del descontento de los pacientes hacia el sistema sanitario. Lo que no deja de ser paradójico en el contexto de un sistema sanitario que es valorado como uno de los mejores, formado por unos profesionales médicos y de enfermería que son reclamados por centros extranjeros por su cualificación y prestigio.

Atendiendo a los datos de nuestro estudio, el principal motivo de la agresión estuvo relacionado con el tiempo de espera en el 58% de las ocasiones, seguido de otros motivos como la negativa a dar la baja, o la disconformidad con la prescripción u otros. De tal manera que, aunque estos profesionales no tienen responsabilidades en cuanto a la organización de la sanidad, son quienes terminan pagando las consecuencias de la falta de

personal o de medios para una adecuada atención. El hecho de que en los servicios de urgencias la violencia alcanzara cotas tan elevadas, vendría también a apoyar esta hipótesis.

Además de conocer la verdadera incidencia del problema y sus posibles causas, es necesario también propiciar un cambio en la forma de entender la profesión sanitaria. Un aspecto que debe ser desactivado, y que permanece presente tanto en la administración, como en los propios profesionales sanitarios, es el de considerar a la violencia en este ámbito como algo consustancial al trabajo, o lo que es lo mismo, como un “*gaje*” del oficio con el que hay que convivir.

No debe ser tolerado, por ejemplo, asumir que por el hecho de trabajar en el área de urgencias se tenga la certeza casi absoluta de que se va a ser agredido, insultado o amenazado, tal y como señala el informe del National Health Service (2002) en su *Campaña de Tolerancia Cero*.

Si cualquier acto de violencia resulta deplorable, todavía lo es más el que se ejerce contra personas que han elegido por vocación una profesión que persigue la cura de otros. Por ello, es la más frustrante de las situaciones recibir amenazas cuando se está realizando una labor que persigue el bien de otras personas.

Los profesionales de la sanidad tienen el derecho como trabajadores a exigir que su puesto sea seguro y a estar protegidos de las agresiones, porque afectan a su dignidad y amenazan la eficiencia, así como la propia seguridad de los ciudadanos, quienes pueden verse perjudicados por una atención médica alterada, dado el impacto emocional que causa la violencia.

Los trabajadores afectados deber ser informados de que pueden exigir la reparación íntegra del daño causado, y de cómo les ampara la legislación civil, penal y/o administrativa en cada caso.

Como se desprende de los datos de este estudio, la violencia en el lugar de trabajo se asocia al desgaste profesional, a la baja satisfacción en el trabajo, al desajuste en la relación asistencial y a la aparición de problemas psíquicos entre los profesionales de la salud. Todo ello justifica la importancia de diseñar políticas de prevención, así como de investigar su eficacia a la hora de resolver este problema.

No se puede desatender la responsabilidad que puedan tener algunos profesionales sanitarios en este problema. Resulta evidente que la falta de empatía, de habilidades comunicativas y de manejo de situaciones conflictivas, pueden facilitar y exacerbar los episodios de violencia. No obstante, muchas conductas observadas no pueden justificarse de ningún modo, ya que existen vías civilizadas de reclamación a disposición de los usuarios cuando no estén de acuerdo con la actuación de los profesionales sanitarios.

No era el propósito de este estudio culpabilizar a pacientes, usuarios y/o profesionales de una violencia de génesis compleja que ha tomado carta de naturaleza en los últimos años. Lo que no puede evitar que consideremos que la utilización de métodos violentos como forma de comunicación o para la obtención de los resultados que se pretenden, no debe ser justificada nunca y debe ser condenada desde todas las instancias.

En todo caso, es importante reseñar que debe exigírsele a la administración que no la facilite, por lo que, entre las medidas a adoptar para la prevención de estos hechos, debiera contemplarse también el poner a disposición de los profesionales una formación adecuada en habilidades comunicativas, técnicas de resolución de situaciones conflictivas, etc. (Grenyer y cols., 2004; Yassí y cols., 2005). Aspecto éste que, a tenor de los datos observados en nuestro estudio, está prácticamente desatendido.

La mejora en habilidades de comunicación, la incorporación de estrategias de resolución de situaciones conflictivas, son factores de

responsabilidad de la administración y de responsabilidad individual que podrían favorecer la reducción del nivel de conflicto en las relaciones asistenciales en el sistema sanitario.

Igual de importante resulta la puesta en marcha de programas de apoyo hacia quienes han sido víctimas de incidentes violentos y que tal apoyo sea percibido en todo momento por los profesionales, de manera que los episodios violentos sean comunicados a los responsables o a los supervisores y pueda ofrecerse a los afectados una asistencia médica y legal adecuada.

Findorff y cols. (2004, 2005) confirmaron que los programas de acción hacia los agredidos reducen futuros episodios de violencia y que el apoyo por parte de los responsables y supervisores es un importante componente en la prevención de estos hechos.

De los trabajos de estos autores se desprende que son dos los elementos esenciales a la hora de lograr el éxito en cualquier estrategia que pretenda reducir el riesgo de violencia contra los trabajadores: que los mandos se involucren y que exista una comunicación abierta y honesta entre la dirección y la plantilla. Consideramos que ese apoyo desde la dirección y la administración, podría ser el elemento que rompiera ese círculo vicioso al que nos referíamos para expresar que las agresiones generan diferente morbilidad psíquica, deterioro en la relación y malestar en el profesional afectado y que ese malestar puede generar situaciones en las que se vuelvan a producir nuevas agresiones.

Todo programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo debe incluir el hacer manifiesto, mediante distintas formas, el hecho de que los comportamientos abusivos hacia los profesionales no serán tolerados. Deben establecerse los riesgos, desarrollar un programa escrito, proporcionar programas de formación y de entrenamiento para los trabajadores. Aunque, según se desprende de diferentes estudios, es necesario que exista un sistema

de denuncia y de registro de las agresiones en el que se diferencie claramente los distintos tipos de violencia (Whittington y cols., 1996) y también una actitud desde la dirección que anime a denunciar estos hechos. A la vista de nuestros resultados, consideramos que esto es extrapolable a España en donde no se utilizan este tipo de registros y donde el problema de la infradenuncia y desconocimiento de esta realidad es general.

Los trabajos publicados en el ámbito internacional sobre las intervenciones llevadas a cabo coinciden en haber realizado previamente una evaluación sobre el riesgo existente, identificando tanto la extensión como la probabilidad de incidentes violentos y determinando la naturaleza de los mismos, su frecuencia, severidad y nivel de incertidumbre (Bull Kovera, 2004; Gerberich y cols., 2004; Hesketh y cols., 2004). Esta parte del proceso se ha realizado normalmente mediante encuestas a la plantilla.

El tipo de sintomatología encontrada en algunas investigaciones (Findorff, 2004; Gerberich, 2004) y en el presente estudio, hace necesario también que se utilicen instrumentos que evalúen la presencia de síntomas relacionados con el estrés post-traumático, la depresión, el desgaste profesional, etc. Además, dada la clara asociación encontrada entre tales síntomas y la existencia, o no, de apoyo por parte de la dirección (Findorff y cols., 2004) deberá obtenerse información sobre la percepción que tienen los profesionales del apoyo disponible.

Las responsabilidades en los casos de agresiones no terminan en el supuesto agresor, sino que alcanzan a la propia institución y a la administración como responsable de poner todos los medios a su alcance para evitar este tipo de riesgo, así como de ofrecer a sus profesionales la formación adecuada para manejar las situaciones potencialmente conflictivas que disminuyan su posibilidad de aparición.

Además, en el caso de que se produzcan episodios de violencia, es su obligación dispensar el apoyo y el asesoramiento necesario a las víctimas. Debiera también ser responsabilidad del centro, o de la Administración, animar a denunciar estos hechos, ofreciendo así un claro mensaje a toda la organización y a los usuarios de que este tipo de conductas no son toleradas. Algunos autores llegan más allá y defienden que incluso sería deseable que fuera la propia administración la que se personara como demandante (Yassí y cols., 2005).

Como ya se ha expuesto en apartados anteriores, la legislación española contempla como obligación del empresario la prevención de los riesgos presentes en el medio laboral y establecen las responsabilidades y sanciones derivadas de su incumplimiento (Ley 21/1992 de Industria; Ley 30/95 de Prevención de Riesgos Laborales). Por otra parte, el artículo 316 del Código Penal también contempla como delito las infracciones de las normas de prevención de riesgos laborales “quienes, estando obligados a ello, no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de forma que pongan así en peligro grave su vida, salud o integridad física, serán castigados con las penas de prisión de seis meses a tres años y multa de seis a doce meses”. Este artículo sanciona, por tanto, las infracciones que a su vez atentan contra el Estatuto de los Trabajadores (Texto refundido de 1995).

Además, el artículo 317 del Código Penal establece que “cuando el delito a que se refiere el artículo anterior se cometa por imprudencia grave, será castigado con la pena inferior en grado”; y el artículo 318 contempla que cuando estos hechos se atribuyan a personas jurídicas, se impondrá la pena señalada a los administradores o encargados del servicio que hayan sido responsables de los mismos y a quienes, conociéndolos y pudiendo remediarlo, no hubieren adoptado medidas para ello.

Finalmente, y desde las instancias más altas de la administración sanitaria, se debería impulsar una campaña educativa permanente dirigida a informar sobre el uso adecuado de los servicios de salud. Dicha campaña no debiera ser canalizada únicamente a través de los medios de comunicación, sino incorporarse, incluso, al programa escolar, del mismo modo que se imparte educación vial, propiciando ya desde edades tempranas la educación para la salud y para el uso adecuado de los servicios que la promueven.

De las iniciativas emprendidas en nuestro país para atajar el problema de las agresiones, sin duda, la más completa partió del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona que presentó a sus colegiados una guía de actuación (Bruguera y cols., 2004) en la que se ofrece información para manejar las situaciones de violencia en el lugar del trabajo, considerando que la implicación personal del profesional sanitario es fundamental en la prevención de las agresiones y de sus consecuencias, adoptando las medidas de autoprotección adecuadas y de rechazo de la violencia. Esta guía considera fundamental la implicación de los centros en la provisión de instrumentos necesarios para desarrollar actividades preventivas y de apoyo a los profesionales que habrán de adaptarse además a las necesidades concretas de cada centro en atención a sus singularidades y a las características de la violencia que se puedan predecir.

Por otra parte, otras consejerías de sanidad de distintas Comunidades Autónomas han puesto en marcha recientemente diferentes planes y están elaborando guías de actuación con el objetivo de prevenir situaciones de tensión y conflictos entre profesionales y usuarios de los servicios de salud, así como otros riesgos para las personas, actividades y bienes del centro. Todo ello, como ya se ha comentado en apartados anteriores, partiendo de la improvisación y sin haber realizado ningún estudio previo de esta realidad. Cabe preguntarse finalmente si algunas de estas guías no persiguen otro

objetivo que el meramente burocrático de diluir problemas y responsabilidades.

Además de las medidas de prevención, debe abordarse el tratamiento post-incidente, adoptando por parte de los centros las medidas de seguridad laboral, judiciales, administrativas y sanitarias que correspondan contra los agresores y las personas responsables. En esta línea hay que recordar que el artículo 5 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, permite la negativa del profesional a continuar asistiendo a un paciente cuando se ha roto la relación de confianza, siempre que no quede desamparado por no existir otros profesionales que puedan atenderle. Ya que si se produjera la situación de desamparo se iría en contra del Código de Deontología Médica.

Como ya se ha subrayado, existe en nuestro país un claro desequilibrio entre el grado de desarrollo legislativo alcanzado, encaminado a la protección de los derechos del paciente y en aspectos relacionados con la habilitación de vías para recabar información y facilitar la sugerencia y la reclamación; y la limitada referencia al cumplimiento de sus obligaciones como usuario, que sólo contempla sanciones por el mal uso de instalaciones, o por desperfectos causados al mobiliario, pero nada observa sobre las agresiones ejercidas contra el personal sanitario.

Por otra parte, ante la dificultad de que se interpongan denuncias contra los usuarios por delitos de agresión, injurias, o coacciones, lógicamente es remota la posibilidad de que los perpetradores sean sancionados, en muchos casos.

Dejando aparte el área de psiquiatría, donde dada la falta de capacidad de ciertos pacientes para controlar su comportamiento no tendría sentido iniciar una vía sancionadora (Mayhew y Chapell, 2005), en casos más generales se recurre a los eximentes que la legislación contempla: situaciones

en las que se obra bajo fuerte presión emocional, dando lugar a trastorno mental transitorio, miedo insuperable, arrebatos u obcecación. De tal manera que la presencia de esta presión emocional va a ser, en gran cantidad de actos médicos, fácilmente justificable, con lo cual, muchos casos de denuncia no van a ser sancionados a causa de la inimputabilidad del agresor.

La violencia en el medio sanitario no debe ser contemplada como un problema de determinados individuos, o bien como un hecho aislado, sino como un problema estructural y estratégico que tiene sus raíces en factores sociales, económicos, organizacionales y culturales. Para que una iniciativa dirigida a eliminar este riesgo tenga éxito debe ser lo suficientemente ambiciosa como para atacar el problema en su raíz, debe implicar a todas las partes interesadas y tomar en consideración la especial dimensión cultural de esta realidad. Es asimismo esencial que cualquier intervención que se adopte se desarrolle desde su comienzo de una manera sistemática, para hacer el uso más eficaz que sea posible de los recursos, frecuentemente limitados de este sector (OIT, OMS, 2002). Tal planteamiento debe, pues, ser integrado, participativo, no discriminatorio y sistemático.

#### **VIII. 10. CONSIDERACIONES FINALES.**

Son muchos los determinantes sociales y culturales que intervienen e interactúan en el problema que nos ocupa, entre los que se pueden apuntar:

- La violencia instalada en la sociedad, que se manifiesta en muy diversos ámbitos, y por supuesto también en el medio sanitario.
- La pérdida de prestigio de la profesión médica y la pérdida de confianza por la distancia que se ha generado en la relación médico-paciente,
- La falta de puesta en valor de los logros sociales alcanzados: un acceso “universal” a la asistencia sanitaria con unas prestaciones de elevado nivel

y gratuitas. Así como de las consecuencias que esto conlleva a efectos de organización, reparto de recursos, listas de espera, etc.

- La falta de toma de conciencia de la otra cara de la moneda o la “factura” que todos hemos de pagar por esos logros: el escaso tiempo disponible para la visita en consultas, la masificación, o los recursos limitados ante el cada vez más amplio número de usuarios.
- La confusión que se ha generado entre el derecho a la protección de la salud y el derecho a la salud, concibiéndose ésta como un objeto de consumo y habiéndose convertido a los usuarios en meros consumidores de tecnología.
- El desequilibrio producido entre la toma de conciencia de los derechos y los deberes como usuario.
- El deterioro de la relación asistencial, provocado por muchas de las causas anteriores, y que termina deshumanizando el trato prestado por los profesionales, favoreciendo a su vez la falta de comunicación que muchas veces está facilitando que se produzcan los episodios violentos.

Todas estas variables también pueden estar contribuyendo a generar una mayor tasa de demandas de responsabilidad contra los profesionales sanitarios. Así lo entienden algunos autores (De Lorenzo; 2005; Gisbert, 2004) para quienes el fenómeno de la escalada de las agresiones a profesionales sanitarios encuentra su fundamento en muchos de los factores que habitualmente se señalan como detonantes o favorecedores del incremento en las demandas por responsabilidad profesional.

Resulta muy decepcionante observar cómo los profesionales sanitarios, que han elegido uno de los trabajos más vocacionales, guiados por la motivación de velar por la salud de las personas y otorgarles los cuidados necesarios, acaben siendo agredidos en un entorno de elevado desgaste personal debido a las altas exigencias psíquicas que conlleva su quehacer

diario. En la práctica cotidiana deben enfrentarse a una constelación de estresores presentes en el medio sanitario. Además de los ya referidos, relacionados con la convivencia con el dolor y la muerte, debemos añadir la presión asistencial que provoca el tener que atender a un gran número de personas con un tiempo insuficiente, muchas veces en espacios reducidos e inadecuados sin la intimidad necesaria para que pueda desarrollarse una buena relación asistencial, como ocurre en algunos servicios como urgencias, tener que atender a las demandas de pacientes cada vez más conflictivos y enfrentarse al aumento en la litigiosidad producido en los últimos años, además de los casos extremos que estamos analizando, que son las agresiones físicas y verbales contra estos profesionales.

Todo ello, como hemos observado, hace de las profesiones sanitarias, una de las áreas laborales con mayor morbilidad psíquica (De la Gándara, 1994), además de producir un desgaste continuo en la relación asistencial que, tal como muestran los índices aportados por el Cuestionario TEEM, deja de estar presidida por la confianza, para dar paso al miedo: miedo a ser presionado y agredido, y miedo a ser denunciado a consecuencia de posibles errores o mala praxis.

Desde las diferentes administraciones sanitarias se han venido primando las inversiones en tecnología, publicitando continuamente los avances de una asistencia sanitaria de alto nivel. Sin embargo, no se ha mostrado ninguna consideración a algo tan básico para la calidad asistencial como es la confianza necesaria en la relación médico-paciente. De esta relación de confianza entre dos personas va a depender en gran medida el éxito terapéutico. Este exceso de fe en la tecnología, contrasta con el descuido mostrado por la administración sanitaria hacia los ámbitos físicos en los que debe desarrollarse la asistencia sanitaria, fallando muchas veces algo tan elemental como es la intimidad. Tampoco se han dedicado esfuerzos por

establecer una serie de obligaciones mínimas del usuario para con los profesionales, o de tomar las medidas necesarias en caso de incumplimiento.

El actual índice de agresiones observado, en un entorno generador de por sí de una alta prevalencia de patología psíquica entre los profesionales sanitarios, nos lleva a considerar que estamos ante un problema de salud laboral de primer orden.

De tal manera que, de no tomarse medidas urgentes, las consecuencias para la salud de los profesionales pueden ser muy importantes. Entre tales medidas, debe contemplarse la dispensación del apoyo necesario que, a tenor de nuestros resultados, se mostró como variable moduladora de la sintomatología psíquica derivada de las agresiones.

Como se expresaba en los objetivos de este estudio, a partir de los resultados obtenidos se pretendía sugerir propuestas de actuación Médico-Legal, dirigidas, por un lado, a minimizar la incidencia de las agresiones y, por otro, a ofrecer a los profesionales afectados tratamiento médico, apoyo psicológico y asesoramiento legal sobre los derechos que les asisten.

La actuación ante los episodios de violencia no debería dejar lugar a la improvisación, siendo necesaria la elaboración de protocolos de actuación médica y jurídica ante las agresiones. En este sentido, hemos realizado una propuesta de protocolo, sobre la base de los resultados de nuestro estudio, que presentamos en el Anexo III. Este protocolo podría servir como ejemplo de las acciones a emprender ante estos casos y que deberían comenzar por diferenciar claramente el tipo de violencia, ya que de ello se derivan distintos tipos de exploración y asistencia médica, valoración del daño, apoyo psicológico, asesoramiento legal sobre derechos y sobre posibles acciones que puedan emprenderse; así como la realización de un seguimiento, en todos los casos de violencia, sobre la seguridad en el puesto, observación de la evolución y apoyo emocional continuado a los profesionales afectados.

Se considera necesaria la creación de un registro unificado de las agresiones hacia los profesionales de la sanidad, bien sea por Comunidad Autónoma o por provincia, que mantenga al día la información sobre esta realidad. Este registro debería recabar una información exhaustiva sobre los distintos tipos de violencia, características de las mismas, así como datos sobre el agresor y sobre la víctima, al igual que se procede habitualmente al abordar otros tipos de agresiones (Castellano, Aso y Martínez-Jarreta, 1998; Mayhew y Chapell, 2005).

A este respecto, presentamos (Anexo II) una ficha que podría servir de modelo a la hora de recoger tal información destinada tanto a acreditar los hechos y lesiones ante la autoridad judicial, como para ser incorporada al ya referido registro de agresiones.

Vista la complejidad de esta realidad, queda patente que debe ser abordada desde una perspectiva multidisciplinar, sin duda coordinada desde la propia Medicina Legal como disciplina encargada de la valoración de la dinámica de la que surge la agresión y de los factores de riesgo que ponen en peligro la seguridad e integridad de la misma, en cuanto al estudio de los detonantes del comportamiento del agresor (Castellano y cols. 1998), así como desde el establecimiento de las pautas de actuación a seguir.

Por otra parte, deberá involucrarse otra disciplina que tradicionalmente se engloba dentro del área de la Medicina Legal: la Medicina del Trabajo. Si la Medicina Legal resulta imprescindible a la hora de establecer todo lo relativo a la valoración (valoración de la gravedad de las lesiones, de la imputabilidad y de las posibles consecuencias en el estado de salud psíquica), la Medicina del Trabajo es fundamental para el estudio de las implicaciones que este tipo de conductas pueden tener en términos de disfunción en la organización,

alteración del rendimiento o de la calidad en el trabajo, bajas, absentismo, etc., así como en la prevención de las agresiones como riesgo laboral.

Igualmente, debe contarse con la Psicología Laboral, como ciencia responsable, no sólo de la valoración del daño psíquico, sino también de ofrecer un apoyo terapéutico continuado a los profesionales afectados y de establecer los factores de riesgo psicosocial que deberán ser motivo de evaluación y prevención.



# conclusiones



## **IX. CONCLUSIONES.**

- 1.- La tasa observada de agresiones físicas y no físicas (insultos y amenazas) hacia los profesionales sanitarios alcanza valores muy elevados. Habiendo sido objeto de agresiones físicas el 11%, de insultos el 36,6% y de amenazas el 34,4%. Tasas que se corresponden y son comparables a las observadas en otros países de nuestro entorno y del mismo grado de desarrollo.
- 2.- No se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las agresiones entre los mismos tipos de centros de distintas Comunidades Autónomas, pero sí entre distintos tipos de centros y distintos servicios en cuanto a la frecuencia y tipo de agresiones.
- 3.- Las agresiones físicas fueron mucho más frecuentes en los dos grandes hospitales de Zaragoza y de Albacete, en los que se encontraron tasas casi idénticas de 21,9% y 21,7% de profesionales agredidos, en contraste con los centros de atención primaria, donde se registraron tasas de 17,4% en los centros urbanos y 11,3% en los rurales, o en el hospital de Teruel, de menor tamaño, donde se resgistró una tasa de 9,5%.
- 4.- El mismo tipo de violencia tuvo mayores tasas en los servicios de urgencias, con un 48% de profesionales agredidos y en los servicios de psiquiatría, con un 27%.
- 5.- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los centros, entre los servicios, o entre los diferentes tipos de puesto, en cuanto a los insultos.

- 6.- Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes servicios y entre los distintos tipos de puesto, en cuanto a las amenazas. Siendo los servicios de urgencias, con un 87% de profesionales amenazados y las áreas quirúrgicas con un 62%, donde se registraron las mayores tasas de este tipo de violencia, y siendo los directivos y médicos los profesionales más afectados por este tipo de violencia con tasas del 65% y 61% respectivamente.
  
- 7.- Se observa un patrón diferente de distribución en los distintos tipos de agresiones. Mientras la violencia física es más frecuente en los servicios de urgencias y psiquiatría de los grandes hospitales y está dirigida, sobre todo, hacia el personal médico, y los insultos presentan una distribución más aleatoria entre centros, servicios y profesionales, las amenazas siguieron un patrón de distribución paralelo al orden jerárquico y fueron más frecuentes en los servicios en los que se toman decisiones vitales, como expresión de una violencia intencional y dirigida a modificar el sentido de estas decisiones.
  
- 8.- Únicamente el 3,7% de estas agresiones fue denunciado, correspondiendo a los casos más graves de violencia física. Esta baja tasa de denuncias fue corroborada al analizar los datos existentes en los Institutos de Medicina Legal de Aragón y de Albacete.
  
- 9.- Si bien los casos de violencia física observados en este estudio no revisten, en general, de un alto nivel de gravedad desde un punto de vista fisiológico, se ha observado que aun en ausencia de lesión corporal, y en los casos de

violencia no física, las consecuencias para la salud psíquica de los agredidos pueden ser muy importantes.

- 10.- Las consecuencias psicológicas como resultado de la violencia física y no física son muy distintas, habiéndose observado entre las víctimas de las agresiones no físicas una relación estadísticamente significativa con diversa sintomatología psíquica, ansiedad y síntomas de TEPT, así como mayores índices de desgaste profesional.
- 11.- Se observan, en general, muy bajos índices de apoyo percibido por parte de los profesionales, y especialmente entre quienes habían sido agredidos. Factor que, por otra parte, se muestra como protector en relación a la salud psíquica y al desgaste profesional.
- 12.- Las agresiones pueden estar contribuyendo al deterioro en la relación asistencial, habiéndose encontrado relaciones estadísticamente significativas entre esta variable con los distintos tipos de agresiones y con diversa sintomatología psíquica.
- 13.-Se comprobó que el Cuestionario TEEM, confeccionado para medir en este estudio el desajuste en la relación asistencial, mostró buenas propiedades psicométricas, confirmándose en diferentes análisis su estructura de dos factores: temor a ser agredido y miedo a ser denunciado como consecuencia de posibles errores. Lo que lo convierte en un instrumento útil a la hora de analizar estas variables.
- 14.- Los datos observados en cuanto a la incidencia de las agresiones a profesionales sanitarios y sus consecuencias, justifican la importancia de

diseñar políticas de prevención en las que se revise la calidad del apoyo que se está ofreciendo a estos profesionales desde la administración sanitaria.

15.- Además de las medidas preventivas, debe abordarse el tratamiento post-incidente, adoptando por parte de los centros las medidas de seguridad laboral, judiciales, administrativas, médicas y psicológicas que sean necesarias. Asimismo, es recomendable que exista en cada centro un sistema de denuncia y un registro unificado de las agresiones en el que se diferencien los distintos tipos de violencia y mantenga al día la información sobre esta realidad.

anexos



## Anexo I: cuestionarios empleados

## CUESTIONARIOS PARA PROFESIONALES DE LA SANIDAD

**Datos demográficos.**

1. **Sexo:** Masculino.  Femenino.  Edad: .....
2. Situación familiar:  con pareja estable  sin pareja
3. Nº de hijos a su cargo  otros familiares a su cargo, nº
4. ¿Cuánto hace que trabaja dentro de la sanidad?
- |                              |                               |                              |                              |                               |                                |                                |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-6 | <input type="checkbox"/> 7-11 | <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 3-5 | <input type="checkbox"/> 6-10 | <input type="checkbox"/> 11-15 | <input type="checkbox"/> 16-20 |
| meses                        | meses                         | años                         | años                         | años                          | años                           | años o más                     |
5. ¿Cuánto hace que trabaja en el puesto actual en este centro?
- |                              |                               |                              |                              |                               |                                |                                |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-6 | <input type="checkbox"/> 7-11 | <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 3-5 | <input type="checkbox"/> 6-10 | <input type="checkbox"/> 11-15 | <input type="checkbox"/> 16-20 |
| meses                        | meses                         | años                         | años                         | años                          | años                           | años                           |
- años o más
6. Estatus de empleo:  Estatutario.  Eventual.  Interino.
7. Categoría profesional:  Directivo  Médico  Enfermero/Aux.  
 Fisioterapeuta  Técnico Especialista  Celador  
 Administrativo  Personal mantenimiento  Cocina  
 Lavandería  Otros (especificar).....
8. Durante el último año ¿se ha visto obligado a ausentarse de puesto de trabajo?
- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
|-----------------------------|-----------------------------|
- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Por enfermedad                     |
| <input type="checkbox"/> Por enfermedad de un familiar      |
| <input type="checkbox"/> Otros motivos                      |
| <input type="checkbox"/> Nº aproximado de días totales..... |

### Cuestionario MBI (Maslach y Jackson, 1981, 1986)

Lea cada frase y responda anotando la frecuencia con que Ud. ha tenido ese sentimiento respecto a su trabajo.

	nunca	esporádicament	De vez en cuando	regularmente	frecuentemente	Muy frecuentemente	A diario
	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							

### Medida del Burnout. MB (Pines y Aronson, 1988)

Por favor, señale con que frecuencia tiene las siguientes experiencias. Para ello use la siguiente escala:

	nunca	esporádicament	De vez en cuando	regularmente	frecuentemente	Muy frecuentemente	A diario
	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

**CUESTIONARIO TEEM (Temores y estresores en el ejercicio médico).** Gascón y Martínez-Jarreta, 2005.

Indique con qué frecuencia experimenta estos sentimientos en su trabajo.

	nunca	Esporádica-mente	De vez en cuando	Regular -mente	Frecuente-mente	Muy frecuentemente	A diario
	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

Indique si en alguna ocasión ha sido objeto de las siguientes acciones

	nunca	Nunca, pero he sido testigo de otros compañeros	En una ocasión	En más de dos ocasiones	En más de 5 ocasiones
	0	1	2	3	4
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

**Por favor, contestar sólo en el caso de haber sufrido agresiones físicas, insultos o amenazas.**

¿Tras los incidentes se vio en la necesidad de recibir algún tipo de tratamiento?

por depresión     por ansiedad     otros (especificar).....

¿Tras los incidentes y a lo largo del tiempo, ha tenido alguno de los siguientes sentimientos o experiencias?

tristeza     depresión     miedo     ansiedad  
 insomnio     irritabilidad     sueños/pesadillas sobre lo sucedido  
 desconfianza     desilusión/desapego  
 recuerdos molestos sobre lo sucedido     dificultad para concentrarse  
 esfuerzos para evitar pensamientos sobre lo sucedido  
 evitar actividades o personas que recuerden lo sucedido  
 incapacidad para recordar alguna parte de lo sucedido  
 trastornos alimentarios     mayor consumo de tabaco o alcohol  
 Otros (especificar).....

Los síntomas anteriores tuvieron una duración de:

una semana, o más     un mes o más     tres meses, o más

**Por favor, contestar sólo en el caso de haber sufrido agresiones físicas.**

El agente de la agresión fue:     un paciente     familiar o acompañante

Las capacidades mentales del agresor eran:

normales  
 deterioradas (desorientación, demencia, trastornos psiquiátricos...)  
 bajo efectos de alcohol o drogas.

El motivo de la agresión estuvo relacionado con:

disconformidad con baja/alta.     medicamentos  
 tiempo de espera     no permitir salir del centro  
 disconformidad con el tratamiento     otros .....

La agresión física consistió en:

agarrar/empujar     bofetada/puñetazo  
 patadas     mordedura     tirón de pelo  
 arañazos     lanzar objetos     pinchazo  
 intento de estrangulamiento     empleo de arma blanca

Zona afectada:

cráneo/facial     cuello     extremidades superiores  
 extremidades inferiores     tronco

El resultado de la agresión física fue:

sin lesión resultante     hematoma     contusión     excoriación  
 corte     fractura     otros .....

¿Requirió asistencia médica?

una primera asistencia     primera asistencia y tratamiento quirúrgico posterior

¿Requirió baja laboral?     en caso afirmativo, indicar número de días .....

¿Envío parte de lesión al juzgado?

Anexo II. Ficha para registro de agresiones.

## REGISTRO DE AGRESIONES

Formulario para informe

### Informe confidencial del incidente

En: \_\_\_\_\_ fecha del incidente: \_\_\_\_\_

#### Naturaleza del incidente

- Agresión física (cualquier contacto físico violento, no importa tipología o lesión resultante)
- Amenaza verbal o comportamiento amenazante, coacciones.
- Abuso verbal (insultos, injurias).

Número de personas afectadas: \_\_\_\_\_ (rellenar un informe por cada persona, pero no incorporar el informe de una persona al de otra).

Nombre de la persona afectada: \_\_\_\_\_

Nº Reg. Personal \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Puesto \_\_\_\_\_

Se ha notificado a:  Supervisión  Jefe de Servicio  Gerencia

¿La persona afectada ha sido objeto en el pasado de incidentes de este tipo o similares?  No  Sí nº \_\_\_\_\_

#### Descripción del incidente (Describir brevemente el suceso)

Hora: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Hechos: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

Testigos (si los hubo)

\_\_\_\_\_





**Contestar únicamente en caso de agresión física.**

**Agresión consistente en:**

- agarrar/empujar     bofetada/puñetazo     patadas
- mordedura     tirón de pelo     arañazos
- lanzar objetos     intento de estrangulamiento
- empleo de arma blanca
- empleo de arma de fuego     otro \_\_\_\_\_

**Área corporal afectada:**

- cráneo/facial     cuello     extremidades superiores
- extremidades inferiores     tronco

**Resultado lesivo:** (describir en mapa anatómico).

- sin lesión     hematoma
- herida contusa o inciso contusa     excoriación
- herida cortante o punzocortante     fractura
- otro \_\_\_\_\_

**¿Ha requerido asistencia médica?**

- Sólo una primera asistencia
- Sólo medidas higiénicas y profilácticas
- Primera asistencia y tratamiento médico y/o quirúrgico posterior

Diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Baja y duración previsible de la misma, posibles secuelas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resultados de exploraciones complementarias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Se envió parte de lesión al juzgado?     Sí     No

(en caso afirmativo adjuntar copia a este informe).

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

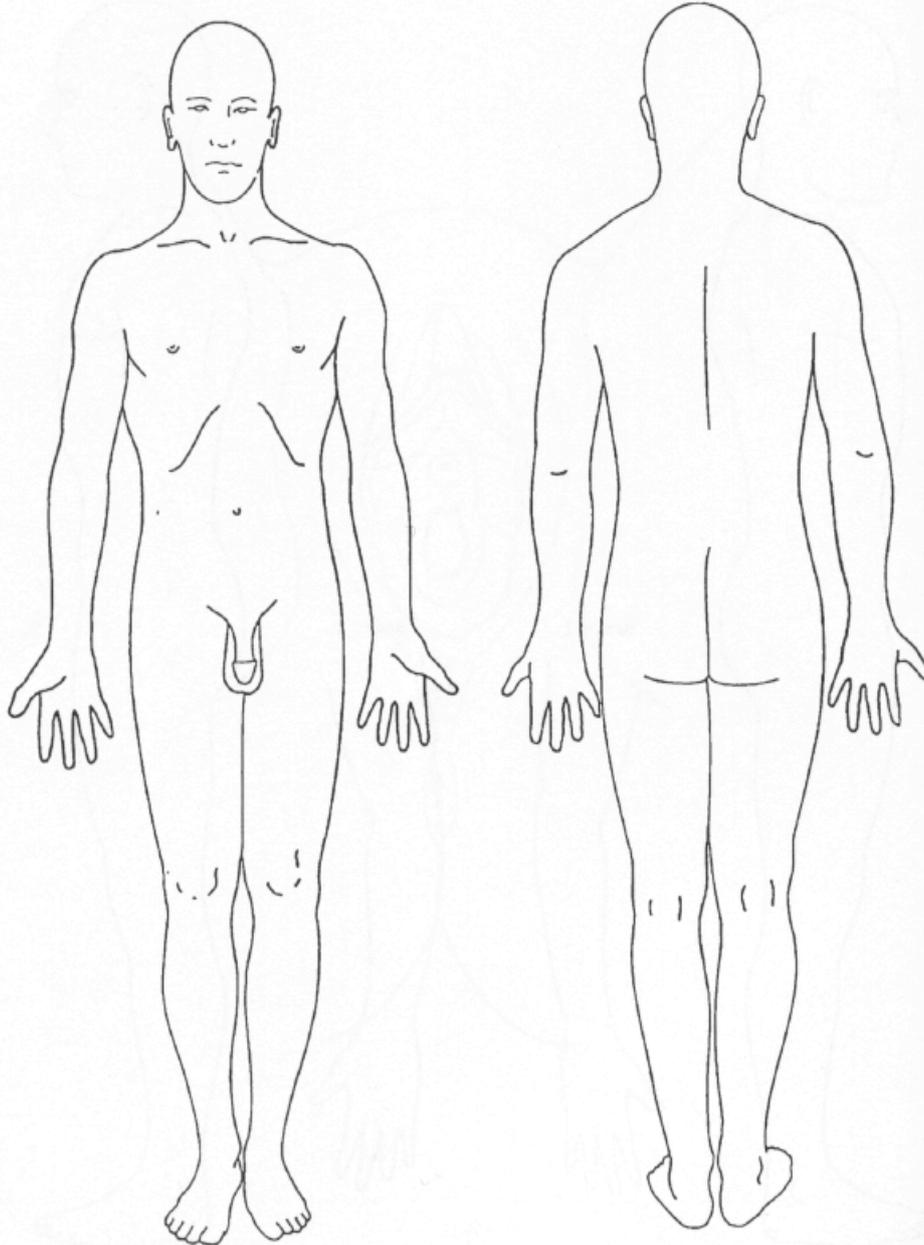
\_\_\_\_\_

Documentación que se adjunta a este informe

- Informe del médico que le atendió
- Fotografías

- Informes de especialistas

**CUERPO COMPLETO, MASCULINO – VISTA ANTERIOR Y POSTERIOR  
(VENTRAL Y DORSAL)**



Nombre ..... Asunto Nº .....

Fecha .....

**MAPA ANATÓMICO**

**Contestar únicamente en caso de agresión verbal**

**Agresión consistente en:**

- insultos       injurias       amenazas       coacciones

Exploración psicológica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Valoración psicológica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

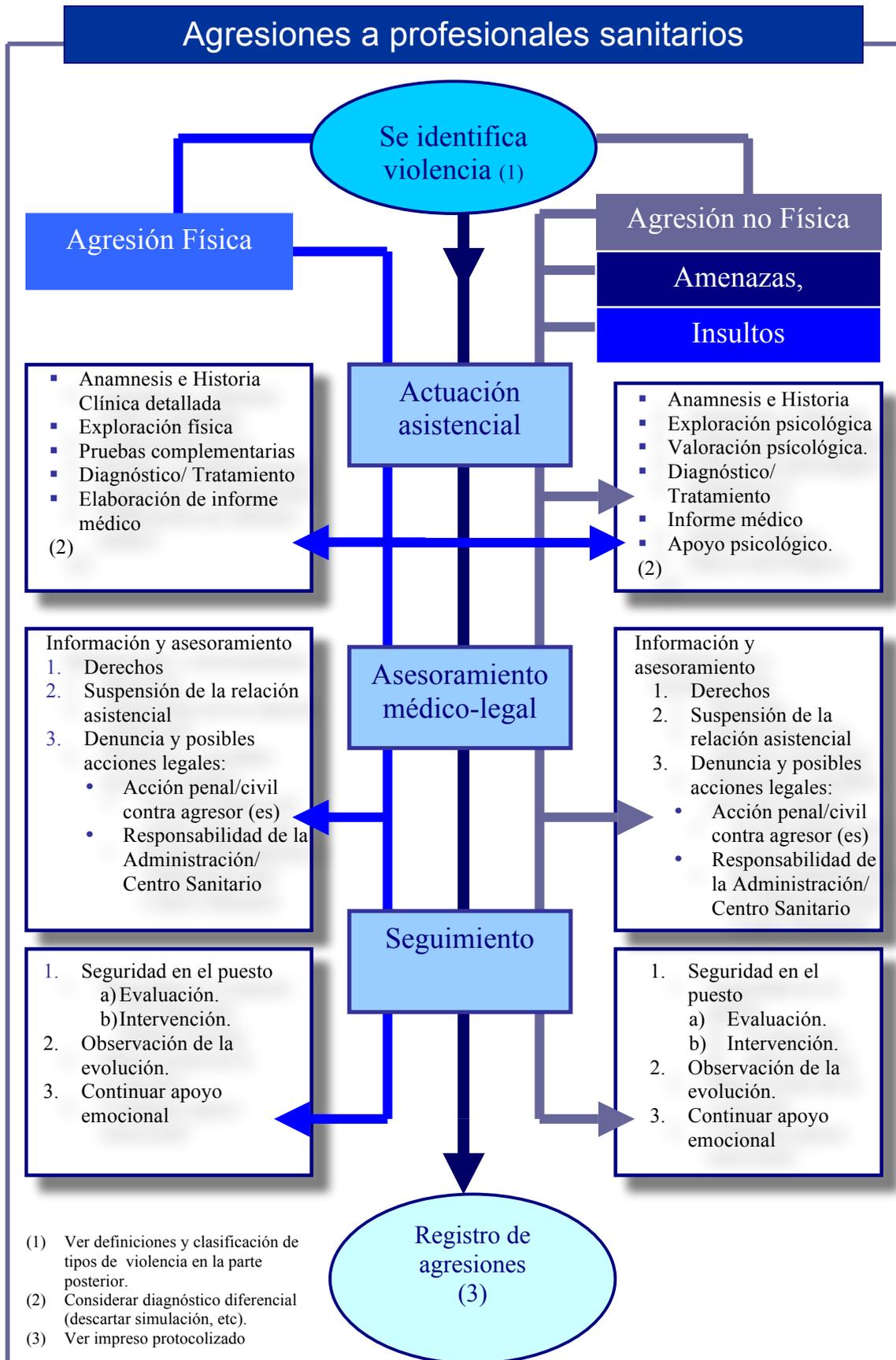
Se recomienda apoyo psicológico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentación que se adjunta a este informe

- Informe del médico que le atendió       Informes de especialistas  
 Fotografías

Anexo III

Protocolo de Actuación Médico-Jurídica



## Definiciones. Tipos de Violencia

Sólo violencias ejercidas por usuarios del sistema de salud, se excluyen las producidas por compañeros, superiores o inferiores jerárquicos.

### AGRESIÓN FÍSICA

Cualquier contacto físico violento, sin importar su tipología o la lesión resultante de la misma. Se incluyen agresiones de las que no resulta ninguna lesión.

### AMENAZA VERBAL O COMPORTAMIENTO AMENAZANTE, COACCIONES

Manifestaciones intimidatorias, promesa de un daño posible. Se extiende a todo comportamiento amenazante, conductas expresas o veladas que manifiestan la intención de herir o dañar, poner en riesgo la seguridad y/o la salud.

### INSULTOS, INJURIAS o COMPORTAMIENTO INSULTANTE

Proferir juramentos sobre la persona, referirse a la misma o a sus allegados utilizando nombres, denominaciones o formas que atentan contra la dignidad, se incluye el abuso verbal o por medio del comportamiento (ser personalmente insultante).

# referencias



## REFERENCIAS

- Abramson, L.Y., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Al-Sahlawi, K.S., Zahid, M.A., Shahid, A.A., Hatim, M., Al-Bader, M. (1999 Dec.). Violence against doctors: 1. A study of violence against doctors in accident and emergency departments. *Eur J Emerg Med.* 6(4): 301-304.
- Alarcón, M.J., Ruiz de Adana, J.J. (2005). La violencia en el medio sanitario. *Actas del Congreso de la Asociación Española de Derecho Sanitario*. Madrid.
- Alonso-Fernández, F. (1986). *Psicología del terrorismo*. Barcelona: Salvat.
- Alonso-Fernández, F. (2003). "Salud mental y morbilidad psiquiátrica en el personal sanitario". En J.J. Gestal Otero. *Riesgos laborales del personal sanitario*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 595-609.
- Albuquerque, A. (1992). Tratamiento del estrés postraumático en ex combatientes. En E. Echeburúa (Coor.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA.
- Ángel De, R. (1989). *La experiencia española en materia de Valoración del Daño Corporal*. Madrid: CDC 89.
- Anderson, C., Parish, M. (2003). Report of workplace violence by hispanic nurses. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol.(14), 237-243.
- Anderson, C.A. (1987). Temperature and aggression: effects on quarterly, yearly, and city rates of violent and non-violent crime. *Journal of Personality and Social Psychology*. 52: 1161-1173.

- Archer, J. & Browne, K. (1989). *Human Aggression: Naturalistic Approaches*, Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Artazcoz, L, Cruz, J.L., Moncada, S., Sánchez, A. (1996). Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Gaceta Sanitaria*. 10:282-292.
- Arroyo, A. (2002). Mujer maltratada y Trastorno por Estrés Postraumático. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*. 29(2); 77-82.
- Asun, R., Abecia, E., Bell, B., Martínez-Jarreta, B. (1999). *El accidente laboral como causa de lesión ocular*. IV Jornadas Catalanas de Actualización en Medicina Forense. Barcelona. Departament de Justicia. 459-463.
- Atawneh, F.A., Zahid, M.A., Al-Sahalawi, K.S., Al-Farrah, M.H. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal of Nursing*. Vol 12(2): 102-107
- Aulló Chaves, M. y Pelayo Pardos, S. (1997). La Historia Clínica. En: de Lorenzo, R. (coord.) *Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional*. Madrid: Edicomplet, 1997; pag. 26.
- Bandura, A. (1980). Análisis del aprendizaje social de la agresión. En A. Bandura y E. Ribes (coor.), *Modificación de conducta: Análisis de la agresividad y de la delincuencia*. México. Trillas.
- Barbado P. (2004). El acoso psicológico en el ámbito laboral de los poderes públicos y la responsabilidad del Estado. *Jurisprudencia Argentina*. Suplemento de Derecho Administrativo del fascículo 13.
- Barber. J., y Mateos, A. (1995). *Seguridad y Salud Laboral. Compendio de las Directivas de la Comunidad Europea y de la normativa nacional*. Valladolid.
- Bell, B. y Martínez-Jarreta, B. (1999). Medical-legal aspects of assaults in a hospital of Aragon (NE Spain). *Rechtsmedizin*, 9 (83).
- Bell, P.A. y Baron, R.A. (1990) "Affect and aggression". En B.S. Moore y A.M. Isen (eds.). *Affect and social behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Beltrán Aguirre, J.L. (1993). La información en la Ley General de Sanidad y en la Jurisprudencia. *Derecho Sanitario*,3:157-174.
- Benito, N., Gutiérrez, B., Serrano, R., Trillo, L.M., Ubis, E., Martínez Jarreta, B., Ferreira, I. (1998). Los derechos del anciano enfermo. En: Progreso Humano, Derechos Humanos, Ponencias y Comunicaciones del XXXI. Congreso Universitario Internacional. Zaragoza: Comité Científico de la Fase Local del Congreso UNIV'98 Aragón. 1998:109-112
- Benveniste, Hibbert & Runciman. (2005). Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. *Med J Aust.*;183(7):348-51.
- Berkowitz, L. (1969). The frustration aggression hypothesis revisited, en L. Berkowitz (ed.), *Roots of aggression*, Nueva York: Atherton.
- Berkowitz, L. (1983). The experience of anger as a parallel process in the display of impulsive “angry” aggression, en R. Geen y E. Donnerstein (eds.). *Aggression: Theoretical and empirical reviews*. Nueva York Academic, Vol 1.
- Björkqvist, K., Österman, K. & Hjelt-Bäck, M. (1994) Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*, 20, 173-184.
- Bongers, P.M., Kompier, M.A.J., Hildebrandt, V.H. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scan J Work environ Health*;19:297-312.
- Bosma, H., Meter, R., Siegrist, J., Marmot, M. (1998). Two alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Herat Disease. *Am J Public Health*, 88:68-74
- Bradley, V. (1992). Workplace abuse: unrecognized emergency department violence. *Journal of emergency nursing*, 18 (6).
- Bruguera, M., Martínez, M., Sánchez, F., Borrás, L.L., Artigot, M.R., Medallo, J., Benet, J., Montaner, E., Viger, M. (2004). Guía per prevenir i gestionar la violencia en el lloc de treball contra els metges. *Quaderns de la bona praxi*. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

- Buendía, J. (1998). *Estrés Laboral y Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bull Kovera, M. (2004). Psychology, Law, and the workplace: an overview and introduction to the special issue. *American Psychology-Law Society* (division APA).
- Burke, R.J. (1987). Burnout in police work: An examination of the Cherniss model. *Group and Organization Studies*, 12, 174-188.
- Buunk, A.P., & Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspectiva from social comparison theory. En WB Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout Recents developments and research*. London: Taylor & Francis.
- Caballero, M.A., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 213-217.
- Cabrero, E., Luna, A. (1999). Ética y Medicina del Trabajo. Madrid. *Medicina del Trabajo*. Vol 8, Nº 2. pp. 78-83.
- Caldwell, M.F. (1992) Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hospital and Community Psychiatry*; 43/8:838-9.
- California Occupational Safety and Health Administration (Cal/OSHA, 1995). *Guidelines for Workplace Security*. San Francisco. State of California, Department of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health.
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. Nueva York. Norton.
- Carbonell Mateu, J.C. (1993). Sobre la imputabilidad en el Derecho español. *Cuadernos del Derecho Judicial*. Pag. 11. La imputabilidad en el Derecho Penal. Consejo General del Poder Judicial.
- Carmi-Iluz, T., Peleg, R., Freud, T., Shvartzman, P. (2005). Verbal and physical violence towards hospital-and-community-based physicians in the Negev : an observational study. *BMC Health Services Research*. 5:54.

- Carrobles, J.A. (1996). La ansiedad: naturaleza, incidencia y modelos explicativos. En JA Carrobles. *Análisis y Modificación de Conducta*. Madrid:UNED.
- Castellano, M. (2004). Violencia familiar. En Villanueva Cañadas, E. (Coor). *“Medicina Legal y Toxicología”*.Barcelona. Masson.
- Castellano, M., Aso, J. y Martínez-Jarreta, B. (1998). Ficha unificada para la recogida de datos de interés médico-legal en las agresiones. *Revista Española de Medicina Legal*, 12(83): 38-46.
- Castellano, M., Gisbert Grifo, M.S.(2004), Valoración médico-legal del daño psíquico. En Villanueva Cañadas, E. (Coor). *“Medicina Legal y Toxicología”*.Barcelona. Masson.
- Chappell, D., Di Martino, V. Violence at Work. (2002). 2<sup>nd</sup> edition, International Labour Office. Geneva.
- Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- Chervinski, D. (1995). Workplace violence. *Canadian Journal of Medical Technology*; 57 (3):132-135. Workplace violence.
- Claix, A., Pham, T.H. (2004). Evaluation of the HCR-20 violence risk assessment scheme in a Belgian forensic population. *L'Encéphale*; XXX: 447-53.
- Cobo del Rosal, M. y Vives Antón, T. (1990). *Derecho Penal*. Parte General. Tirant lo Blanch. Valencia.
- Cole, L., Grubb, P., Sauter, S.L., Swanson, N. (1997). Psychosocial correlates of harassment, threats and fear of violence. *Scand J Work Environ Health*, 23:450-7.
- Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Convenio de Bioética del Consejo de Europa. BOE 251/1999, de 20 de octubre).

- Cooper, C.L., Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*. 43: 7-16.
- Cooper, C.L. y Jackson, S. (1997). *Creating Tomorrow's Organizations: A Handbook for Future Research in Organizational Behavior*. Chichester: John Wiley.
- Cooper, C., Swanson, N. (2002). *Violence in the workplace in health sector*. OIT/CIE/OMS, Ginebra.
- Corral, P., Echeburúa, E. y Sarasua, B. (1989). Estrés postraumático en víctimas de violación. En E. Echeburúa (Ed.). *Estrés: problemática psicológica y vías de intervención*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Daniel, E., Pérez, A. (1999) *El síndrome de Burnout en el médico*. Lab. Smithkline Beecham.
- Decreto 2.075/74, de 30 de mayo del Ministerio de Trabajo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social
- Detis, T., Duhart, Ph. D. (2001). *Violence in the workplace, 1993-99*. Bureau of Justice Statistics. Special Report. 2001. U.S. Department of Justice.
- Di Martino, V. (2006). *La violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud. Estudio de casos por países: Brasil, Bulgaria, Libano, Portugal, Sudáfrica, Tailandia, con un estudio sobre Australia: Informe de síntesis*. Programa conjunto OIT/CIE/OMS/ISP.
- Díaz Moliner, R. (1998). *Derecho de prevención de riesgos laborales*. Madrid. Dijusa.
- Doan, B.D. y Levy, D. (2006). French physicians in independent practice: opinions on their conditions of work and the issue of over (under staffing of medical workforce in their areas. *Cah Sociol Demogr Med.*; 46 (1): 9.99.
- Dollard, J., Doob, L., Millar, N., Mowrer, O., Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven; Yale University Press.

- Dorman, P. (2000). *The Economics of Safety, Health and Well-being at Work: An Overview*. Geneva: International Labour Organization (OIT).
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1996). "Trastorno de estrés postraumático". En A. Belloch, B Sandín y F Ramos. *Manual de Psicopatología Vol 2*. (171-186). Madrid: McGraw-Hill.
- Eros, L.D., Huesmann, L.R. (1980). "Adolescent aggression and television". *Annals of the New York Academy of Science*, 347: 319-331.
- The European Heart Network. Expert Group on Psychosocial and Occupation Factors. *Social Factors, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union*. Brussels. European Heart Network.
- Farrell, G.A. (1999). Aggression in clinical settings: Nurses' views – a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*. 29, 532-541.
- Feierabend, I.K., Feierabend, R.L. (1972). Systemic conditions of political aggression: An application of frustrations aggression theory. En IK Feierabend y TR Gurr (eds.), *Anger violence and politics*, Englewood Cliffs. Prentice Hall.
- Ferns, T. (2005). Violence in the accident and emergency department. An international perspective. *Accident and Emergency Nursing*. 13, 180-185.
- Findorff, M.J., McGovern, P., Sinclair, S. (2005). Work-related violence policy. *AAOHN Journal*. 53 (8).
- Findorff, M.J., McGovern, P.M., Wall, M., Gerberich, S.G. & Alexander, B. (2004). Risk factors for work related violence in a health care organization. *Injury Prevention*; 10:296-302.
- Fletcher, T., Brakel, S.J., Cavanaugh, J.L. (2000). Violence in the workplace: new perspectives in forensic mental health services in the USA. *British Journal of Psychiatry*; 176, 339-344.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 1, 159-165.

- Gallego Riestra, S., Hinojal Fonseca, R., Rodríguez Getino, J.A. (1993). Los derechos de los pacientes: problemática médica. *Medicina Clínica:100*.
- Gallego Riestra, S., Martínez-Jarreta, B., Sánchez Caro, J., Hinojal Fonseca, R. (1994). Médico-legal problems arising from AIDS and health care personnel with special reference to spanish law. *Int J Med Law; 13(3/4):241-249*.
- García-Campayo, J., Sanz Carrillo, C. (1999). A review of the differences between somatizing and psychologizing patients in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol 29 (3). Pp. 337-345.
- Gascón, S., Martínez-Jarreta, B. (2005). Distinctive aspects of burnout in doctors: fear of being reported and aggression. *Journal of Forensic Science*.
- Geen, R.G. (1983). Social facilitation: "Drive theory and beyond". En H.H. Blumberg (eds.) *Small groups and social interaction*. Nueva York. Willey.
- Geen, R.G. (1990). *Human aggression*. Pacific Grove. Brooks/Cole.
- Geen, R.G. & McCown, E.J. (1984). Social facilitation: "Effects of noise and attack on aggression and physiological arousal". *Motivation and Emotion*. Nueva York. Willey.
- Gerberich, S.G., Church, T.R., MacGovern, P.M., Hansen, H.E., Nachreiner, N.M., Geisser, M.S., Ryan, A.D., Mongin, S.J., Watt, G.D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med; 61: 495-503*.
- Gestal Otero, J.J. y De la Hera, A. (2003). Salud Laboral en España. Organismos Internacionales. En JJ Gestal Otero (coor.) *Riesgos Laborales del Personal Sanitario*. McGraw Hill. Madrid.
- Gil Monte, P., y Peiró, J.M. (1996). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gisbert Calabuig, J.A. (2004). La imputabilidad. En Villanueva Cañadas, E. (Coor.). "*Medicina Legal y Toxicología*".Barcelona. Masson.

- Gisbert Calabuig, J.A., Verdú Pascual, F. y Luna Maldonado, A. (2004). Moral, Ética y Deontología médicas. Organización Médica Colegial. En Villanueva Cañadas, E. (Ed.). “*Medicina Legal y Toxicología*”.Barcelona. Masson.
- Gisbert Calabuig, J.A. y Murcia, E. (2004) Problemas médico-legales derivados de la actividad laboral. En Villanueva Cañadas, E. (Coor). “*Medicina Legal y Toxicología*”.Barcelona: Masson. 537-550.
- Golembiewski, R.T. (1982). Organization development interventions. En W.S. Paine (Ed.). *Job, Stress and Burnout*, 229-253. Beverly Hills: CA. Sage.
- Gómez-Cano, M. (1998). *Evaluación de riesgos laborales*. Barcelona. Publicaciones del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- González Correales, R. y De la Gándara, J. (2004). *El médico con burnout: conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia*. IM&C, S.A. Madrid.
- González Zorrila, C. (1983). Minoría de edad penal. Imputabilidad y responsabilidad. *Documentación Jurídica*. Monográfico dedicado a la Propuesta de Anteproyecto del Nuevo Código Penal, vol I. Secretaría General Técnica del Ministerio de Justicia. Madrid.
- Gordon, F., Risley, D. (1999). *The costs to Britain of workplace accidents and work-related ill health in 1995/96*. Second edition, HSE. London; HSE Books.
- Gracia, D. (1989a). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema Universidad.
- Gracia, D. (1989b). Los Cambios en la Relación Médico-Enfermo. Madrid: *Med.Clin.*
- Grant, D. (1995). US report on violence in the medical workplace may hold lessons for Canadian MDs. *Can Med assoc J*;153 (11).
- Grenyer, B.F.S., Ilkiw-Lavalle, O., Biro, P. (2004). Safer at work: development and evaluation of an agresión and violence minimization program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.

- Guardino, X. y Hernández, A. (2001). *Condiciones de Trabajo en Centros Sanitarios*. Barcelona: Publicaciones del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Gurr, T.R. (1970). *Why men rebel*. Princeton. Princeton University Press.
- Gutiérrez Resa, A. (2006). Textos y comentarios sobre la solidaridad y el voluntariado. *Sistema. Revista de Ciencias Sociales*.
- Hall, E.M. (1992). The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish women and men. *Int J Health Serv*;22:239-260.
- Hall, E.M., Johnson, J.V., Tsou, T.S. (1993). Women occupational and risk of cardiovascular morbidity and mortality. *Occupational Medicine. State of the Arts Reviews*;19:297-312.
- Harrison, W.D. (1983). A social competence model of Burnout. En B.A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the human services professions*. (1985, 2ª ed., pp. 29-39). N. York: Pergamon Press.
- Heather, A., Mac Donald, H.A., Colotla, V., Falmer, S., Karlinsky, H. (2003). Posttraumatic Stress Disorder (PST) in the workplace: a descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 13 (2), 63-71
- Hemingway, H., Shipley, M.J., Stansfeld, S., Marmot, M. (1997). Sickness absence for back pain, psychosocial work characteristics and employment grade among office workers. *Scand J Work Environ Health*; 23:121-129.
- Henk, L., Nijman, M., Rector, G. (1999). Crowding and agresión on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*. 5D: 830-1.
- Hernández, C. (2004). Valoración médica del daño corporal. En Villanueva Cañadas, E. (Coor). *“Medicina Legal y Toxicología”*.Barcelona. Masson.
- Hesketh, K.L., Duncan, S.M., Estrabrooks, C.A. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia Hospitals. *Health Policy* 63:311-321.

- Hinde, R.A. y Groebel, J. (1989). "The problem of aggression". En J. Groebel y R.A. Hinde (eds.). *Aggression and war: their biological and social bases*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Hinojal, R. (1989). Estrés, agresividad y criminalidad. *Revista Española de Medicina Legal*. Madrid.
- Hoel, H. y Cooper, C.L. (2000a). *Destructive Conflict and Bullying at Work*. Unpublished Report, UMIST. UK.
- Hoel, H. y Cooper, C.L. (2000b). Working with victims of workplace bullying. En H. Kemshall y J. Pritchard (eds.). *Good Practice in Working with Victims of Violence*. (p101-118). London. Jessica Kingsley Publishers.
- Hoel, H., Rayner, C. y Cooper, C.L. (1999). "Workplace bullying". En CL Cooper e IT Roberstson (eds). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. 14, 195-230.
- Hoffman, N. (1976). *Depressives verhalten, Psychologische modelle der atologie und der therapie*. Salzburg: Otto Müller,
- House of Commons (2003). A Safer place to work. *Report by the comprtroller and auditor general*. London.
- Huessmann, L.R, Eron, L.D., Lefkowitz, M.M. y Walder, L.O. (1984). "Stability of aggression over time and generations", *Developmental Psychology*, 20: 746-775.
- Jackson, M., Ashley, D. (2005). Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Pública*. 18 (2).
- Jiménez, P., Sandín, B., Chorot, P. y Santed, M.A. (1994). *Perceived social support: Relationship with life events and health*. 23<sup>rd</sup> International Congress of Applied Psychology. Madrid, 17-22 de junio.
- Johnson, J.V. y Hall, E. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random simple of the Swedish working population. *AJPH*; 78(10):1336-1342.

- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *AJPH*; 71:694-705.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Keane, T.M. & Wolfe, J. (1990). Comorbidity in post-traumatic stress disorder: An analysis of community and clinical studies. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1776-1788.
- Kielholz, P. (1971). *Diagnose und therapie der depressionen für den praktiker*. München: Lehmann.
- Kijak, M. y Funtowicz, S. (1982). The syndrome of the survivor of extreme situations. *International Review of Psychoanalysis*, 9, 25-33.
- Kivimäki, K., Elovainio, M. y Vathera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, 57, 656-660.
- Klein, R.L., Leong, G., Silva, J.A. (1995). *Employee Sabotage in the workplace : a biopsychosocial model*. Annual Meeting of the American Academy of Forensic Sciences, Seattle, WA. 13-18.
- Kompier, H. y Levi, L. (1995). *Estrés en el trabajo: causas efectos y prevención. Guía para pequeñas y medianas empresas*. Luxemburgo; Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Kowalenko, T., Walters, B.L., Khare, R.K., Compton, S. (2005). Workplace violence: A Survey of Emergency Physicians in the State of Michigan. *Annals of Emergency Medicine*; 46/2:142-147.
- Krug, E.G. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

- Kushner, M., Riggs, D., Foa, E.B., Millar, S.M. (1992). Perceived controllability and the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in crime victims. *Behav Res Ther*; 31/1:105-110.
- Lanza, M.L. (1992). Nurses as patient assaults victims: update, synthesis and recomedations. *Archives of Psychiatric Nursing*. 6 163-171.
- Laposa, J.M., Alden, L.E., Fullerton, L.M. (2003). Work Stress and Posttraumatic Stress Disorder in ED Nurses/Personnel. *Journal of Emergency Nursing*; 29/1: 23-28.
- Leiter, M.P. y Maslach, C. (2000). *Preventing Burnout and building engagement*. Jossey-Bass. S. Francisco.
- Ley 26/ 1984, de 19 de julio, de Defensa de Consumidores y Usuarios.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 22/1994, de 6 de julio, de Responsabilidad Civil por los Daños Causados por Productos Defectuosos.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (modificaciones introducidas por la Ley 54/2003).
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre del Código Penal.
- Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal.
- Leymann, H. (1996). *Mobbing. La persécution au travail*. Éd. du Seuil, Paris.
- Levi, L. (1991). Work, worker and wellbeing. An overview. En: AA.VV. Ahealthier work environment. Basic concepts and methods of measurement. *Proccedings of an international meeting*. Stockholm 27-30 May 1991.
- Levi, L., Lunde-Jensen, P. (1995). *A model for assessing the costs of stressors at National Level: Socio-economic costs of stress in two EU members states*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

- Lorenzo de, R., Montero R, Sánchez Caro, J. (1997). El Consentimiento Informado. En: *Plan de Formación en Responsabilidad Profesional*. Madrid: Edicomplet.
- Luna Maldonado, A., Osuna Carrillo de Albornoz, E. (2004). Los derechos del enfermo, En Villanueva Cañadas, E. (Ed.). “*Medicina Legal y Toxicología*”.Barcelona: Masson.
- Maljers, J., Market forces inevitable in health care. *Ned Tijdschr Geneeskd*; 6; 150 (18): 1014.
- Martínez de la Casa, A., Del Castillo, C., Magaña, E., Bru, I., Franco, A. y Segura, A. (2003). Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Atención Primaria*, 32(6); 343-348.
- Martínez-Cordero, A., Martínez-Jarreta, B., Hinojal, R. (1998). Estudio comparativo de personalidad con el test EPQ entre un grupo de delincuentes sexuales y un grupo control. En Vieira ND, Rebelo A, Corte-Real F (coord.). *Temas de Medicina Legal*. Coimbra: Centro de Estudos de Pós-Graduação. 105-113.
- Martínez-Jarreta, B. (2001). *La formación de los sanitarios en el nuevo escenario de la prevención de riesgos laborales*. SESLAP: Zaragoza.
- Martínez-Jarreta, B. (2002). *Retos y cuestiones pendientes en la Medicina del Trabajo y la Enfermería de Empresa en el Siglo XXI*. Zaragoza: IFC-CSIC.
- Martínez-Jarreta, B. (2003a). *Los derechos del ciudadano como paciente en el escenario de la Sanidad Española. La Salud como bien de consumo*. Zaragoza: Cuadernos de Consumo.
- Martínez-Jarreta, B. (2003b). El estrés: factor de riesgo en nuestra sociedad. En “*Trabajemos contra el estrés*”. Zaragoza: Colección Documentos. Gobierno de Aragón.
- Martínez-Jarreta, B., Castellano, M. (1993). *Drogodependencias e Imputabilidad*. Madrid: fundación Oriol-Urquijo.

- Martínez-Pereda Rodríguez, J.M. (1996). La imputabilidad. *La Ley*, XVII, 3.957.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5 (9), 16-22.
- Maslach, C. (1981). Burnout: A social psychological analysis. En J.W. Jones (Ed.), *The Burnout síndrome*. Park Ridge, IL: London House Press.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1981). The measurement o experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S.E., y Leiter (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3ª ed.). Palo Alto. CA. Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Masmoudi, M.L. (2006). *Aggressions at workplaces against health workers*. Referees 28<sup>th</sup> International Congress on Occupational Health. Milan.
- Mayhew, C., Chappell, D. (2005). Violence in health care. *Medical Journal Australia*. 183 (7).
- Meschkutat, B., Stackelbeck, M. & Langenhoff, G. (2003). *Der Mobbing-Report, Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland*, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 3. edt., Dortmund/Berlin/Dresden.
- Mestre, V., Frías, M.D., Samper, P. (2004). Measuring empathy: The Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*; 16(2), pp. 255-260.
- Monahan, J. (1984). Predicting violent behavior: toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry*.
- Monahan, J. (1988). Risk assessment of violence among the mentally disordered: generating useful knowledge. *Intern J Law Psychiatry*; 11: 249-57).
- Moncada, S. (1998). Salud Laboral en: Martínez Navarro F; Antó JM, Castellanos PL, Gili M; Marset P, Navarro V. (coor.). *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana: 767-789

- Moncada, S., Artazcoz, L., Cortés, I. (1995). *Organización del trabajo, percepción de la salud y hábito de fumar entre la población trabajadora de Barcelona*. Barcelona: VI Congreso SESPAS, 25-27 octubre 1995.
- Molina Sigüero, A. (2003). Prevalencia del desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*; 31 (9):564-574.
- Moreno Jiménez, M.A., Vico, F., Zerolo, F.J. (2005). Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Atención Primaria*; 36 (3).
- Mummendey, A., Linneweber, V. y Loschper, G. (1984). "Aggression: From act to interaction". En A. Mummendey (ed.). *Social psychology of aggression: From individual behaviour to social interaction*. Nueva York. Springer Verlag.
- Muniesa, M. y Martínez-Jarreta, B. (2001). El consentimiento informado. Una aproximación doctrinal a un elemento fundamental en la práctica actual de la Medicina. *Ciencia Forense*, 3: 189-202.
- Muñiz, J. (1994): "Teoría clásica de los test". Madrid: Pirámide.
- Nijman, H.L.I., Palmstierna, T. (2002). Measuring aggression with the staff observation aggression scale-revised. *Acta Psychiatrica Scand*; (412): 101-2.
- Nijman, H.L.I., Palmstierna, T., Almvik, R., Stolker, J.J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand*; 111:12-21.
- National Health Service (2002). *Zero Tolerance Campaign*. <http://www.nhs.uk/zerotolerance/intro.htm>.
- National Institute for Occupational Safety and Health –NIOSH- (1996). *Violence in the workplace*.
- Nordin, H. (1995). *Fakta om vaold och hot I arbetet, Solna. Sistema de información sobre las lesiones en el trabajo*. Consejo Sueco de Salud y Seguridad en el Trabajo.

- North, F., Syme, L., Feeney, A. Shipley, M., Marmot, M. (1996). Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whintehall II study. *AJPH*; 86(3):332-340.
- OIT. *La violencia en el trabajo en el sector servicios. Medidas para combatir este fenómeno*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 2004.
- Olivar, C., González, S. y Martínez Suárez, M.M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria*, 24(6), 352-359.
- Olmedo, M. y Santed, M.A. (1999). *El estrés laboral*. UNED-FUE. Madrid.
- Olmedo, M., Santed, M.A., Jiménez Tornero R. y Gómez Castillo, M.D. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Revista Psiquis*. Vol 22(3). 11-23.
- Ortí, A. (1989): “La apertura y el enfoque cualitativo o estructural”: La entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo”. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Comps.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. (pp. 171-203). Madrid: Alianza.
- Osuna Carrillo de Albornoz, E. y Luna Maldonado, A. (2004). Derechos del Enfermo. En Villanueva Cañadas, E. (Ed.). “*Medicina Legal y Toxicología*”. Barcelona. Masson.
- Palmstierna T, Wisetedt B. (1987). Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*;76(6):657-63.
- Paoli, P., Merllié, D. (2001). *Third European Survey on Working Conditions 2000*. Dublín: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Pedreira Andrade, A. (1992). Ejercicio de los derechos y reclamaciones de los usuarios. Diversas vías de actuación. En *Jornadas sobre los Derechos de los Pacientes*, Instituto Nacional de la Salud, Madrid:171-1.014.

- Peiró, R. (1994). El grupo de discusión en el entorno sanitario. *Quaderns de salut pública i Administració de serveis de salut*. Valencia: Institut Valencià d'Estudis de Salut Pública.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Piñuel, I. (2001). *Mobbing. Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Térrea.
- Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio del SESCAM. Plan Perseo. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. <http://www.sescam.org>
- Prieto, L., Robles, E., Salazar, L.M. y Daniel, E. (2001). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29(5): 294-302.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional del Sistema Nacional de Salud.
- Reich, R.B. y Dear, J.A. (1996). Guidelines for preventing workplace violence Health care and social service workers. En G.R. VandenBos y E.Q. Bulatao (eds.). *Violence in the Job* (p399-415). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rippon, T. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*. 31, 452-460.
- Romeo Casabona, C.M. (2002). *La confidencialidad en la vigilancia de la salud de los trabajadores*. Jornadas sobre formación en Medicina y Enfermería del Trabajo. Retos y Cuestiones pendientes, Zaragoza, 2002.
- Rowe, M., Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do Burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*: 13.
- Rowett, C. (1986). *Violence in Social Work*. Institute of Criminology, Occasional Paper nº 14. Cambridge: Cambridge University.

- Rubenstein, M. (1988). *The dignity of women at work: a report on the problem of sexual harassment in the member states of the European Communities*, COM V/412, 1087. Luxembourg: Office for Publications of the European Communities.
- Runyan, C.W., Zakocs, R.C., Zwerling, C. (2000). Administrative and behavioural interventions for workplace violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine*. 18, 116-127.
- Sabater, F. (2002). “Beneficiarios feroces”. Diario *El País* (opinión) 14.11.2002.
- Sánchez-Caro, J. (1992). La Relación Administración-Usuario. En: *Debate Sanitario: Medicina, Sociedad y Tecnología*. 257 y ss. Bilbao: Fundación BBV.
- Sánchez Caro, J. (1997). *Historia clínica. Conflictos y propuesta de algunas soluciones*. Seminario Conjunto sobre Información y Documentación Clínica. Madrid: Consejo General del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sánchez Caro, J., Gallego Riestra, S., Rodríguez Getino, J.A., Hinojal, R. (1994). Aspectos técnicos y jurídicos del usuario en relación con el sistema sanitario: pasado, presente y futuro de los servicios de atención al paciente. *Todo Hospital*: 103.
- Sandín, B. (1984). *Hormonas y conducta*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Complutense.
- Sandín, B. (1986). Clasificación y diagnóstico de los desórdenes de ansiedad. Nuevos planteamientos. En B. Sandín (Ed.) *Aportaciones recientes en psicopatología* (pp. 87-100). Madrid: Novamedic.
- Sandín, B. (1989). Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas. En B. Sandín y J. Bermúdez (Eds.). *Procesos emocionales y salud*. Madrid. UNED.

- Sandín, B. (1991). Perspectivas actuales en la psicopatología de la ansiedad. En J. Buendía (Ed.), *Psicología clínica y salud* (pp 113-128). Murcia: Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Sandín, B. (1996a). El estrés. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de Psicopatología. Vol 2.* (3-52). McGraw-Hill. Madrid.
- Sandín, B. (1996b). Síndromes clínicos de la ansiedad. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de Psicopatología. Vol 2.* (3-52). McGraw-Hill. Madrid.
- Sandín, B., Chorot, P. (1986). Cuestionario de Ansiedad-Rasgo S-R. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 2, 39-53.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Jiménez, P. (1996). Trastornos psicósomáticos. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de Psicopatología. Vol 2.* (3-52). McGraw-Hill. Madrid.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (2002). Estrés y salud: relación de los sucesos vitales y el estrés diario con la sintomatología somática y la enfermedad. *Ansiedad y Estrés*, Vol 8(1), 73-87.
- Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, J., Rubio, A., Santed, M.A., Montoro, M. (2002). Validation of the Spanish versión of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research. Vol 52(3)*, pp. 167-172.
- Seligman, M.E.P. (1974). Depression and learned helplessness. En R. J. Friedman y M.M. Kete (eds.): *The psychology of depresión: contemporary theory and research*. Winston-Wiley, Washington, DC.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology. Vol 1(1)*.
- Stansfeld, S., Feeney, A., Head, J., Canner, R., North, F., Marmot, M. (1995). Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II study. *Soc Sci Med; 40(2):189-197*.

- Steinman, S. (2000). *Internet Survey of Experience of Workplace Bullying in South Africa*. Personal Correspondence.
- Tedeschi, J.P. (1989). *Una interpretación psicosocial de la agresión humana*. Lecturas de psicología social. Madrid, UNED.
- The European Heart Network. Expert Group on Psychosocial and Occupation Factors. *Social Factors, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union*. Brussels European Heart Network, 1998.
- Valzelli, L. (1983). *Psicobiología de la agresión y la violencia*. Alambra Universidad. Madrid.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1996). Trastornos del estado de ánimo. Aspectos clínicos. En A. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de Psicopatología. Vol 2*. (301-340). Madrid: McGraw-Hill.
- Villanueva, E., Hernández, C. (2004). Problemas médico-legales de la valoración del daño corporal. En Villanueva Cañadas, E. (Coor). "*Medicina Legal y Toxicología*". Barcelona. Masson.
- Whittington, R.W. (1994). Violence in psychiatric hospital. En T. Wykes (ed.). *Violence and Health Care Professionals*. London: Chapman and Hall. pp. 23-44.
- Whittington, R. y Wykes, T. (1994). Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*;35, 11-20.
- Whittington, R., Shuttleworth, S. y Hill, L. (1996). Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*;24: 326-333.
- Winstnaley, S., Whittington, R. (2003a). Anxiety, burnout and coping styles in a general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work and Stress*, 16:302-315.
- Winstnaley, S., Whittington, R. (2003b). Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assaults related factors in accident and emergency and in-patient ward. *Acta Psychiatrica Scandinavia*; Suppl. 402:

144-147.

- Winstnaley, S. & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions. *Journal of Clinical Nursing*;13:3-10.
- Yassí, A., Gilbert, M., Cvitkovich, Y. (2005). Trends in injuries, illnesses, and policies in Canadian Healthcare workplaces. *Canadian Journal of Public Health*. 333.
- Zahid, M.A., Al-Sahlawi, K.S., Shahid, A.A., Awadh, J.A., Abu-Shammah, H. (1999). Violence against doctors: 2. Effects of violence on doctors working in accident and emergency departments. *Eur J Emerg Med*. 6(4): 305-309.