



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Máster en Psicología General Sanitaria

“Estudio piloto sobre sintomatología psicológica
asociada a agresiones al personal sanitario, y propuesta
de prevención”

Autora

Lucía Sebastián González

NIA 735778

Director

Santiago Gascón Santos

Año 2021/2022



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Resumen

Las expresiones de violencia se producen en diversas esferas sociales y el medio laboral no es una excepción. Uno de los sectores más afectados por la violencia en todas las latitudes es el sector sanitario, representando casi una cuarta parte de toda la violencia laboral. Por ello, este asunto se ha convertido en una preocupación prioritaria.

Existen diversos tipos de violencia según los diferentes aspectos que se consideren, esta investigación se centra en estudiar la violencia tipo II según la clasificación de la California Occupational Safety and Health Administration. Es decir, la violencia ejercida por usuarios o sus acompañantes. Además, se estudian tres tipos de violencia, agresiones físicas, amenaza verbal o comportamiento amenazante y abuso verbal. Esta violencia puede ser propiciada por numerosos factores causales, pudiendo generar graves consecuencias en los profesionales de la salud, lo cual se añade a las altas exigencias a las que se enfrentan estos trabajadores y a la situación actual de COVID-19. Entre ellas, síntomas psicológicos de ansiedad, depresión, síndrome de burnout o trastorno de estrés postraumático.

A pesar de la relevancia del tema, los estudios sobre este fenómeno son limitados y basados en caracterizar las agresiones y no tanto en la posible sintomatología psicológica derivada de ellas.

En el estudio piloto participaron 141 profesionales, quienes completaron un formulario online. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de agresiones y diversos factores relacionados con síntomas de ansiedad, depresión, burnout y trastorno de estrés postraumático. Los resultados sirvieron para diseñar un programa de prevención.

Palabras clave: Agresiones, violencia laboral, personal sanitario

Abstract

Expressions of violence occur in a variety of social spheres, and the workplace is no exception. One of the sectors most affected by violence in all latitudes is health care, accounting for almost a quarter of all workplace violence. As a result, this issue has become a priority concern.

There are different types of violence depending on the different aspects that are considered, this research focuses on studying type II violence according to the classification of the California Occupational Safety and Health Administration. That is to say, violence perpetrated by users or accompanying persons. In addition, three types of violence are studied: physical aggression, verbal threat or threatening behaviour and verbal abuse. This

violence can be caused by numerous causal factors and can have serious consequences for health professionals, which is added to the high demands faced by these workers and the current situation of COVID-19. These include psychological symptoms of anxiety, depression, burnout syndrome or post-traumatic stress disorder.

Despite the relevance of the subject, studies on this phenomenon are limited and based on characterising the aggressions and not so much on the possible psychological symptoms derived from them.

The pilot study involved 141 professionals, who completed an online form. Statistically significant relationships were found between the different types of aggressions and several factors related to burnout symptoms, anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder. The results served to design an intervention program.

Key words: Aggression/assaults, workplace violence, health workers

Introducción

La violencia ha sido y es un fenómeno presente en toda actividad humana y puede encontrarse en numerosas esferas, afectando a todas las estructuras sociales. El lugar de trabajo no es una excepción. El sector servicios es el más afectado y, junto a policías y vigilantes, es la sanidad, donde existe un estrecho contacto con pacientes y familiares, uno de los principales escenarios de agresiones (Herrero, 2018). Se estima que este sector representa casi una cuarta parte de toda la violencia laboral y que, hasta un 95% de los trabajadores sanitarios han informado que se han visto expuestos a algún tipo de agresión por parte de los pacientes (Bernaldo-De-Quirós et al., 2015; Spelten et al., 2020).

La violencia en este sector se ha incrementado en los últimos 10 años en un 300% según un informe de los Centros para la Prevención de Enfermedades y el Control. El Grupo de trabajo de agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud reveló que más de 30.000 profesionales sanitarios sufrieron agresiones en España en 2014. Debido a ello, esta cuestión se ha convertido en prioritaria, aunque durante largo tiempo fue un asunto olvidado (OIT et al., 2002; Rincón-del Toro et al., 2016; Rodríguez et al., 2021).

Una de las definiciones de violencia laboral más utilizadas es la de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2003), que la describe como: “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”. Buvinic et al. (1999) resaltan que existen diversos tipos

de violencia según los aspectos considerados: individuos afectados, agentes de violencia, motivos, relación entre agresor y agredido, naturaleza de la agresión, etc.

En este estudio se usará la clasificación de la Violencia en el Trabajo elaborada por la California Occupational Safety and Health Administration (Cal/OSHA; 1995), en concreto la violencia de Tipo II (Tabla 1), ya que se centra en conocer la sintomatología psicológica asociada a la violencia ejercida por pacientes o familiares. No se tendrá en cuenta la violencia fuera del contexto laboral ni la ejercida por compañeros. Se estudian los tipos de agresiones siguiendo las definiciones propuestas por Winstanley y Whittington (2004) que concuerdan con las definiciones de la OIT, CIE, OMS e ISP en las Directrices para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud (Tabla 2) (Gascón et al., 2013).

Siguiendo esta clasificación, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (6ª EWCS) del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2015), se observa que el personal sanitario es el principal receptor de violencia física (5%) y de ofensas verbales (15%) frente a otros sectores laborales (Martínez-Jarreta et al., 2007). Estas agresiones suelen seguir un patrón similar: agresiones verbales y psicológicas, a menudo acompañadas de amenazas, con un porcentaje variable de violencia física (Rodríguez et al., 2021). En la mayoría de los casos la violencia es ejercida por el propio paciente, seguida de familiares o acompañantes y, respecto al sexo del agresor, prevalece el masculino (Serrano et al., 2020). En cuanto a los profesionales agredidos, el sexo femenino es el más afectado. El motivo de las agresiones responde a numerosos factores: los tiempos de espera, demoras o fallas en la atención, negativas a recetar prescripciones, funcionamiento del sistema de salud, negación de un servicio, ingreso de pacientes bajo los efectos de sustancias, etc. (Zapata, 2017). El más frecuente, según una encuesta del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, fue la frustración producida por las diferencias existentes entre las prestaciones ofertadas por el Sistema Público de Salud y las expectativas del paciente (Rincón-del Toro et al., 2016).

El ámbito sanitario se distingue de otros medios en que se trabaja con usuarios en situaciones críticas, enfrentándose a altas exigencias, desajustes organizacionales y una exposición continua al dolor, que hace que se acumule estrés y tensión. Esto, junto con las características propias del profesional y otros factores como la relación con su ambiente laboral o la presión institucional, puede llevar a un estrés crónico, o a lo que se conoce como síndrome de burnout. Sin olvidar los diversos elementos estresores propiciados por la pandemia actual, tanto cuantitativos, por el número de tareas, como cualitativos, por la gran dificultad y la escasez de medios disponibles para realizarlas, ha originado un contexto

laboral proclive al desarrollo de la sintomatología mencionada (De Pablo y Suberviola, 1998; González, 2021).

Las agresiones a profesionales sanitarios constituyen un problema importante por su frecuencia y por las graves consecuencias, las cuales hasta hace poco eran prácticamente desconocidas (Gascón et al., 2013). Como se observa en las revisiones sistemáticas de Alberdi et al. (2020) y Serrano et al. (2020), entre las consecuencias más comunes que los profesionales de la salud pueden padecer tras sufrir una agresión destacan: síntomas de estrés, ansiedad, síndrome de burnout, trastorno de estrés postraumático, disminución de la autoestima, falta de motivación, pérdida de confianza y mayor temor a los pacientes y/o familiares. La violencia afecta también a la organización, presentándose mayor absentismo, descenso del rendimiento laboral y deterioro de la calidad asistencial (Vidal-Martí y Pérez-Testor, 2015).

Este estudio se focaliza en explorar la posible sintomatología que ayude a diseñar planes de prevención e intervención y que, según anteriores investigaciones, se resume en:

- *Síntomas de ansiedad:* conjunto de conductas caracterizadas por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión emocional y una activación fisiológica intensa asociados a determinados patrones de conducta que suelen ocurrir en respuesta a estímulos del medio en el que se desenvuelve el individuo. Implica diversos sistemas de respuesta: cognitivo (inquietud, obsesiones, preocupaciones...), conductual (postura corporal, expresión facial, conducta de evitación o escape...) y fisiológico (aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo). Puede que la ansiedad se presente como síntoma principal, sobre todo en los momentos posteriores a la agresión, bajo la forma de ataques de pánico, sofocaciones, somatizaciones, etc. Once estudios incluidos en la revisión sistemática de Lanctôt y Guay (2014), probaron que las víctimas de violencia laboral experimentan a menudo ansiedad. A pesar de ello, el porcentaje que manifiesta problemas de ansiedad varía del 8% al 65%.
- *Síntomas de depresión:* Caracterizados por sentimientos de tristeza o temor, baja autoestima y apatía, sentimiento de incapacidad en el desarrollo de la profesión, dificultad de concentración, falta de energía e ilusión para el enfrentamiento de situaciones cotidianas, pensamientos de muerte, problemas de sueño, etc. Lanctôt y Guay (2014) comprobaron que el rango de trabajadores que experimentaron síntomas depresivos tras una agresión variaba entre el 0,8% y el 84,3%. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones informaron de un estado de ánimo deprimido en menos de un 20% de los trabajadores agredidos.

- *Síndrome de burnout*: es una respuesta psicológica al estrés laboral crónico que aparece en profesionales que trabajan en contacto con clientes y viene acompañada de actitudes negativas hacia esos usuarios. Se caracteriza por tres dimensiones: sentimientos de agotamiento de la energía o fatiga; reducción de la eficacia profesional y aumento del distanciamiento mental del propio trabajo o sentimientos de cinismo relacionados con el trabajo. Produciendo una disminución de la calidad asistencial y un daño a la calidad de vida de quien lo padece (Kobayashi et al., 2020). Como se ha comentado, el medio sanitario presenta diversas fuentes de estrés y los síntomas de burnout aparecerían debido a un desequilibrio entre las demandas laborales y la capacidad para afrontar estas demandas (Gascón, 2013).
- *Trastorno de estrés postraumático*: en la revisión de Lanctôt y Guay (2014), este trastorno se confirma como una de las consecuencias psicológicas más frecuentes tras la exposición a la violencia laboral. En numerosos estudios se reveló que, a menudo, los trabajadores experimentaban al menos un síntoma, como recuerdos recurrentes, involuntarios e intrusivos; sueños angustiosos; reacciones disociativas en las que el sujeto actúa como si se repitiera el suceso; malestar psicológico intenso o prolongado y reacciones fisiológicas intensas al exponerse a factores que simbolizan el suceso. Asimismo, se pueden producir esfuerzos persistentes para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos y recordatorios externos asociados al suceso traumático o alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo como la incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso, creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo. Además de una percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás, un estado emocional negativo persistente, una disminución considerable del interés o la participación en actividades significativas, un sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás y una incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (APA, 2014). Por último, se produce una alteración de la alerta y reactividad asociada al suceso, observándose un comportamiento irritable y arrebatos de furia; un comportamiento imprudente o autodestructivo; hipervigilancia; respuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración o alteración del sueño (APA, 2014).

Findorff et al. (2005) observaron que los empleados reportaron mayor sintomatología tras sufrir violencia no física en comparación con los trabajadores que sufrieron violencia

física. La sintomatología depresiva que se experimentó fue diferente entre los tipos de violencia, en lo que se refiere a la violencia verbal predominó la ira, la irritabilidad, la tristeza y la depresión, mostrando, para la violencia física, niveles más bajos de esta sintomatología. Sin embargo, la sintomatología ansiosa se encontró tanto en quienes habían sufrido violencia física como no física.

A pesar de ser un gran problema, la violencia laboral hacia el personal sanitario en España comenzó a ser objeto de estudio en el año 2004, coincidiendo con episodios que causaron la muerte de profesionales, y el número de estudios realizados que reseñan el estado actual del país es limitado, siendo estos de carácter descriptivo, centrándose únicamente en las características, magnitud y frecuencia de las agresiones hacia los profesionales. Esto puede ser debido a que en la mayoría de los estudios se observa que más del 70% de los profesionales no denuncian el episodio. Lo cual dificulta la obtención de datos e información fiables acerca de las agresiones producidas (Serrano et al. 2020).

Existen diversos motivos por los cuales los sanitarios no denuncian estas situaciones: falta de tiempo, normalización de ciertas conductas o incluso que los propios profesionales no estén familiarizados con los protocolos de prevención de los centros en los que trabajan. En diversas ocasiones los profesionales no sienten el apoyo de la dirección. Aunque se han diseñado protocolos, estos no se cumplen debido a que el trabajador no los considera eficaces o no perciben la confianza por parte de la dirección. Por ello, es necesario que se elaboren protocolos que señalen la importancia de notificar las agresiones y se informe a los profesionales de los medios disponibles para ello, lo cual haría que el número de denuncias y registros aumentara (Serrano et al., 2020; Spelten et al., 2020).

El objetivo de esta investigación es analizar las agresiones reportadas por los profesionales de la salud para identificar y evaluar la sintomatología psicológica presente en estos trabajadores a consecuencia de la violencia ejercida por los pacientes, familiares o acompañantes. Para ello se quiere: conocer y describir las características de las agresiones sufridas por el personal sanitario de atención primaria en centros de salud de la provincia de Zaragoza; evaluar la existencia y características de posible psicopatología (ansiedad, depresión, TEPT, burnout...); y contrastar estas variables de salud entre profesionales que han sufrido agresiones y profesionales que no las han sufrido. Esto permitirá crear programas de prevención e intervención que ayuden a mejorar su calidad de vida.

Método

Participantes y procedimiento

Dado el fenómeno observado de “infra denuncia”, resultaba difícil establecer un grupo experimental (sanitarios agredidos) y un grupo control que no hubieran notificado ninguna agresión. Por lo que, además de solicitar autorización al Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón (Servicio de Prevención del SALUD), se pidió su asesoría para seleccionar un número de centros representativos que, proporcionaran, al menos, 150 respuestas. Se contó con la colaboración de 22 centros, urbanos, semi-urbanos y rurales.

Posteriormente, se solicitó al Servicio de Salud del Gobierno de Aragón (SALUD) que fuera el encargado de enviar la propuesta de participación a los sanitarios de los centros seleccionados. A continuación, fue la investigadora quien difundió, mediante correo electrónico, el link del cuestionario de Google Forms, acompañado de una breve descripción del objetivo del estudio, junto a su correo para atender a las dudas que pudiesen surgir. Fue enviado a 883 profesionales, de los cuales 141 contestaron al cuestionario. Los datos fueron recogidos en el mes de junio de 2022 y la encuesta permaneció abierta durante 15 días.

Se informó de que la participación era voluntaria y de que las respuestas obtenidas llegarían de forma anónima y confidencial a la base de datos. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética para la Investigación Clínica de Aragón.

De los 141 participantes, 63% (n=89) eran mujeres y el 37% (n=52) eran hombres, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años ($M = 52,7$, $DT = 6,31$). Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión (1) aceptar voluntariamente la participación en el estudio (2 participantes excluidos); (2) estar en el rango de edad entre los 18 y 65 años; (3) firmar el consentimiento informado (2 participantes excluidos); y (4) ser profesional sanitario.

Instrumentos

Los participantes respondieron a la siguiente batería de instrumentos:

Ficha de datos demográficos: edad, género, situación familiar, área de trabajo, profesión, turno de trabajo, antigüedad, situación administrativa.

MBI-GS: Maslach Burnout Inventory – General Survey, de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, versión validada por Gil-Monte (2002). Sus 16 ítems miden las tres dimensiones que constituyen el síndrome: agotamiento emocional, cinismo y eficacia profesional, que se valoran mediante escala de tipo Likert cuyos grados van de 0 (nunca) a 6 (a diario). La adaptación al castellano reúne los suficientes requisitos de consistencia interna y validez factorial como para ser empleado en la estimación del síndrome de burnout.

PCL-5: “Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5” PCL-5, de Weathers et al., 1993. Se utilizó la versión en castellano de Soberón et al. (2016) que muestra adecuados índices de fiabilidad y validez convergente y divergente. Está compuesto de 20 ítems que se califican en una escala tipo Likert cuya puntuación va de 0 (nada) a 4 (totalmente) y describen la sintomatología relativa a los criterios diagnósticos del DSM-5.

GHQ-12: Cuestionario de Salud General de 12 ítems, de Goldberg y Williams, adaptado al español por Sánchez-López y Dresch en 2008. Es un test autoadministrado, considerado uno de los instrumentos de cribado más empleados (Brabete, 2014). Consta de 12 ítems, seis de estos escritos de forma positiva y seis de forma negativa. Su objetivo se basa en detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos ansioso-depresivos. Cuenta con una escala de tipo Likert con un patrón de respuesta de 0 a 3, donde a mayor puntuación, mayor grado de sintomatología emocional (Brabete, 2014).

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos y contrastes de medias a través de la prueba U de Mann-Whitney y análisis de correlaciones con la prueba Rho de Spearman.

Resultados

En la Tabla 3 se muestran las variables socio-demográficas de la muestra.

Mediante el estadístico Chi-cuadrado, no se observó asociación estadísticamente significativa entre los diferentes tipos de agresiones y el hecho de que el profesional agredido fuera varón o mujer. Tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre las agresiones y el tipo de profesión: médico, enfermero.

Análisis de Correlaciones

Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov se comprobó que las variables socio-demográficas y las relativas a sintomatología no seguían una distribución normal. Por ello, y por el tamaño reducido de la muestra, se usó correlación Rho de Spearman.

En primer lugar, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre agresiones físicas y cansancio emocional (0,352, $p < 0,01$), amenazas verbales y cansancio emocional (0,311, $p < 0,05$), amenazas verbales y despersonalización (0,297, $p < 0,05$), insultos y cansancio emocional (0,412, $p < 0,01$) e insultos y falta de realización personal por el trabajo (0,331, $p < 0,05$) (Tabla 4).

En cuanto a la relación que se establece entre las diferentes agresiones y los diversos factores relacionados con Trastorno de Estrés Postraumático, se observan correlaciones estadísticamente significativas entre el factor recuerdos y sueños y los tres tipos de violencia

estudiada, violencia física (0,313, $p < 0,05$), amenazas (0,298, $p < 0,05$) e insultos (0,354, $p < 0,01$); entre el factor evitación y violencia física (0,323, $p < 0,05$), amenazas (0,269, $p < 0,05$) e insultos (0,293, $p < 0,05$); entre el factor reacciones emocionales y cognitivas y violencia física (0,348, $p < 0,01$) e insultos (0,323, $p < 0,05$) y, por último, entre irritabilidad, hipervigilancia y estrés y violencia física (0,309, $p < 0,05$) (Tabla 5).

Finalmente, se observan correlaciones estadísticamente significativas entre los factores de la escala GHQ-12 y los diferentes tipos de violencia en amenazas y estrategias de afrontamiento (-0,273, $p < 0,05$), insultos y autoestima (0,0294, $p < 0,01$) y entre todos los tipos de violencia, física (0,280, $p < 0,05$), amenazas (0,329, $p < 0,01$) e insultos (0,248, $p < 0,05$) y estrés (Tabla 6).

Contraste de medias

Como se ha indicado, dado que las principales variables no seguían una distribución normal, se usaron pruebas no paramétricas para contrastar si existía una diferencia en cuanto a sintomatología entre profesionales que habían sufrido algún tipo de agresión y quienes no la habían sufrido. En este caso, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney en las escalas MBI-GS, PCL-5 y GHQ-12 para contrastar si existe una mayor sintomatología entre quienes han sufrido una agresión y quienes no.

Por un lado, el análisis realizado con las subescalas del cuestionario MBI-GS, comparando la muestra entre profesionales agredidos y profesionales no agredidos físicamente, solamente se revelaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de cansancio emocional ($p=0,010$) (Tabla 7).

En cuanto a la comparación entre profesionales amenazados y profesionales no amenazados, el análisis mostró una diferencia estadísticamente significativa en el factor de despersonalización ($p=0,033$) (Tabla 8).

En relación con las diferencias entre profesionales que han sufrido insultos y los que no en cuanto a dimensiones de la escala MBI-GS, destacan diferencias estadísticamente significativas en los factores cansancio emocional ($p=0,001$) y falta de realización personal por el trabajo ($p=0,013$) (Tabla 9).

Comparando las puntuaciones de los profesionales agredidos y no agredidos físicamente para las escalas PCL-5 y GHQ-12, se revelan diferencias estadísticamente significativas entre recuerdos y sueños ($p=0,021$), evitación ($p=0,018$), reacciones emocionales y cognitivas ($p=0,011$) e irritabilidad e hipervigilancia ($p=0,023$). Y, por último, autoestima ($p=0,046$) (Tabla 10).

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones de la escala GHQ-12 y los profesionales amenazados y no amenazados. Sin embargo, se observan diferencias entre los recuerdos y sueños ($p=0,029$) e irritabilidad e hipervigilancia ($p=0,026$) entre estos dos grupos de sujetos (Tabla 11).

Por último, en relación con las diferencias entre profesionales que han sido insultados y profesionales que no lo han sido, se muestran diferencias estadísticamente significativas en el factor autoestima de la escala GHQ-12 ($p=0,033$) y se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los factores de la escala PCL-5 recuerdos y sueños ($p=0,009$), evitación ($p=0,032$) y reacciones emocionales cognitivas ($p=0,018$) (Tabla 12).

Discusión

El sector sanitario es el sector más afectado por la violencia laboral debido a diversos motivos, generando consecuencias negativas en los profesionales que sufren estas agresiones, siendo las más comunes: síntomas de estrés, ansiedad, síndrome de burnout y trastorno de estrés postraumático (Alberdi et al., 2020; Serrano et al., 2020). Este hecho ha producido que se convierta en una preocupación prioritaria. No obstante, la mayoría de las investigaciones sobre este campo se orientan a describir las características, magnitud y frecuencia de las agresiones sufridas por los profesionales, dejando de lado la sintomatología psicológica producida por estos episodios. Por ello, este estudio se focalizó en analizar las agresiones reportadas por los profesionales de la salud para identificar y evaluar la sintomatología psicológica presente en estos trabajadores.

Tras los resultados de la evaluación, se muestra que el 73,76% de los profesionales sanitarios encuestados sufrieron algún tipo de agresión. Estas cifras contrastan con el hecho de que solamente un 26,95% denunciaran las agresiones sufridas, fenómeno constatado en la revisión sistemática de Serrano et al. (2020). Todo esto confirma que los resultados obtenidos coinciden con lo esperado a la vista de lo observado en la literatura existente.

El patrón de violencia fue similar al de otras investigaciones, el porcentaje de amenazas verbales (38,3%) y abuso verbal (74,47%) era mayor frente a las agresiones físicas (9,22%). Se confirma que los profesionales que trabajan en turno de mañana (51,06%) sufren mayor número de agresiones en comparación a los que trabajan en turno de tarde (20,57%), continuo (9,22%) o rotatorio (19,15%) (Rodríguez et al., 2021; Serrano et al., 2020).

Debido a los resultados obtenidos, las agresiones físicas no parecen ser un prerrequisito para experimentar efectos adversos, como ya se había mostrado en otros estudios realizados (Martínez-Jarreta et al., 2007). Esto puede deberse a diversas razones. Las agresiones físicas suelen ser muy puntuales y su impacto podría desvanecerse al poco tiempo.

Por el contrario, las agresiones verbales y amenazas parecen ser un hecho cotidiano, por lo que no tendría una finalización precisa, lo que las convierte en más dañinas (Gascón, 2013).

En cuanto a la sintomatología propia de burnout, se ha investigado en relación con diversos estresores crónicos que están presentes en el ámbito laboral, pero, no existen apenas estudios en el que se indague su posible relación con los diferentes tipos de agresiones.

Los síntomas de burnout aparecen cuando se produce un desajuste entre las demandas laborales y la capacidad para poder afrontarlas de forma eficaz. Cuando esto ocurre se puede observar cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Por lo que si se consideran los diferentes tipos de agresiones como un estresor sobre el que se posee escaso control, esta sintomatología también podría manifestarse (Gascón, 2013).

Se comprobó la existencia de correlaciones estadísticamente significativas entre diferentes tipos de agresiones y factores de burnout. Aunque no se puede establecer una relación de causalidad, estas variables interactúan entre sí, pudiéndose afirmar que los distintos tipos de violencia indican negativamente como un estresor en la salud psíquica.

En la revisión sistemática de Lanctôt y Guay (2014), se menciona que una de las consecuencias psicológicas más frecuentes tras sufrir una agresión es el TEPT, afirman que una multitud de estudios revelaron que, a menudo, los profesionales mostraban al menos uno de los síntomas relacionados con este trastorno. Esto se pudo observar en el presente estudio, donde algunos de los factores relacionados con este trastorno obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas con los distintos tipos de agresiones. Estos autores observaron que el rango de síntomas depresivos y de ansiedad era muy amplio, variando entre el 0.8% y el 84,3% y el 8% al 65% respectivamente. En correspondencia con los factores del cuestionario GHQ-12, solamente se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre el factor autoestima y agresiones físicas ($p=0,046$) e insultos ($p=0,033$).

El presente estudio piloto cuenta con varias limitaciones. En primer lugar, el número de participantes es reducido, lo cual dificulta poder generalizar los resultados a toda la población de profesionales sanitarios. Sería interesante realizar estudios con un número mayor de muestra para poder obtener unos resultados más precisos. A pesar de estas limitaciones, el estudio realiza aportaciones relevantes, ofreciendo información sobre la posible sintomatología psicológica que sufren los sanitarios agredidos.

Por todas las correlaciones estadísticamente significativas mostradas en los resultados entre los distintos tipos de agresiones y la diversa sintomatología psicológica de este estudio piloto, cabe destacar la gran importancia de diseñar programas de prevención e intervención para poder reducir las numerosas consecuencias que surgen tras sufrir un episodio de

violencia, mejorando la calidad de vida de los profesionales, tanto personalmente como profesionalmente (Yang et al., 2018).

Propuesta de prevención

Con los datos obtenidos en el estudio piloto sobre sintomatología asociada a agresiones al personal sanitario y tras observar la literatura existente, se ha decidido elaborar una propuesta de prevención con el objetivo de educar y brindar conocimientos y habilidades básicas al personal sanitario de los centros de salud para poder prevenir, proteger y combatir la violencia y así evitar las diversas consecuencias nombradas anteriormente, fomentando una cultura de seguridad (Yang et al., 2018).

La prevención y formación es fundamental para intentar reducir al máximo el número de agresiones que se producen hacia el personal sanitario.

En cuanto a los objetivos específicos son:

- Describir qué es la violencia laboral y conceptualizar el extendido problema de violencia que existe en el lugar de trabajo
- Trabajar la comunicación y sus características
- Entrenar en algunas habilidades básicas en la relación sanitario-paciente (habilidades comunicativas, asertividad, empatía, etc.) para conseguir una atención más eficaz
- Brindar de herramientas necesarias para prevenir las agresiones (asertividad a la hora de desaconsejar un tratamiento o un fármaco, no entrar en discusiones).

Se dirige al personal sanitario que esté en contacto, en su lugar de trabajo, con pacientes y/o acompañantes, ya que, como se ha señalado anteriormente, la tasa de violencia hacia este tipo de usuarios es alta. Además, el entorno laboral y la organización se beneficiará de manera indirecta, debido a que se espera reducir de manera considerable las consecuencias derivadas de las agresiones.

Se captará a los usuarios que quieran participar a través del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SALUD que facilitará la comunicación con la gerencia del hospital y el reparto de carteles, explicando de manera breve y sencilla en qué consiste el programa, el día, la hora y el lugar donde se llevará a cabo.

El número de asistentes no superará los 20 participantes para que el nivel de participación e interacción pueda ser el más adecuado posible.

El programa consta de 5 sesiones divididas en dos bloques, con el fin de que los usuarios adquieran diversos conocimientos y habilidades que les permita manejar de una

manera más adecuada las situaciones de riesgo, manejo del estrés y actuaciones de control sobre el ambiente de trabajo.

Bloque I:

Este bloque consta de dos sesiones cuya duración es de una hora y media cada una. En él se conceptualizará el problema de la violencia ejercida en el lugar de trabajo y sus diferentes características. Se trabajará:

- La definición de violencia laboral
- Los diferentes tipos de violencia que se pueden sufrir en el lugar de trabajo
- Las situaciones de riesgo a las que se exponen los profesionales
- Los múltiples factores que dificultan la relación con los pacientes y originan violencia
- Los efectos de la violencia en los ámbitos profesional y organizacional
- Cómo detectar alteraciones en los pacientes
- Cómo se desarrolla la hostilidad y cómo actuar de la manera más adecuada ante ella

Los participantes aprenderán a identificar las numerosas situaciones de riesgo a las que están expuestos estos profesionales, como, por ejemplo: trabajar solo, trabajar en contacto con el público, trabajar con objetos de valor como pueden ser medicamentos de alto coste, trabajar con personas necesitadas, como usuarios con desórdenes psiquiátricos o con abuso de sustancias tóxicas o trabajar en condiciones de especial vulnerabilidad (OIT et al., 2002).

Además, adquirirán conocimientos acerca de los múltiples factores que dificultan la relación con determinados pacientes y que originan la violencia, clasificados en tres grandes grupos (Agreda y Yanguas, 2001):

- Los que dependen del propio paciente, como la patología que presenta, su personalidad y las circunstancias en las que se desenvuelve el paciente
- Los que dependen del profesional, como la personalidad del profesional y las circunstancias en las que se desenvuelve el profesional
- Los que dependen del entorno, como las características físicas y organizativas del centro

Se les mostrarán los numerosos efectos de la violencia en el ámbito tanto profesional como organizacional, entre ellos (Cantera et al., 2008):

- Efectos en la organización: Por un lado, el descenso significativo en la productividad, eficiencia, y excelencia, en la cantidad de horas de trabajo, en la cantidad y calidad de los servicios prestados y en la calidad del clima social y la vida laboral y, por otro lado, un

aumento en los costes de los servicios sanitarios, en la insatisfacción de los usuarios y profesionales y crispación y conflictividad laboral.

- Efectos en los profesionales: Descenso en la motivación para el trabajo, en la autoestima profesional, en el rendimiento laboral, en la implicación con la organización y en la empatía en la relación asistencial. Y aumento de síntomas en los siguientes planos:
 - Fisiológico: disfunciones gastrointestinales, insomnio, fatiga, cefalea...
 - Emocional: irritabilidad, malestar, frustración, culpabilidad, ansiedad, insatisfacción, desconfianza, síntomas de Síndrome de “Burnout”, depresión, síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático etc.
 - Cognitivo: confusión, pesimismo profesional, dificultades de memoria, atención y concentración, etc.
 - Conductual: absentismo laboral y bajas por enfermedad, uso de psicofármacos, peticiones de permiso de traslado, etc.

Asimismo, se les enseñará a cómo detectar que el paciente está alterándose, mediante la observación de su lenguaje verbal, como un tono de voz alto o insultos, y su lenguaje no verbal, como la contracción de los músculos de la cara, los puños en tensión o mirada directa y fija (Servicio Murciano de Salud, 2005).

Se explicará cómo surge la emoción de ira y cómo reaccionar de la forma más adecuada posible. Se expondrá que la hostilidad o ira, en estas situaciones, se suele originar porque el paciente siente que sus expectativas y/o necesidades no se cubren y sigue, normalmente, un proceso característico, produciéndose tres diferentes fases (Servicio Murciano de Salud, 2008):

1. Fase de disparo, donde se produce una explosión emocional y se abandona el autocontrol y el nivel racional.
2. Fase de enlentecimiento, en donde se produce una disminución del nivel de agresividad.
3. Fase de normalización, donde desaparece el comportamiento hostil y se recupera el nivel racional.

Se recomendará no interrumpir este proceso con intervenciones verbales reactivas, puesto que las manifestaciones de ira suelen extinguirse o desaparecer pasado un tiempo. Igualmente, se les ofrecerán explicaciones sobre cómo intervenir según el tipo de personas y/o situaciones que se produzcan y la fase en la que se halle la ira.

Bloque II:

Este segundo bloque consta de 3 sesiones con una duración de una hora y media cada una, donde se tratarán los siguientes temas tanto de forma teórica como de forma práctica:

- Principios básicos de la comunicación
- Elementos que facilitan y dificultan la comunicación
- Escucha activa
- Comunicación no verbal
- Componentes paraverbales
- Estilos de comunicación: pasivo, agresivo, asertivo

Se expondrá la definición de comunicación y sus elementos, se explicarán los diferentes tipos como son la comunicación verbal y no verbal y se trabajarán las diferentes técnicas de comunicación eficaz.

Una de las técnicas en las que se hará mayor hincapié será la escucha activa, debido a que es uno de los principios más importantes y difíciles del proceso comunicativo. Es fundamental trabajar este concepto, puesto que las dificultades en la comunicación que ocurren hoy en día se deben, en gran parte, a que no se cuenta con la habilidad de escuchar a los demás individuos. Para ello, se tratará la definición de esta y los elementos que facilitan o impiden la escucha activa. Por otro lado, se trabajará en primer lugar, de forma teórica, habilidades a tener en cuenta para llevar a cabo una adecuada escucha activa, posteriormente se realizarán actividades para poner en práctica todos los conocimientos adquiridos. Se enseñará a mostrar una mayor empatía hacia los pacientes y/o familiares y se mostrará a parafrasear, a resumir y a emitir palabras de refuerzo o cumplidos (García, 2013).

Debido a que, en diversas ocasiones, los pacientes llegan al hospital preocupados o ansiosos, estos no son capaces de comunicarse de manera clara. Por ello, es de especial importancia, prestar atención a todas las señales no verbales con las que el usuario acompaña el mensaje, porque estas nos proporcionarán mucha más información sobre cómo se siente la persona. Asimismo, el profesional debe tener en cuenta su propia comunicación no verbal, ya que de esta depende, en gran medida, que el usuario le considere como una persona con autoridad y experta. Así pues, se trabajarán los principales componentes no verbales de la comunicación, los cuales son la expresión facial, la sonrisa, la mirada, el contacto físico, la orientación y postura, los gestos, la apariencia física y las auto manipulaciones y movimientos nerviosos (Van-der Hofstadt et al., 2006).

También se tratarán los siguientes componentes paraverbales: el volumen de la voz, el tono, la velocidad, la fluidez y claridad, el tiempo de habla, las pausas entre silencios y la latencia de respuesta. Es fundamental trabajarlos, puesto que estos elementos afectan completamente al significado de lo que se expresa (Van-der Hofstadt et al., 2006).

Una vez aclarados los diferentes componentes anteriormente nombrados, se expondrán los tres diferentes estilos de comunicación (pasivo, agresivo o asertivo) y sus características. En términos generales, se puede establecer una relación entre el estilo comunicativo y la impresión que se causa en los demás individuos al comunicarse, tanto positiva como negativa.

Por último, se ofrecerán técnicas y habilidades asertivas, para que los profesionales sean capaces de expresar sus derechos personales y de expresar al interlocutor lo que piensan de algo que ha hecho o dicho, realizando una crítica basada en el respeto y en una actitud responsable y consecuente. Se incidirá especialmente en las técnicas asertivas que se emplean a la hora de hacer valer los derechos y defenderse de un ataque. Algunas de estas son: disco rayado, banco de niebla, compromiso viable, acuerdo asertivo, pregunta asertiva, claudicación simulada y aplazamiento asertivo (Van-der Hofstadt et al., 2006).

Una vez expuestos todos los elementos anteriormente nombrados de forma teórica, se procederá a aplicarlos de manera práctica, mediante la técnica de role-playing. Esto servirá para que los profesionales sean capaces de observar la gran importancia que tiene cuidar cada uno de ellos para crear un clima de trabajo más adecuado y poder evitar ciertas conductas agresivas por parte de los pacientes.

Referencias bibliográficas

- Agreda, J., y Yanguas, E. (2009). El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 24, 65–72. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0425>
- Alberdi, J., García, P., y Suarez, B. J. (2020). Impacto psicosocial en personal sanitario víctima de agresiones por parte de la ciudadanía: una revisión sistemática. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 66(259), 100-111. <https://doi.org/h35m>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, (5a Ed.). Arlington, VA.
- Bernaldo-De-Quirós, M., Piccini, A. T., Gómez, M. M., & Cerdeira, J. C. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 260-270. <https://doi.org/f6whp5>
- Brabete, A. C. (2014). El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(37), 11-29. <http://surl.li/civyj>
- Buvinic, M., Morrison, A., y Shifter, M. (1999). La violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción. *Inter-American Development Bank*.

<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-violencia-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-Un-marco-de-referencia-para-la-acci%C3%B3n.pdf>

California Occupational Safety and Health Administration. (March 30, 1995). *Guidelines for Workplace Security*. State of California, Department of Industrial Relations. https://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/worksecurity.html

Cantera, L. M., Cervantes, G., y Blanch, J. M. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 49-58. <http://surl.li/civyk>

De Pablo, R., y Suberviola, J. F. (1998). Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 22(9), 580-584. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-del-sindrome-burnout-o-14973>

Findorff, M. J., McGovern, P. M., & Sinclair, S. (2005). Work-related violence policy: A process evaluation. *AAOHN journal*, 53(8), 360-369. <https://doi.org/h35n>

García, A. A. M. (2013). *Habilidades de comunicación: técnicas para la comunicación eficaz*. Obtenido de: <https://bit.ly/3ah7Vaq>

Gascón, S., Leiter, M. P., Andrés, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. J., ... & Martínez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of clinical nursing*, 22(21-22), 3120-3129. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x>

Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública de México*, 44, 33-40. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n1/8559.pdf>

González, G. G. (2021). Pandemia, personal sanitario y burnout: el síndrome de estar quemado como enfermedad del trabajo. *Lex Social: Revista de Derechos Sociales*, 11(2), 3-27. <https://doi.org/10.46661/lexsocial.6001>

Herrero, J. (2018). *Agresiones a profesionales de centros sanitarios adscritos a una unidad periférica de prevención de riesgos laborales*. [Trabajo de Final de Máster, Universidad Miguel Hernández]. <https://bit.ly/3unjJIF>

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2015). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 6ª EWCS*. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96082/Encuesta+Nacional+de+Condiciones+d>

e+Trabajo+6%C2%AA+EWCS.pdf/abd69b73-23ed-4c7f-bf8f-6b46f1998b45?t=1529925974398

- Kobayashi, Y., Oe, M., Ishida, T., Matsuoka, M., Chiba, H., & Uchimura, N. (2020). Workplace violence and its effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2747. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082747>
- Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and violent behavior*, 19(5), 492-501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
- Martínez-Jarreta, B., Gascón, S., Santed, M. Á., y Goicoechea, J. (2007). Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa ya sus consecuencias para la salud. *Medicina clínica*, 128(8), 307-310. <https://doi.org/10.1157/13099583>
- Organización Internacional del Trabajo, Consejo internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. (2002). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra. <https://bit.ly/3ydnurD>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2003). Programa de Actividades Sectoriales. *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla*. Ginebra. [Acceso el 16 de diciembre del 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3Ra7Vtd>
- Rincón-del Toro, T., Villanueva-Guerra, A., Rodríguez-Barrientos, R., Polentinos-Castro, E., Torijano-Castillo, M., de Castro-Monteiro, E., ... y de Blas Salvador, V. (2016). Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. *Revista Española de Salud Pública*, 90. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100420
- Rodríguez, L. B., Vázquez-Campo, M., y López, Y. M. (2021). Vivencias y percepción de los profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias ante las agresiones. *Atención Primaria*, 53(3), 101944. <https://doi.org/h35r>
- Sánchez-López, M., & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity, and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843. <https://www.psicothema.com/pdf/3564.pdf>
- Serrano, M. I., Fernández, M. T., Satústegui, P. J., y Urcola, F. (2020). Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Revista Española de*

- Salud Pública*, 93. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100103
- Servicio Murciano de Salud, (2005). *Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia*. Murcia: Servicio Murciano de Salud. Dirección General de Recursos Humanos. <https://bit.ly/3yQ3Q6J>
- Servicio Murciano de Salud. (2008). *Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia*. Protocolo marco de actuación en centros de Atención Primaria. <https://bit.ly/3akhd5n>
- Soberón, C., Crespo, M., Gómez-Gutiérrez, M. D. M., Fernández-Lansac, V., & Armour, C. (2016). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms in Spanish trauma victims. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 32078. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.32078>
- Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P. F., Maguire, B. J., FitzGerald, D., & Begg, S. J. (2020). Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>
- Van-der Hofstadt, C. J. R., Quiles, Y., y Quiles, M. J. (2006). *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*. (1a ed.). Genralitat Valenciana, Conselleria de Sanidad. <https://bit.ly/3R8i3mo>
- Vidal-Martí, C., y Pérez-Testor, C. (2015). Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España. *Revista Española de Medicina Legal*, 41(3), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2015.04.001>
- Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 3-10. <https://doi.org/dqwd3j>
- Yang, B. X., Stone, T. E., Petrini, M. A., & Morris, D. L. (2018). Incidence, type, related factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: a cross-sectional survey. *Archives of psychiatric nursing*, 32(1), 31-38. <https://doi.org/gc2wck>
- Zapata, Á. L. F. (2017). Agresiones contra los profesionales de la salud en los servicios de urgencias. *Investigaciones Andina*, 19(34), 1781-1794. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239057355003>

Tablas

Tabla 1.

Tipo de violencia que se investiga (Cal/OSHA, 1995)

	Definición
Tipo I	Agresor sin relación con el trabajo. Acto delictivo.
Tipo II	El agresor es el destinatario del servicio. Relación profesional entre agresor y agredido: paciente, cliente...
Tipo III	El agresor tiene relación laboral con el agredido: jefe, compañeros.

Tabla 2.

Conductas violentas investigadas (OIT et al., 2022; Winstanley y Whittington, 2004).

	Definición
Agresión física	Empleo de fuerza física contra otra persona que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, como bofetadas, puñaladas, empujones, mordiscos o pellizcos.
Amenaza verbal o comportamiento amenazante	Promesa o declaración que indica intención de hacer daño, o en virtud de un comportamiento manifiesto, que produce miedo en la persona a la que se dirige (golpear la pared, volcar muebles).
Abuso verbal	Comportamiento que humilla, degrada o indica una falta de respeto a la dignidad de la persona, como, por ejemplo, insultos.

Tabla 3.

Características sociodemográficas de la muestra

Características	Total
N	141
Género	
% Mujer	(63,12%) (n=89)
% Hombre	(36,88%) (n=52)
Edad	M= 52,7, D.T=6,31

Situación familiar	
En convivencia	(66,67%) (n=94)
Sin convivencia	(33,33%) (n=47)
Área de trabajo	
% At. Primaria	(76,6%) (n=108)
% At. Continuada	(30,5%) (n=43)
Tipo de profesión	
% Medicina	(57,45%) (n=81)
% Enfermería	(42,55%) (n=60)
Tiempo trabajado en sanidad	
% Menos de 2 años	(13,48%) (n=19)
% Más de 5 años	(18,44%) (n=26)
% Más de 10 años	(22,7%) (n=32)
% Más de 15 años	(45,39%) (n=64)
Turno de trabajo	
% Mañana	(51,06%) (n=72)
% Tarde	(20,57%) (n=29)
% Atención continuada	(9,22%) (n=13)
% Rotatorio	(19,15%) (n=27)
Situación administrativa	
% Contrato temporal	(12,77%) (n=18)
% Estatutario interino	(21,99%) (n=31)
% Estatutario fijo	(65,25%) (n=92)
Preocupación sobre la violencia en sanidad	
% Nada	(12,77%) (n=18)
% Bastante	(54,61%) (n=77)
% Muy preocupado	(32,62%) (n=46)
Víctima de agresiones	
% No	(26,24%) (n=37)
% Sí	(73,76%) (n=104)
Registro de la agresión	
% Sí	(26,95%) (n=38)
% No	(73,05%) (n=103)

Tipo de violencia	
% Física	(9,22%) (n=13)
% Amenazas	(38,3%) (n=54)
% Insultos	(74,47%) (n=105)

Tabla 4.

Correlaciones Rho de Espearman entre distintos tipos de violencia y dimensiones de burnout

	CE	DP	RP
Agresiones físicas	,352**	,095	,236
Amenaza verbal	,311*	,297*	,103
Insultos	,412**	-,020	,331*

*p<0,05 **p<0,01

Nota: CE = Cansancio Emocional; DP = Despersonalización; RP = Falta de Realización Personal por el Trabajo.

Tabla 5.

Correlaciones Rho de Spearman, entre agresiones y sintomatología de TEPT.

	Rec.sueños	Evitación	Reac emoc cogn	Distanciamiento	Irrit/hipervig.estres
Agres físicas	,313*	,323*	,348**	,220	,309*
Amenazas	,298*	,269*	,240	,189	,233
Insultos	,354**	,293*	,323*	,156	,258

*p<0,05 **p<0,01

Nota: Rec.sueños = Recuerdos y sueños; Evitación = Evitación; Reac.emoc.cogn = reacciones emocionales y cognitivas; Distanciamiento = distanciamiento; Irrit/hipervig.estres= Irritabilidad, hipervigilancia y estrés

Tabla 6.

Correlaciones Rho de Spearman, entre agresiones y Dimensiones del GHQ.

	Estr.afront	Autoestima	Estrés
Agres físicas	,021	,260	,280*
Amenazas	-,273*	,072	,329**
Insultos	,117	,294**	,248*

*p<0,05 **p<0,01

Nota: Estr.afront = Estrategias de afrontamiento; Autoestima= Autoestima; Estrés= Estrés

Tabla 7.

Contraste de Medias U de Mann-Whitney entre profesionales agredidos y no agredidos físicamente en cuanto a dimensiones de Burnout.

	CE	DP	RP
U de Mann-Whitney	93,500	176,500	131,000
W de Wilcoxon	1174,500	1257,500	1212,000
Z	-2,586	-,698	-1,736
Sig. asintótica (bilateral)	,010	,485	,083

Nota: CE=Cansancio Emocional; DP=Despersonalización; RP=Falta de Realización Personal por el Trabajo.

a. Variable de agrupación: agres.fisic

Tabla 8.

Contraste de Medias U de Mann-Whitney entre profesionales que han sufrido amenazas, en cuanto a dimensiones de Burnout.

	CE	DP	RP
U de Mann-Whitney	258,000	292,000	307,000
W de Wilcoxon	468,000	502,000	517,000
Z	-1,612	-1,021	-,755
Sig. asintótica (bilateral)	,107	,033	,450

Nota: CE=Cansancio Emocional; DP=Despersonalización; RP=Falta de Realización Personal por el Trabajo.

a. Variable de agrupación: amenazas

Tabla 9.

Contraste de Medias U de Mann-Whitney entre profesionales que han sufrido insultos. en cuanto a dimensiones de Burnout.

	CE	DP	RP
U de Mann-Whitney	61,500	182,000	86,500
W de Wilcoxon	97,500	1310,000	122,500
Z	-3,025	-,144	-2,432
Sig. asintótica (bilateral)	,002	,885	,015
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,001^b	,898 ^b	,013^b

Nota: CE=Cansancio Emocional; DP=Despersonalización; RP=Falta de Realización Personal por el Trabajo.

a. Variable de agrupación: insulto

b. No corregido para empates.

Tabla 10.

Contraste de Medias U de Mann-Whitney entre profesionales agredidos y no agredidos físicamente en cuanto a sintomatología.

	TEPT				GHQ			
	Rec.sueñ	Evitac	R.em.cog	Dist	Irrit.hiper	Afront.estrés	Autoestima	Estrés
U Mann-W	107,000	108,000	99,500	138,500	107,500	191,500	121,000	136,000
W de Wilcoxon	1188,00	1189,00	1180,500	1219,500	1188,50	1272,500	1202,000	1217,000
Z	-2,303	-2,372	-2,558	-1,614	-2,273	-,360	-1,992	-1,790
Sig. asintótica (bilateral)	,021	,018	,011	,107	,023	,719	,046	,073

Nota: Rec.sueñ = Recuerdos y sueños; Evitac = Evitación; R.em.cog = Reacciones emocionales y cognitivas; Dist = distanciamiento; Irrit.hiper = Irritabilidad e hipervigilancia; Afront.estrés = Afrontamiento de estrés; Autoestima = Autoestima; Estrés = Estrés

a. Variable de agrupación: agres.fisic

Tabla 11.

Contraste de Medias U de Mann-Whitney entre profesionales que han sufrido amenazas en cuanto a sintomatología.

	TEPT				GHQ			
	Rec.sueñ	Evitac	R.em.cog	Dist	Irrit.hiper	Afront. estrés	Autoestima	Estrés
U Mann-W	226,500	254,500	253,500	273,500	252,500	339,500	303,000	302,500
W de Wilcoxon	436,500	464,500	463,500	483,500	462,500	549,500	513,000	512,500
Z	-2,187	-1,760	-1,766	-1,386	-1,713	-,188	-,837	-,921
Sig. asintótica (bilateral)	,029	,058	,077	,166	,026	,851	,403	,357

Nota: Rec.sueñ = Recuerdos y sueños; Evitac = Evitación; R.em.cog = Reacciones emocionales y cognitivas; Dist = distanciamiento; Irrit.hiper = Irritabilidad e hipervigilancia; Afront.estrés = Afrontamiento de estrés; Autoestima = Autoestima; Estrés = Estrés

a. Variable de agrupación: amenazas

Tabla 12.

Contraste de Medias U de Mann-Whitney entre profesionales que han sufrido insultos en cuanto a sintomatología.

	TEPT				GHQ			
	Rec.sueñ	Evitac	R.em.cog	Dist	Irrit.hiper	Afront.estrés	Autoestima	Estrés
U Mann-W	80,500	102,500	93,000	141,500	109,000	144,000	115,500	135,500
W de Wilcoxon	116,500	138,500	129,000	177,500	145,000	180,000	151,500	171,500
Z	-2,598	-2,150	-2,372	-1,150	-1,893	-1,072	-1,762	-1,389
Sig. asintótica (bilateral)	,009	,032	,018	,250	,058	,284	,033	,165

Nota: Rec.sueñ = Recuerdos y sueños; Evitac = Evitación; R.em.cog = Reacciones emocionales y cognitivas; Dist = distanciamiento; Irrit.hiper = Irritabilidad e hipervigilancia; Afront.estrés = Afrontamiento de estrés; Autoestima = Autoestima; Estrés = Estrés

a. Variable de agrupación: insultos

Anexo 1

CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Esta encuesta es completamente anónima y los datos serán utilizados estrictamente para la valoración científica del proyecto de investigación.

Datos demográficos:

1. **Sexo:** Varón Mujer Prefiero no decirlo Edad:
2. Situación familiar: en convivencia en pareja sin convivencia
3. Área de trabajo: Atención Primaria Atención Continuada
4. Tipo de profesión: Medicina Enfermería
5. ¿Cuánto hace que trabaja en el ámbito de la salud?
 menos de 5 años 5-10 años 11-20 años 21-30 años más de 30 años
6. Situación administrativa: Estatutario fijo Estatutario interino Contrato temporal

Datos sobre agresiones:

“Se definen las agresiones como los sucesos violentos sufridos por los trabajadores, incluyendo como tales las conductas verbales o físicas, amenazantes, intimidatorias, abusivas y de acoso, que tengan relación directa con la actividad laboral propia del puesto de trabajo desempeñado.”

1. ¿Se encuentra preocupado por la violencia actual en su centro de trabajo?
 Nada preocupado Algo preocupado Muy preocupado
2. ¿En caso de agresión sabe dónde debe comunicarlo? SI NO
3. ¿En los últimos 2 años ha sido víctima de agresión en su centro de trabajo? SI NO
4. ¿Realizó el registro de la agresión de la cual fue víctima? SI NO

Violencia física en el trabajo: uso de fuerza física contra otra persona o grupo de personas, que resulta en un daño. Puede incluir golpes, patadas, bofetadas, puñaladas, disparos, empujones, mordeduras, pellizcos, entre otros;

¿Ha sufrido este tipo de violencia SI NO

Amenaza verbal o comportamiento amenazante: declaraciones que indican la intención de hacer daño, o en virtud de un comportamiento manifiesto, que produce miedo en la persona a la que se dirige. Por ejemplo, golpear la pared o volcar los muebles.

¿Ha sido víctima de este tipo de violencia en su centro de trabajo? SI NO

Abuso verbal: Comportamiento que humilla, degrada o indica una falta de respeto a la dignidad de la persona, como, por ejemplo, insultos.

¿Ha sido víctima de este tipo de violencia en su centro de trabajo? SI NO

Detalles de la agresión y el agresor: (Si ha sufrido más de una agresión refiérase al evento que considere más importante).

¿Considera lo ocurrido como un hecho habitual? SI NO

¿Con qué frecuencia ha sido agredido en los últimos 2 años? Varias veces Una vez

¿Quién fue el agresor? Paciente Familiar de paciente Otros usuarios

Sexo del agresor: Varón Mujer

¿Dónde fue el lugar del incidente? En el centro de salud De camino al o del trabajo
 En el domicilio del paciente

¿Sufrió algún tipo de lesión como resultado de aquel incidente? SI NO

¿Requirió tratamiento? SI NO

Si no registró la agresión, ¿Por qué no lo hizo? (puede señalar más de uno)

- No fue importante. Son “gajes” de mi oficio.
- Sentía vergüenza, que me consideren inepto para tratar a los pacientes.
- Temí consecuencias negativas
- Creo que el registro es inútil
- No sabía dónde comunicarlo
- No tengo tiempo para estas cosas.
- Otros

¿Qué cree que motivó los hechos?

- El tiempo de espera
- Indicio de sustancias tóxicas
- Patología psiquiátrica
- Negativa a prescribir recetas
- Otros

Anexo 3.

PCL-5

A continuación, presentamos una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego señale uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema **DURANTE EL PASADO MES**.

<i>En el mes pasado, cuánto le ha molestado tener:</i>	<i>Nada</i>	<i>Un Poco</i>	<i>Moderado</i>	<i>Mucho</i>	<i>Totalmente</i>
1. ¿Recuerdos repetitivos, inquietantes o no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. ¿Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. Repentinamente me sentía actuando como si la experiencia estuviera ocurriendo en realidad	0	1	2	3	4
4. Sentí enfado porque algo me recordó aquella experiencia	0	1	2	3	4
5. Tengo fuertes reacciones físicas cuando algo me recuerda esa experiencia (Por ejemplo, fuertes latidos del corazón, problemas para respirar, sudor)	0	1	2	3	4
6. Evito recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia	0	1	2	3	4
7. Evito cosas externas que me recuerden esa experiencia (Personas, lugares, actividades, u otras situaciones)	0	1	2	3	4
8. No logro recordar detalles importantes de aquella experiencia	0	1	2	3	4
9. Tengo convicciones negativas de mí mismo u otras personas (por ejemplo: Soy malo, no puedo confiar en nadie, el mundo es peligroso)?	0	1	2	3	4
10. Me culpo a mí mismo por la experiencia estresante o lo que ocurrió después	0	1	2	3	4
11. Tengo sentimientos negativos: temor, horror, enojo, culpabilidad o vergüenza	0	1	2	3	4
12. He perdido interés por actividades que antes disfrutaba	0	1	2	3	4

13. Me siento distante o separado de los demás	0	1	2	3	4
14. Me siento incapaz de experimentar sentimientos positivos (felicidad, amor)	0	1	2	3	4
15. Me siento irritable, arranques de enfado, incluso agresivo	0	1	2	3	4
16. Corro riesgos sin pensar en las consecuencias	0	1	2	3	4
17. Estoy alerta o vigilante	0	1	2	3	4
18. Suelo sentirme nervioso o fácilmente asustado	0	1	2	3	4
19. Tengo dificultad para concentrarme	0	1	2	3	4
20. Tengo dificultad para dormir	0	1	2	3	4

Anexo 4. General Health Questionnaire (GHQ-12)

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las **ÚLTIMAS SEMANAS**. Conteste sobre problemas recientes y actuales.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	<ul style="list-style-type: none"> a) Mejor que lo habitual b) Igual que lo habitual c) Menos que lo habitual d) Mucho menos que lo habitual
2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	<ul style="list-style-type: none"> a) Mejor que lo habitual b) Igual que lo habitual c) Menos que lo habitual d) Mucho menos que lo habitual
3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	<ul style="list-style-type: none"> a) Mejor que lo habitual b) Igual que lo habitual c) Menos que lo habitual d) Mucho menos que lo habitual
4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	<ul style="list-style-type: none"> a) Más capaz que lo habitual b) Igual que lo habitual c) Menos capaz que lo habitual d) Mucho menos
5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	<ul style="list-style-type: none"> a) No, en absoluto b) No más que lo habitual c) Bastante más que lo habitual d) Mucho más
6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	<ul style="list-style-type: none"> a) No, en absoluto b) No más que lo habitual c) Bastante más que lo habitual d) Mucho más
7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	<ul style="list-style-type: none"> a) Más que lo habitual b) Igual que lo habitual c) Menos que lo habitual d) Mucho menos

8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	a) Más capaz que lo habitual b) Igual de capaz lo habitual c) Menos capaz que lo habitual d) Mucho menos capaz
9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	a) No, en absoluto b) No más que lo habitual c) Bastante más que lo habitual d) Mucho más
10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	a) No, en absoluto b) No más que lo habitual c) Bastante más que lo habitual d) Mucho más
11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	a) No, en absoluto b) No más que lo habitual c) Bastante más que lo habitual d) Mucho más
12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	a) Más feliz que lo habitual b) Igual que lo habitual c) Menos feliz que lo habitual d) Mucho menos que lo habitual

Anexo 5.

Información a los participantes y consentimiento.

ROGAMOS QUE LEA ATENTAMENTE ESTA INFORMACIÓN

Los datos que se van a analizar en este estudio son información sensible: tanto conocer si usted ha sufrido agresiones en su trabajo, como conocer si padece o ha padecido algún síntoma a causa de estas agresiones.

No son requeridos los nombres y los datos serán tratados con la máxima confidencialidad. Si alguna de las preguntas considera que puede revelar su identidad, puede dejarla de contestar.

- He sido informado** de los objetivos del estudio. Deseo participar libremente y soy consciente de que puedo abandonar mi participación cuando así lo desee.
- Doy mi consentimiento** para que mis respuestas sean usadas en un estudio sobre “Sintomatología psicológica asociada a agresiones al personal sanitario, y propuesta de prevención”
- Quiero recibir información con los resultados de este estudio.** Al finalizar el estudio, desearía que me enviarán el informe final. Para ello, envió información con mi dirección electrónica en correo aparte, o soy conocedor de que puedo solicitarla en la dirección que indican en la encuesta.