

María Isabel Serrano Vicente

Violencia externa en el servicio aragonés de salud. notificaciones, opiniones y emociones de los profesionales

Director/es

Satústegui Dordá, Pedro José
Fernández Rodrigo, María Teresa

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606

Tesis Doctoral

VIOLENCIA EXTERNA EN EL SERVICIO
ARAGONÉS DE SALUD. NOTIFICACIONES,
OPINIONES Y EMOCIONES DE LOS
PROFESIONALES

Autor

María Isabel Serrano Vicente

Director/es

Satústegui Dordá, Pedro José
Fernández Rodrigo, María Teresa

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud y del Deporte

2023



TESIS DOCTORAL

Violencia externa en el Servicio
Aragonés de Salud.

Notificaciones, opiniones y
emociones de los profesionales.



María Isabel Serrano Vicente

2022



Universidad
Zaragoza



TESIS DOCTORAL

Violencia externa en el Servicio
Aragonés de Salud.
Notificaciones, opiniones y
emociones de los profesionales.



María Isabel Serrano Vicente

2022



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

Violencia externa en el Servicio Aragonés de Salud.
Notificaciones, opiniones y emociones de los
profesionales.

Autora

María Isabel Serrano Vicente

Director/es

Prof^a. Dra. María Teresa Fernández Rodrigo

Prof. Dr. Pedro José Satústegui Dordá

Programa de Doctorado Ciencias de la Salud
y del Deporte

2022



Universidad
Zaragoza

María Isabel Serrano Vicente
Octubre 2022
Zaragoza, España

La Dra. Doña María Teresa Fernández Rodrigo, Profesora Titular, y el Dr. D. Pedro José Satústegui Dordá, Profesor Asociado, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza,

HACEN CONSTAR:

Que la Tesis Doctoral titulada “Violencia externa en el Servicio Aragonés de Salud. Notificaciones, opiniones y emociones de los profesionales”, realizada por Doña. María Isabel Serrano Vicente bajo nuestra dirección y tutela, reúne los requisitos de calidad necesarios para optar al título de Doctor por la Universidad de Zaragoza.

Zaragoza, octubre de 2022

Fdo. María Teresa Fernández Rodrigo y Pedro José Satústegui Dordá

Agradecimientos:

En primer lugar deseo expresar el agradecimiento a mis directores, la Dra. María Teresa Fernández Rodrigo y el Dr. Pedro José Satústegui Dordá, por su orientación, apoyo y consejos, pero principalmente por sus ánimos para seguir adelante en los peores momentos.

A Juan Carlos Campo Hernando, abogado del Ilustre Colegio de Enfermería de Zaragoza, por toda la información y documentación facilitada.

Al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. En especial a Dña. Emilia Sevillano Calvo, por autorizarme el acceso al fichero estadístico en el que se registran las agresiones notificadas por los trabajadores del Servicio Aragonés de Salud.

A los sectores de salud II y III de Zaragoza, por permitirme llevar a cabo la investigación en sus centros sanitarios, y en especial, a los trabajadores que participaron en las entrevistas del estudio. A los que quiero agradecer sus aportaciones y sugerencias, sin ellos no hubiera sido posible realizar este trabajo.

Agradecerles también a mis familiares y amigos, su ánimo, apoyo y comprensión en los momentos en los que flaqueaba mi motivación.

A todos ellos, muchas gracias por vuestra colaboración.

Prefacio:

Esta tesis doctoral nace de la experiencia vivida a lo largo de mi trayectoria profesional como enfermera en el Servicio Aragonés de Salud. Donde he podido observar de primera mano que, la violencia en el ámbito sanitario por parte de los usuarios hacia los trabajadores es un hecho cotidiano presente en el día a día.

Mis vivencias, coinciden con los sucesos y relatos violentos contados por otros profesionales, en los que resaltan la impotencia e indefensión sufrida por los sanitarios cuando son agredidos. Además del desconocimiento generalizado entre estos profesionales en cuanto a la actuación y prevención de la violencia.

Este desconocimiento se ve reflejado tanto en las reacciones como en la forma de actuar de los trabajadores cuando reciben una agresión: y ahora ¿qué hacemos?, ¿a quién llamamos?, ¿tengo que ir a urgencias? Todas estas cuestiones las he presenciado y escuchado en varios momentos a lo largo de mi trayectoria laboral, y es que la mayoría de los profesionales, entre los que me incluyo, no han recibido formación específica en la materia y desconocen los protocolos a seguir.

Estos sucesos afectan y alteran la salud de los profesionales, identificándose como la mayor fuente de estrés psicosocial⁽¹⁾, que puede llegar a ocasionar graves consecuencias y repercutir tanto en la persona como en la organización sanitaria.

Todo ello lleva a plantearme una serie de interrogantes, por los que me surge la iniciativa de investigar acerca de la violencia vivida por los profesionales de la salud en su lugar de trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 Antecedentes y concepto de violencia	3
1.2 Violencia en el ámbito laboral	5
1.3 La violencia en el ámbito de la salud	10
1.3.1 Factores de riesgo en el ámbito de la salud que acentúan los episodios violentos	11
1.3.2 Desencadenantes de las agresiones en el ámbito sanitario	14
1.3.3 Consecuencias de las agresiones	15
1.3.4 Infradeclaración de la violencia en el ámbito de la salud	16
1.4 Marco jurídico de la violencia en el lugar de trabajo en España y en la Comunidad Autónoma de Aragón	17
1.5 Servicio Aragonés de Salud: Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y el Protocolo de actuación ante la violencia externa en el lugar de trabajo	21
1.5.1 Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales	25
1.5.2 Protocolo de actuación ante la violencia externa	26
1.6 Investigación sobre violencia externa en el ámbito sanitario en España	28
1.7 Justificación	31
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	35
2.1 Hipótesis	35
2.2 Objetivo general	35
2.3 Objetivos específicos	36

3. MATERIALES Y MÉTODOS	39
3.1 Marco conceptual y contexto	39
3.2 Procedimiento	40
3.2.1 Consideraciones éticas	41
3.2.2 Fase I: Estudio cuantitativo	42
3.2.2.1 Diseño del estudio y fuentes de datos	42
3.2.2.2 Población a estudio	42
3.2.2.3 Acceso y recogida de información	42
3.2.2.4 Variables	43
3.2.2.4.1 Variables de tiempo	44
3.2.2.4.2 Variables geográficas	45
3.2.2.4.3 Variables relacionadas con la organización sanitaria	45
3.2.2.4.4 Variables sociodemográficas	46
3.2.2.4.5 Variables relacionadas con las características profesionales de la persona agredida	46
3.2.2.4.6 Variables relacionadas con las características de la agresión	47
3.2.2.4.7 Variables relacionadas con las consecuencias de la agresión	47
3.2.2.5 Análisis estadístico	48
3.2.3 Fase II: Estudio cualitativo	49
3.2.3.1 Diseño	49
3.2.3.2 Marco conceptual	49
3.2.3.3 Participantes	49
3.2.3.4 Procedimiento	50
3.2.3.5 Análisis de los datos	51
3.2.3.6 Reflexividad personal	53

4. RESULTADOS	59
4.1 Estudio cuantitativo	59
4.1.1 Distribución geográfica y temporal de las agresiones a los profesionales de la salud	60
4.1.2 Distribución de las agresiones según la organización sanitaria	62
4.1.3 Tipo de agresión y momento en el que se produjeron las agresiones	63
4.1.4 Características de los profesionales y consecuencias de la agresión	64
4.1.5 Distribución de las agresiones en función de la organización sanitaria y zonas geográficas	67
4.1.6 Distribución geográfica y temporal de la violencia en el lugar de trabajo según el tipo de agresión	68
4.1.7 Tipo de agresión notificada según el servicio o unidad	71
4.1.8 Tipo de agresión que sufrieron los profesionales del ámbito sanitario	73
4.1.9 Análisis de las agresiones a los profesionales de la salud en función de su categoría profesional	75
4.2 Estudio cualitativo	79
4.2.1 Características y contexto de la población participante	79
4.2.2 Temas y subtemas derivados del análisis de datos	80
4.2.2.1 Tema 1: Percepción del concepto de agresión externa	81
4.2.2.2 Tema 2: Características de los agresores, tipo de agresión y sentimientos y emociones de la persona agredida	82
4.2.2.2.1 Agente agresor	82
4.2.2.2.2 Tipo de agresión recibida	83
4.2.2.2.3 Secuelas de las agresiones	84
4.2.2.2.4 Sentimientos generados por la agresión vivida o presenciada	85

4.2.2.3 Tema 3: Comunicación de la agresión a los servicios sanitarios y justificación de la misma	86
4.2.2.3.1 Notificación y protocolo a seguir	86
4.2.2.3.2 Apoyo recibido de la organización	88
4.2.2.3.3 Las agresiones como parte inherente al ejercicio profesional	89
4.2.2.3.4 Testigos de los hechos	91
4.2.2.4 Tema 4: Contexto de las agresiones	92
4.2.2.4.1 Gravedad o cronicidad de la enfermedad	92
4.2.2.4.2 Demoras en la atención	93
4.2.2.4.3 Estructura y funcionamiento del sistema sanitario	94
4.2.2.4.4 Escasez y alta demanda de los profesionales	95
4.2.2.4.5 Educación y cultura	96
4.2.2.5 Tema 5: Infraestructura y organización de los servicios de salud	97
5. DISCUSIÓN	101
5.1 Consideraciones acerca de la incidencia de las agresiones en el medio sanitario	104
5.2 Consideraciones acerca del tipo de agresión	106
5.3 Consideraciones acerca de los profesionales agredidos	110
5.4 Consideraciones sobre los agresores	114
5.5 Consideraciones acerca de los factores de riesgo implicados en las agresiones	116
5.6 Consideraciones acerca de las causas de las agresiones	118
5.7 Consideraciones acerca de las consecuencias de las agresiones	121
5.8 Consideraciones acerca de la notificación de los incidentes	123

5.9 Limitaciones del estudio	127
5.10 Futuras líneas de investigación	128
6. CONCLUSIONES	133
7. BIBLIOGRAFÍA	139
8. ANEXOS	159

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Plantillas orgánicas del Servicio Aragonés de Salud por áreas y sectores sanitarios	23
Tabla 2. Población atendida en cada área y sector sanitario del Sistema Aragonés de Salud	23
Tabla 3. Características poblacionales y geográficas de las diferentes áreas y sectores sanitarios	24
Tabla 4. Variables incluidas en el estudio	44
Tabla 5. Códigos utilizados en la denominación de los participantes y análisis temático	52
Tabla 6. Tasas específicas de agresiones según zona geográfica y profesionales/habitantes	61
Tabla 7. Distribución y tasas específicas de las agresiones notificadas según la categoría profesional del agredido	65
Tabla 8. Notificación de agresiones según la antigüedad del profesional agredido	66
Tabla 9. Relación entre el servicio/unidad y las diferentes zonas geográficas	68
Tabla 10. Distribución del tipo de agresión notificada según el tiempo y zona geográfica	71
Tabla 11. Distribución del tipo de agresión en los diferentes servicios/unidades	72
Tabla 12. Relación entre el tipo de agresión y las características del profesional agredido	74
Tabla 13. Variables implicadas en la categoría profesional del agredido	78
Tabla 14. Características sociodemográficas de los participantes	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de las agresiones por año (periodo 2016-2018)	60
Gráfico 2. Distribución de las agresiones según el servicio/unidad	62
Gráfico 3. Tipo de agresión	63
Gráfico 4. Notificaciones de agresiones según el género	65
Gráfico 5. Distribución de las agresiones en función del año y el tipo de agresión	69
Gráfico 6. Tipo de agresión según la provincia	70
Gráfico 7. Tipo de agresión recibida en función de la categoría profesional del agredido	73
Gráfico 8. Relación entre la categoría profesional del agredido y la provincia	76
Gráfico 9. Relación entre la categoría profesional y género del agredido	77

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Mapa sanitario de Aragón	21
Imagen 2. Temas y subtemas seleccionados para el análisis de los datos cualitativos	55

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

RAE	Real Academia Española de la Lengua
OMS	Organización Mundial de la Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
Cal/OSHA	California Division of Occupational Health and Safety
CDC	Centros para la Prevención y Control de Enfermedades
DGITSS	Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
ISP	Internacional de Servicios Públicos
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
SALUD	Servicio Aragonés de Salud
SPRL	Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
MeSH	Medical Subject Headings
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
CEICA	Comité de Ética y de Investigación

1. Introducción

1. Introducción

1.1. Antecedentes y concepto de violencia

La violencia, como todo fenómeno social, es un término difuso y complejo, con una gran carga de subjetividad, en el que influyen los valores de la sociedad, la cultura, las normas sociales, éticas y jurídicas ⁽²⁾.

No se trata de un fenómeno nuevo, la historia, desde la más remota antigüedad, nos muestra episodios de sometimiento, humillación y agresiones entre personas. Este trato era socialmente aceptado, ya que solía producirse en contextos de desigualdad jerárquica, lo cual suponía el predominio de unos sobre otros ⁽³⁾.

Actualmente, constituye un elemento muy importante en la sociedad, ha llegado a convertirse en una cuestión central de nuestra cultura, siendo un problema cardinal preocupante, sobre el que más se escribe y se debate en innumerables reuniones internacionales ⁽³⁾.

Existe una gran diversidad respecto a la terminología que ofrece la literatura para referirse a los actos violentos: *violencia, agresiones, abusos, bullying, mobbing, intimidación* etc. Lo mismo ocurre con las definiciones y clasificaciones de estos términos, que varían en función del organismo que las defina o clasifique. Por tanto, no es posible hallar una homogeneidad a la hora de definir la violencia o hecho violento, en definitiva, la violencia puede definirse de tantas maneras como resulte de las múltiples combinaciones de propósitos, objetivos, culturas, disciplinas y perspectivas ⁽²⁾⁽⁴⁾.

Una de las definiciones más aceptadas en nuestro país es la dada por el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE), que define la *violencia* como el «tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer daño o sometimiento grave (físico, sexual, verbal o psicológico) a un individuo o a una colectividad; o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o las futuras. Puede producirse a través de acciones y lenguajes, pero también de silencios e inacciones» ⁽³⁾.

Esta misma institución, define también el término *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» y afirma que, la idea de violencia lleva implícita el concepto de agresión ⁽³⁾.

Otra de las definiciones más aceptadas a nivel mundial es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define la *violencia* como el «uso intencional de la fuerza o poder en una forma de amenaza o efectivamente, contra sí mismo, otra persona, grupo o comunidad, que ocasiona o tiene grandes probabilidades de ocasionar lesión, muerte, daño psicológico, alteraciones del desarrollo o privaciones» ⁽⁵⁾.

En 2002, la OMS publicó un informe mundial sobre la violencia y la salud en el cual se declara la violencia como un problema de salud público, e insta a los países miembros a que evalúen el problema y se pongan medidas ⁽⁶⁾.

En resumen, la violencia es toda acción que atenta contra la dignidad, la libertad y la integridad física y psíquica del ser humano, produciéndole sufrimiento, dolor o cualquier forma de limitación a su bienestar o al libre ejercicio de sus derechos ⁽⁷⁾.

1.2. Violencia en el ámbito laboral

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema mundial, que tal y como afirma la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OMS no sabe de fronteras, de contextos de trabajo ni de grupos profesionales. La OMS estima que, uno de cada seis trabajadores enferma por maltrato en el ámbito laboral y que, la violencia en el trabajo afecta por igual tanto a los países más desarrollados como a los más empobrecidos ⁽²⁾⁽⁸⁾.

De la misma manera que ocurre con el concepto de *violencia*, también existen diferentes definiciones y clasificaciones del concepto *violencia laboral* según el organismo que las defina o clasifique.

Por un lado, la OIT define la *violencia laboral* 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 el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma» ⁽⁵⁾.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) establece que la *violencia laboral* es «uno de los riesgos a los que están sometidas las personas que interrelacionan con otras personas en el desempeño de su trabajo y, añade que la violencia en el trabajo incluiría además de las agresiones físicas, las conductas verbales amenazantes, intimidatorios, abusivas y acosantes» ⁽⁵⁾.

El fenómeno de la violencia laboral es susceptible de ser clasificado de múltiples formas, una de las clasificaciones más difundidas sobre los tipos de violencia en el trabajo es la elaborada por la California Division of Occupational Health and Safety (Cal/OSHA). Esta clasificación divide a los eventos violentos en tres grupos, en función de quienes son las personas implicadas y del tipo de relación existente entre ellas⁽²⁾.

El primer grupo, hace referencia a la *violencia tipo I*, que es aquella en la cual quienes llevan a cabo las acciones violentas no tienen ninguna relación legítima de trato con la víctima. El mayor riesgo de sufrir violencia de este tipo lo tienen los establecimientos comerciales, bancos, lugares de almacenamiento de objetos valiosos o personas que trabajan con intercambio de dinero, taxistas etc.⁽²⁾.

El segundo grupo es la *violencia tipo II*, en este caso, sí existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima. Este tipo de violencia se produce al ofrecer un servicio como: seguridad pública, personal sanitario, profesores etc.⁽²⁾.

Y el tercer grupo, es el relacionado con la *violencia tipo III*, en este tipo de violencia el causante de la misma tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto de tal lugar. Muchos son los escenarios que pueden plantearse en este grupo, el más común es aquel en el que hay una implicación laboral directa entre el perpetrador y el trabajador-víctima. Otro caso es aquel en el que existe una relación personal entre ambos sujetos⁽²⁾.

Es crucial anotar que, cualquiera de estos tipos de violencia ocupacional puede ocurrir en un mismo lugar de trabajo, pues los perpetradores de las distintas formas de violencia tienen diferentes características. Algunos autores identifican un cuarto grupo de violencia, aquella causada por las presiones económicas o sociales. Estas presiones pueden ocasionar una intensificación del trabajo, inseguridad laboral, situaciones de alta ansiedad y contribuir a una cultura de comportamientos de riesgo e intolerancia ⁽⁹⁾.

Otra clasificación es la realizada por la OIT en el año 2003, que diferencia entre la *violencia externa* y *violencia interna* en el lugar de trabajo. Así, se hace referencia a la violencia externa cuando esta es recibida por parte de personas presentes en el lugar de trabajo, pero ajenas a la organización e interna cuando esta tiene lugar entre los propios trabajadores ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾.

Por último, otra de las clasificaciones más aceptadas es la elaborada en el seno de la OMS, en la que se diferencia entre *violencia externa*, *violencia por clientes* y *violencia interna*, en función de quien es el autor de los hechos. La primera de ellas es la llevada a cabo por personas ajenas a la organización, la segunda, la recibida por parte de usuarios y la tercera, aquella que tiene lugar entre trabajadores ⁽¹²⁾.

Además, la agresión como expresión de la violencia laboral, tiene diversas formas de manifestarse. Estas pueden ser en forma de *agresión física*, cuando implica fuerza, en forma de *agresión verbal*, cuando se utiliza el lenguaje mediante insultos, reproches o chantajes, en forma de *agresión psicológica*, a través de provocaciones, burlas, amenazas o atemorizaciones y en forma de *agresión moral*, a través de la repugnancia y la oposición ⁽⁷⁾.

Durante mucho tiempo la violencia laboral ha sido una cuestión olvidada, en cambio, en los últimos años ha adquirido una gran importancia, siendo en la actualidad una preocupación prioritaria. Tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo, aparece como una amenaza grave y a veces letal. 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 ⁽³⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Según los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) la violencia en el lugar de trabajo se ha incrementado en un 300% en la última década, alcanzando niveles y consideración de epidemia a nivel mundial. Además, las estimaciones de varios estudios indican que el estrés y la violencia representan alrededor del 30% de los costos totales de las enfermedades y accidentes de trabajo, pudiendo llegar a costar aproximadamente entre el 1 y el 3,5% del PIB cada año ⁽⁹⁾⁽¹²⁾⁽¹⁷⁾.

Datos Europeos señalan que anualmente el 4% de todos los trabajadores sufren algún tipo de violencia psicológica, el 2% acoso sexual y el 8% intimidación y hostigamiento. En EEUU cerca de 1000 trabajadores son asesinados cada año en su lugar de trabajo. Estos datos indican claramente que la violencia laboral es demasiado elevada y que hay que actuar urgentemente ⁽⁹⁾⁽¹²⁾.

Tal y como recoge el *Criterio Técnico nº 87/2011, de la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (DGITSS)*, en la práctica hay ciertos procesos, situaciones e interacciones inherentes al trabajo que exponen a los trabajadores a un mayor riesgo. Estos son: trabajar con dinero u objetos de valor, llevar a cabo tareas de control y vigilancia, ofrecer servicios de asistencia o educación, trabajar con personas enfermas, de cara al público o en solitario ⁽¹⁸⁾.

Dentro del sector servicios, el ámbito sanitario ocupa un lugar destacado, pues en los últimos años, estas agresiones han ido en aumento, presentando así los profesionales sanitarios un riesgo mayor de ser agredidos. Durante muchos años se ha prestado poca atención a las agresiones por parte de los pacientes y familiares, sin embargo, esta situación no debería considerarse como un aspecto normal de la práctica diaria ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

Tal es el caso que, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), consideró en 2002 que la violencia en el sector sanitario tiene carácter universal y afecta directamente a todos los trabajadores en mayor o menor grado. También de forma indirecta se ven afectadas las instituciones y empresas de las que dependen los profesionales, así como a los propios usuarios ⁽²⁾.

En diversos países europeos, encabezan la lista de ocupaciones de mayor riesgo aquellas relacionadas con el ámbito sanitario (24% de todas las agresiones), por delante de los policías y vigilantes de seguridad. La OMS declara que, casi un 25% de los profesionales sanitarios sufren o han sufrido agresiones ⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁹⁾⁽¹⁴⁾⁽²²⁾.

En España, el incremento de actos violentos queda plasmado tanto en los medios de comunicación tradicionales como en prensa especializada. Se encuentran numerosos estudios que avalan la importancia de este riesgo en el ámbito sanitario y se observa un incremento en la magnitud del fenómeno en los últimos años. El 60-90% de los profesionales han sido agredidos en alguna ocasión a lo largo de su trayectoria profesional ⁽¹⁴⁾⁽²⁰⁾⁽²³⁻²⁶⁾.

1.3. La violencia en el ámbito de la salud

Como ya se ha comentado en el apartado anterior, la violencia laboral en el sector salud se ha convertido, en los últimos años, en una problemática de vital importancia ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

La violencia contra los profesionales de la salud es un fenómeno que ha ido creciendo y cambiando a lo largo del tiempo. Con anterioridad a la década de los años 90 del pasado siglo, los sucesos violentos se circunscribían a actuaciones de enfermos mentales durante agudizaciones de sus patologías. Pero actualmente hay un perfil cambiante, los agresores ya no son enfermos psiquiátricos, sino pacientes sin estas patologías o sus familiares y acompañantes ⁽¹²⁾⁽²⁷⁾.

La relación entre los usuarios del sistema sanitario y los profesionales ha sufrido un cambio importante en las últimas décadas, antiguamente estaba basada en el paternalismo. Una relación clínica tradicional con un grado de sumisión a los dictados del profesional, que el paciente no se atrevía a cuestionar ⁽¹²⁾.

De esta relación casi paterno-filial de mediados del siglo XX, se ha pasado a una situación de exigencia: exigencia de ser atendido y exigencia de ser curado. Los avances tecnológicos y biomédicos han creado una imagen de omnipotencia de la Medicina. Las secuelas y la muerte no son entendidas como un proceso evolutivo de la enfermedad, sino como algún fallo en la atención médica, generando disconformidad hacia el sistema sanitario y hacia la administración, que se personaliza muchas veces en sus trabajadores ⁽⁷⁾.

Además, en los últimos años, a raíz de la pandemia de COVID-19, las agresiones hacia el personal sanitario se han visto acrecentadas todavía más. De forma paradójica, a pesar del gran esfuerzo realizado por todos los profesionales para combatir la enfermedad, los actos de violencia y discriminación hacia ellos han aumentado ⁽²⁸⁻³¹⁾.

A pesar de no existir un consenso universal al respecto, la definición de violencia laboral en el entorno sanitario ha sido adaptada por la OIT, el CIE, la OMS y la Internacional de Servicios Públicos (ISP), registrada en el *Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud* como «incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o asaltado en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo los desplazamientos al trabajo y viceversa. Con la participación de amenaza explícita o implícita a su seguridad, el bienestar o la salud» ⁽⁹⁾⁽²⁴⁾.

1.3.1. Factores de riesgo en el ámbito de la salud que acentúan los episodios violentos

La creciente investigación en relación a la violencia por parte de los usuarios hacia los profesionales del sistema sanitario, ha permitido identificar una serie de variables predictoras o factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de sufrir incidentes violentos en dicho sector ⁽²⁰⁾.

En la literatura existente hasta la fecha se observa que, la distribución del riesgo no es homogénea, pues, el servicio o nivel de asistencia dónde se prestan los cuidados, el turno de trabajo, las características sociodemográficas tanto del agresor como del agredido y el tipo de agresión, pueden influir a la hora de recibir una agresión. Además, la mayoría de autores están de acuerdo en que estas tienden a seguir un mismo patrón y que existe un perfil de agresor y de agredido establecido ⁽²³⁾⁽³²⁾.

En relación al tipo de agresión predominante, la mayoría de los estudios afirman que las agresiones de tipo verbal son las más frecuentes y que estas van acompañadas en numerosas ocasiones de amenazas ⁽³³⁾. A pesar de ello, no se puede menospreciar la existencia de altos porcentajes de agresiones físicas, que rondan el 35% en alguna de las publicaciones realizadas hasta la fecha ⁽⁴⁾⁽¹⁶⁾⁽³⁴⁾.

Respecto al perfil de la víctima, se ha demostrado que no todos los profesionales son agredidos de la misma manera, tanto cuantitativamente como cualitativamente. Según las investigaciones previas las víctimas son en su mayoría mujeres, enfermeras o médicas y con una media de edad entre 30-50 años ⁽²³⁾⁽³²⁾⁽³⁵⁾.

Hay autores que van más allá, llegando a la conclusión de que el tipo de agresión recibida varía en función de la categoría profesional del trabajador y el sexo. Estos afirman que, mientras los médicos sufren más agresiones verbales, los celadores o Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) reciben más agresiones físicas y que este último tipo de agresión, también resulta ser más frecuente hacia los profesionales de sexo femenino ⁽⁶⁾⁽³²⁾.

El perfil del agresor ha sido menos investigado hasta el momento. A pesar de ello, entre los autores que sí lo han hecho, puede observarse que, los principales agresores son los pacientes de sexo masculino ⁽²³⁾. Además, según Gutiérrez L (2016) ⁽³⁶⁾ o Fernández MJ et al. (2006) ⁽³⁷⁾, los pacientes y familiares no agreden de la misma manera ya que, mientras las agresiones realizadas por los acompañantes son frecuentemente verbales, las realizadas por el paciente son mayoritariamente físicas.

En lo referente a la exposición de episodios violentos en los diferentes servicios sanitarios, a pesar de que históricamente las unidades de psiquiatría y urgencias han estado más expuestas, en los últimos años esta tendencia ha cambiado ⁽²³⁾⁽³⁵⁾. Asimismo, autores como De San-Segundo M et al. (2017) ⁽²¹⁾ o Serrano I et al. (2020) ⁽³⁵⁾ afirman que, el nivel asistencial y la categoría profesional, también pueden influir a la hora de ser agredido, siendo los médicos en atención primaria y los enfermeros en atención especializada, los que sufren una mayor violencia. Este último autor también concluye que, mientras las agresiones verbales son más frecuentes en atención primaria, las físicas lo son en atención especializada.

No existe unanimidad en la literatura a la hora de señalar el momento más frecuente en que los profesionales sanitarios sufren una agresión en el lugar de trabajo. La mayoría de los estudios aseguran que, más de la mitad de las agresiones, se producen durante el turno de mañana. Sin embargo, otros autores defienden que serían las personas que trabajan durante la noche o aquellas con turno rotatorio, las que se verían más involucradas en episodios violentos ⁽²³⁾. Además, Gutiérrez L (2016) ⁽³⁶⁾ y Gómez MR (2016) ⁽⁷⁾ reportan en sus trabajos una mayor tasa de agresiones verbales durante la mañana y un mayor número de agresiones físicas durante la tarde o la noche.

Se han estudiado otros aspectos como la satisfacción laboral, el grado de burnout y el bienestar psicológico del profesional, que también pueden influir y ser un factor de riesgo a la hora de ser agredido ⁽²³⁾.

1.3.2. Desencadenantes de las agresiones en el ámbito sanitario

La mayoría de las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha concluyen que, los tiempos de espera y demoras son los principales motivos que desencadenan los episodios violentos en el ámbito sanitario. Además, inciden en que, estas demoras en la atención, son principalmente causadas por la presión asistencial y la falta de medios y recursos a la que se encuentran sometidos los trabajadores ⁽²⁾⁽⁷⁾⁽²⁰⁾⁽²³⁾⁽²⁷⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾.

Otra de las razones señaladas en los estudios previos, es la relacionada con el cambio ocurrido en los últimos años en la cultura de la población que accede a los servicios de salud. A consecuencia de este cambio, los pacientes y familiares exigen una mayor calidad en el trato, no valoran la labor llevada a cabo por los trabajadores, desconocen o no aceptan las normas sanitarias, y realizan una serie de demandas, en ocasiones desmedidas (peticiones de bajas laborales, recetas para ciertos medicamentos etc.). En muchos de los casos, esas exigencias se realizan con formas ajenas a unas normas mínimas de educación y cortesía, desencadenando situaciones violentas ⁽²⁾⁽⁷⁾⁽²⁰⁾⁽²³⁾⁽²⁷⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾.

1.3.3. Consecuencias de las agresiones

La trascendencia de las agresiones hacia los trabajadores en el sector salud, no sólo radica en la frecuencia con la que se presentan, sino también en la gravedad de las posibles secuelas asociadas. Las cuales, pueden variar en intensidad dependiendo del tipo de agresión y de las características personales de cada profesional. De esta forma, la violencia laboral, tiene graves consecuencias en la persona que la padece, su entorno y la organización sanitaria en la que trabaja ⁽⁶⁾⁽⁹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾.

Aquellos autores que estudian cómo se sienten los profesionales sanitarios tras una agresión concluyen que estos se ven sometidos a estrés, ansiedad, síndrome de burnout, soledad, problemas de concentración, alteración de la capacidad de resolución de conflictos, falta de motivación, pérdida de confianza y disminución de la autoestima ⁽⁶⁾⁽⁹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽⁴²⁾.

Además, las personas que han sufrido una agresión, expresan un mayor temor ante los pacientes y/o familiares. En este sentido, algunos autores afirman que, las secuelas de las agresiones verbales son superiores a las de las físicas, pues generan mayores desórdenes por estrés y ansiedad ⁽²⁰⁾⁽⁴³⁻⁴⁸⁾.

Como ya se ha expuesto, las consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo no sólo repercuten en el trabajador, sino que también influyen en las instituciones, produciéndose un grave impacto global en términos de coste, eficiencia y efectividad. Todo ello afecta tanto a la calidad de los cuidados dispensados, como a la imagen corporativa, productividad y absentismo laboral, lo que se traduce en un elevado impacto económico y un descenso del rendimiento y la competitividad ⁽⁹⁾⁽¹³⁾⁽²³⁾⁽⁴³⁻⁴⁹⁾.

1.3.4 Infradeclaración de la violencia en el ámbito de la salud

La violencia laboral en el ámbito sanitario ha sido un problema silenciado a lo largo del tiempo, ya que llega a ser en muchas ocasiones asumida por los profesionales como parte inherente del trabajo. De esta manera, se crea en los trabajadores expuestos la percepción de que se trata de un hecho habitual, lo que hace difícil su cuantificación y su correcta prevención ⁽²⁷⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴²⁾.

La práctica totalidad de los estudios existentes hasta la fecha afirman que, el fenómeno de *infra-registro*, *infra-notificación* o *infra-denuncia* existe en un grado verdaderamente importante. Existen estudios que indican que la ausencia de denuncia del hecho violento se situaría en torno al 70-80%, pues los profesionales consideran que no es útil hacerlo ⁽⁹⁾⁽²³⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴²⁾.

Por este motivo, a pesar de la gran dimensión del problema, es muy difícil disponer de información real. Sólo una pequeña proporción de estas conductas trasciende, hasta el punto de que muchos autores manifiestan que lo conocido sobre las agresiones al personal sanitario, representa tan sólo la punta del iceberg. Este hecho imposibilita alcanzar una visión integral del fenómeno, lo que dificulta implementar actuaciones preventivas eficaces ⁽¹²⁾⁽⁴²⁾⁽⁵⁰⁾.

Las causas de esa reticencia por parte de las víctimas a comunicar los incidentes violentos son variadas. Entre las más destacadas se encuentran los procedimientos de registro poco claros, la falta de apoyo a las víctimas por parte de los superiores, la infravaloración de la agresión, el desconocimiento del protocolo de actuación, el hecho de que el agresor sea un paciente psiquiátrico, las situaciones de estrés, considerar que la denuncia no va a trascender o el temor a algún tipo de represalias ⁽⁹⁾⁽⁴²⁾⁽⁵⁰⁾.

La relevancia de la cuestión es reconocida por las organizaciones internacionales que recomiendan, que se lleven a cabo campañas de concienciación para animar a los afectados a que notifiquen todos los incidentes que se produzcan ⁽¹²⁾⁽⁵⁰⁾.

1.4. Marco jurídico de la violencia en el lugar de trabajo en España y en la Comunidad Autónoma de Aragón

En España, la protección de los trabajadores frente a los riesgos en el trabajo ha recibido especial atención desde finales del siglo XX. Abordar la violencia en el lugar de trabajo es una obligación del empresario, que ha sido objeto de desarrollo legislativo y descansa sobre una normativa específica ⁽⁵¹⁾.

La Constitución Española de 1978, fue la primera norma en hacer referencia a la seguridad e higiene en el trabajo. Más tarde, la promulgación de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las Profesiones Sanitarias*, la *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud* y la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, contribuyeron a incorporar al marco normativo lo relacionado con la prevención de riesgos laborales, los derechos y deberes de los trabajadores, así como la promoción de la salud física y mental de estos ⁽⁷⁾⁽⁵¹⁻⁵⁶⁾.

Además, se han publicado otras leyes como el *Real Decreto 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social* o el *Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores* en las que, además de definir el concepto de accidente de trabajo, se recoge el derecho de los trabajadores al respeto de su intimidad, a la integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene en el lugar de trabajo ⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾.

Dentro del reglamento vigente cabe destacar la *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*, en la que se otorga al empresario el deber de proteger a sus trabajadores frente a los riesgos laborales, así como la obligación de llevar a cabo la actividad preventiva en la empresa. Con el fin de ampliar esta norma, nace la *Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de Reforma del Marco Normativo de la Prevención de Riesgos Laborales*, en la que además de recoger las infracciones en materia de prevención, obliga a las empresas y Administraciones Públicas a implantar un plan de prevención y colaborar con la Inspección de Trabajo ⁽⁷⁾⁽⁵¹⁾⁽⁵⁹⁾.

A esta normativa de aplicación en todo el territorio español, se debe añadir la legislación específica de la Comunidad Autónoma de Aragón, la *Ley 9/2013, de 28 de noviembre, de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón*. Esta Ley tiene por objeto apoyar a los profesionales del sistema público sanitario y social de Aragón, reforzando su autoridad y procurando la protección y el respeto que les son debidos en el ejercicio de sus funciones y responsabilidades ⁽⁶⁰⁾.

Dejando a un lado el marco normativo, otra cuestión suscitada a lo largo del tiempo que genera un amplio debate, es la relacionada con las medidas legales y sancionadoras, así como la consideración legal que han de tener estos hechos ⁽⁴³⁾.

A finales de 2007, el Tribunal Constitucional da un paso adelante y dicta una sentencia muy esperada por los sanitarios, la agresión al profesional sanitario público queda calificada como delito de atentado a un funcionario ⁽²²⁾.

Más tarde, en 2014, tras la celebración del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y el de Justicia, deciden colaborar de cara a trabajar en el reconocimiento de la condición de autoridad pública a los funcionarios sanitarios y con ella la presunción de veracidad en caso de conflicto ⁽⁵¹⁾.

Finalmente, es en 2015 cuando se realiza el cambio legislativo más importante, la publicación de la *Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. En ella se establecen particularidades en el ámbito penal y a nivel del derecho administrativo sancionador, dando respuesta a la reivindicación de los profesionales ante las agresiones por parte de los pacientes y su entorno ⁽⁶¹⁻⁶⁵⁾.

La reforma citada, introduce una nueva definición de atentado, que incluye todos los supuestos de acometimiento, agresión, empleo de violencia o amenazas graves sobre el profesional. En dicha definición se refleja de manera explícita que se considerarán actos de atentado a la autoridad los que se cometan contra funcionarios de sanidad, tanto si se produce en el momento del ejercicio profesional como en un momento distinto, siempre y cuando la actuación agresiva se encuentre motivada por el desempeño de las labores inherentes a sus cargos ⁽²¹⁾⁽⁵¹⁾⁽⁶¹⁻⁶⁵⁾.

Este cambio era muy esperado dentro del sector sanitario, supone un gran avance hacia la concienciación social y la culminación de una incipiente labor en el fomento de la protección jurídica del personal sanitario, equiparando la situación durante el desempeño de sus funciones, a la de autoridad pública ⁽⁶⁶⁾.

Por su parte, cabe destacar que la comunidad autónoma de Aragón se anticipó arbitrando sus propias medidas al respecto, con la publicación de la *Ley 9/2013, de 28 de noviembre, de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón*, reconociendo ya desde entonces, a los profesionales del sistema público sanitario y social de Aragón, como autoridad pública ⁽⁵¹⁾.

Por último, cabe reseñar que, aunque el derecho de protección de los profesionales al que se refiere la *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud* y las normas autonómicas se haya configurado exclusivamente al ámbito de la sanidad pública, no cabe duda de su necesaria extrapolación también al campo de la sanidad privada. Para ello, sería conveniente en un futuro próximo contar con instrumentos normativos adecuados que obligarán a los centros privados a adoptar medidas similares ⁽⁶⁶⁾.

1.5. Servicio Aragonés de Salud: Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y el Protocolo de actuación ante la violencia externa en el lugar de trabajo

La estructura y organización territorial del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) durante el periodo de estudio del presente trabajo está definida por el *Decreto 130/1986, de 19 de diciembre, de la Diputación General de Aragón*. Dicha norma aprueba el mapa sanitario de la comunidad autónoma y establece la ordenación de la región en 5 Áreas de Salud, que se dividen en 8 Sectores y estos a su vez en Zonas de salud (Imagen 1) ⁽⁶⁷⁾. Dichas áreas sanitarias, presentan diferentes peculiaridades entre sí. Estas difieren en cuanto a población atendida, número de profesionales y particularidades geográficas (Tablas 1,2 y 3) ⁽⁶⁷⁾⁽⁶⁸⁾.

Cabe destacar, que desde septiembre de 2022, ha habido un cambio legislativo en cuanto a dicho mapa sanitario, el cual no se tendrá en cuenta en la presente investigación por no afectar al periodo de estudio.

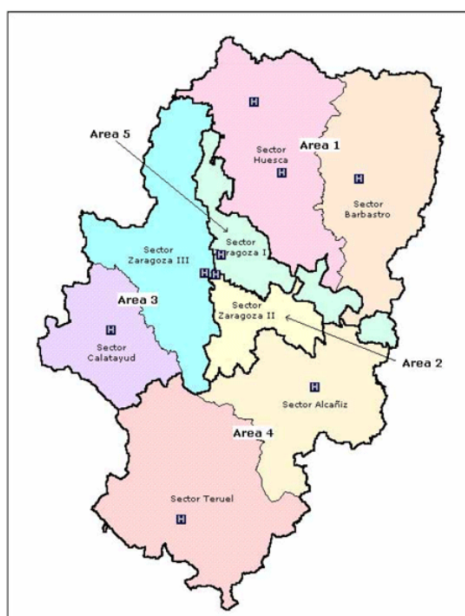


Imagen 1. Mapa sanitario de Aragón

La población con derecho a asistencia sanitaria en el sistema público de Aragón se eleva casi al millón trescientas mil personas. Dicha comunidad autónoma se caracteriza por ser demográficamente muy heterogénea, pues mientras que la provincia de Zaragoza abarca el 71% de esta población, la provincia de Huesca se ocupa del 17% y Teruel únicamente de un 12% ⁽⁶⁷⁾⁽⁶⁸⁾.

En relación a esta desigualdad demográfica, la geografía aragonesa también resulta muy heterogénea. La despoblación de ciertas zonas es evidente, hay 673 municipios con menos de 2.000 habitantes, y más del 24% de la población con derecho a asistencia sanitaria vive en municipios de menos de 5.000 habitantes. Las zonas más reducidas, entre 1.000 y 2.000 habitantes, se concentran fundamentalmente en Teruel y Huesca. En cambio, en Zaragoza predominan las zonas con más de 10.000 habitantes. Cabe destacar que el número de trabajadores por área y sector sanitario va en consonancia a esta desigualdad poblacional ⁽⁶⁷⁾⁽⁶⁸⁾.

Además, se trata de una región en la que el envejecimiento de la población es más acusado que en el resto del país. Las personas con 65 años o más suponen el 21,1%, con una tasa global de dependencia del 54,4%, siendo la media en España de 50,6%. Este envejecimiento también se ve reflejado en la pirámide de población, que es predominantemente madura ⁽⁶⁷⁾⁽⁶⁸⁾.

Respecto a la población extranjera, se observa que ha ido descendiendo desde el año 2011, manteniéndose actualmente en un porcentaje del 9,9%. Este grupo poblacional se caracteriza por ser predominantemente joven, el 16% tiene menos de 15 años, y el 70% entre 20-50 años, en el que predominan los varones. La mitad de ellos proceden de países de la Unión Europea, especialmente de Rumanía y Marruecos. Y, al igual que ocurre con el resto de población, también se observan diferencias entre los sectores, pues no todos atienden la misma proporción de población extranjera ⁽⁶⁷⁾⁽⁶⁸⁾.

Tabla 1. Plantillas orgánicas del Servicio Aragonés de Salud por áreas y sectores sanitarios

	Médicos	Enfermeros	Auxiliares de enfermería	Otros	Total
Área de salud I	877	956	497	914	3244
- S. Barbastro	375	398	149	349	1271
- S. Huesca	502	558	348	565	1973
Área de salud II	1560	1988	1142	1990	6680
Área de salud III	1440	1475	884	1636	5435
- S. Zgz III	1208	1234	791	1305	4538
- S. Calatayud	232	241	93	331	897
Área de salud IV	709	722	335	657	2423
- S. Alcañiz	285	286	97	253	921
- S. Teruel	424	436	238	404	1502
Área de salud V	602	685	359	642	2288
Total	5188	5826	3217	5839	20070

Tabla 2. Población atendida en cada área y sector sanitario del Sistema Aragonés de Salud

	Habitantes	Porcentajes de población
Área de salud I	209.880	17%
- S. Barbastro	102.683	8%
- S. Huesca	107.197	9%
Área de salud II	367.110	30%
- S. Zaragoza II	367.110	
Área de salud III	324.376	27%
- S. Zaragoza III	267.525	22%
- S. Calatayud	56.851	5%
Área de salud IV	150.802	12%
- S. Alcañiz	71.923	6%
- S. Teruel	78.879	6%
Área de salud V	166.174	14%
- S. Zaragoza I	166.174	
Población total	1.218.342	100%

Tabla 3. Características poblacionales y geográficas de las diferentes áreas y sectores sanitarios

	Área de salud	Sectores sanitarios	Características poblacionales	Características geográficas
Huesca	Área de salud I	Sector Barbastro Sector Huesca	-Bajo % de población extranjera -Pirámide de población madura -Predominan los hombres	-Zona rural -Predominio de los municipios de < 500 habitantes
Teruel	Área de salud IV	Sector Teruel Sector Alcañiz	-Área menos poblada -Alto % de población extranjera -Población envejecida -Mayor proporción de hombres	-Zona rural -Predominio de los municipios de <500 habitantes
Zaragoza	Área de salud II	Sector Zaragoza II	-El que mayor población atiende -Pirámide de población bastante madura, área envejecida -Predominio de las mujeres	-Zona urbana -Zonas de salud de >1000 habitantes
	Área de salud III	Sector Calatayud	-Bajo % de población extranjera -Zona muy envejecida -Predominio del sexo masculino	-Zona rural -Predominio de municipios con <500 habitantes
		Sector Zaragoza III	-Zona de mayor % de población extranjera -Zona poco envejecida -Predominio del sexo masculino	-Zona urbana -Predominio de zonas de salud con >1000 habitantes
	Área de salud V	Sector Zaragoza I	-Mayor % de población atendida -Menor proporción de población extranjera -Pirámide de población relativamente joven -Mayor % de hombres	-Zona urbana -Predominio de los municipios de >1000 habitantes

1.5.1. Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales

En base a esta organización territorial y según el *Decreto 23/2016, de 9 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud* ⁽⁶⁹⁾, se establecen los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL). Estos son definidos como «el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas, a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores».

Adoptan la modalidad de Servicio de Prevención Propio, formando una unidad organizativa en la que se integran la totalidad de los medios humanos con funciones específicas en materia de prevención de riesgos laborales. Sus integrantes dedicarán de forma exclusiva su actividad en la organización a la finalidad del mismo, estableciendo su constitución en dos niveles ⁽⁶⁹⁾.

El primer nivel es la Unidad Central de Prevención, aquella que se establece como órgano técnico, centro de coordinación y referencia de las Unidades Básicas, con dependencia de la Secretaría General Técnica del Departamento de Sanidad. El segundo nivel, son las Unidades Básicas de Prevención, los órganos directamente dependientes del Gerente del Sector. La Comunidad Autónoma de Aragón cuenta con una unidad central y ocho unidades básicas, una por cada sector ⁽⁶⁹⁾.

1.5.2. Protocolo de actuación ante la violencia externa

Estos Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, con el objetivo de prevenir la violencia externa en el lugar de trabajo al personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, elaboraron un protocolo de actuación. Dicho protocolo se rige por la *ORDEN de 21 de octubre de 2014, del Departamento de Hacienda y Administración Pública* ⁽¹⁰⁾.

A los efectos de este protocolo la violencia externa en el lugar de trabajo se define 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 el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma» ⁽¹⁰⁾.

En cuanto al procedimiento de actuación establecido en dicho protocolo, debe seguirse un circuito que contemple el auxilio, la asistencia médica, la declaración del parte de agresión, su investigación y la puesta en marcha de las medidas preventivas necesarias. Además del registro de los partes y la actuación de la dirección frente a la agresión, facilitando el apoyo jurídico al trabajador y enviando en su caso el manifiesto de rechazo del comportamiento agresivo (Anexo I) ⁽¹⁰⁾.

Ante una situación de riesgo de agresión, el trabajador afectado hará uso de los sistemas de seguridad y aviso a su alcance con el fin de dar a conocer su situación. Solicitará ayuda a un compañero y/o vigilante de seguridad y en función de la gravedad de la agresión se alertará a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Todos los trabajadores deberán actuar protegiéndose y protegiendo a las personas que los rodean, pedir auxilio y socorrer a los afectados ⁽¹⁰⁾.

En caso de ser necesaria la asistencia sanitaria, ésta se realizará en el servicio de urgencias del centro de salud, hospital o mutua de referencia, cumplimentándose el informe médico y el parte de lesiones al juzgado. Es necesario cumplimentar de forma exhaustiva el informe médico de asistencia, al ser un documento que va a permitir acreditar ante la autoridad judicial el tipo y grado de lesiones⁽¹⁰⁾.

Los responsables del cumplimiento de lo establecido en dicho protocolo serán los Departamentos y Organismos Autónomos. Desde la Dirección General de Servicios Jurídicos se prestará la representación y defensa procesal en los procesos judiciales en los que sean parte los empleados públicos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, los Servicios de Prevención en sus respectivos ámbitos ejercerán las funciones de asesoramiento y apoyo, evaluación de riesgos y medidas organizativas que contribuyan a eliminar o reducir el riesgo⁽¹⁰⁾.

Además, estos Servicios de Prevención son clave en el proceso de notificación de un incidente. Pues son los encargados de recibir copia de los partes de agresión e investigarlos. Asimismo, también serán los encargados de llevar a cabo el registro informático en la base de datos creada para tal fin desde el año 2016⁽¹⁰⁾.

Dicha base de datos será común a todos los Servicios de Prevención, a fin de poder extraer la información necesaria para la elaboración de un mapa de riesgo y la puesta en marcha de medidas preventivas. Será responsabilidad de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, facilitar y mantener actualizado este registro⁽¹⁰⁾.

En lo referente a la comunicación del incidente, se producirá de forma inmediata a la producción de los hechos. Haciéndolo saber al Servicio de Prevención y a los representantes de los trabajadores mediante el modelo oficial recogido en el Anexo II, por vía telemática a través de las direcciones de correo electrónico habilitadas al efecto, o por fax. Asimismo, una copia de la comunicación del incidente deberá remitirse a las Secretarías Generales Técnicas de los Departamentos u órganos equivalentes de los Organismos Públicos, a los efectos de lo previsto en el artículo 23 de la *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales* ⁽¹⁰⁾.

Al mismo tiempo, cabe destacar que desde octubre de 2019, El Colegio de Enfermería puso en marcha el registro de agresiones en Zaragoza y provincia. Esta iniciativa parte de la Organización Colegial y la Comisión Deontológica que desean tener más información acerca de la naturaleza de las agresiones y del entorno en el cuál se producen, para poder articular propuestas de solución al problema (Anexo III).

1.6. Investigación sobre violencia externa en el ámbito sanitario en España

En España, la violencia en el ámbito de la salud empezó a ser objeto de estudio en 2004. Se constata que el interés sobre el tema ha sido creciente en los últimos años, aunque hay que reseñar que el número de estudios realizados en comparación con los existentes en otros países, no es numeroso ⁽²³⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁷⁰⁾.

Las comunidades autónomas donde se han llevado a cabo más estudios son Cataluña y Andalucía seguidas de Madrid, Castilla la Mancha y Aragón. Quizá, esta escasa bibliografía se deba a que la investigación en esta materia ha surgido en una época relativamente reciente, pues la mayoría de los estudios han sido publicados en los últimos 5 años ⁽²³⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁷⁰⁾.

Hasta la fecha, no existe ninguna investigación que abarque la totalidad del territorio nacional y el único informe realizado a nivel estatal manifiesta la existencia de una serie de dificultades en la recopilación de datos y conocimiento global del tema. Esto, puede ser debido a la falta de homogeneidad en las informaciones aportadas por los registros de las comunidades autónomas, ya que, actualmente no se dispone de un registro nacional unificado de agresiones a profesionales sanitarios, lo que sería deseable para la mejor comprensión y prevención del fenómeno ⁽⁵¹⁾⁽⁷¹⁾.

Revisando la bibliografía existente se observa que, metodológicamente, la mayoría de los estudios realizados hasta el momento en España tienen un enfoque cuantitativo, son de carácter descriptivo y están orientados a conocer la magnitud, frecuencia y características de las agresiones ⁽²³⁾.

En relación a los instrumentos utilizados para la recopilación de la información, la mayor parte de ellos recurren a fuentes de datos como, los registros institucionales de agresiones, las resoluciones judiciales o los cuestionarios elaborados ad hoc. Dichos cuestionarios son mayormente de elaboración propia y una menor parte de ellos están validados ⁽²³⁾⁽⁵⁰⁾.

En cuanto al lugar en el que se lleva a cabo la investigación se observa que, hay autores que estudian un ámbito geográfico en concreto o centro hospitalario, mientras que otros lo hacen de forma multicéntrica. Además, muchos de ellos investigan el fenómeno en todos los servicios sanitarios en conjunto. En cambio, otros se centran en determinados servicios como atención primaria, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) o urgencias ⁽²³⁾.

Del mismo modo ocurre con los sujetos de estudio, la mayoría de las investigaciones tienen en cuenta a todos los profesionales de la salud, pero alguna de ellas únicamente se basa en estudiar a un colectivo profesional específico. Sobre todo, se encuentran más estudios centrados únicamente en el profesional de enfermería ⁽²³⁾.

Aunque menos numerosos, también existen trabajos que abordan otros aspectos distintos a la descripción del fenómeno y su incidencia. Existen estudios enfocados en el análisis de las consecuencias, tanto jurídicas como personales y aquellos orientados a conocer los efectos de los instrumentos legales y sancionatorios, así como de las medidas penales, especialmente tras la última reforma en 2015 del Código Penal ⁽⁵⁰⁾.

Dentro de esta minoría, una pequeña parte de la literatura está enfocada hacia la investigación cualitativa, con el objetivo de describir como el personal sanitario percibe y siente las agresiones, en estos casos dicha información es recogida a través de entrevistas ⁽⁷⁾.

Por último, en lo referente a la investigación del tema en España, cabe reseñar que, la mayoría de los autores ponen en queja la dificultad para la comparación de la literatura publicada hasta la fecha. La falta de homogeneidad entre los criterios empleados, sumado a la ausencia de instrumentos de evaluación estandarizados y la diversidad de los sistemas de documentación y registro de las agresiones, obstaculizan la comparación de los datos obtenidos ⁽⁹⁾⁽²³⁾⁽⁵⁰⁾.

1.7. Justificación

Las agresiones externas hacia los profesionales del ámbito de la salud constituyen un problema de graves consecuencias, que hasta hace poco tiempo era prácticamente desconocido y que, posteriormente, ha permanecido silenciado por la escasa notificación de los hechos ⁽²³⁾.

Respecto a esta escasa notificación, los centros sanitarios, colegios profesionales y sindicatos advierten de que la violencia forma parte del día a día en el trabajo. Por este motivo, insisten en la necesidad de mostrar una tolerancia cero con estos comportamientos y registrar todas las agresiones.

Las actuaciones de información y difusión por parte de estas instituciones se han incrementado en los últimos años. Pero el efecto informativo y la percepción de las agresiones por parte de los profesionales como un delito que es necesario declarar, no ha sido todavía reconocido por la mayoría del colectivo.

Además, estas agresiones hacia los profesionales sanitarios están aumentando considerablemente en todo el territorio nacional y existe evidencia de que constituyen un problema importante tanto para los trabajadores como para las organizaciones. Se observa que, la tendencia está variando, de manera que ya no se producen únicamente en servicios de psiquiatría y urgencias, sino que, se está generalizando a otros servicios y profesionales ⁽²³⁾.

La rápida evolución de los hechos y la gran alarma social generada, crea la necesidad de llevar a cabo iniciativas dirigidas a estudiar el fenómeno en profundidad para poder prevenirlo y eliminarlo.

Por todo ello y debido a la escasa investigación sobre el tema, es pertinente realizar un estudio acerca de la violencia sufrida por los profesionales del Servicio Aragonés de Salud. Siguiendo las diferentes clasificaciones de tipos de violencia, este se centrará en la violencia tipo II según la clasificación de la Cal/OSHA, llamada violencia externa según la OIT o violencia por clientes según la OMS.

La realización de este trabajo se justifica por la importancia de dar visibilidad mediante datos y de forma objetiva, a los hechos violentos sufridos en el ámbito de la salud. Además de, evidenciar la repercusión personal y social de este fenómeno, profundizando en el aspecto emocional, valorando sentimientos, emociones y opiniones de los profesionales.

Demostrar la evidencia y dar a conocer el problema, es el punto de inicio para la reflexión de la sociedad y de los mismos profesionales. A la vez que, contribuirá a buen seguro, a reforzar la base sobre la que trabajar para conseguir una asistencia sanitaria más apaciguada entre usuarios y profesionales.

2. Hipótesis y Objetivos

2. Hipótesis y objetivos

2.1. Hipótesis

Los estudios realizados por Vidal C (2015) ⁽⁷⁰⁾, De San-Segundo M et al. (2017) ⁽²¹⁾ u Ortells N (2013) ⁽²²⁾ permiten afirmar que, la categoría profesional del agredido, el lugar en el que este desarrolla su actividad asistencial o el momento en el que esta se lleva a cabo, condiciona el tipo de agresión externa que sufren los profesionales del ámbito de la salud. De esta manera, no existiría una tipología única de agresión a los trabajadores del SALUD, sino que su notificación muestra un alto grado de heterogeneidad que está influenciado por todos los factores anteriormente señalados.

2.2. Objetivo general

1. Estudiar las agresiones externas en el lugar de trabajo notificadas por los profesionales del Servicio Aragonés de Salud durante el periodo 2016–2018, elaborando un análisis narrativo sobre el impacto emocional de la violencia vivida durante el ejercicio profesional.

2.3. Objetivos específicos

2. Definir el perfil de los profesionales del ámbito sanitario que son víctimas de violencia externa en el Servicio Aragonés de Salud, analizando la incidencia y distribución de las agresiones notificadas durante el periodo de estudio.
3. Tipificar las agresiones externas que sufren los profesionales del Servicio Aragonés de Salud, identificando los factores de riesgo asociados al ejercicio específico de su actividad profesional.
4. Reconstruir el impacto en términos de sentimientos, de indefensión emocional y absentismo laboral, que sobre los profesionales del Servicio Aragonés de Salud tienen las agresiones externas.
5. Analizar el grado de conocimiento que los profesionales tienen sobre el protocolo y el proceso de notificación tras sufrir una agresión externa en el trabajo, evaluando su percepción acerca de la protección recibida por parte de la institución.
6. Relatar los sentimientos, emociones, valores y creencias que los profesionales del ámbito sanitario tienen sobre las agresiones, así como su actitud ante ellas.

3. Materiales y Métodos

3. Materiales y Métodos

3.1. Marco conceptual y contexto

En el presente estudio se analizó el tipo de violencia denominado como *violencia externa*, que la OIT define como «aquella que tiene lugar entre los trabajadores y toda otra persona presente en el lugar de trabajo ajena a la organización» ⁽⁵⁾. Dicha definición es la aceptada por la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón para referirse a la violencia sufrida en sus centros de trabajo ⁽¹¹⁾.

En el año 2016 se instauró de forma centralizada el registro de agresiones hacia los profesionales del Servicio Aragonés de Salud, fichero a cargo del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Sanidad de la comunidad autónoma. Por este motivo, el periodo del estudio abarcó los años 2016 a 2018.

En este trabajo se utilizó un diseño metodológico mixto, en el que se combinaron técnicas de recogida y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, con el fin de responder a los objetivos de investigación. Mediante el análisis cuantitativo se determinó la incidencia, frecuencia y distribución de variables nominales u ordinales, mientras que el estudio cualitativo permitió conocer la percepción, opinión y sentimientos de los profesionales acerca de la violencia vivida en el trabajo.

Esta triangulación metodológica, sirvió a los efectos de lograr una mejor comprensión del fenómeno de estudio, complementando la potencia de la investigación ⁽⁷²⁾.

3.2. Procedimiento

Con el objeto de definir el contexto de las agresiones hacia el personal sanitario y conocer el estado actual del tema, se realizó una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos (Scielo, Cuidatge, Medline, Cuiden, Scopus, Dialnet, Ibecs, Sciencedirect, Medes, Enfispo, Ibecs, Lilacs, Índices CSIC o Embase) y Google académico.

Las palabras clave utilizadas en la estrategia de búsqueda fueron: “workplace violence”, “health care personnel” y “agresion” según el tesoro MeSH (Medical Subject Headings), además de “violencia laboral”, “agresión” y “personal sanitario” según DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud).

En la presente investigación se incluyeron todos los tipos de documentos publicados en inglés o español, que guardaran relación con las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones. Ya fueran artículos originales, revisiones bibliográficas, metaanálisis, colaboraciones, libros o protocolos, independientemente del año de publicación, hasta julio de 2022, fecha en que se finalizó la búsqueda bibliográfica.

Una vez realizada la revisión bibliográfica y con la intención de alcanzar los objetivos propuestos, se definieron dos fases de estudio. En una primera fase se llevó a cabo el estudio cuantitativo y en una segunda fase el estudio cualitativo.

3.2.1. Consideraciones éticas

En primer lugar, antes de comenzar el estudio, se obtuvieron los permisos necesarios para desarrollar la investigación. Por un lado, se solicitó la autorización por parte de los responsables del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (Anexo IV), departamento donde hasta la fecha se notifican las agresiones, para así poder acceder a las fuentes de datos secundarios y retrospectivos.

Por otro lado, también se obtuvo el permiso de los responsables del sector de salud II (Anexo V) y III (Anexo VI) para tener acceso a los participantes del estudio cualitativo a los que, previo consentimiento informado, se les realizó la entrevista en profundidad.

Finalmente, el Comité de Ética y de Investigación (CEICA), autorizó la investigación, que fue registrada (C.P - C.I PI18/141) (Anexo VII).

El trabajo se llevó a cabo bajo las normas de buena práctica clínica, los principios éticos básicos y los aspectos contenidos en la *Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*, que regula el acceso, la protección y la confidencialidad de los datos. En todo momento se garantizó el anonimato de los trabajadores que notificaron algún incidente, así como del personal entrevistado, cuya participación fue voluntaria y previo consentimiento informado (Anexo VIII).

Tanto las grabaciones de las entrevistas como la transcripción de las mismas fueron custodiadas por la investigadora principal, en un lugar de acceso restringido y sin posibilidad de identificar a los participantes.

3.2.2. Fase I: Estudio cuantitativo

3.2.2.1. Diseño del estudio y fuente de datos

Se diseñó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, en el que se analizaron las características de las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios de la comunidad autónoma de Aragón, durante los años 2016 a 2018.

3.2.2.2. Población a estudio

La población estudiada correspondía a todos los trabajadores del Servicio Aragonés de Salud que notificaron alguna agresión durante los tres años del estudio, independientemente de su categoría profesional, edad, o sexo. El total de personas que declararon agresiones durante dicho periodo fueron 534.

3.2.2.3. Acceso y recogida de información

El acceso y recogida de información fue llevado a cabo a través de la base de datos del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, en la cual se registran los incidentes violentos percibidos por los profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

En dicha base de datos se observan ciertas carencias, en ella no se registra información acerca de los agresores y alguno de los casos notificados está mal cumplimentado, perdiendo así algunos datos.

De manera específica, las variables en las que existió una pérdida de datos se detallan a continuación:

- Área de Salud (12 casos)
- Categoría profesional de la persona agredida (2 casos)
- Turno de trabajo (42 casos)
- Tipo de agresión (7 casos)
- Antigüedad del profesional agredido (391 casos)
- Tipo de contrato en el momento de la agresión (342 casos)
- Servicio/unidad (14 casos)

Estos casos, a pesar de estar incompletos, no fueron eliminados, analizando todas las notificaciones tal y como estaban registradas. De esta manera, se pueden obtener conclusiones acerca de las principales características de las agresiones, además de encontrar puntos de mejora en el proceso de notificación.

3.2.2.4. Variables

El estudio realizado incluyó el análisis de variables sociodemográficas, geográficas, de tiempo, relacionadas con la organización sanitaria, con las características del agredido y de la agresión, así como las consecuencias de la misma. Estas variables fueron clasificadas por grupos de interés (Tabla 4).

Tabla 4. Variables incluidas en el estudio

Tipos de variables	Variables a estudio
Variables de tiempo	- Año de registro de la agresión - Fecha de notificación de la agresión - Turno de trabajo en el que se produjo la agresión
Variables geográficas	- Provincia en la que se produjo la agresión - Área de salud en la que se produjo la agresión
Variables relacionadas con la organización sanitaria	- Servicio/unidad en el que se produjo la agresión
Variables sociodemográficas	- Sexo del agredido - Edad del agredido
Variables relacionadas con las características de los profesionales agredidos	- Categoría profesional de las personas agredidas - Antigüedad de las personas agredidas - Tipo de contrato de las personas agredidas
Variables relacionadas con las características de la agresión	- Tipo de agresión
Variables relacionadas con las consecuencias de la agresión	- Baja laboral

3.2.2.4.1 Variables de tiempo

- Año del registro de la agresión: Variable que refleja el año en el que tuvo lugar la agresión, existiendo 3 opciones: 2016; 2017 y 2018.
- Fecha de la notificación de la agresión: Variable que describe el trimestre del año en el que se produjo la agresión, estableciéndose 4 opciones: *primer trimestre; segundo trimestre; tercer trimestre y cuarto trimestre*.
- Turno de trabajo en el que se produjo la agresión: Variable que analiza el turno de trabajo en el que se produjo la agresión, existiendo 3 opciones: *mañana; tarde y noche*.

3.2.2.4.2 Variables geográficas

- Provincia: Variable que refleja la provincia en la que tuvo lugar la agresión, estableciéndose 3 opciones: *Zaragoza*; *Huesca* y *Teruel*.
- Área de salud: Variable que especifica el área de salud en la que tuvo lugar la agresión, existiendo 5 opciones: *Área de salud I* (Sector Barbastro y Sector Huesca); *Área de salud II* (Sector Zaragoza II); *Área de salud III* (Sector Calatayud y Sector Zaragoza III); *Área de salud IV* (Sector Alcañiz y Sector Teruel) y *Área de salud V* (Sector Zaragoza I).

3.2.2.4.3 Variables relacionadas con la organización sanitaria

- Servicio/unidad: Variable que describe el servicio o unidad en el que se produjo la agresión, existiendo 6 opciones:
 - *Psiquiatría* (incluyéndose todo lo relacionado con esta especialidad, tanto centros psiquiátricos, como consultas o plantas de hospitalización de psiquiatría).
 - *Urgencias* (061, SUAP y urgencias hospitalarias).
 - *Planta de hospitalización* (incluyéndose todas las unidades de hospitalización, excepto las unidades de psiquiatría).
 - *Consultas ambulatorias* (consultas de atención primaria, consultas externas de atención especializada, hospital de día, rehabilitación, hemodiálisis y pruebas funcionales).
 - *Servicios especiales* (UCI y quirófano).
 - *Otros* (dónde se incluyen servicios en los que el vínculo con el usuario es menor como: farmacia, admisión, laboratorio, cocina, docencia, atención al paciente, dirección y personal).

3.2.2.4.4. Variables sociodemográficas

- Sexo de la persona agredida: Variable que indica el género del profesional agredido, estableciéndose 2 opciones: *hombre y mujer*.
- Edad de la persona agredida: Variable que refleja la edad del trabajador agredido en el momento de la agresión, quedando definida esta variable, por la *edad cronológica de la víctima*.

3.2.2.4.5 Variables relacionadas con las características profesionales de la persona agredida

- Categoría profesional de la persona agredida: Variable que indica la categoría profesional del trabajador, estableciéndose 4 opciones: *médicos; enfermeros; TCAE y otros* (incluyendo en esta categoría a aquellos trabajadores que pertenecen a grupos minoritarios como: celadores, administrativos, farmacéuticos, conductores, personal de cocina, técnicos de laboratorio, trabajadores sociales, psicólogos y fisioterapeutas).
- Antigüedad de la persona agredida: Variable que indica los años que el trabajador llevaba prestando servicios en el SALUD, existiendo 3 opciones: *<1 año; 1-5 años y > 5 años*.
- Tipo de contrato de la persona agredida en el momento de la agresión: Variable que indica el tipo de contrato del trabajador, estableciéndose 3 opciones: *titular con plaza en propiedad; interino y eventual*.

3.2.2.4.6 Variables relacionadas con las características de la agresión

- Tipo de agresión: Variable que refleja el tipo de agresión registrado por la propia víctima, según sus percepciones y sentimientos, estableciéndose 4 opciones:
 - *Física* (aquella que pueda generar daños corporales a través de la fuerza física, manifestada en contra de un individuo).
 - *Verbal* (aquella que pretende hacer daño mediante el lenguaje. Puede incluir insultos, chantajes, amenazas...).
 - *Física y verbal* (combinación de las dos anteriores).
 - *Con componente psicológico* (aquella que causa daños a nivel psicológico, emocional o de la autoestima. Puede incluir amenazas, intimidaciones, burlas, provocaciones...). Se diferencia de la verbal, en que tiene como objetivo provocar sentimientos y emociones negativas en la persona agredida y destruir su autoestima ⁽⁷⁾.

3.2.2.4.7 Variables relacionadas con las consecuencias de la agresión

- Baja laboral: Variable que indica si la víctima precisó baja laboral a consecuencia de la agresión, existiendo 2 opciones: *sí* y *no*.

3.2.2.5. Análisis estadístico

Se utilizó el programa SPSS (versión 23) para el análisis estadístico. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo univariante, en el que se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas. Asimismo, se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana y moda), de dispersión (mínimo, máximo, coeficiente de variación y desviación estándar) y de forma (asimetría y curtosis). Para el análisis de las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas, complementándolas con las consiguientes tablas y gráficos.

En segundo lugar y tras este primer análisis, se continuó con el análisis bivariante, en el que se estudió la relación entre las variables cuantitativas y cualitativas, llevando a cabo un contraste de diferencia de medias para las variables continuas. Para ello, se realizó el test para pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney, tras rechazar la normalidad de los grupos formados. Los contrastes utilizados de manera bilateral para mostrar la independencia entre dos variables cualitativas fueron el test de Chi-cuadrado, el test de Fisher (si las frecuencias esperadas eran inferiores a 5) y las tablas de contingencia.

Para todo el estudio se estableció un nivel de confianza del 95%, por lo que se consideraron significativos los valores inferiores a 0,05 ($p < 0.05$).

3.2.3 Fase II: Estudio cualitativo

3.2.3.1 Diseño

Se utilizó un enfoque fenomenológico para conocer la opinión y experiencia de enfermeros y TCAE acerca de las agresiones sufridas o presenciadas a lo largo de su trayectoria profesional. Este enfoque es el apropiado, ya que la investigación fenomenológica es un método de investigación cualitativa que busca comprender fenómenos complejos a través de la experiencia vivida, el significado y las perspectivas de los participantes ⁽⁷³⁾.

3.2.3.2. Marco del estudio

El estudio se llevó a cabo en los dos sectores sanitarios más grandes de Aragón, sector II y III de Zaragoza, por ser los que más notificaciones presentaron según el estudio cuantitativo. Como ya se ha comentado anteriormente, se obtuvieron los permisos necesarios para reclutar a los participantes.

3.2.3.3. Participantes

La población objeto del estudio fueron enfermeros y TCAE que prestaban, en ese momento, sus servicios en los sectores sanitarios II y III de Zaragoza, independientemente de la edad o sexo, del tiempo trabajado y de la unidad en la que desarrollaran su actividad. Se permitió participar tanto a aquellos profesionales que habían sido víctimas de agresión, como a los que nunca se habían sentido agredidos. Ya que el objetivo del estudio era narrar las opiniones, sentimientos y conocimientos de los sanitarios acerca de las agresiones sufridas en el lugar de trabajo, ambas experiencias resultaban de interés.

Para seleccionar a los participantes, se aplicó el denominado muestreo de conveniencia, hasta alcanzar saturación de datos. En el ámbito de la investigación cualitativa esto se refiere al criterio que limita la inclusión de nuevos participantes en el estudio, «punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional, no aparecen nuevos datos o nuevas ideas» ⁽⁷⁴⁾. Finalmente, la muestra del estudio estuvo formada por un total de 26 profesionales (13 enfermeros y 13 TCAE).

El proceso de reclutamiento de estos participantes se llevó a cabo por la investigadora principal, la cual acudía a los diferentes servicios sanitarios al azar, presentándose y explicando en qué consistía el estudio. Se les invitaba a participar voluntariamente, previa firma del consentimiento informado.

3.2.3.4. Procedimiento

Se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales (Anexo IX), llevadas a cabo por la investigadora principal en el lugar de trabajo de los participantes, buscando entornos confortables que permitieran proteger la confidencialidad del entrevistado. El tiempo promedio para el desarrollo de cada una fue de 15-20 minutos. Todos los datos fueron grabados en audio y transcritos textualmente, además se tomaron notas adicionales sobre el lenguaje corporal, que pudiera reforzar o ilustrar el contenido del discurso.

El motivo por el que las entrevistas fueron llevadas a cabo de forma individual es porque, como sugiere Quecedo R (2002) ⁽⁷⁵⁾, es la técnica que permite expresar más libremente y con sus propias palabras, opiniones y situaciones tan personales como sentimientos y emociones, obteniendo así un análisis subjetivo y profundo de las vivencias.

Previo a la realización de la entrevista, se recogieron datos sociodemográficos de los participantes (edad, sexo, categoría profesional, antigüedad y si habían sido agredidos o no), con el fin de describir las características de la muestra.

Se desarrollaron dos tipos de entrevistas, una para aquellos profesionales que alguna vez habían sido agredidos y otra para los que no lo habían sido. Los temas abordados fueron referentes al concepto personal o significado que para cada participante tenía la violencia externa en el ámbito laboral, así como si habían sido agredidos en alguna ocasión o no.

Con los participantes que afirmaron haber sido agredidos, se profundizó acerca de los sentimientos, actitudes y consecuencias generadas. Además se trataron otros aspectos como, la actitud personal ante una situación de agresión vivida o presenciada, sus opiniones sobre posibles causas y circunstancias que motivan la agresión y cuestiones sobre el proceso y protocolo de notificación.

3.2.3.5. Análisis de los datos

Se utilizó metodología cuantitativa descriptiva, para definir y presentar los resultados sociodemográficos de los participantes. Posteriormente, el análisis temático se llevó a cabo siguiendo las fases de la teoría de Braun y Clark ⁽⁷⁶⁾.

El análisis temático se inició con la fase de familiarización de los datos, transcribiendo las entrevistas tan pronto como fue posible. Se continuó leyendo exhaustivamente el material y las anotaciones, para después generar códigos/categorías iniciales y posteriormente, se definieron los temas tratados en las entrevistas. En una primera búsqueda en el material transcrito, se seleccionaron 35 temas y tras ser revisados se concretaron en 20 temas. Finalmente fueron definidos e identificados con una denominación y agrupados en 5 temas y 13 subtemas (Imagen 2). Por último, se concluyó el estudio con la redacción del informe final.

Con el objeto de organizar la información y facilitar el análisis de los datos se utilizaron códigos (Tabla 5), éstos también fueron utilizados para denominar a cada participante y de esta manera, preservar su anonimato. La denominación siguió el siguiente orden: categoría profesional, agredido: si/no, género, edad, años trabajados. Ej: (ENF,SI,M,27,<5).

Tabla 5. Códigos utilizados en la denominación de los participantes y análisis temático

Concepto	Códigos
Enfermeros	ENF
Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería	TCAE
Agredidos	SI/NO
Mujer	M
Hombre	H
Años trabajados	<5, >5, >20
Edad	Nº de años
Agresión verbal	AV
Agresión física	AF
Agresión psicológica	AP

Para garantizar la calidad del análisis temático en la presente investigación se tomaron notas de campo, incluyendo reflexiones personales de los participantes y puntos clave que surgieron durante la entrevista.

Con esta misma finalidad, se utilizó la técnica de triangulación de investigadores en el análisis de datos; dos investigadores realizaron el proceso de análisis temático para posteriormente realizar una puesta en común, según evidencias anteriores esta técnica permite acercarse a la realidad investigada ⁽⁷⁵⁾.

Al mismo tiempo, se mantuvo un contacto frecuente entre la investigadora principal (doctoranda) y los directores de la tesis para promover una mayor discusión sobre temas emergentes y posibles debilidades del estudio.

3.2.3.6 Reflexividad personal

Yo, María Isabel Serrano Vicente, graduada en enfermería en el año 2015 y prestando servicios al Servicio Aragonés de Salud desde 2016, no he sido nunca agredida en el ejercicio de mi profesión. De esta manera, declaro no tener sentimientos o emociones que hayan podido influir a la hora de entrevistar a los participantes del estudio.

No obstante, a pesar de no haber sufrido nunca una agresión en primera persona, sí que he podido presenciar y conocer casos de agresiones a compañeros a lo largo de mi trayectoria profesional. En dichas situaciones, observé muy diferentes formas de reaccionar ante la violencia, tanto por parte de los profesionales agredidos como de los testigos. Estas experiencias me han ayudado a percibir la impotencia e indefensión que se sufre al ser agredido.

Existe una minoría de profesionales que no lo consideran un fenómeno importante, asumiéndolo como parte del trabajo. Sin embargo, la mayoría se ven afectados en mayor o menor medida, condicionando su desempeño profesional e incluso sufriendo consecuencias psicológicas.

Llama la atención la falta de formación a los profesionales y el desconocimiento generalizado en esta materia, pues la mayoría de ellos, entre los que me incluyo, no hemos recibido formación específica al respecto.

Todo lo expuesto anteriormente ha motivado la realización de este estudio, con el fin de visibilizar el problema y dar a conocer con mayor profundidad el contexto personal e institucional de la violencia en el ámbito sanitario. Así como, establecer unos protocolos de información al profesional, notificación y registro del suceso que permitan encontrar una solución que mejore la situación y gestión de las agresiones.

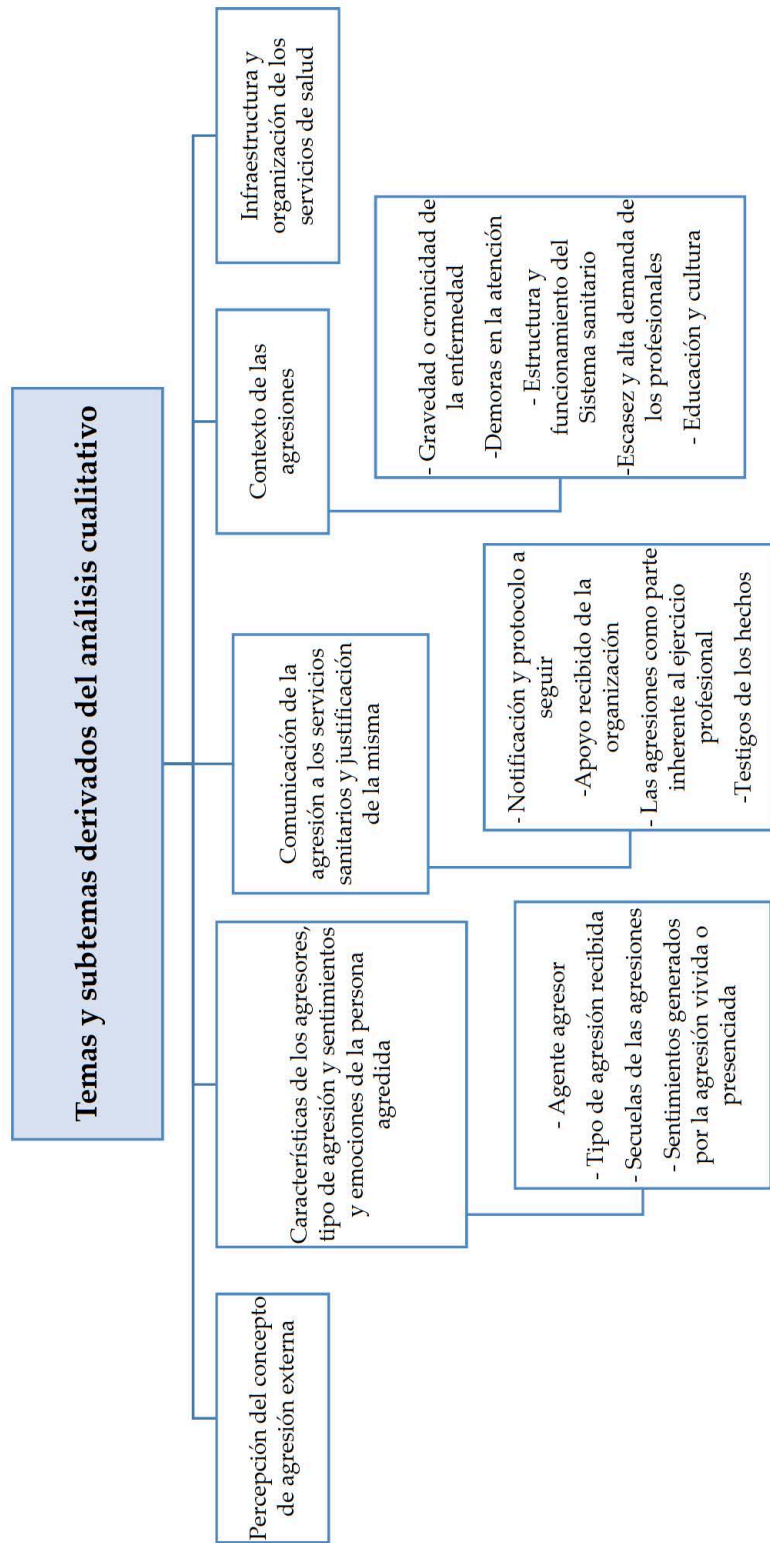


Imagen 2. Temas y subtemas seleccionados para el análisis de los datos cualitativos

4. Resultados

4. Resultados

Los resultados del trabajo de investigación se presentan divididos en dos subapartados, reflejo de las diferentes fases del estudio. Así, mientras en el primero se exponen los datos relativos al análisis cuantitativo de los incidentes registrados durante el periodo del estudio, en el segundo se analizan los resultados cualitativos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a los profesionales sanitarios.

4.1 Estudio cuantitativo

En el sistema de salud Aragónés trabajan aproximadamente 20070 profesionales, de los cuales 5826 son enfermeros (29,02%), 5188 médicos (25,84%), 3217 TCAE (16,02%) y 5839 (29,09%) pertenecen a otras categorías compuestas por trabajadores distribuidos en menor proporción entre celadores y administrativos principalmente, fisioterapeutas, farmacéuticos, personal de cocina, técnicos de laboratorio etc.

Durante el periodo de estudio (2016-2018) los profesionales del Servicio Aragónés de Salud notificaron, en el registro de agresiones del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, un total de 534 agresiones por parte de los usuarios.

4.1.1 Distribución geográfica y temporal de las agresiones a los profesionales de la salud

El porcentaje de agresiones registradas se fue incrementando a lo largo del periodo de estudio hasta en un 27%, pasando de 108 (20,2%) en 2016, a 175 (32,8%) en 2017, siendo finalmente el año 2018 en el que más incidentes se notificaron, con un total de 251 (47%) (Gráfico 1).

A lo largo del año, ningún trimestre destacó sobre los demás en cuanto a notificación de incidentes, registrándose casi un 25% de los casos en cada uno de ellos.

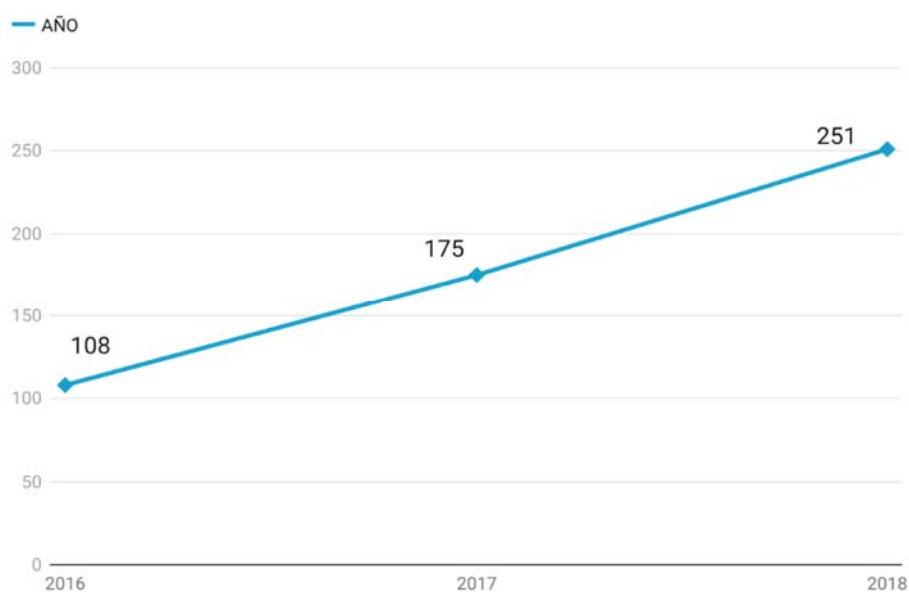


Gráfico 1. Distribución de las agresiones por año (período 2016-2018)

Geográficamente, la Comunidad Autónoma de Aragón consta de tres provincias, que a su vez desde el punto de vista de la organización sanitaria, se dividen en áreas y sectores de salud (Imagen 1).

A pesar de que la mayoría de las agresiones notificadas tuvieron lugar en la provincia de Zaragoza (70,4%), un análisis detallado de las tasas específicas tanto por número de trabajadores como por habitantes atendidos en cada provincia, área y sector sanitario, mostró una distribución de la violencia bastante homogénea en todo el territorio aragonés (Tabla 6).

Las tasas calculadas de agresiones en función de la población atendida en cada zona geográfica, se situaron entre 35-50 por cada 100.000 habitantes, a excepción del sector Alcañiz (29,1) y Calatayud (28,1), que presentaron proporciones más bajas de violencia. Ambos sectores son caracterizados por ser las zonas rurales en las que menor número de personas se atiende.

Tabla 6. Tasas específicas de agresiones según zona geográfica y profesionales/habitantes

	Tasa específica (x 100.000 habitantes)	Tasa específica (x 100 trabajadores)
Provincia de Huesca (área de salud I)	50,5	3,267
- Sector Barbastro	40,9	3,304
- Sector Huesca	50,3	3,243
Provincia de Teruel (área de salud IV)	34,4	2,146
- Sector Alcañiz	29,1	2,28
- Sector Teruel	39,3	2,063
Provincia de Zaragoza	43,8	2,527
Área de salud II (Sector Zaragoza II)	36,7	2,02
Área de salud III	48,7	2,907
- Sector Calatayud	28,1	1,783
- Sector Zaragoza III	53	3,129
Área de salud V (Sector Zaragoza V)	42,7	3,103

4.1.2 Distribución de las agresiones según la organización sanitaria

Al estudiar la distribución de las agresiones en los diferentes servicios o unidades (Gráfico 2), se observó que la mayoría de ellas habían sido notificadas en hospitalización (30,8%) y consultas ambulatorias (31,2%), incluyendo tanto las de atención primaria como especializada, rehabilitación, pruebas funcionales, etc. En el extremo opuesto, los menores porcentajes de agresiones se declararon en UCI y quirófano (4,4%) o en servicios como farmacia, admisión, laboratorio o atención al paciente (5,2%). A medio camino, los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias (17,7%) o las unidades de psiquiatría (10,8%), mostraron puntajes intermedios.

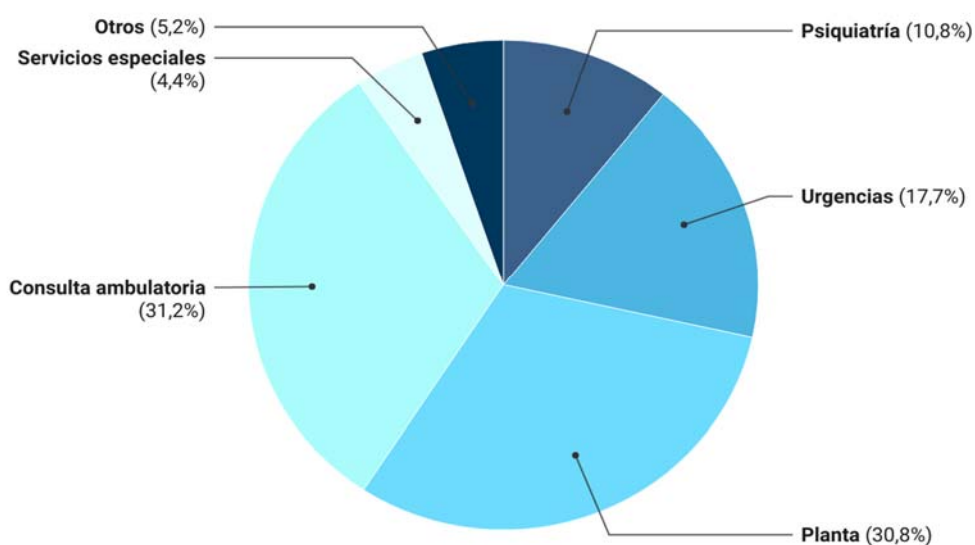


Gráfico 2. Distribución de las agresiones según el servicio/unidad

4.1.3 Tipo de agresión y momento en el que se produjeron las agresiones

El 63,2 % de las víctimas notificaron haberse sentido agredidas verbalmente, siendo este el tipo de agresión más frecuente, seguidas por las de carácter físico (23,9%). En ocasiones, también se ejercieron agresiones verbales y físicas conjuntamente (9,1%) o con componente psicológico (3,8%) (Gráfico 3).

La mitad de los incidentes declarados se produjeron en el turno de mañana (50,4%), mientras que el resto tuvo lugar durante el turno de tarde (29,7%) o noche (19,9%).

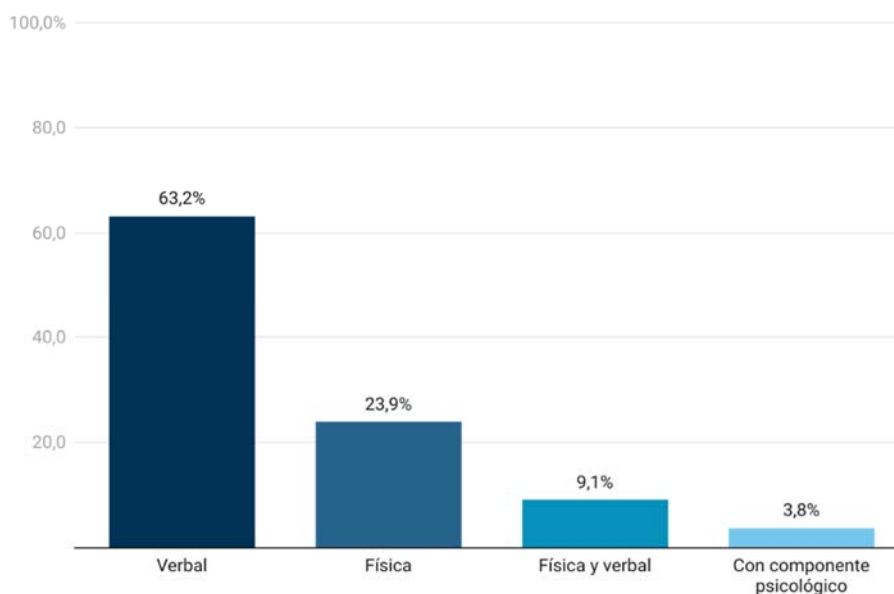


Gráfico 3. Tipo de agresión

4.1.4 Características de los profesionales y consecuencias de la agresión

Las cifras obtenidas al analizar la base de datos del SPRL indican que médicos y enfermeros fueron los profesionales que más agresiones notificaron, en porcentajes muy similares (33,8% y 30,8% respectivamente), seguidos de los TCAE (23,1%). Solo un 12,2% de las agresiones fueron comunicadas por otros profesionales, de las cuales más de dos terceras partes fueron declaradas por celadores (6,9%) y administrativos (3,2%). El 2,1% restante fueron registradas por farmacéuticos, conductores, técnicos de laboratorio, trabajadores sociales, psicólogos o fisioterapeutas (Tabla 7).

En cambio, al entrar en detalle calculando tasas específicas por categoría profesional (Tabla 7), se observó que los datos eran muy homogéneos. De esta forma se puede afirmar que todos los profesionales independientemente de su categoría, hacen saber por igual las agresiones recibidas.

Con respecto a la distribución proporcional por género se observó que, las mujeres fueron las que más agresiones registraron (81,1%), contabilizándose únicamente una declaración de un hombre por cada cuatro notificaciones de mujeres.

En lo referente a la edad se observó que, la media de edad de aquellos profesionales que habían notificado agresiones se situó en 45,9 años (IC 95% 44,7 - 47,1), sin que existiera demasiada variabilidad, con coeficientes de variación en torno al 25%.

Tabla 7. Distribución y tasas específicas de las agresiones notificadas según la categoría profesional del agredido

	Nº de agresiones notificadas N (%)	Tasas específicas por categoría profesional (x 100 trabajadores)
Médicos	180 (33,8%)	3,469
Enfermeros	164 (30,8%)	2,814
TCAES	123 (23,1%)	3,823
Otros profesionales - Celadores - Administrativos - Resto de profesionales	65 (12,2%) 37 (6,9%) 17 (3,2%) 11 (2,1%)	1,113
Total	532 (100%)	-

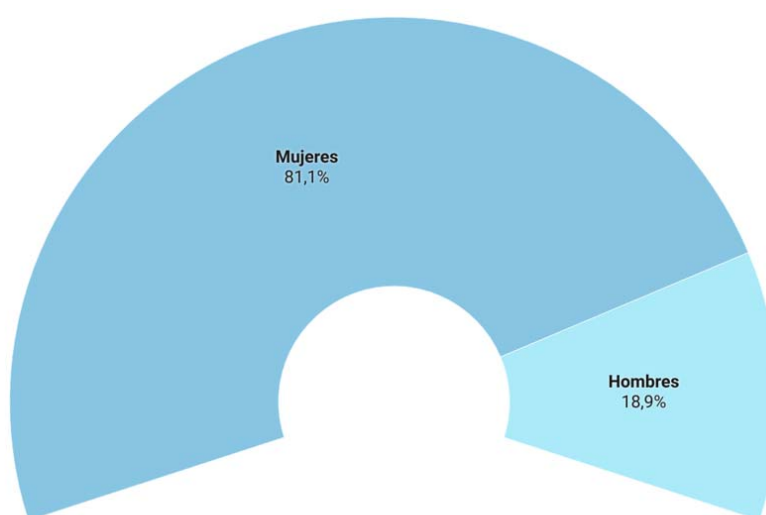


Gráfico 4. Notificaciones de agresiones según el género

A pesar de la baja cumplimentación de los datos referentes a la antigüedad laboral y tipo de contrato del trabajador, que fue del 27% y 36% respectivamente, la importancia de estas variables motivó realizar un análisis con fines exploratorios de cómo la experiencia y el tipo de contrato puede afectar a la hora de comunicar los episodios violentos.

A este respecto, se encontraron indicios de que, a mayor antigüedad, mayor declaración de incidentes. Pues la mayoría de las agresiones (55,9%) las interpusieron profesionales con más de 5 años de antigüedad (Tabla 8). Asimismo, la mayor parte de estas notificaciones fueron realizadas por interinos (49%) o titulares con plaza en propiedad (42,7%), mientras que solamente el 8,3% de las notificaciones correspondían a trabajadores eventuales.

En cuanto a las consecuencias derivadas de la agresión, solamente 19 profesionales (3,6%) de los 534 agredidos causó baja laboral por este motivo.

Tabla 8. Notificación de agresiones según la antigüedad del profesional agredido

Antigüedad del profesional agredido	Nº de agresiones notificadas N (%)
< 1 año	26 (18,2%)
De 1 a 5 años	37 (25,9%)
Más de 5 años	80 (55,9%)
Total	143 (100%)

4.1.5 Distribución de las agresiones en función de la organización sanitaria y zonas geográficas

En el análisis del número de episodios de violencia comunicados en las distintas unidades sanitarias estratificadas por provincias o por áreas de salud (Tabla 9), la mayor parte de las agresiones tuvieron lugar en las unidades de hospitalización, Zaragoza -30,4%-, Huesca -32,7%- y Teruel -29,4%- y en consultas ambulatorias (30,4%, 29,8% y 39,2% respectivamente).

Fue en los servicios con tasas de agresión intermedias donde se observaron ciertas diferencias. En Zaragoza, el tercer servicio dónde se dieron parte de más incidentes fue en urgencias (20,5%), especialmente en el área de salud II, mientras que en Huesca y Teruel fue en psiquiatría (20,2% y 15,7% respectivamente). También cabe destacar que únicamente en la provincia de Zaragoza se notificaron agresiones en servicios especiales (6,3%), en particular en el área III (Tabla 9).

Para estudiar la existencia de diferencias se realizó el test de Chi cuadrado, obteniéndose valores significativos (p valor $< 0,001$) en las agresiones ocurridas en los servicios especiales y urgencias en Zaragoza, así como en las agresiones producidas en psiquiatría en Huesca.

Tabla 9. Relación entre el servicio/unidad y las diferentes zonas geográficas

	Servicio/unidad						Chi-cuadrado
	Psiquiatría N (%)	Urgencias N (%)	Planta N (%)	Consulta ambulat. N (%)	Servicio especial N (%)	Otros N (%)	
Zona geográfica							
Zaragoza	27 (7,4%)	75 (20,5%)	111 (30,4%)	111 (30,4%)	23 (6,3%)	18(4,9%)	p <0,001
A. Salud II	6 (4,7%)	31 (24,0%)	50 (38,8%)	22 (17,1%)	8 (6,2%)	12(9,3%)	
A. Salud III	11 (7,1%)	22 (14,1%)	38 (24,4%)	69 (44,2%)	15 (9,6%)	1 (0,6%)	
A. Salud V	9 (12,7%)	15 (21,1%)	23 (32,4%)	20 (28,2%)	0 (0,0%)	4 (5,6%)	
Huesca	21 (20,2%)	13 (12,5%)	34 (32,7%)	31 (29,8%)	0 (0,0%)	5 (4,8%)	
A. Salud I	21 (20,2%)	13 (12,5%)	34 (32,7%)	31 (29,8%)	0 (0,0%)	5 (4,8%)	
Teruel	8 (15,7%)	4 (7,8%)	15 (29,4%)	20 (39,2%)	0 (0,0%)	4 (7,8%)	
A. Salud IV	8 (15,7%)	4 (7,8%)	15 (29,4%)	20 (39,2%)	0 (0,0%)	4 (7,8%)	
Total	56 (10,8%)	92 (17,7%)	160(30,8%)	162(31,2%)	23 (4,4%)	27(5,2%)	

4.1.6 Distribución geográfica y temporal de la violencia en el lugar de trabajo según el tipo de agresión

Con respecto a la evolución de las agresiones en función de su tipología en el tiempo se observó que, hubo un incremento en la declaración de agresiones físicas durante los años 2017 y 2018 (26,6% y 25,9% respectivamente) frente al año 2016 en el que un menor porcentaje, el 14,6% de las agresiones, fueron de este tipo (Tabla 10).

En cambio, en lo referente a las agresiones verbales, puede apreciarse cómo durante los años 2016 y 2018 el porcentaje de registros fue similar (67,0% y 66,1% respectivamente), mientras que en el año 2017 fue menor (56,6%). Por último, las de naturaleza psicológica disminuyeron la proporción progresivamente a lo largo de los tres años: 2016 (7,8%), 2017 (5,2%) y 2018 (1,2%).

Mientras las agresiones de naturaleza psicológica disminuyeron significativamente a lo largo del periodo de estudio, las físicas aumentaron, especialmente durante los dos últimos años (2017-2018), (Test de Chi cuadrado, $p=0,004$) (Gráfico 5).

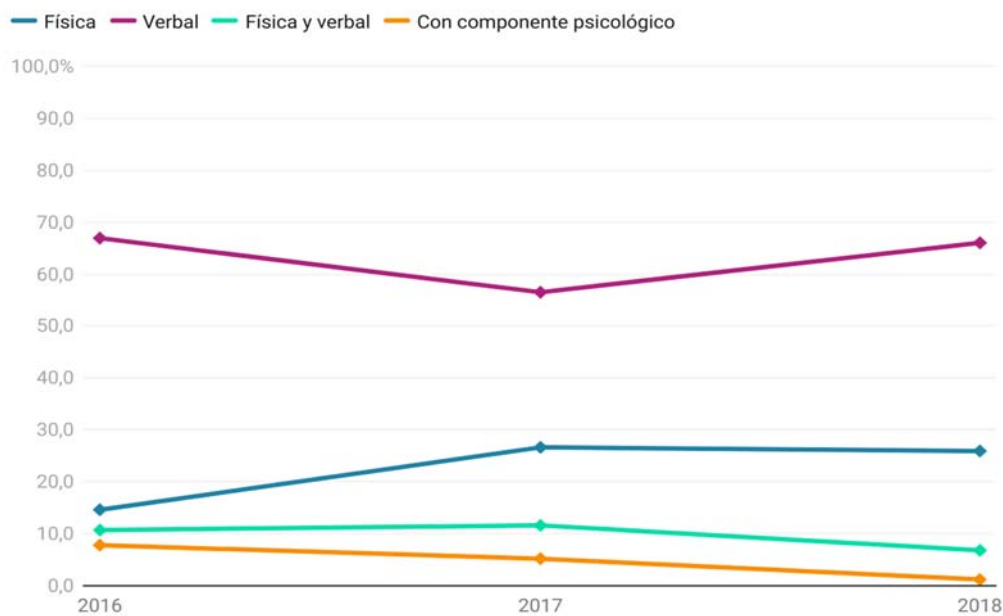


Gráfico 5. Distribución de las agresiones en función del año y el tipo de agresión

El patrón de las agresiones también varió en función del turno de trabajo (Tabla 10). Así, mientras por la mañana hubo un claro predominio de declaraciones de agresiones verbales (70,6%), conforme va pasando el día los profesionales notificaron más agresiones físicas y de carácter psicológico (Test de Chi-cuadrado, $p<0,001$).

Geográficamente, tanto en las tres provincias como en sus correspondientes áreas sanitarias, predominó la agresión verbal. Especialmente en las áreas urbanas (II, III y V), pertenecientes todas ellas a la provincia de Zaragoza, donde la agresión verbal fue mayoritaria con porcentajes entre el 60% y el 70%. Por el contrario, en las zonas rurales (áreas I y IV), que abarcan las provincias de Huesca y Teruel, destacaron altos porcentajes de agresión física (36,0% y 30,8% respectivamente), frente a Zaragoza (19,7%). Los otros tipos de agresión (combinación de agresión verbal y física y aquellas con componente psicológico) presentaron datos muy semejantes en las tres provincias (Tabla 10).

En efecto, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de agresión y las diferentes áreas sanitarias y provincias de la comunidad, a excepción del área IV (Teruel). Así pues, mientras que en el área de salud I (Huesca, zona más septentrional de Aragón) se notificaron más agresiones físicas, en las zonas más meridionales como las áreas II, III y V (Zaragoza) se declararon más agresiones verbales y con componente psicológico (Test de Chi-cuadrado, $p=0,008$) (Gráfico 6).

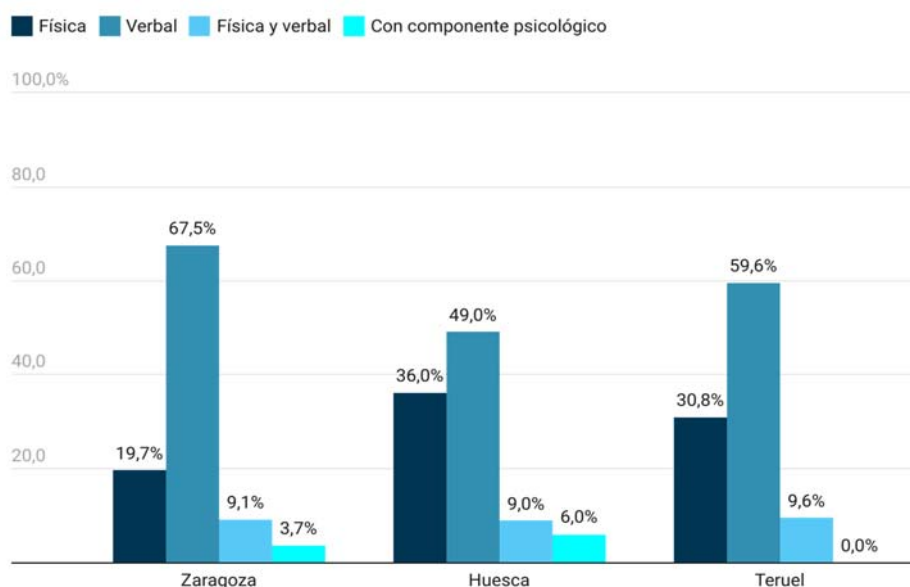


Gráfico 6. Tipo de agresión según la provincia

Tabla 10. Distribución del tipo de agresión notificada según el tiempo y zona geográfica

	Tipo de agresión				Chi-cuadrado
	Física N (%)	Verbal N (%)	Física y verbal N (%)	Con componente psicológico N (%)	
Año					
2016	15 (14,6%)	69 (67,0%)	11 (10,7%)	8 (7,8%)	0,004
2017	46 (26,6%)	98 (56,6%)	20 (11,6%)	9 (5,2%)	
2018	65 (25,9%)	166 (66,1%)	17 (6,8%)	3 (1,2%)	
Total	126 (23,9%)	333 (63,2%)	48 (9,1%)	20 (3,8%)	
Zona geográfica					
Zaragoza	74 (19,7%)	253 (67,5%)	34 (9,1%)	14 (3,7%)	0,008
A. Salud II	35 (26,1%)	81 (60,4%)	8 (6,0%)	10 (7,5%)	
A. Salud III	25 (15,8%)	113 (71,5%)	17 (10,8%)	3 (1,9%)	
A. Salud V	13 (18,3%)	50 (70,4%)	7 (9,9%)	1 (1,4%)	
Huesca	36 (36,0%)	49 (49,0%)	9 (9,0%)	6 (6,0%)	
A. Salud I	36 (36,0%)	49 (49,0%)	9 (9,0%)	6 (6,0%)	
Teruel	16 (30,8%)	31 (59,6%)	5 (9,6%)	0 (0,0%)	
A. Salud IV	16 (30,8%)	31 (59,6%)	5 (9,6%)	0 (0,0%)	
Total	126 (23,9%)	333 (63,2%)	48 (9,1%)	20 (3,8%)	
Turno					
Mañana	42 (17,1%)	173 (70,6%)	19 (7,8%)	11 (4,5%)	<0,001
Tarde	48 (33,6%)	80 (55,9%)	13 (9,1%)	2 (1,4%)	
Noche	23 (23,7%)	52 (53,6%)	15 (15,5%)	7 (7,2%)	
Total	113 (23,3%)	305 (62,9%)	47 (9,7%)	20 (4,1%)	

4.1.7 Tipo de agresión notificada según el servicio o unidad

Los resultados obtenidos acerca del tipo de agresión notificado según el servicio o unidad en el que se produjo (Tabla 11), indican que las agresiones verbales fueron las más frecuentes en todos los servicios, con porcentajes que oscilaron entre el 47,8% - 81,3%, a excepción de las unidades de psiquiatría. En estas unidades, las agresiones físicas predominaron con un elevado número de registros (73,2%).

Dejando a un margen las unidades de psiquiatría, cabe resaltar que las agresiones físicas fueron el segundo tipo de agresión más frecuente en todos los servicios, a excepción de consultas ambulatorias. En las cuales, a pesar de predominar las agresiones verbales con un 83,1% de notificaciones, se comunicaron ligeramente más agresiones combinadas o con componente psicológico que de naturaleza física.

Un análisis más detallado de los datos permite afirmar que, los trabajadores de psiquiatría notificaron con mayor frecuencia agresiones físicas, mientras que los profesionales de consultas hicieron lo propio con las agresiones verbales. En cambio, aquellas personas que trabajaban en servicios en los que el vínculo con el usuario era menor -admisión, laboratorio, cocina, atención al paciente o farmacia- declaraban con más frecuencia agresiones de tipo psicológico, (Test de Chi-cuadrado, $p < 0,001$).

Tabla 11. Distribución del tipo de agresión en los diferentes servicios/unidades

	Tipo de agresión				Chi-cuadrado
	Física N (%)	Verbal N (%)	Física y verbal N (%)	Con componente psicológico N (%)	
Servicio/Unidad					
Psiquiatría	41 (73,2%)	9 (16,1%)	5 (8,9%)	1 (1,8%)	p<0,001
Urgencias	28 (31,1%)	55 (61,1%)	7 (7,8%)	0 (0,0%)	
Planta	38 (24,2%)	96 (61,1%)	18 (11,5%)	5 (3,2%)	
Const. ambulatorias	7 (4,4%)	133 (83,1%)	12 (7,5%)	8 (5,0%)	
Servicios especiales	6 (26,1%)	11 (47,8%)	4 (17,4%)	2 (8,7%)	
Otros	6 (22,2%)	18 (66,7%)	0 (0,0%)	3 (11,1%)	
Total	126 (24,6%)	322 (62,8%)	46 (9,0%)	19 (3,7%)	

4.1.8 Tipos de agresión que sufrieron los profesionales del ámbito sanitario

Todos los profesionales, independientemente de su categoría, notificaron más agresiones verbales, desde el 45,0% de TCAE hasta el 79,3% de médicos (Tabla 12). Existieron relaciones estadísticamente significativas entre el tipo de agresión y el puesto de trabajo, encontrando como resultado que, mientras los TCAE y otros profesionales como celadores o administrativos notificaron más agresiones físicas, con porcentajes por encima del 40%, (44,2%y 42,2% respectivamente), los médicos declararon más agresiones verbales (Test Chi-cuadrado, $p<0,001$) (Gráfico 7).

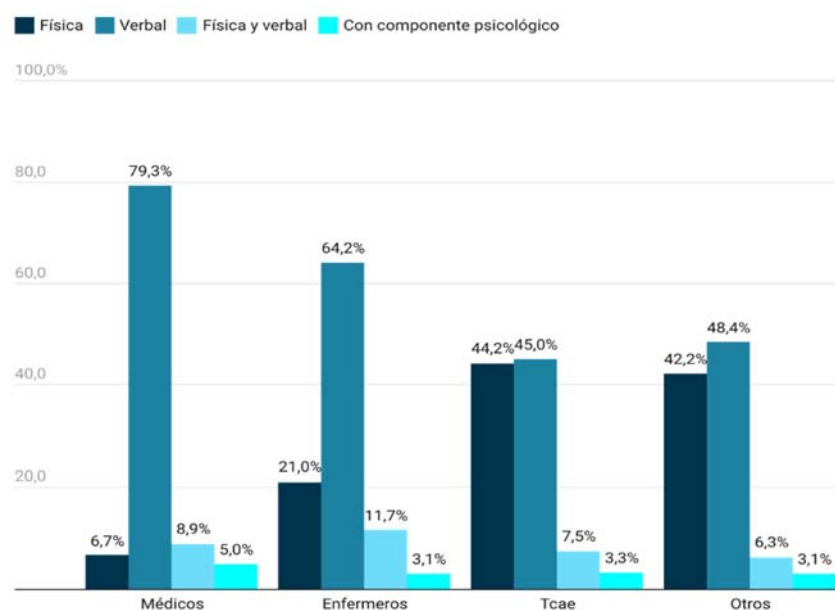


Gráfico 7. Tipo de agresión recibida en función de la categoría profesional del agredido

La edad media de los profesionales agredidos en función del tipo de agresión recibida se situó entre los 45-48 años. Datos muy semejantes a los obtenidos sin tener en cuenta la tipología de la agresión (45,9 años). De esta manera, tal y como nos indica el Test de Kruskal – Wallis, se puede afirmar que no existe relación entre la edad del agredido y el tipo de agresión recibida (Tabla 12).

De forma parecida ocurre con respecto al sexo del agredido (Tabla 12), los datos indicaron resultados muy similares, aunque las mujeres cuantificaron más agresiones verbales y con componente psicológico que los hombres, no se encontraron diferencias significativas. Por lo que el sexo de la víctima no condicionó el tipo de agresión recibida.

Además, de los profesionales que precisaron baja laboral, la mayoría habían sido agredidos verbalmente (42,1%) o físicamente (36,8%). De igual modo, aquellos que sufrieron agresiones físicas, combinadas o con componente psicológico, solicitaron en mayor proporción la baja laboral. A pesar de observarse esta tendencia en los datos, en este caso tampoco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas que nos permitan afirmarlo.

Tabla 12. Relación entre el tipo de agresión y las características del profesional agredido

	Tipo de agresión				Chi-cuadrado
	Física N (%)	Verbal N (%)	Física y verbal N (%)	Componente psicológico N (%)	
Categoría profesional					
Médicos	12 (6,7%)	142 (79,3%)	16 (8,9%)	9 (5,0%)	<0,001
Enfermeras/os	34 (21,0%)	104 (64,2%)	19 (11,7%)	5 (3,1%)	
TCAES	53 (44,2%)	54 (45,0%)	9 (7,5%)	4 (3,3%)	
Otros	27 (42,2%)	31 (48,4%)	4 (6,3%)	2 (3,1%)	
Total	126 (24,0%)	331 (63,0%)	48 (9,1%)	20 (3,8%)	
Sexo					
Mujer	101 (23,6%)	271 (63,3%)	39 (9,1%)	17 (4,0%)	0,963
Hombre	25 (25,3%)	62 (62,6%)	9 (9,1%)	3 (3,0%)	
Total	126 (23,9%)	333 (63,2%)	48 (9,1%)	20 (3,8%)	
Baja laboral					
Si	7 (36,8%)	8 (42,1%)	2 (10,5%)	2 (10,5%)	0,160
No	119 (23,4%)	325 (64,0%)	46 (9,1%)	18 (3,5%)	
Total	126 (23,9%)	333 (63,2%)	48 (9,1%)	20 (3,8%)	
Edad					
Media	45,9	45,3	48,3	47,7	0,558
Desv. Típica	11,2	11,8	11,4	10,3	
IC media (95%)	43,6; 48,3	43,8; 46,9	44,0; 52,7	42,6; 52,8	

4.1.9 Análisis de las agresiones a los profesionales de la salud en función de su categoría profesional

Durante los tres años del estudio, los profesionales que mayor número de notificaciones realizaron fueron en primer lugar los médicos con porcentajes que oscilaron entre el 33,1%-36,1%, en segundo lugar, los enfermeros (29,6%-32,1%), en tercer lugar, los TCAE (19,4%-24,6%) y, por último, el resto de profesionales (10,8%-14,8%) (Tabla 13).

Durante dicho periodo se pudo observar un incremento muy ligero en la notificación de agresiones de los enfermeros a lo largo de los años: 2016 (29,6%), 2017 (29,7%) y 2018 (32,1%). Mientras que por parte de los grupos de profesionales minoritarios como son celadores, administrativos, trabajadores sociales, farmacéuticos etc. se observó lo contrario. El número de agresiones disminuyó durante el periodo de estudio: 2016 (14,8%), 2017 (12,6%) y 2018 (10,8%).

Geográficamente, los perfiles de profesionales agredidos de las tres provincias y sus respectivas áreas de salud fueron diferentes (Tabla 13). Así, mientras en Huesca (área de salud I) fueron los celadores, administrativos, técnicos de laboratorio, farmacéuticos etc. los que comunicaron más agresiones (21,0%), en Teruel (área IV) hubo un claro predominio de notificaciones por parte del personal médico. En esta provincia, más de la mitad de las agresiones fueron registradas por ellos (53,8%) (Test Chi-cuadrado, $p < 0,001$) (Gráfico 8).

Por otro lado, en la provincia de Zaragoza en conjunto, fue el personal de enfermería el que más incidentes declaró (34,4%). En la distribución por áreas fue especialmente en el área II, donde el 44,0% de las agresiones fueron registradas por este colectivo, en cambio, en las áreas III y V el mayor porcentaje de agresiones fue notificado por los médicos, 40,5% y 46,5% respectivamente (Test Chi-cuadrado, $p < 0,001$) (Gráfico 8).

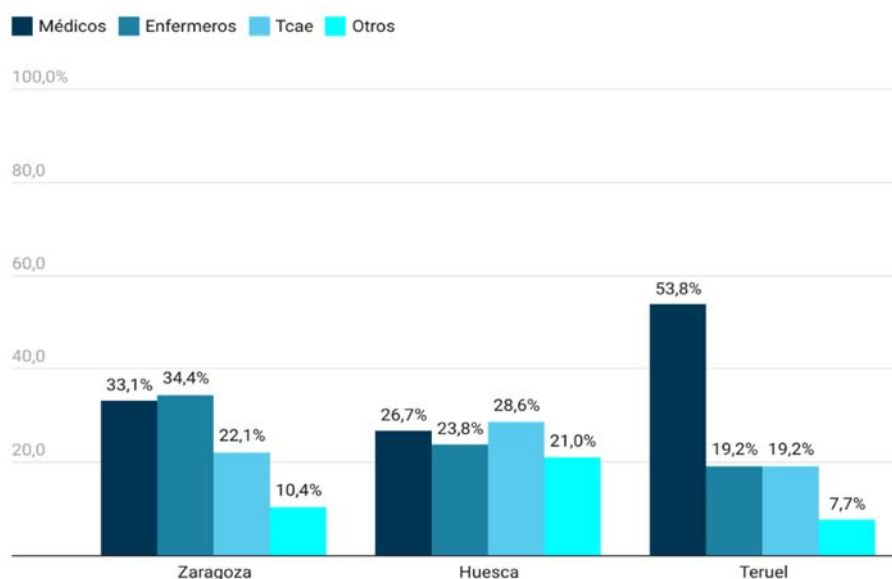


Gráfico 8. Relación entre la categoría profesional del agredido y la provincia

Hay que destacar que no todos los profesionales registraron las agresiones por igual en los diferentes servicios (Tabla 13). Mientras en los servicios de urgencias y servicios especiales fueron los enfermeros los que más notificaciones presentaron (40,2% y 52,2%), en psiquiatría y en las unidades de hospitalización lo hicieron los TCAE (46,4% y 39%). En cambio, en consultas ambulatorias se comunicaron más agresiones por parte de los médicos (64,8%).

Además, un análisis detallado de los datos permite afirmar que los celadores resultaron agredidos especialmente en las unidades de psiquiatría, (Test Chi-cuadrado, $p < 0,001$).

Como ya se expuso, las mujeres notificaron las agresiones en mayor porcentaje que los hombres. El 63,6% de las declaraciones llevadas a cabo por mujeres fueron realizadas por enfermeras y médicas. En cambio, en el caso de los registros efectuados por los hombres, la mitad de ellos fueron comunicados por médicos (49,5%). Se encontraron evidencias que asocian el género y la categoría profesional con la notificación de la agresión, existiendo relación entre ser hombre y ser médico, y entre ser mujer y enfermera o TCAE, (Test Chi-cuadrado, $p < 0,001$).

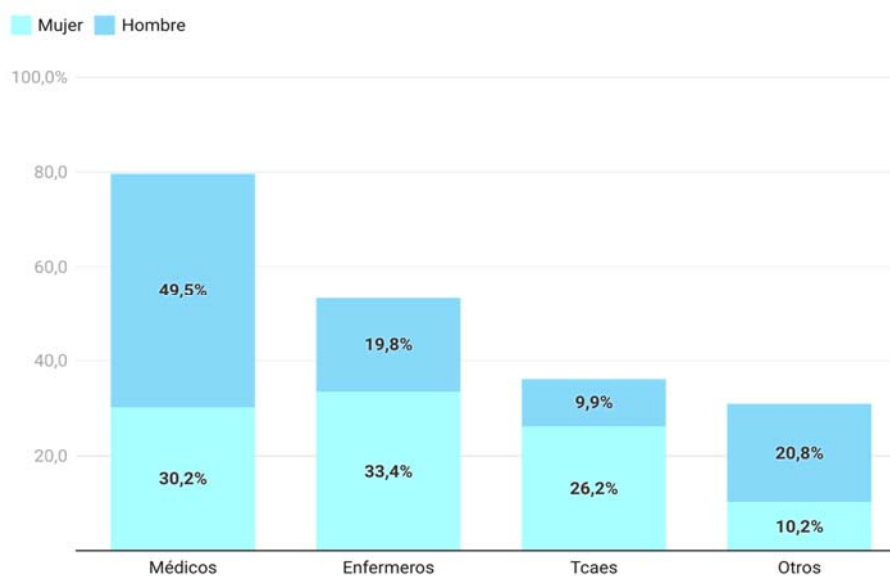


Gráfico 9. Relación entre la categoría profesional y género del agredido

Por otro lado, no se encontraron diferencias al realizar el análisis relativo a cómo influye la categoría profesional del agredido en precisar o no baja laboral. Pero se observó una ligera tendencia por parte de los profesionales pertenecientes a las categorías minoritarias (celadores, administrativos, farmacéuticos etc.) a precisar más bajas laborales que el resto.

Tabla 13. Variables implicadas en la categoría profesional del agredido

	Categoría profesional del agredido				Chi-cuadrado
	Médicos N (%)	Enfermeros N (%)	TCAES N (%)	Otros N (%)	
Año					
2016	39 (36,1%)	32 (29,6%)	21 (19,4%)	16 (14,8%)	0,891
2017	58 (33,1%)	52 (29,7%)	43 (24,6%)	22 (12,6%)	
2018	83 (33,3%)	80 (32,1%)	59 (23,7%)	27 (10,8%)	
Total	180 (33,8%)	164 (30,8%)	123 (23,1%)	65 (12,2%)	
Zona geográfica					
Zaragoza	124 (33,1%)	129 (34,4%)	83 (22,1%)	39 (10,4%)	<0,001
A. Salud II	20 (14,9%)	59 (44,0%)	33 (24,6%)	22 (16,4%)	
A. Salud III	64 (40,5%)	46 (29,1%)	38 (24,1%)	10 (6,3%)	
A. Salud V	33 (46,5%)	19 (26,8%)	12 (16,9%)	7 (9,9%)	
Huesca	28 (26,7%)	25 (23,8%)	30 (28,6%)	22 (21,0%)	
A. Salud I	28 (26,7%)	25 (23,8%)	30 (28,6%)	22 (21,0%)	
Teruel	28 (53,8%)	10 (19,2%)	10 (19,2%)	4 (7,7%)	
A. Salud IV	28 (53,8%)	10 (19,2%)	10 (19,2%)	4 (7,7%)	
Total	180 (33,8%)	164 (30,8%)	123 (23,1%)	65 (12,2%)	
Servicio/Unidad					
Psiquiatría	7 (12,5%)	11 (19,6%)	26 (46,4%)	12 (21,4%)	<0,001
Urgencias	25 (27,2%)	37 (40,2%)	21 (22,8%)	9 (9,8%)	
Planta	29 (18,2%)	57 (35,8%)	62 (39,0%)	11 (6,9%)	
Consultas	105 (64,8%)	39 (24,1%)	6 (3,7%)	12 (7,4%)	
Servicios especiales	3 (13,0%)	12 (52,2%)	6 (26,1%)	2 (8,7%)	
Otros	7 (25,9%)	2 (7,4%)	2 (7,4%)	16 (59,3%)	
Total	176 (33,9%)	158 (30,4%)	123 (23,7%)	62 (11,9%)	
Sexo					
Mujer	130 (30,2%)	144 (33,4%)	113 (26,2%)	44 (10,2%)	<0,001
Hombre	50 (49,5%)	20 (19,8%)	10 (9,9%)	21 (20,8%)	
Total	180 (33,8%)	164 (30,8%)	123 (23,1%)	65 (12,2%)	
Baja laboral					
Si	4 (21,1%)	4 (21,1%)	5 (26,3%)	6 (31,6%)	0,083
No	176 (34,3%)	160 (31,2%)	118 (23,0%)	59 (11,5%)	
Total	180 (33,8%)	164 (30,8%)	123 (23,1%)	65 (12,2%)	

4.2 Estudio cualitativo

Los resultados obtenidos con la investigación cuantitativa presentada en el apartado anterior permiten conocer una parte de la magnitud del problema. Pero, el estudio de la violencia sufrida por los profesionales en su lugar de trabajo, no solo tiene una interpretación objetiva, pues, existe un enfoque y visión subjetiva de estos hechos que únicamente puede ser transmitido por los propios trabajadores. Por ello, el estudio cualitativo que se presenta a continuación se realizó mediante la entrevista en profundidad a los profesionales sanitarios, independientemente de si habían sufrido o no agresiones por parte de los usuarios.

4.2.1 Características y contexto de la población participante

Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la Tabla 14. Un total de 26 personas participó en la entrevista, cuya media de edad fue de 39,5 años, siendo la mayoría de ellos mujeres (69,2%).

Las categorías profesionales de los participantes fueron en igual proporción diplomados o graduados en enfermería (50%) y TCAE (50%), cuya experiencia laboral en la mayoría de los casos era superior a 5 años (76,8%). En cuanto a episodios de agresiones, el 38,4% afirmó haberse sentido agredido en alguna ocasión.

Tabla 14. Características sociodemográficas de los participantes

Características de los participantes	N (%) o media Total n=26
Edad (años)	39,5
Sexo	
Hombres	8 (30,7%)
Mujeres	18 (69,2%)
Categoría profesional	
Enfermeros	13 (50%)
TCAE	13 (50%)
Agredidos	
Si	10 (38,4%)
No	16 (61,5%)
Años trabajados	
<5 años	6 (23,0%)
>5 años	12 (46,1%)
>20 años	8 (30,7%)

4.2.2 Temas y subtemas derivados del análisis de datos

Dos investigadores analizaron las transcripciones de las entrevistas por separado y sintetizaron la información en temas y subtemas. Tras un proceso de comparación y discusión de los datos se llegó a un consenso entre los investigadores, resultando 5 temas y 15 subtemas del análisis temático de las transcripciones (Imagen 2). Los códigos asignados a cada uno de los participantes no identificaban su centro de trabajo para proteger su identidad personal.

4.2.2.1 Tema 1: Percepción del concepto de agresión externa

Antes de profundizar en la experiencia, sentimientos y emociones de los participantes acerca de las agresiones percibidas, era importante determinar cuál era para ellos el concepto de “agresión externa” en el ámbito profesional.

Se encontró variedad de opiniones y descripciones de las agresiones. La mayor parte de los participantes asociaron las agresiones con la violencia física o verbal, mientras que otros, describieron un concepto mucho más amplio. La mayoría tenían claro cómo definir una agresión física pero no tanto la agresión verbal y solamente un participante hizo referencia a las agresiones psicológicas. Los sujetos definieron el término “agresión externa” como:

“Cualquier situación que se genere durante tu tiempo de trabajo que sea de carácter hostil, tanto física, verbal o psicológica, porque a veces puede ser peor el daño psicológico que pueden llegar a causar (gritos, acoso, amenazas, violencia).” (ENF,SI,H,50,>20)

“Yo creo que una agresión física es más fácil de definir, está claro cuando se produce, en el momento en el que te tocan yo ya lo consideraría agresión física, pero... una agresión verbal creo que es más subjetiva, gritos, amenazas, insultos..., creo que en el momento en el que te están faltando el respeto, aunque sea verbalmente, ya se debería de considerar agresión.” (ENF,NO,M,28,<5)

“Cualquier falta de respeto, situación desagradable en la que te sientas incómodo, intimidado..., y también las agresiones físicas, claro, en ese tipo de agresión no hay duda.” (TCAE,NO,M,52,>5)

4.2.2.2 Tema 2: Características de los agresores, tipo de agresión y sentimientos y emociones de la persona agredida

De los 26 sujetos entrevistados, dijeron haber sido agredidos 10; 4 enfermeros y 6 TCAE, este tema únicamente fue tratado con estos participantes.

4.2.2.2.1 Agente agresor

La mayoría de los profesionales estaba de acuerdo en que los principales agresores eran los familiares, señalando que en muchas ocasiones los pacientes y familiares agredían simultáneamente. Pues habitualmente, aunque sea el paciente el que comienza con la agresión, continúa el acompañante.

En contra a lo expuesto anteriormente, alguno de los entrevistados destacó que, en alguna ocasión, el paciente es el único agresor, e incluso sus familiares pueden llegar a apoyar al trabajador, disculpándose en nombre de este.

En cuanto al sexo del agresor destacaron que los hombres suelen ser los que más agreden.

“En mi trayectoria profesional la mayoría de las veces me he sentido agredida por los familiares más que por los propios pacientes, especialmente por hombres.” (ENF,SI,M,55,>20)

“Hay pacientes que agreden, pero a veces son peor los familiares sobre todo para amenazar, y otras veces son ambos.” (TCAE,SI,M,51,>20)

4.2.2.2.2 Tipo de agresión recibida

La mayoría de los participantes manifestó que las agresiones verbales son las más frecuentes. Además, destacaron que en ocasiones estas agresiones también van acompañadas de violencia física y que, rara vez se produce este tipo de violencia de forma aislada, sin combinarse con otros tipos de agresiones.

Llama la atención que una gran parte de los entrevistados que habían sido agredidos verbalmente, reconocieron que este tipo de agresión también podría considerarse como agresión psicológica. Pues, tienen como consecuencias secuelas psíquicas y emocionales. Muchos de los participantes coinciden en que la forma de asumir una agresión depende mucho de la personalidad y carácter del profesional, afectando de diferente forma a cada uno de ellos.

“Cuando me he sentido agredida siempre ha sido verbalmente, a veces no le das importancia, pero a la larga creo que dejan secuelas psicológicas.”
(TCAE,SI,M,58,>20)

“Creo que todos hemos sido agredidos, aunque sea verbalmente alguna vez, porque yo creo que a todos alguna vez nos han levantado la voz o nos han amenazado, pero dependiendo de la personalidad y carácter de cada uno, a unos les afecta más que a otros y hay gente que a lo mejor no lo considera agresión.” (ENF,SI,M,31,>5)

“Agresiones verbales muchas... y a veces repetidas del mismo paciente o familiar.” (ENF,SI,M,51,>20)

“Casi siempre son agresiones verbales, pero a veces también me he sentido agredida físicamente, con agarrones, manotazos o incluso zarandeos.”
(TACE,SI,M,51,>20)

4.2.2.2.3 Secuelas de las agresiones

La mayor parte de los participantes que dijeron haber sido agredidos padecieron secuelas en su vida cotidiana y, especialmente en el ámbito laboral. En este sentido, revelaron haberse sentido predispuestos a la hora de trabajar, en particular si debían de seguir atendiendo al agresor, pudiendo incluso prestar poco interés a la hora de atenderlos o tomar una actitud distante.

Solo unos pocos de los entrevistados dijeron no haber sufrido consecuencias emocionales ni haberse reflejado en su rendimiento laboral, porque asumieron la agresión como parte del trabajo.

“Intento que no repercuta en mi vida cotidiana, te pones nerviosa, pero al final tienes que seguir, no queda otra, forma parte de nuestro trabajo.”
(ENF,SI,M,51,>20)

“Repercutió bastante en mi vida, no podía evitar pensar en la agresión todo el rato, no podía quitármelo de la cabeza, a veces hasta vomitaba antes de ir a trabajar.” (TCAE,SI,M,37,>5)

“Te predispone a la hora de trabajar, sobre todo si tienes que volver a atender al paciente o familiar que te ha agredido.” (ENF,SI,M,55,>20)

“En mi vida cotidiana no, porque intento que las cosas del hospital se queden en la zona de trabajo. En cuanto a mi vida laboral, no entraba a atender si me tocaba esa paciente en mi turno, pedía a mis compañeras que le entraran la medicación correspondiente y le tomaran las constantes vitales.” (ENF,SI,H,50,>20)

4.2.2.2.4 Sentimientos generados por la agresión vivida o presenciada

Los participantes que habían sufrido una agresión coincidían sustancialmente en los sentimientos generados a raíz del incidente. La mayoría de ellos manifestaron haberse sentido vulnerables, además de poco valorados y desprotegidos, hasta el punto de sentir miedo.

Tal es el caso que, a la mayoría de los entrevistados les produjo impotencia e incluso expresaron haberse sentido víctimas sin derecho a defenderse, a opinar e intentar mediar, por el hecho de tener que actuar con profesionalidad.

“Me sentí muy mal, poco valorada, incomoda...” (TCAE,SI,M,27,>5)

“Fatal, me puse muy nerviosa, solo tenía ganas de llorar.”
(ENF,SI,M,51,>20)

“Te sientes muy vulnerable, desprotegida, impotente, porque al ser un paciente sientes que no puedes defenderte ni contestarle, tienes que agachar las orejas.” (ENF,SI,M,31,>5)

4.2.2.3 Tema 3: Comunicación de la agresión a los servicios sanitarios y justificación de la misma

4.2.2.3.1 Notificación y protocolo a seguir

En ningún caso los participantes que habían sufrido agresiones lo notificaron de forma oficial, solamente algún suceso fue comentado con la supervisión. De la misma manera, ninguno de los entrevistados conocía la existencia del protocolo establecido en caso de ser agredido.

“No notifiqué la agresión porque creo que al ser una agresión verbal pues todo lo verbal ahí se queda...no se refleja..., no sabía nada de que existiera un protocolo de notificación, la verdad.” (TCAE,SI,M,58,>20)

“No notifiqué la agresión porque no le di importancia, no me hizo daño, tampoco sabía que existía un registro de notificaciones de agresiones y que había un protocolo específico.” (TCAE,SI,M,42,>5)

“No, no lo notifiqué, ¿para qué?, no sabía que existía ningún protocolo, sí que he visto carteles por el hospital del sindicato de enfermería o del colegio que hacen de STOP agresiones, pero desconozco los pasos a dar.” (ENF,SI,M, 31,>5)

“Cuando fui agredida se lo comenté a la supervisora, pero nada más, ella tampoco me dijo nada de notificar y no sabía que existiera ningún protocolo, si hubiera necesitado atención médica sí que hubiera ido a urgencias para tener un parte de lesiones.” (TCAE,SI,M,51,>20)

En cambio, los participantes que no habían sido agredidos en ninguna ocasión, en su mayoría opinaban que, en caso de sufrir una agresión, sí la notificarían. Alguno de ellos puntualizó que el hecho de notificarlo o no, dependería del tipo de agresión recibida. Sin embargo, tampoco ninguno de ellos conocía el protocolo a seguir.

“Sí, en caso de ser agredido lo notificaría claro, pero no conozco el protocolo a seguir, no sabía que existía.” (ENF,NO,M,33>5)

“Yo creo que dependiendo del tipo de agresión lo notificaría o no. No, la verdad que no conozco ningún protocolo, ni sabría dónde dirigirme en ese caso.” (ENF,NO,M,61,>20)

Para la mayoría de los participantes, el hecho de comunicar y que exista constancia de la agresión sufrida, da visibilidad al problema, por lo que opinaron que sería conveniente ser conscientes y notificarlo. Por el contrario, alguno de los profesionales opinó que no merecía la pena, lo suponían una pérdida de tiempo por considerarlo un trámite que no trasciende y no tiene ninguna consecuencia para el agresor.

“Por una parte creo que sí que merece la pena notificarlas, porque dejas constancia de que la has sufrido y también para observar si hay futuras reincidencias de pacientes o de familiares. Pero por otra parte, es un mero papel que se queda en el olvido, en una oficina o en un registro, porque las consecuencias de dicha agresión (hablo de la mía propia) nunca llegaron y en ese sentido me sentí desprotegido por parte de la empresa.” (ENF,SI,H,50,>20)

“Creo que sí merece la pena notificar las agresiones, sí se puede hacer algo..., aunque no sé muy bien para qué podría servir.” (TCAE,NO,M,37,>5)

“Sí que merece la pena notificarlas, para tener más protección y que la gente se conciencie y nos tenga más respeto.” (TCAE,NO,M,23,<5)

“Hay que notificar para dar visibilidad, que consten, así igual ponen a la gente en su sitio.” (TCAE,NO,H,29,>5)

“No merece la pena notificarlas me parece un poco perder el tiempo...porque al final no tiene ningún tipo de repercusión positiva para el agredido ni negativa para el agresor.” (ENF,NO,H,23,<5)

4.2.2.3.2 Apoyo recibido de la organización

Al preguntar a los participantes si se habían sentido apoyados por la empresa, muchos de ellos afirmaron no haberlo comunicado ni siquiera a sus superiores más directos. Por lo que, en la mayoría de los casos, estos incidentes pasan desapercibidos para las instituciones, ya que no se les informa de ello.

De aquellos que sí lo comunicaron a sus superiores, solo una persona dijo haberse sentido respaldada por la institución, el resto dijeron no haberse sentido apoyados, ya que no obtuvieron respuesta ni soluciones.

Por el contrario, llama la atención que, al referirnos a este tema, muchos de los participantes mencionaron el apoyo recibido por parte de sus compañeros.

“Se lo comenté a mi supervisora y sí que me sentí apoyada, facilitó las cosas en el servicio para que no tuviera que volver a atender a ese paciente.” (ENF,SI,M,51,>20)

“Me sentí apoyada por mis compañeros, pero la verdad que no lo comuniqué a mis superiores.” (TCAE,SI,M,37,>5)

“Se lo dije a la supervisora de guardia, me dijo que se tomaba nota, pero no supe nunca nada más, de hecho, al día siguiente en mi turno, seguía la misma paciente con el mismo carácter y el mismo problema.” (ENF,SI,M,31,>5)

“Se lo comenté a mi supervisora, pero no sirvió de nada, se lavan las manos.” (TCAE,SI,M,51,>20)

4.2.2.3.3 Las agresiones como parte inherente al ejercicio profesional

Respecto a este tema, casi todos los participantes manifestaron que las agresiones eran más frecuentes en el ámbito de la salud, razonando que se viven situaciones de mucho estrés, delicadas y extremas. A pesar de ello, la mayoría creía que en ninguna circunstancia deben de justificarse las agresiones, ni ser asumidas como parte inherente del trabajo.

Sin embargo, algunos de los entrevistados manifestaron que, en todos los ámbitos laborales existen situaciones violentas y de agresión hacia los trabajadores y en ocasiones, se puede asumir que una agresión sea algo inherente al ejercicio profesional.

“Creo que las agresiones en el ámbito de la salud sí son más frecuentes que en otros ámbitos. En nuestro día a día se viven situaciones de mucho estrés, a veces creo que pueden llegar a entenderse, pero nunca a justificarse. Muchas veces agreden por causas que van en contra de los servicios de salud o porque están enfadados con el sistema, pero lo pagan los profesionales que tienen más accesibles.” (ENF,NO,M,26,<5)

“Yo creo que hoy en día en todos los ámbitos es parecido..., porque la gente no tiene respeto, por ejemplo, en el ámbito de la educación también hay muchas agresiones. Creo que nunca deben de ser justificadas, hay que guardar las composturas.” (TCAE,NO,M,52,>20)

“En nuestro entorno, el de la salud, es posible que sean más frecuentes las agresiones que en otros trabajos. En urgencias y en atención primaria creo que pueden ser los lugares donde más agresiones haya, porque se viven situaciones delicadas y extremas, pero creo que nunca deben ser justificadas.” (TCAE,NO,M,52,>5)

“Creo que en todos los ámbitos es parecido... hay situaciones concretas como, por ejemplo; pacientes oncológicos, pacientes críticos o situaciones vitales en las que creo que si pueden estar justificadas.” (TCAE,SI,M,27,>5)

“Puede ser que en nuestra profesión suframos más violencia porque se viven situaciones delicadas, extremas... pero a pesar de eso no deben de ser nunca asumidas, ni pensar que forman parte de nuestro trabajo, nos merecemos respeto.” (TCAE,SI,M,37,>5)

“Sí, son más frecuentes, porque mucha parte de la sociedad no es consciente de la carga de trabajo que tienen los profesionales sanitarios. Algunas veces pueden ser justificadas por momentos de stress, de urgencia vital o simplemente porque habrá casos en los que tengan razón, porque todo el mundo es humano y comete errores.” (ENF,SI,H,50,>20)

“Sí, creo que son más frecuentes en nuestro ámbito, porque la sociedad sigue pensando que estamos a su entera y plena disposición para cada uno de ellos ya que, supuestamente, nos pagan nuestro salario.” (ENF,NO,H,23,<5)

4.2.2.3.4 Testigos de los hechos

La mayoría de los participantes en alguna ocasión habían presenciado agresiones, y todos ellos habían apoyado o apoyarían a un compañero en el proceso de notificación en caso de ser testigo de una agresión. El motivo principal que manifestaron fue que, de esta forma el compañero se sentiría apoyado por el entorno y sería la forma de que la notificación siguiera su proceso.

“Sí que he sido testigo de alguna agresión, siempre apoyaría a un compañero que fuera agredido y le animaría a que notificara la agresión, porque en estas situaciones el apoyo moral y compañerismo debe ser fundamental. Aparte de que toda la plantilla somos un equipo y como tal, debemos de apoyarnos los unos a los otros en todas las situaciones de este tipo.” (ENF,NO,H,35,>5)

“Sí he presenciado agresiones, claro, apoyaría a un compañero agredido para lo que necesitara, por solidaridad, compañerismo, a todos nos puede pasar y nos gustaría tener el apoyo de nuestros compañeros.” (TCAE,NO,H,29,>5)

4.2.2.4 Tema 4: Contexto de las agresiones

Muchos de los participantes coincidieron en que, en numerosas ocasiones las agresiones son motivadas por factores externos a ellos (organización del sistema sanitario, listas de espera, demoras...), sin embargo, es el profesional quien es agredido, por ser la persona en la que los usuarios ven representada a la institución sanitaria con la que no están conformes.

4.2.2.4.1 Gravedad o cronicidad de la enfermedad

Los participantes opinaron que, el nivel de gravedad o cronicidad de una enfermedad podía contribuir a favorecer ambientes más hostiles, en los que se puedan generar más agresiones. Aunque en alguna ocasión ocurre todo lo contrario, agreden más aquellos usuarios con problemas más leves.

“A veces...la gente que más grave está apenas protesta, la gente que viene por boberías es la que más protesta.” (TCAE,SI,M,51,>20)

“Yo creo que muchos de los familiares que agreden es porque están cansados, agotados, el llamado síndrome del cuidador. Y creo que la mayoría de las veces los pacientes que agreden también es porque están muy cansados, en este caso por largos periodos de hospitalización, enfermedades crónicas, desesperación...” (TCAE,SI,M,27,>5)

4.2.2.4.2 Demoras en la atención

Una amplia mayoría de los participantes manifestaron que la principal causa de las agresiones podían ser las demoras, especialmente en determinados servicios como urgencias o bien por las listas de espera. Estas demoras ocasionan estrés y frustración en los usuarios.

“Yo creo que el principal motivo son las demoras, sobre todo en urgencias, la gente se acumula en las salas de espera horas y horas hasta que pueden ser atendidos.” (ENF,SI,M,31,>5)

“En mi opinión, las esperas son el principal motivo, ya sea por las largas listas de espera para ser atendido por un especialista o para una intervención quirúrgica, como las demoras en urgencias.” (TCAE,NO,H,28,<5)

“El estrés que generan las esperas a ser atendido y la falta de paciencia.” (TCAE,NO,M,52,>20)

“Creo que muchas de las agresiones se producen por el estrés y la incertidumbre que generan las demoras, a veces entiendo que estén desesperados.” (ENF,NO,M,33,>5)

“Creo que la principal causa es el tiempo de demora en atenderles, sobre todo en unidades como urgencias y plantas en las que la carga de trabajo es abundante.” (ENF,SI,H,50,>20)

4.2.2.4.3 Estructura y funcionamiento del sistema sanitario

Otra de las principales causas fueron los aspectos que tienen que ver con el propio sistema sanitario como: el mal uso de los servicios, la normativa del sistema, desconocimiento por parte de los usuarios del funcionamiento de los servicios sanitarios o la alta demanda de estos.

“Hay un mal uso de los servicios sanitarios y esto hace que haya más demoras. Además, muchos pacientes no entienden que existen unas normas dentro del hospital que hay que cumplir. Si les llamas la atención porque se saltan alguna norma o simplemente les das una explicación de por qué no se puede hacer algo, te amenazan: voy a poner una queja..., se lo voy a decir a tu jefe..., voy a llamar a la televisión para que vean etc. Esto me ha sucedido con frecuencia en las plantas, porque hay una norma que dice que las ventanas no se pueden abrir y muchos pacientes o familiares no lo llegan a entender.” (ENF,SI,M,31,>5)

“También creo que en ocasiones se debe al desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario. Más de una vez he tenido que escuchar...yo pago todos los meses la seguridad social para que me atendáis, como... queriendo decir que tenemos que atenderlo el primero, no entienden que hay más pacientes.” (ENF,NO,M,33,>5)

“Existe una alta demanda de los servicios sanitarios y esperan que se les atienda en 5 minutos o se les dé cita en esa misma semana. Vamos que se piensan que son los únicos, no son conscientes de la carga de trabajo, de las normas, del proceso a seguir, de los protocolos... ellos quieren que se le resuelva su problema aquí y ahora, el resto les da igual.” (ENF,NO,M,61,>20)

4.2.2.4.4 Escasez y alta demanda de los profesionales

Los entrevistados manifestaron que a veces las agresiones se producen por motivos relacionados con los trabajadores como, la falta de personal y la exigencia por parte de los usuarios hacia los profesionales para conseguir lo que demandan. Nos encontramos en un momento de mayor exigencia por parte de los usuarios, que se manifiesta cuando es reclamada una atención o cuidado especial a los sanitarios, bien sea un tratamiento o una prueba diagnóstica que el profesional no considera oportuno bajo su juicio clínico.

“Creo que en muchas ocasiones son debidas a la falta de personal. Hay una alta demanda de los servicios sanitarios y en según qué servicios la carga de trabajo es brutal... A veces he podido llegar a entender que los pacientes se molesten, porque a veces he sentido que no llegábamos a poder hacer bien nuestro trabajo, no dábamos abasto.”
(TCAE,NO,M,51,>20)

“Algunas de las agresiones que se producen, creo que son debidas a que el médico no les hace caso, no consiguen lo que quieren. El médico les niega un tratamiento, entonces se enfadan y cargan contra el personal que tienen más cerca, contra el médico, pero también contra el resto del personal que les atiende, esta situación me ha tocado vivirla en varias ocasiones...” (TCAE,NO,M,52,>5)

“Creo que a veces se producen porque no obtienen lo que ellos desean de los profesionales, por ejemplo; cuando no les prescriben el tratamiento farmacológico que ellos quieren y según ellos precisan o no les hacen las pruebas pertinentes que ellos consideran. En definitiva, todos esos casos en los que el paciente demanda lo que él quiere y en el momento que él quiere, no siendo acorde con lo que los profesionales sanitarios deciden, basándose en su propio juicio clínico.” (ENF,SI,H,50,>20)

4.2.2.4.5 Educación y cultura

En ocasiones los entrevistados relacionaron las agresiones con determinadas etnias o un bajo nivel sociocultural y de educación.

“No hay respeto, hay gente muy mal educada, que se piensa que están solos en el hospital y tenemos que estar a su servicio.” (ENF,SI,M,31,>5)

“A veces creo que también puede influir el nivel sociocultural, he atendido pacientes de un nivel sociocultural bajo con los que es más difícil comunicarse y entenderse.” (ENF,NO,M,33,>5)

“Hay pacientes y familias que no te tratan con respeto ni educación, por ejemplo, suele haber muchos problemas con las familias de etnia gitana. Imponen sus normas sin respetar a los demás, les da igual lo que digan y además la mayoría de las veces consiguen lo que quieren. Ya que, por temor o miedo se les complace, siempre acaban consiguiendo estar solos en una habitación rodeados de un montón de familiares.” (ENF,SI,M,51,>20)

4.2.2.5 Tema 5: Infraestructura y organización de los servicios de salud

Este tema fue mencionado en numerosas ocasiones por los participantes, por lo que hacemos referencia a él, a pesar de no estar planificado en un principio para ser abordado en la entrevista.

Varios de los integrantes del estudio dijeron haberse sentido vulnerables y desprotegidos frente a los usuarios en alguna ocasión, culpabilizando a la organización y la disposición de las infraestructuras de los centros sanitarios. Esta situación les había llevado a sentir incluso miedo, por no sentirse seguros en determinadas zonas del lugar del trabajo o por sentirse solos al no tener compañeros cerca en los que poder apoyarse. Los lugares identificados como más vulnerables eran: las consultas, los controles de enfermería y las habitaciones.

“Cuando he tenido que atender a pacientes de etnia gitana me he sentido vulnerable y presionada. Entrás en la habitación con miedo, estás rodeada de toda su familia y no te atreves a pedirles que salgan por miedo a lo que pueda pasar.” (TCAE,NO,M,48,>5)

“En ocasiones te sientes muy sola, hay un paciente conflictivo en el servicio, pero tus compañeros están ocupados y vas a atenderlo sola, con miedo.” (ENF,NO,M,26,<5)

“La distribución de las consultas no es la más apropiada, cuando me he sentido agredida he sentido que era difícil escapar o pedir ayuda. Normalmente el paciente es el que se sienta más cerca de la puerta, creo que sería mejor al revés, que el profesional fuera el que está más cerca de la puerta.” (ENF,SI,M,55,>20)

“El control de enfermería está muy desprotegido, a veces me siento vulnerable, puede acceder cualquiera.” (ENF,NO,M,28,<5)

“En ocasiones estás muy sola, entras a una habitación para atender a un paciente y no puedes pedir ayuda.” (TCAE,NO,M,52,>5)

“Hay pacientes o familiares que no llegan a agredirte físicamente, pero que sí elevan la voz si no consiguen lo que quieren o incluso pueden llegar a amenazarte. A veces te puedes sentir forzada a atenderles de una manera especial, haciendo todo lo que te piden para evitar problemas.” (ENF,SI,M,31,>5)

“A veces... por el hecho de ser hombre, cuando hemos tenido algún paciente conflictivo, compañeras me han pedido que fuera con ellas a atenderlo. Tenían miedo y parece que la figura masculina puede imponer más.” (ENF,NO,H,35,>5)

5. Discusión

5. Discusión

El presente trabajo llevado a cabo en Aragón, es pionero en analizar las agresiones producidas en el ámbito sanitario mediante un diseño que combina la metodología cuantitativa y cualitativa. Esta triangulación metodológica, se realizó no solo para analizar las características de todas las agresiones notificadas por los trabajadores del SALUD, sino también para conocer a través de las entrevistas la experiencia de los profesionales sobre la violencia en el trabajo.

Una de las fortalezas de la presente investigación es la heterogeneidad en la trayectoria profesional de los sujetos del estudio, que proporciona representatividad a la muestra, obteniendo así información más constructiva ⁽⁷⁷⁾.

Antes de entrar en consideraciones, es necesario hacer referencia al concepto de violencia. La violencia representa uno de los temas que requiere una mayor sensibilidad en su tratamiento, debido a que no todas las personas reciben y sienten de igual forma una agresión. Este tema salió a la luz cuando se proponía a los profesionales participar en el estudio, muchos de ellos manifestaron que se trataba de un tema muy interesante pero complejo, debido a la subjetividad comentada anteriormente, la carga emocional y las consecuencias que pueden derivar de estos incidentes.

Además, se observó variabilidad en el concepto que los trabajadores tenían acerca de las agresiones, pues las entendían como una agresión física, pero no tanto como una agresión verbal o psicológica. Para alguno de ellos, estos dos últimos tipos están cargados de dicho subjetivismo, como ya habían mencionado previamente otros autores como Fernández MJ (2006) ⁽³⁷⁾, para el que el personal de enfermería no tenía un concepto unificado de lo que era una agresión.

Como se puso de manifiesto al inicio de este trabajo, no existe un consenso en la definición y clasificación de la violencia y las agresiones en el ámbito laboral. Este hecho, unido a su subjetividad implícita, dificulta enormemente la comparación de los resultados entre el presente trabajo e investigaciones previas.

En este contexto, caracterizado por la diversidad conceptual, se tomó como referencia la clasificación de la OIT y, dentro de ella, se analizó la violencia externa entendida como «aquella que tiene lugar entre los trabajadores y toda otra persona presente en el lugar de trabajo ajena a la organización» ⁽⁵⁾. Por este motivo, quedaron excluidos del estudio los incidentes violentos producidos entre compañeros. Esta definición coincide con la aceptada por la Administración de la Comunidad Autónoma para referirse a la violencia sufrida en los centros de trabajo del Gobierno de Aragón ⁽¹⁰⁾.

Asimismo, a la hora de realizar las entrevistas se planteó de forma clara que las preguntas hacían referencia exclusivamente a la violencia ejercida contra los profesionales por parte de los usuarios, familiares o acompañantes. A pesar de estas aclaraciones, algunos de los participantes realizaron comentarios al margen de la violencia externa, denunciando otras situaciones de acoso que, en ningún caso, formaron parte del contenido de este trabajo.

Otro aspecto que dificulta el análisis y comparación de los resultados son las diferentes metodologías utilizadas en investigaciones previas para acceder al conocimiento del objeto de estudio. Hasta la fecha, los estudios previos se han ocupado de recabar los datos tal y como constan en los registros oficiales destinados a ello o a través de cuestionarios autoadministrados o heteroadministrados a los trabajadores.

Dichos registros no son homogéneos y, la ausencia de instrumentos de evaluación estandarizados, conlleva que los autores que recogen la información a través de cuestionarios lo hagan mediante elaboración propia o a través de la elección de aquellos validados.

Estos dos métodos de recogida de datos, tal y como se argumentaba en trabajos previos, distan principalmente en el momento de notificación del incidente. La diferencia en el tiempo entre los registros institucionales (notificación en el momento del incidente) y de los cuestionarios sobre agresiones referidas (en el momento de realización del estudio), puede ocasionar sesgos de memoria, así como variar la subjetividad atribuida al análisis de los hechos ⁽²³⁾.

También se observa cierta disparidad entre los estudios previos en lo referente a la población objeto de estudio y al contexto geográfico dónde se desarrollaron las investigaciones. De esta forma, la mayoría se centra en una sola categoría profesional o ámbito asistencial, descuidando un análisis global del fenómeno estudiado. Mientras que la presente investigación, permite mostrar una imagen más completa de las agresiones al personal sanitario.

Por otro lado, tampoco existe consistencia en la clasificación y definición de las variables a estudiar, ya que cada investigador define, clasifica y categoriza los datos de forma diferente.

Además, en un análisis exhaustivo de la bibliografía, resulta llamativo que, cuando los datos se obtienen a través de entrevistas, estas únicamente se realizan a las personas agredidas, sin tener en cuenta la opinión de los profesionales no agredidos.

A los aspectos anteriores, debe añadirse la utilización de diferentes instrumentos de medida y la variabilidad de los datos obtenidos a partir de una multiplicidad de registros, lo que dificulta enormemente la comparabilidad de los resultados entre las diversas investigaciones.

Por todo lo descrito anteriormente, en la fase cuantitativa del presente trabajo se analizó el registro oficial de agresiones del Servicio Aragonés de Salud. Para ello se tuvieron en cuenta las variables tal y como estaban categorizadas por el servicio de prevención de riesgos laborales. Tras este análisis, se procedió con la fase cualitativa, en la que fue confeccionada la entrevista y llevada a cabo independientemente de que los participantes hubieran sido o no agredidos.

5.1. Consideraciones acerca de la incidencia de las agresiones en el medio sanitario

Los profesionales sufren una violencia creciente en el lugar de trabajo por parte de los pacientes y sus familiares o acompañantes. Esta afirmación, queda demostrada en la presente investigación al observarse un incremento en la notificación de agresiones a lo largo de los años. En este sentido, el 47% de ellas fueron registradas el último año del periodo estudiado, habiendo incrementado un 26,8% con respecto al primer año, aumento que también se ve reflejado en otros estudios como el de Travetto et al. (2015)⁽⁴⁶⁾.

Este aumento observado en la notificación de incidentes puede deberse o bien, a las campañas divulgativas llevadas a cabo por los colegios profesionales y sindicatos con el fin de concienciar acerca de la importancia de la declaración de agresiones. O a otro hecho como fue la modificación del código penal en 2015, en el que se reconoce a los profesionales sanitarios como autoridad pública.

La objetividad de estos datos contrasta con los obtenidos en las entrevistas a los profesionales, donde menos de la mitad dijeron haberse sentido agredidos. Esto corrobora que, a pesar del aumento de la incidencia, como se ha apuntado anteriormente, estos sucesos tienen un fuerte componente subjetivo. Esto puede provocar que, las agresiones sufridas por los trabajadores hayan sido mimetizadas por las víctimas, lo que puede infrarrepresentar las cifras reales de agresiones en el ámbito sanitario.

La incidencia de las agresiones en las diferentes épocas del año es un tema poco estudiado. Aunque en este trabajo no se hallaron datos destacables, entre los pocos estudios en los que sí se analizaron, Gomez MR (2016) ⁽⁷⁾ o Martinez M (2011) ⁽⁸⁾ destacan que en el tercer trimestre del año se concentran mayor número de agresiones, debido a la época estival en la cual se producen contrataciones temporales para cubrir vacaciones.

Atendiendo a los datos del estudio se observa que, la distribución de las agresiones en todo el territorio aragonés es muy homogénea. Las características geográficas y el número de trabajadores de cada zona sanitaria influyen muy poco a la hora de ser agredido, observándose simplemente una menor violencia en los dos sectores sanitarios que menor número de habitantes abarcan.

5.2. Consideraciones acerca del tipo de agresión

Los resultados muestran que las agresiones que con más frecuencia se notificaron fueron las de tipo verbal (63,2%), seguidas de las de carácter físico (23,9%), declarándose en menor proporción las agresiones combinadas (física y verbal) y las de carácter psicológico. Si bien es cierto que, a lo largo del periodo estudiado, se observó un incremento de entorno al 12% en la notificación de agresiones físicas y un descenso gradual a lo largo de los tres años de las agresiones psicológicas (Test de Chi cuadrado, $p=0,004$).

Estos datos siguen la misma línea que lo descrito por la mayoría de los autores, que coinciden en que el tipo de agresión más frecuente es la agresión verbal con porcentajes entre el 37,2% - 85% en forma de amenazas, insultos o gritos, quedando la agresión física en un segundo plano ⁽⁵⁾⁽⁸⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁶⁾⁽²⁴⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁷⁸⁾.

A pesar de existir casi unanimidad en cuanto a que las agresiones verbales son predominantes, algunos autores destacan altos porcentajes de agresiones físicas mediante patadas, empujones, bofetadas, codazos, armas, objetos punzantes e incluso lanzamiento de secreciones ⁽¹⁶⁾⁽²⁷⁾⁽³⁷⁾. Estos autores atribuyen estos altos porcentajes de violencia física a una infradeclaración de la violencia verbal, por la asunción por parte de la víctima de estas últimas como parte de su trabajo.

Al hablar sobre el tipo de agresión que sufrieron los entrevistados, la mayor parte de ellos también manifestó que las agresiones de tipo verbal eran las más frecuentes, seguidas de la combinación de física más verbal. Además, mostraron tener más claro cómo definir estos tipos de agresión, debido a la objetividad de los hechos, frente a las agresiones con componente psicológico, que solamente uno de los participantes tuvo en cuenta.

Llama la atención que, a pesar de que a priori no aludieron a las agresiones con componente psicológico, conforme se fue tratando el tema en la entrevista, una gran parte de los participantes comenzó a darles importancia. Así, muchos de ellos terminaron reconociendo que, incluso algunas de las agresiones verbales, podrían haberlas catalogado como psicológicas debido a las secuelas psíquicas y emocionales que les generaron.

La importancia de las agresiones psicológicas se ve reflejada en estudios como el de Cervantes G (2010) ⁽⁷⁹⁾, dónde el 27% de las víctimas declararon haber experimentado consecuencias psicológicas. Como ya se ha hecho referencia anteriormente, esto podría deberse una vez más a la subjetividad implícita en la violencia o a la personalidad y carácter del profesional, que pueden hacer canalizar una misma agresión de diferentes maneras.

En relación a cómo varía el tipo de agresión a lo largo del día se observó que, tanto en este estudio como en los previos, mientras las agresiones que se notificaban por la mañana eran mayoritariamente verbales, conforme iba transcurriendo el día, tanto en la tarde como en la noche se incrementaba la declaración de agresiones físicas, combinadas y psicológicas (Test de Chi cuadrado, $p < 0,001$) ⁽⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽²⁵⁾⁽³⁶⁾.

Estos resultados, permiten aceptar parcialmente la hipótesis inicial del presente estudio, ya que se pone de manifiesto una variabilidad de la tipología de la agresión notificada, que estaría relacionada con el momento del día en la que esta tuvo lugar.

En relación a las características de la agresión y la distribución geográfica, los resultados del presente trabajo muestran diferencias significativas (Test de Chi cuadrado, $p=0,008$) en la distinción de la violencia hacia el personal sanitario en la comunidad. Así, la notificación de agresiones físicas se asoció al área más septentrional de Aragón, mientras que las verbales y psicológicas fueron más frecuentes en las zonas más meridionales. Estos datos no contradicen necesariamente a los obtenidos por Gascón S (2006)⁽³⁾, quien asocia una mayor tendencia de la agresión física con los grandes hospitales.

En cualquier caso, estos datos refuerzan la hipótesis de una tipología de la agresión notificada caracterizada por su gran heterogeneidad que, en este caso, también se extendería al territorio geográfico de la región.

De la misma manera ocurre con los diferentes servicios sanitarios, pues no se notifican por igual los distintos tipos de agresión. A pesar de evidenciarse un claro predominio de la agresión verbal en todos ellos, se observó una tendencia en cada uno de ellos hacia un tipo u otro de violencia.

Los resultados permiten afirmar que, mientras en psiquiatría se notificaron más agresiones físicas, en consultas se declararon más verbales. En cambio, en otros servicios en los que el vínculo con el usuario es menor como atención al paciente, admisión, farmacia, cocina etc. fueron más frecuentes las de carácter psicológico (Test de Chi cuadrado, $p<0,001$).

Estudios de otros autores revelan que, en el medio extrahospitalario los incidentes destacan por su intensidad y gravedad, con predominio de amenazas y comportamientos más violentos. En este entorno, el 40% de los trabajadores han sufrido en alguna ocasión agresiones físicas, aumentando este porcentaje hasta el 76% cuando se trataba de amenazas, insultos e injurias. Además los autores que han estudiado las agresiones en estos ámbitos destacan que, la violencia en los domicilios, implica comportamientos todavía más agresivos e incluso retenciones en contra de la voluntad de los profesionales ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽²⁰⁾⁽³²⁾⁽³⁴⁾⁽³⁹⁾.

También se refleja en los resultados de los estudios, diferentes características de las agresiones entre los niveles asistenciales de primaria y especializada. Mientras en atención primaria son más frecuentes las agresiones verbales, en especializada lo son las físicas ⁽³²⁾⁽³⁵⁾. Estos datos son coincidentes con la presente investigación, donde la notificación de agresiones verbales resultó más frecuente en consultas ambulatorias (Test de Chi cuadrado, $p<0,001$).

Una posible explicación a todo lo mencionado podría ser la clara relación existente entre la manifestación de las enfermedades mentales y su expresión a través de la violencia física. Por otro lado, las agresiones verbales, más frecuentes en las consultas, podrían relacionarse con el profesional al que van dirigido. Ya que, fueron los médicos los que más las declararon, posiblemente por su estatus y respeto que históricamente se tiene hacia esta profesión. Explicación que igualmente puede ser válida para justificar que en atención primaria y por los mismos motivos, también predomine este tipo de violencia.

En cambio, cuando se trata del ámbito extrahospitalario, el profesional se encuentra en un lugar desconocido y vulnerable para él, sobre todo si es en el domicilio del paciente, pudiendo explicar una casuística de agresiones más graves y violentas.

Estos resultados, también permiten de igual forma aceptar parcialmente la hipótesis inicial del estudio, de manera que también, el lugar en el que los trabajadores del ámbito de la salud realizan su actividad laboral se relaciona con diferentes tipos de agresión notificada.

5.3. Consideraciones acerca de los profesionales agredidos

Revisando la literatura existente hasta la fecha, se observa una gran diversidad de opiniones acerca de qué profesionales son proporcionalmente más agredidos. A pesar de que numerosos estudios previos sitúan a los enfermeros en primer lugar ⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁷⁾, otros autores discrepan y concluyen que, las víctimas, suelen ser médicos ⁽⁷⁾⁽²⁴⁾, TCAE ⁽³⁶⁾ u otros profesionales (administrativos, celadores etc.) ⁽¹³⁾.

En este sentido y atendiendo a los resultados del análisis, en el presente trabajo se observó que los datos eran muy homogéneos, y que los profesionales independientemente de su categoría, notificaron por igual las agresiones.

Cabe destacar que, durante el periodo de estudio, hubo un incremento porcentual muy ligero en la notificación de agresiones por parte de los enfermeros mientras que, las declaraciones de otros profesionales como celadores, administrativos, trabajadores sociales, fisioterapeutas etc. disminuyeron con el tiempo. Aunque estas diferencias no resultaron significativas, un estudio más detallado debería ser considerado en próximos trabajos.

Respecto a cómo influye el tipo de agresión en función de la categoría profesional se observó que todos los profesionales, independientemente de su categoría, notificaron más agresiones verbales. No obstante, como otros autores ya concluyeron en su momento ⁽⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽³²⁾⁽³⁶⁾⁽⁴⁸⁾, también se encontraron evidencias que permiten afirmar que, mientras los TCAE, celadores, administrativos etc. declararon más agresiones físicas, los médicos comunicaron más agresiones verbales (Test de Chi cuadrado, $p < 0,001$).

Estos resultados, permiten aceptar parcialmente la hipótesis inicial, pues los diferentes profesionales del ámbito sanitario notificaron una multiplicidad de tipologías de agresión diferentes, en función de su categoría profesional.

De igual forma, los profesionales no son agredidos de la misma manera en todos los servicios sanitarios. En este sentido es posible que, tal y como afirman numerosos autores, la interacción cercana que requieren algunos cuidados, el tipo de tareas o el mayor tiempo de relación con él o sus familiares, sean variables determinantes a la hora de explicar la variabilidad encontrada entre las investigaciones previas.

En efecto, mientras en consultas registraron más agresiones los médicos, en urgencias y servicios especiales lo hicieron los enfermeros. De forma paralela, tanto en psiquiatría como en hospitalización el mayor número de declaraciones correspondieron a los TCAE (Test de Chi cuadrado, $p < 0,001$) ⁽¹⁵⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²⁴⁾.

Una vez más, los resultados muestran que el lugar de trabajo influye a la hora de notificar una agresión, permitiendo afirmar la hipótesis original.

Todo lo expuesto anteriormente puede deberse al grado de interacción entre el profesional y el usuario. Mientras que, debido a las actividades que desarrollan, el vínculo en consultas ambulatorias es mayor con el médico (gestión de bajas laborales, incapacidad temporal, prescripción farmacéutica etc.). La relación con los enfermeros es más estrecha en urgencias, debido a las tareas de recepción, valoración y clasificación de los usuarios que estos realizan, ejerciendo así la cara visible del sistema. En contraposición, los TCAE desarrollan un mayor afecto durante la hospitalización del usuario.

Geográficamente se observó que los perfiles de profesionales que notifican una agresión, tanto en las tres provincias como en las áreas sanitarias, fueron diferentes. Así, lo hicieron más los enfermeros en Zaragoza, médicos en Teruel y otros profesionales en Huesca (Test de Chi cuadrado, $p < 0,001$).

Estos resultados, refuerzan la hipótesis de una tipología de agresión notificada multifactorial, caracterizada por su gran heterogeneidad, que trasciende las variables profesionales y se extiende a los factores geográficos.

En lo que se refiere al sexo del agredido, como en la mayoría de estudios previos, fueron las mujeres las que presentaron más registros (81,1%) ⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽³⁶⁾⁽³⁹⁾⁽⁷⁸⁾.

Este hecho como afirman Martínez S et al. (2015) ⁽⁶⁾ o Ortells N et al. (2013) ⁽²²⁾, podría deberse a dos razones. La primera, por ser mayoritario el número de trabajadores de sexo femenino en la sanidad y, la segunda, porque históricamente la violencia contra la mujer ha estado imbricada en las normas sociales y culturales, poniendo de manifiesto que todavía existe una socialización diferente al igualitarismo.

A diferencia de lo señalado por Chulia F (2014)⁽²⁾ en su trabajo, dónde las mujeres resultaron recibir más violencia física y los hombres más coacciones y amenazas, en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas en el análisis del tipo de agresión por sexo, a pesar de haber sido realizado en el mismo país.

Además, el sexo también se relacionó con la categoría profesional del agredido. De esta forma existió relación entre ser hombre y médico y entre ser mujer y enfermera o TCAE (Test de Chi cuadrado, $p < 0,001$). Esto a priori, podría ser un reflejo del reparto profesional de épocas pretéritas, dónde el hecho de ser varón se asociaba con oficios de mayores cotas de poder, mientras que el hecho de ser mujer lo hacía con roles menos dominantes.

En cambio, en contra de lo expuesto anteriormente, hay autores como Gutierrez L (2016)⁽³⁶⁾ que afirman que el riesgo de ser agredido es mayor en las mujeres facultativas y en los varones enfermeros y celadores. Por lo que debido a la heterogeneidad observada en la literatura, no parece que las agresiones sigan un patrón que tenga una explicación de rol.

Atendiendo a los datos del presente estudio, la edad media de los agredidos fue de 46 años, muy semejante a la de investigaciones previas⁽²³⁾. Además, las agresiones aumentaban con la edad, pues el 55,9% de los incidentes fueron notificados por profesionales con más de 5 años de antigüedad.

Estos resultados son similares a los de otros autores, que también señalan que prevalecen las agresiones sobre el personal fijo y de mayor edad, pues estos son más vulnerables a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo deficientes. Una posible explicación a este fenómeno es que, a mayor edad y antigüedad en el puesto de trabajo, la tolerancia a comportamientos violentos es menor, por lo que esto lleva a un mayor número de declaraciones⁽⁶⁻⁸⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾⁽²⁰⁾⁽³⁶⁾⁽⁴⁹⁾⁽⁸⁰⁾.

No obstante, otros autores afirman todo lo contrario. Así, al aumentar la experiencia laboral disminuiría la probabilidad de ser agredido, recibiendo más agresiones los más jóvenes. Este hecho podría atribuirse a la posibilidad de que a mayor experiencia, se adquieren mejores herramientas de comunicación, se aumenta la confianza en el trato y existe mayor tolerancia a los comportamientos violentos ⁽²²⁾⁽²⁵⁾⁽⁴⁶⁾.

Esta diferencia de opiniones acerca de la antigüedad de los profesionales agredidos puede deberse a las distintas muestras de los estudios o al contexto en el que se ha llevado a cabo. Así, por ejemplo, la media de edad y veteranía de los trabajadores en centros de atención primaria suele ser más elevada que en urgencias, donde trabajan profesionales más jóvenes.

Para terminar y como curiosidad, otros estudios en los que se analiza cómo afecta el tiempo de permanencia en el puesto de trabajo, concluyeron que más de la mitad de las agresiones son recibidas por trabajadores con menos de 5 años de antigüedad en dicho puesto. Esto último condena a pensar que, la rotación laboral de los profesionales, puede ser un factor de riesgo a la hora de ser agredido ⁽¹⁷⁾.

5.4. Consideraciones sobre los agresores

Al analizar el registro de agresiones del Servicio Aragonés de Salud se detectó la ausencia de datos acerca de los agresores. Esta carencia hace que se pierda información que podría ser importante a la hora de realizar actividades preventivas, por lo que fue uno de los temas a tratar en el estudio cualitativo.

Al preguntarles a los entrevistados sobre las características de los agresores, la mayor parte de ellos estaban de acuerdo en que los principales agresores eran los familiares de sexo masculino. A pesar de ello resaltaron que, en ocasiones los pacientes y familiares agredían simultáneamente, ya que, en numerosas ocasiones aunque comience agrediendo el paciente, es el familiar el que continúa con esa agresión. Estos datos son muy semejantes a los de Ortells N et al. (2013)⁽²²⁾, Saldaña R (2012)⁽¹³⁾, Cervantes G (2010)⁽⁷⁰⁾ o Shahjala MD et al. (2021)⁽⁸¹⁾, quienes también afirman que muchos de los acompañantes intervienen en las agresiones.

Además, durante la entrevista alguno de ellos destacó que, aunque con poca frecuencia y en contra a lo expuesto anteriormente, a veces es el paciente el único agresor y que, cuando así sucede, incluso sus familiares pueden llegar a apoyar al trabajador disculpándose en nombre de este.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en los estudios previos se encontraron más diferencias que semejanzas, ya que la mayoría de los autores están de acuerdo en que el principal agresor es un paciente, varón, reincidente y con una media de edad entorno a los 40-50 años, quedándose las agresiones por parte de los familiares en un segundo plano⁽²⁾⁽⁴⁻⁷⁾⁽¹⁶⁾⁽²³⁾⁽²⁷⁾⁽⁴³⁾⁽⁷⁹⁾.

Algunos autores van más allá, destacando que, mientras las agresiones físicas son llevadas a cabo mayoritariamente por los pacientes, los insultos y agresiones verbales son más frecuentes por parte de mujeres y familiares. Y que además, las agresiones protagonizadas por los menores de 60 años son entre dos y tres veces más frecuentes que las llevadas a cabo por los mayores de esta edad⁽⁵⁾⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾⁽⁴³⁾.

Cabe destacar que, como se expuso anteriormente, el perfil del agresor está cambiando. Aunque antiguamente las agresiones eran atribuidas a los pacientes psiquiátricos, hoy en día la mayor parte de los agresores se encuentra en uso pleno de sus facultades mentales. En este sentido, las cifras indican que muy pocos agresores actúan bajo los efectos de tóxicos o presentan alteraciones psiquiátricas. Además, cuando se trata de estos casos, se observa que aumenta el índice de reincidencia ⁽¹⁶⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁷⁸⁾⁽⁸²⁾.

5.5. Consideraciones acerca de los factores de riesgo implicados en las agresiones

Tal y como ya se ha verificado en estudios previos, no resultó extraño encontrar hallazgos que permiten afirmar que factores como trabajar en un determinado servicio o el turno de trabajo, pueden influir a la hora de ser agredido.

En lo que respecta a las unidades o servicios asistenciales, aunque clásicamente las agresiones se han atribuido a los servicios de urgencias y psiquiatría, se ha observado que este perfil está cambiando, hecho que se refleja en numerosos estudios, no solo en España, sino en todo el mundo ⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁹⁾⁽¹⁴⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾. En la actualidad, aquellos que trabajan en hospitalización (30,8%) o en consultas ambulatorias (31,2%), son los que más agresiones notifican.

Cabe destacar que autores como De San Segundo M (2017)⁽²¹⁾, que estudiaron las agresiones diferenciando por nivel asistencial (atención especializada y primaria), afirman que más del 60% se dan en atención primaria. A pesar de que estos datos no sean comparables con los de este trabajo, ya que no se diferencia entre estos dos niveles asistenciales, sí que se puede afirmar que las notificaciones de agresiones en consultas ambulatorias - entre las que se encuentran las de atención primaria-, también fueron mayoritarias.

A diferencia de lo que se señala en otros estudios, en los servicios de urgencias se registró un pequeño porcentaje de agresiones⁽⁴⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Este porcentaje todavía fue menor en las unidades de psiquiatría, UCI, quirófano u otros servicios en los que la relación con el paciente es menor, como farmacia, admisión o atención al paciente. Estos datos en los servicios de UCI y quirófano pueden deberse a que la situación de gravedad del paciente le impide agredir y, el contacto entre profesionales y familiares, es muy escaso.

Además, cabe destacar que las investigaciones que analizan más en profundidad las agresiones producidas en urgencias y emergencias extrahospitalarias, señalan que la mitad de los casos son producidas en el domicilio del paciente⁽²⁰⁾⁽⁸⁰⁾. Como ya se ha expuesto anteriormente, esto puede deberse a la vulnerabilidad que genera para los profesionales trabajar en un lugar desconocido y la seguridad del agresor al encontrarse en su zona de confort.

Otro de los factores que podría influir en la exposición a agresiones es el turno de trabajo. Según la presente investigación, la mitad de las agresiones se produjeron durante el turno de mañana, frente al 30% durante la tarde y al 20% en la noche. Estos resultados son consistentes con los trabajos de diferentes autores⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹⁷⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾.

Una posible explicación a este fenómeno podría ser que, por la mañana hay mayor proporción de trabajadores y mayor presencia de usuarios, especialmente en consultas, donde se notificaron la mayor parte de las agresiones. Asimismo, como comentó Muñoz JC (2008) ⁽²⁴⁾, es preciso tener en cuenta la posibilidad que tienen los agredidos de poner en conocimiento los hechos. Pues, la mayor parte de las gestiones deben realizarse durante el turno de mañana, horario en el que permanece abierto la unidad de prevención de riesgos laborales.

A pesar de que los resultados del presente estudio concuerdan con la mayoría de la literatura analizada, hay una minoría de autores que difieren, opinando que son mayoritarias las agresiones durante la tarde o la noche ⁽²⁾⁽²²⁾⁽⁴⁸⁾⁽⁸⁰⁾. Estos autores afirman que sería probablemente debido a la presencia de menos personal, especialmente en los servicios de urgencias durante los turnos de noche.

5.6. Consideraciones acerca de las causas de las agresiones

Otra de las carencias del registro de agresiones aragonés es que en él no se registran datos acerca de las causas de los incidentes notificados, por lo que fue otra de las cuestiones a tratar en el estudio cualitativo.

Al hablar acerca del tema, los participantes manifestaron múltiples causas diferentes. Una amplia mayoría coincidió en que muchas veces las agresiones son originadas por factores externos a ellos, como la organización del sistema sanitario, las listas de espera, la sobrecarga laboral, la falta de personal, o las demoras.

Motivos a los que el profesional agredido no puede poner solución, pero que por ser la persona en la que los usuarios ven representada a la institución sanitaria, acaba siendo la víctima. Estas declaraciones son coincidentes con lo hallado en la mayoría de los estudios, que aseguran que las conductas de violencia más frecuentes son debidas a los tiempos de espera y la sobrecarga laboral ⁽¹⁴⁾⁽¹⁷⁾⁽³⁴⁾⁽⁴⁹⁾⁽⁷⁸⁾.

Estos tiempos de espera son el principal desencadenante sobre todo en los servicios de urgencias, como se afirma en los estudios llevados a cabo en estas unidades, como el de Galian I (2014) ⁽⁴⁹⁾. Este autor atribuye este problema al sistema de clasificación de pacientes por triaje. A pesar de que el método de clasificación facilita la organización de trabajo, puede que no sea bien comprendido por parte de los usuarios.

Otro de los motivos más frecuentes de agresión que señalaron los entrevistados, fue cuando los usuarios no consiguen lo que quieren de los profesionales, por no ser considerado oportuno bajo su juicio clínico. Por ejemplo, estar en disconformidad respecto a la asistencia, tratamiento, concesión de la baja o pruebas diagnósticas solicitadas.

En la actualidad, es posible constatar una mayor exigencia por parte de los usuarios del sistema respecto a la atención y calidad, pudiendo influir esto en su actitud y conducta. Causas ya mencionadas en estudios anteriores y que, como otros autores señalan, suelen ser los desencadenantes más frecuentes de actos violentos hacia el personal médico y administrativo ⁽⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾⁽⁷⁸⁾.

Por otro lado, los participantes opinaron que el nivel de gravedad o cronicidad del motivo por el que el paciente hace uso del sistema sanitario también puede influir, aunque en ocasiones, aquellos con procesos más leves, son los que más agreden. Del mismo modo, Bernaldo M (2014) ⁽³⁴⁾ también lo señaló como una de las principales razones de agresión en los servicios de emergencias.

En ocasiones, los profesionales relacionaron las agresiones con determinadas etnias o un bajo nivel sociocultural y de educación. Este factor también fue comentado por Sanchez V (2014) ⁽¹⁴⁾, Gomez MR (2016) ⁽⁷⁾ o Bangueses L (2021) ⁽⁸³⁾, quienes afirman que las agresiones son condicionadas por factores predisponentes del agresor, tales como pertenecer a zonas con necesidad de transformación social, drogadicciones, bajo nivel cultural/educativo o pertenencia a determinadas etnias, pero con unas expectativas respecto al servicio de salud altas.

Llama la atención que ninguno de los entrevistados mencionó como causalidad de las agresiones la enfermedad psiquiátrica. Esto podría deberse a que los profesionales justificarían las agresiones por la patología del paciente. En contraposición, diferentes publicaciones, todas ellas de hace más de 5 años, señalan la presencia de trastornos psiquiátricos como uno de los principales motivos, lo que podría indicar que el perfil del agresor está cambiando ⁽²⁷⁾⁽³⁴⁾⁽⁷⁸⁾.

Por último, los participantes destacaron que el mal uso de los servicios, el incumplimiento de las normas, el desconocimiento por parte de los usuarios del funcionamiento de los servicios sanitarios o la alta demanda, también pueden llegar a ser el origen de la violencia.

5.7. Consideraciones acerca de las consecuencias de las agresiones

Solamente el 3,6% de los agredidos precisó baja laboral observándose que, cuando se trataba de agresiones físicas, combinadas o con componente psicológico, estos porcentajes aumentaban. Pese a realizar un análisis más detallado de los datos, no se encontraron diferencias significativas que permitan afirmar esta relación. De manera consistente Travetto C et al. (2015)⁽⁴⁶⁾ y Martínez S et al. (2015)⁽⁶⁾ también destacaron que las bajas eran mayores cuando se trataba de agresiones físicas.

A pesar de los escasos porcentajes de baja laboral anteriormente expuestos, al entrevistar a los profesionales, se obtuvieron respuestas opuestas. Pues la mayor parte confesó que, la agresión había repercutido en su vida cotidiana, pero sobre todo resaltaban las consecuencias sufridas a nivel laboral, llegando a precisar incluso apoyo psicológico. Estos resultados son coincidentes con la mayoría de autores ⁽⁶⁻⁸⁾⁽¹⁶⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁸³⁻⁸⁵⁾.

Los entrevistados reconocían haberse sentido vulnerables, desprotegidos, inseguros, con miedo, poco valorados e impotentes, como señaló Saldaña R (2012)⁽¹³⁾ que destacó que, un 70% de los trabajadores, sentía impotencia al ser víctima o testigo de una agresión. Tal es el caso que, esta impotencia generada les hizo sentir víctimas sin derecho a defenderse o incluso a opinar e intentar mediar, por el hecho de tener que actuar con profesionalidad.

Además, como afirma Ortells N et al. (2013) ⁽²²⁾ o Bangueses L (2021) ⁽⁸³⁾, la violencia en el lugar de trabajo puede tener un efecto negativo, sobre la persona y sobre la propia organización. Así, la disminución de la motivación, de la implicación, del rendimiento laboral y de la calidad asistencial, podría llegar a afectar a las relaciones personales entre los profesionales, incrementando el absentismo laboral.

En las conversaciones con los participantes, varios de ellos hicieron referencia a la vulnerabilidad y desprotección frente a los usuarios, debido a la infraestructura y organización de los servicios de salud. La estructura de las consultas, de los controles de enfermería o de las habitaciones de los pacientes, les habría llegado a hacer sentir incluso miedo.

Algo similar ocurrió en el estudio de Travetto C et al. (2015) ⁽⁴⁶⁾, quien destacó que el 46,6% de los profesionales se sintieron inseguros, y para ello, como nuestros participantes, sugirieron diferentes estrategias. Algunas de ellas serían realizar campañas de educación masiva, aumentar la presencia policial, dotar de cámaras de seguridad, atender a los usuarios con las puertas abiertas o situando al profesional en un lugar más próximo a la puerta, proteger los controles de enfermería o instalar botones de emergencia.

Por el contrario, cabe destacar que una minoría de los entrevistados confesó no haber sufrido consecuencias, al asumir la agresión como parte de su trabajo. Algo similar reporta el estudio de Fernandez MJ et al. (2006) ⁽³⁷⁾, aunque en este caso más del 90% de los agredidos, tanto verbalmente como físicamente, no sufrieron repercusiones en su vida personal ni laboral.

Esta diferencia observada acerca de las consecuencias entre los resultados del estudio cuantitativo y cualitativo podría deberse a la libertad de expresión a la hora de entrevistar a los profesionales, ya que aunque no solicitaran baja laboral, la mayoría expresó haber sufrido diversas secuelas.

Y es que, las consecuencias de estos actos violentos pueden ir desde hechos incapacitantes que impidan la actividad laboral de forma definitiva, hasta sucesos más leves pero no por ello menos importantes. Estos incluirían bajas temporales, consecuencias psicológicas, estrés postraumático, ansiedad, fobias, desmoralización etc. Asimismo, estas secuelas podrían ocasionar importantes efectos sobre la institución, provocando una disminución del rendimiento laboral y una elevada tasa de sustituciones del personal que, en algunas ocasiones, inducirían al abandono de la profesión ⁽³³⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾⁽⁸⁰⁾⁽⁸²⁾⁽⁸⁴⁾⁽⁸⁶⁾.

5.8. Consideraciones acerca de la notificación de los incidentes

Volviendo la mirada hacia atrás se observa que, la escasa notificación y denuncia de incidentes es evidente y se ve reflejada en las investigaciones previas. Solo 1 de cada 5 eventos violentos es formalmente registrado ⁽⁹⁾. Además, a pesar de que en el registro oficial de agresiones aragonés no consta si se llegó a interponer denuncia o no, existen estudios previos en los que se obtuvieron resultados por encima del 70% de no denuncias ⁽¹³⁾⁽²³⁾.

Sin embargo, en los últimos años se puede observar tanto en estudios anteriores como en el presente, un aumento gradual de la declaración de agresiones ⁽⁶⁾. Algunos autores van más allá y afirman que se tienden a declarar solo una parte de los incidentes, normalmente los que incluyen violencia física ⁽⁷⁾⁽⁶¹⁾.

A pesar de observarse este aumento en la declaración de agresiones, al realizar el análisis cualitativo del presente estudio se puede intuir que la comunicación de los incidentes violentos no es una práctica generalizada. Pues, al hablar con los entrevistados se reafirma la evidencia de esta escasa notificación. Es más, los propios entrevistados declararon no haberlo comunicado ni siquiera a sus superiores más directos, por lo que estos incidentes acaban pasando desapercibidos para las instituciones. Esta evidencia se sitúa en la misma línea que lo descrito por otros autores, dónde entre el 67,6%-88% de los casos no fueron registrados ⁽⁶⁻⁸⁾⁽¹³⁻¹⁵⁾⁽²²⁾⁽⁸³⁾.

Llama la atención que ninguno de los entrevistados que dijeron haber sido agredidos lo había notificado de forma oficial y ninguno de ellos conocía el protocolo a seguir, por lo que esto refleja un problema de comunicación entre la institución y los profesionales. Una vez más ocurre lo mismo en la mayoría de investigaciones previas, que afirman que más de la mitad de los profesionales también desconocen los protocolos y pasos a seguir ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽²²⁾⁽⁸¹⁾.

Además, de los pocos que aunque no de manera oficial sí lo habían comunicado, solo una persona sintió amparo por la institución. El resto confesó no haberse sentido respaldado, pues no obtuvieron respuesta ni soluciones. La mayoría de los estudios previos también resaltaron esta falta de protección con datos demoledores e incluso lo calificaron como abandono por parte de las empresas o administraciones sanitarias. Esta falta de apoyo podría llegar hasta el punto de provocar que profesionales que en otras ocasiones si habían denunciado agresiones, no tengan intención de volver a hacerlo ante una nueva situación violenta ⁽⁵⁾⁽⁷⁹⁾⁽⁸³⁾⁽⁸⁷⁾.

En contraposición a esta falta de respaldo por parte de las instituciones, la mayoría de los participantes resaltó el apoyo recibido por parte de los compañeros, como también sucedió en estudios como el de Mayorca IA (2013) ⁽⁹⁾. En él, se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre trabajar en compañía y registrar las agresiones, ya que al parecer el compañero de trabajo juega un papel persuasivo en el momento de hacer el registro.

Al conversar con los profesionales sobre la importancia de la notificación, a excepción de alguno de ellos que opinó que no merecía la pena por considerarlo una pérdida de tiempo, la mayoría pensaba que era importante dejar constancia de ello y así, dar visibilidad al problema. Llama la atención que todos aquellos que dijeron no haber sido nunca agredidos aseguraron que, en caso de serlo, sí que lo notificarían, a pesar de que ninguno de ellos conocía el protocolo a seguir. Estas ideas se contraponen a los hechos, ya que aunque opinan que es importante, a la hora de la verdad no lo comunican.

Otra de las cuestiones que genera controversia y que también destaca Saboia IC (2020) ⁽⁸⁸⁾, es la asunción de las agresiones como parte inherente de la profesión. En este sentido, Sánchez V (2014) ⁽¹⁴⁾, asegura que, el 88% reconocen las agresiones como un aspecto más de su trabajo. Esto puede deberse como bien dice Altemir M (2017) ⁽³⁸⁾ a que no existe un concepto unificado de lo que es un agresión, lo que podría llegar a justificarlas.

En cambio, en el presente trabajo la mayor parte de los participantes estaban de acuerdo en que, por más que en el ámbito sanitario se vivan situaciones de mucho estrés, en ninguno de los casos puede asumirse y justificarse un acto violento. Aunque el bajo índice de comunicación de agresiones y el desconocimiento observado acerca del proceso de notificación de estas, hace pensar que los profesionales en mayor o menor medida acaban asumiendo la violencia externa como parte inherente del trabajo.

La infradeclaración generalizada resulta un problema conocido y que mantiene los hechos ocultos, pudiendo estar su origen en la escasa instrucción a los profesionales para el manejo de situaciones violentas. Estos hechos denotan que no es suficiente con la elaboración de un protocolo y su publicación en intranet, sino que el éxito está en la difusión y divulgación, implicándose la administración en formar a sus profesionales en cómo afrontar y resolver situaciones conflictivas, apoyándoles en todo momento en el proceso de notificación ⁽¹¹⁾⁽¹⁶⁾⁽²²⁾⁽⁷⁸⁾⁽⁸¹⁾⁽⁸⁸⁾.

Para finalizar, cabe reseñar que el presente estudio fue llevado a cabo antes de la pandemia por SARS-Cov-19 y que tras ella, algunos autores advierten de que el número de agresiones se ha visto incrementado ⁽²⁸⁻³¹⁾. En cambio, el Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2019-2020 ⁽⁸⁹⁾ afirma que durante el año 2020 se produjo un descenso del número de agresiones respecto a años anteriores, posiblemente relacionado con la limitación de la actividad presencial durante este tiempo en los centros sanitarios.

Por todo ello sería interesante en un futuro próximo investigar cómo ha podido influir la COVID-19 en la notificación de violencia en el medio sanitario. Pues debido a la proximidad en el tiempo, existen pocas investigaciones hasta el momento.

5.9. Limitaciones del estudio

La presente investigación tiene las limitaciones propias de los estudios de carácter retrospectivo, así como otras relacionadas con la recogida de datos y la subjetividad e interpretación de estos hechos.

En primer lugar, como la mayoría de estudios retrospectivos, hay un pequeño porcentaje de casos mal cumplimentados en la base de datos utilizada para la presente investigación.

Es segundo lugar, no se dispuso de los datos necesarios para poder realizar un análisis más detallado, calculando tasas específicas por sexo.

En tercer lugar, puede que no se haya incluido algún estudio relevante cuyos resultados no hayan sido publicados, o que haya sido publicado en un idioma distinto al inglés o el español, o en revistas no indexadas en las bases de datos donde se realizaron las búsquedas. No obstante, se ha tratado de hacer un esfuerzo por localizar toda la literatura relevante.

En cuarto lugar, la variabilidad entre los estudios previos en cuanto a la población objeto de estudio, el contexto geográfico, la clasificación y definición de variables, las distintas metodologías y fuentes de datos utilizadas, dificulta la comparación entre ellos.

En quinto lugar, la subjetividad e interpretación de estos hechos hace que no todas las personas reciban y sientan de igual forma una agresión, pudiendo influir de esta manera en la notificación.

5.10 Futuras líneas de investigación

Tras los resultados obtenidos en el presente trabajo se puede afirmar que, el número de agresiones notificadas en el registro destinado para ello, no corresponde con la realidad. Y así, es expresado por los propios trabajadores, que muestran una verdad que no se ve reflejada en las instituciones.

Esta iniciativa surge de las cifras obtenidas en la presente investigación, pero especialmente de la información recabada al entrevistar a los profesionales de la salud, que mostraron sus opiniones, sentimientos y experiencias acerca de la violencia vivida en el trabajo.

A raíz de este estudio se ha podido conocer la desprotección, vulnerabilidad, inseguridad, impotencia y falta de apoyo que sienten los sanitarios mientras desarrollan sus funciones. Hasta el punto de llegar a ocasionar secuelas que pueden acabar repercutiendo tanto en su vida laboral como cotidiana.

Además, el desconocimiento generalizado entre los trabajadores acerca de los protocolos existentes y métodos de notificación, nos indica que el sistema actual de declaración de agresiones no está funcionando. Posiblemente esto se deba a la complejidad del proceso, por ser farragoso e implicar tiempo y desplazamientos por parte del declarante.

Por todo ello y con el objetivo de acercarnos a esa realidad, nace la posibilidad de diseñar una App (Anexo X), un portal que facilite el proceso de notificación, además del contacto y seguimiento de la agresión con la víctima.

Con este recurso, los profesionales podrán notificar desde sus dispositivos móviles, de forma anónima, sin necesidad de intermediarios, como quieran, cuando y desde donde quieran, cualquier incidente violento relacionado con su trabajo. De esta manera, toda la información referente a la violencia en el ámbito sanitario sucedida en Aragón, quedaría registrada en una misma plataforma digital, por lo que esto también sería de gran utilidad a la hora de realizar protocolos y tomar medidas preventivas.

Desde la página principal de dicha App se tendrá acceso además de a notificar la agresión, a solicitar ayuda psicológica y asesoramiento jurídico. Asimismo, en caso de necesitar ayuda de forma urgente, mediante un botón de acceso directo denominado S.O.S se enviará la ubicación de la víctima instantáneamente a los Cuerpos de Seguridad. De la misma forma, también podrá consultarse el protocolo a seguir ante una agresión.

En cuanto a la declaración de la agresión, tanto la víctima como los testigos podrán dar parte de los hechos. Para ello, se dará la opción de simplemente dejar constancia de un incidente o de notificarlo formalmente, ofreciendo la alternativa de rellenar cuestionarios con ítems cerrados, de simplemente rellenar un cuadro de texto en el que poder expresarse o ambas opciones, dejando a la elección del declarante como quiere notificarlo. Así, se pretende acercar el proceso de notificación a la víctima, facilitar los trámites y reflejar la realidad que se vive en el día a día en los centros sanitarios.

Por último, cabe reseñar que como complementación a la implantación de esta App, sería necesario la formación de los profesionales en esta materia, realizando sesiones informativas acerca de cómo prevenir y cómo actuar ante una agresión.

6. Conclusiones

6. Conclusiones

- 1- El perfil de los profesionales del ámbito sanitario que notificaron una agresión externa fue el de una mujer de mediana edad, sin que ninguna categoría profesional realizara, significativamente, un mayor número de comunicaciones. No obstante, los médicos notificaron más agresiones en consultas ambulatorias, los enfermeros lo hicieron en urgencias y servicios especiales y los TCAE en unidades de psiquiatría y hospitalización.
- 2- Geográficamente, la distribución de las agresiones fue muy homogénea, sin que las características del territorio o el número de trabajadores de las diferentes áreas sanitarias, influyeran en el hecho de ser o no agredido.
- 3- La notificación de agresiones en el ámbito sanitario siguió una tendencia ascendente, con un notable y progresivo incremento en el número de registros a lo largo del periodo estudiado. A pesar de este avance en la declaración de incidentes violentos, sigue existiendo un componente de subjetividad intrínseco en las agresiones, que puede sesgar las notificaciones y por lo tanto, las cifras reales de violencia y dificultar así su estudio.
- 4- Las agresiones de tipo verbal fueron las predominantes en todos los ámbitos asistenciales y las más notificadas por parte de todos los profesionales. A pesar de ello, se observó un ligero incremento de la violencia física a lo largo de los últimos años.

- 5- Los resultados permiten afirmar que, mientras los médicos comunicaron más agresiones verbales, los TCAES, administrativos y celadores declararon más agresiones físicas. Además, mientras en consultas prevaleció la notificación de agresiones verbales, las agresiones físicas estuvieron más ligadas a las unidades de psiquiatría. De esta forma, es posible establecer una tipología de la agresión notificada caracterizada por su heterogeneidad, tal y como sostiene la hipótesis inicial del estudio.
- 6- El perfil clásico de violencia que históricamente estaba asociado a las unidades de psiquiatría y urgencias está cambiando. Actualmente, los profesionales de los servicios que notifican un mayor número de agresiones son aquellos que trabajan en consultas ambulatorias y hospitalización.
- 7- El turno de trabajo influye tanto en la notificación de la agresión, como en su tipología, tal y como señala la hipótesis del estudio. Así, la mitad de las agresiones hacen referencia al suceso durante el turno de mañana y en menor proporción a por la tarde y noche, sin embargo, en estos momentos del día, se hacen más frecuentes las agresiones físicas, combinadas y psicológicas. Todo ello refuerza la idea de una violencia externa en el lugar de trabajo caracterizada por un elevado grado de heterogeneidad.
- 8- Los principales motivos que desencadenaron las agresiones fueron los relacionados con la organización y la normativa sanitaria, las listas de espera, la sobrecarga laboral, la falta de personal, la disconformidad con el juicio clínico de los profesionales y las demoras. Los profesionales entrevistados también hicieron alusión a la relación entre el bajo nivel sociocultural y educativo de los usuarios y la frecuencia y tipología de las agresiones.

- 9- El impacto derivado de las agresiones externas se vio reflejado sobre la persona y sobre la organización sanitaria. Las víctimas se vieron afectadas sentimentalmente y emocionalmente, hasta el punto de trascender en su vida cotidiana y laboral. La institución también se vio perjudicada, con una disminución del rendimiento laboral y una elevada tasa de contrataciones de personal eventual.
- 10- La infranotificación de agresiones es un hecho, aunque se observa un pequeño incremento de declaraciones en los últimos años, especialmente cuando se trata de violencia física. El principal motivo de esta escasa notificación, estaría fuertemente influenciado por el desconocimiento generalizado por parte de los trabajadores acerca del protocolo y de los pasos a seguir ante una agresión, además de la desprotección y desamparo que sienten y sufren por parte de la institución.
- 11- Los profesionales no son capaces de definir con claridad el concepto de violencia, especialmente cuando se trata de agresiones verbales y psicológicas. Posiblemente, la subjetividad implícita, la personalidad o las experiencias previas de cada trabajador, podrían explicar este hallazgo.
- 12- Los trabajadores del Servicio Aragonés de Salud sienten miedo, vulnerabilidad, inseguridad, impotencia y desprotección. En general, piensan que las agresiones externas que reciben en ningún caso pueden ser justificadas. Sin embargo, cuando los profesionales son agredidos, tienden a no declararlas, asumiendo la violencia como una parte inherente a su trabajo.

- 13- Los resultados hacen evidente la necesidad de formar a los profesionales en materia de prevención y actuación ante la violencia. En general, existe un gran desconocimiento sobre la misma, que se ve reflejado en el registro oficial de agresiones del Servicio Aragonés de Salud, dónde el número de incidentes notificados no se corresponde con la realidad.
- 14- Desde este trabajo de investigación, se propone desarrollar un método de declaración de agresiones que sea más cercano y accesible al profesional a través de una APP, con el fin de plasmar fehacientemente el escenario real de violencia externa que se ejerce cada vez con más frecuencia en los centros sanitarios.

7. Bibliografía

7. Bibliografía

1. Moreno Jiménez B, Báez León C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas [Internet]. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2010. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/236151656_factores_y_riesgos_psicosociales_formas_consecuencias_INSHT
2. Chuliá Fernández F. Las agresiones a los profesionales sanitarios en un hospital general de la Comunidad de Madrid [Tesis doctoral] [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2014. Disponible en: <https://unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128536>
3. Gascón Santos S. Análisis médico-legal de la violencia en centros asistenciales: agresiones a profesionales [Internet]. [Departamento de Anatomía Patológica, Medicina Legal y Forense y Toxicología]: Universidad de Zaragoza; 2006. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/5746/files/TESIS-2011-027.pdf.pdf>
4. Cervantes Ortega G, Cantera Espinosa L, Ribas B. Violencia hacia los profesionales de la salud en su lugar de trabajo. Incidentes violentos notificados por internet en Catalunya entre 2005 y 2007: resultados de un estudio piloto. Arch Prev Riesgos Labor [Internet]. 2008; 11(1):14–9. Disponible en: http://www.archivosdeprevencion.com/view_document.php?tpd=2&i=1829

5. Chagoyen Barroso T. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. *Med Segur Trab* (Madrid) [Internet]. 2016; 62(242):25–48. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2016000100005
6. Martínez Isasi S, García Zurita A, Felipez Agrelo IM, Castro Dios DJ. Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. *Enfermería Glob* [Internet]. 2015; 14(39):219-29. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300011
7. Gómez Romero MR. Violencia en el puesto de trabajo sanitario, análisis situacional y experiencias de las víctimas [Internet]. [Ciencias de la salud]: Universitat Rovira i Virgili; 2016. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/401582>
8. Martínez León M, Irurtia Muñiz MJ, Martínez León C, Crespo Sierra MT, Queipo Burrón D. Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. *Rev la Esc Med Leg*. 2011; 17:4-11.
9. Mayorca Yancán IA, Lucena García S, Cortés Martínez ME, Lucerna Méndez MÁ. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Med Segur Trab* (Madrid) [Internet]. 2013; 59(231):235–58. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2013000200005

10. Boletín Oficial de Aragón. ORDEN de 21 de octubre de 2014, del Departamento de Hacienda y Administración Pública, por la que se publica el Protocolo de actuación ante la violencia externa en el lugar de trabajo del personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón [Internet]. csv: BOA20141118001 2014 pág. 36526–47. Disponible en: https://www.diba.cat/documents/189253/32060715/Ha+estat+noticia_02.pdf/9fa8f30a-8d05-4b00-8bb1-454994d3db4b
11. Personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón. Protocolo de actuación ante la violencia externa en el lugar de trabajo. 2014 pág. 18.
12. Sánchez Benito M del C. Marco jurídico de las agresiones al personal sanitario y valoración por los profesionales de la salud de las medidas adoptadas [Internet]. [Ciencias de la salud]: Universidad de Valladolid; 2017. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/35360/Tesis1519190410.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Saldaña García R. Agresiones al Personal de los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias [Internet]. [Centro Internacional de Postgrado]: Universidad de Oviedo; 2012. Disponible en: [file:///C:/Users/Maribel/Downloads/TFM_Raquel%20Salda%C3%B1a%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Maribel/Downloads/TFM_Raquel%20Salda%C3%B1a%20(6).pdf)
14. Sánchez Robles V, Sánchez Robles R. Percepciones de los enfermeros de Urgencias de un Hospital Comarcal sobre las agresiones a personal sanitario. Rev Paraninfo Digit [Internet]. 2014; 20. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/272.pdf>

15. Rincón-del Toro T, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, de Castro-Monteiro E, et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2016; 90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272016000100420
16. Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios violence in the workplace: the case of healthcare professionals [Internet]. Papelesdelpsicologo.es. Disponible en: <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1538.pdf>
17. Gómez Romero MR, Tous Pallarés J, Martín Baena D, Ferrer Ferrándiz E. Estudio retrospectivo sobre las agresiones a profesionales registradas durante el decenio 2005-2014 en un área de salud de la Comunidad Valenciana. Rev Enfermería del Trab [Internet]. 2017; 4(7):88–96. Disponible en: [http://file:///C:/Users/Maribel/Downloads/DialnetEstudioDeLasAgresionesRecogidasDurante10AnosHaciaL-6279149%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Maribel/Downloads/DialnetEstudioDeLasAgresionesRecogidasDurante10AnosHaciaL-6279149%20(1).pdf)
18. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Criterio técnico N° 87/2011 sobre actuaciones inspectoras en relación al riesgo laboral de atraco [Internet]. Gob.es. 2011. Disponible en: https://www.mites.gob.es/itss/ITSS/ITSS_Descargas/Atencion_ciudadano/Criterios_tecnicos/CT_87_2011.pdf
19. Ancalli-Calizaya F, Cohaila G, Maquera-Afaray J. Agresiones contra el trabajador de salud en Tacna, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2012; 29(3):415–6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342012000300022

20. Bernaldo de Quirós Aragón M y Col. Análisis psicosocial de las agresiones a los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias del summa-112 de la Comunidad de Madrid Análisis psicosocial de las agresiones a los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias del summa-112 de la Comunidad de Madrid [Internet]. Fundacionmapfre.org. 2011. Disponible en: <https://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/en/media/group/1077073.do>
21. De-San-Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez-de-Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez-Úriz MA. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). Semergen [Internet]. 2017; 43(2):85–90. Disponible en: <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=IB ECS&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=161350&indexSearch=ID>
22. Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina Martos M, Morató Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. Enferm glob [Internet]. 2013; 12(2):196–207. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S169561412013000200010>
23. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2019; 93:1-16. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272019000100103

24. Muñoz Pascual JC, Delgado de Mendoza Ruiz B, Romero Ruiz A, Bermúdez Luque JC, Cabrera Cobos F. Agresiones al personal de los servicios de salud. Enfermería Docente [Internet]. 2008; 89:15–7. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/89pdf/891517.pdf>
25. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2012; 86(3):279–91. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S113557272012000300007
26. Gordillo Corrales V, Ferrer Villalobos M, Elizabeth Burbano C, Merino-Salazar P. Agresiones externas al personal de salud en centros de salud de atención primaria de la ciudad de Ibarra. Espirales Rev Multidiscip Investig [Internet]. 2019; 3(29):202–16. Disponible en: <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3386/1/25506862%20FERRER%20MICHELLE%202019-06-03.pdf>
27. Lameiro C, Besteiro A, Cuevas A, Pérez A, Gómez C, Del Campo V. Violencia laboral en Instituciones sanitarias; Análisis de un perfil cambiante. Enfermería del Trabajo [Internet]. 2013; 3:66–74. Disponible en: [http://file:///C:/Users/Maribel/Downloads/DialnetViolenciaLaboralEnInstitucionesSanitariasAnalisisD-4327622%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Maribel/Downloads/DialnetViolenciaLaboralEnInstitucionesSanitariasAnalisisD-4327622%20(1).pdf)

28. Díaz-Victoria AR. Elementos para comprender la discriminación y agresiones en contra de personal sanitario durante la pandemia de COVID-19 TT - Elements to understand acts of aggression and discrimination towards the healthcare personnel during the COVID-19 pandemic. Rev Univ Ind Santander, Salud [Internet]. 2020; 52(3):319–25. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012108072020000300319
29. Ramzi ZS, Fatah PW, Dalvandi A. Prevalencia de la violencia en el lugar de trabajo contra los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática y metanálisis. Front Psychol [Internet]. 2022; 13:896156. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896156>
30. Ramanathan K, Antognini D, Combes A, Paden M, Zakhary B, Ogino M, et al. Planificación y provisión de servicios ECMO para ARDS severo durante la pandemia de COVID-19 y otros brotes de enfermedades infecciosas emergentes. Lancet Respir Med [Internet]. 2020; 8(5):518–26. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30121-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30121-1)
31. Bedoya Jojoa CM. Covid-19: La pandemia del maltrato contra el personal de la salud en tiempos de pandemia. Interdiscip J Epidemiol Pub Salud [Internet]. 2020; 3(1):6276. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/iJEPH/article/view/6276>
32. Serrano Vicente MI. Análisis de las agresiones al personal trabajador registradas en los servicios de salud laboral de los Sectores Sanitarios II y III de Zaragoza. Cuidando la salud: revista científica de enfermería [Internet]. 2018; (15):5–32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6558069>

33. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, Rueda MA. Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health* [Internet]. 2009; 15(1):29–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19267124/>
34. Bernaldo De Quirós M, Cerdeira JC, Gómez M del M, Piccini AT, Crespo M, Labrador FJ. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid: diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. *Emergencias* [Internet]. 2014; 26(3):171–8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5418498>
35. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Urcola Pardo F, Satústegui Dordá PJ. Agresiones externas hacia los profesionales del Servicio Aragonés de Salud en los servicios de Atención Primaria y Especializada durante el año 2018. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020; 94. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/re_sp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202010125.pdf
36. Gutiérrez L, Hernández MJ, Molina L. Work-related violence among public health professionals (2008-2012). *Arch Prev Riesgos Labor* [Internet]. 2016; 19 (3):166–74. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciabstract&pid=S157825492016000300003>
37. Fernández Martín MJ, Camacho García MG, Olmos Aullón C, Ruiz García S, Sanjuán Navais M. Análisis y registro de las agresiones en UCI. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2006; 17(2):59–66. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=edslive&db=edselp&AN=S1130239906739177>

38. Altemir M, Arteaga A. Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. *Enferm Clín (Engl Ed)* [Internet]. 2018; 28(2):125–32. Disponible en: <https://daneshyari.com/article/preview/8568767.pdf>
39. Martínez-León M, Queipo Burón D, Irurtia Muñiz MJ, Martínez-León C. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). *Rev Esp Med Leg* [Internet]. 2012; 38(1):5–10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377473211000022>
40. Alberdi Canillas J, García Gómez P, Suárez Caballero BJ. Impacto psicosocial en personal sanitario víctima de agresiones por parte de la ciudadanía: una revisión sistemática. *Med Segur Trab (Madrid)* [Internet]. 2020; 66(259):100–11. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465546X2020000200100
41. Palma A, Ansoleaga E, Ahumada M. Violencia en el lugar de trabajo entre los trabajadores de la salud. *Rev Med Chil* [Internet]. 2018; 146(2):213–22. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S00349887201800020213&script=sci_arttext
42. García-Pérez MD, Rivera-Sequeiros A, Sánchez-Elías TM, Lima-Serrano M. Violencia laboral en profesionales de la salud y subregistro: Caracterización y lagunas de conocimiento para la prevención. *Enferm Clín (Ed. Ingles)* [Internet]. 2021; 31(6):390–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34627729/>

43. Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: Agresividad y burnout. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2010; 33:193–201. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S113766272010000200019
44. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012; 12(1):108. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22551645/>
45. Jiao M, Ning N, Li Y, Gao L, Cui Y, Sun H, et al. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 2015; 5(3):e006719. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25814496/>
46. Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015; 38(4):307–15. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n4/307-315/>
47. Galián Muñoz I. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería 2015 [Internet]. [Facultad de enfermería]: Universidad de Murcia; 2015. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/45566/1/doctorado%20Inmaculada%20Gali%c3%a1n%20Mu%c3%b1oz%20final%20sin%20articulos.pdf>

48. Moreno Jiménez MA, Vico Ramírez F, Zerolo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serena P, Mateios Salido MJ. Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2005; 36(3):152–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13077484>
49. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias* [Internet]. 2014; 26:163–70. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/agresiones/violencia_enfermeria_urgencias_hospitalarias.pdf
50. De Juan Mazuelas AI, Sánchez Benito C, Martínez León C, Martínez León M. Diálisis y Trasplante Las agresiones a profesionales sanitarios. Estado actual de la investigación. *Diálisis y trasplante* [Internet]. 2017; 38(2):68–72. Disponible en: https://www.sedyt.org/revistas/2017_38_2/agresiones-a-profesionales-sanitarios.pdf
51. Marinas-Sanz R, Martínez-Jarreta B, Casalod Y, Bolea M. Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis tras la reciente modificación del Código Penal. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2016; 147(1):35–42. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/70832?ln=es>
52. BOE.es - BOE-A-1978-31229 Constitución Española [Internet]. 1978. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
53. BOE.es - BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

54. BOE.es - BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
55. BOE.es - BOE-A-2003-23101 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>
56. BOE.es - BOE-A-2003-10715 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
57. BOE.es - BOE-A-1994-14960 Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1994-14960>
58. BOE.es - BOE-A-1995-7730 Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-7730>
59. BOE.es - BOE-A-1995-24292 Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>

60. BOE.es - BOE-A-2013-13652 Ley 9/2013, de 28 de noviembre, de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/diarioboe/txt.php?id=BOE-A-2013-13652>
61. Arimany-Manso J, Clos-Masó D, Gómez-Durán EL. Attacks on health professionals. Aten Primaria [Internet]. 2016; 48(3):147–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.002>
62. BOE.es - BOE-A-2015-3439 Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-3439>
63. Suárez-Mira Rodríguez C. Manual de derecho penal. Tomo II. Parte especial. Civitas; 2020.
64. Urruela Mora A. La respuesta del Derecho Penal y Administrativo frente a las agresiones a profesionales sanitarios en España. Rev Esp Med Leg [Internet]. 2019; 45(1):23–8. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/77189/files/texto_completo.pdf
65. Sánchez-Benito MC, de Juan-Mazuelas AI. Agresiones al personal sanitario: modificaciones sustanciales del delito de atentado a partir de 2015. Med Clin (Barc) [Internet]. 2018; 150(3):107–8. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-171485>

66. Martínez León M, Queipo Burón D, Martínez León C, Torres Martín H. Aspectos Médico Legales de las agresiones al personal sanitario y su consideración como delito de atentado. Rev Sideme [Internet]. 2010; 5:1–11. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/14497/PD280.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
67. Mapa Sanitario. Comunidad Autónoma de Aragón [Internet]. Aragón.es.2007. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/MAPA_SANITARIOARAGON_2007.pdf/0df51a0e-7de3-b892-afeb-8eab31c76e10
68. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Estrategias y acciones destacables. Comunidad Autónoma de Aragón [Internet]. Gob.es.2018. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/02Aragon_2018.pdf
69. DECRETO 23/2016, de 9 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud [Internet]. Cortesaragon.es. 2016. Disponible en: [http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumenVIII.nsf/e86600a24e054a61c12576d2002e551c/f0756d675e327f9dc1257f7d0048c203/\\$FILE/estructura.pdf](http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumenVIII.nsf/e86600a24e054a61c12576d2002e551c/f0756d675e327f9dc1257f7d0048c203/$FILE/estructura.pdf)
70. Vidal-Martí C, Pérez-Testor C. Violencia laboral hacia los profesiones sanitarios en España. Rev Esp Med Leg [Internet]. 2015; 41(3):123–30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5305639>
71. Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Senado.es. 2014. Disponible en: <https://www.senado.es/web/expedientappendixblobervlet?legis=10&id1=136341&id2=1>

72. González RG. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2010; 36(1):19–29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100004
73. Mieles Barrera MD, Tonon G, Alvarado Salgado SV. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. Universitas humanística [Internet]. 2012; 4807(201212):195–226. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n74/n74a10.pdf>
74. Martínez-Salgado C. El buceo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. Cien Saude Colet [Internet]. 2012; 17(3):613–9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/?lang=es>
75. Quecedo Lecanda R, Castaño Garrido C. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. Rev Psicodidact [Internet]. 2002; 14(14):5–40. Disponible en: <https://ojs.ehu.eus/index.php/psicodidactica/article/view/142>
76. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology [Internet]. 2006; 3:1–21. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology

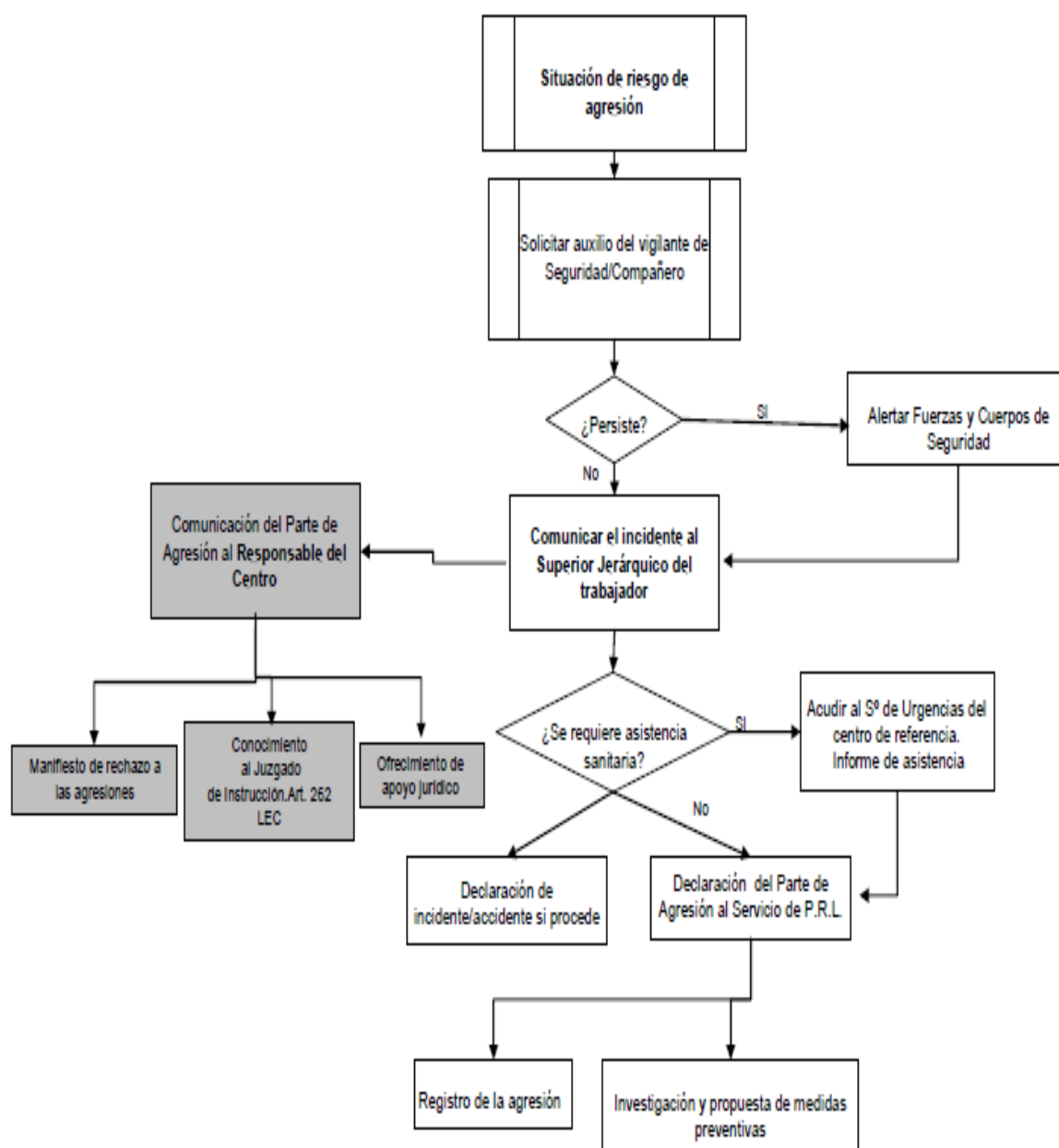
77. Bautista Rodríguez LM, Diosa Rodríguez MP, Gil Marlés J, Méndez Hernández RE, Cruz Suárez EL, Blanco Grimaldo SJ. Percepción del personal de enfermería ante la rotación en los servicios de hospitalización. *Rev Cienc y Cuid* [Internet]. 2014; 11(2):74–83. Disponible en: <file:///C:/Users/Maribel/Downloads/DialnetPercepcionDelPersonalDeEnfermeriaAnteLaRotacionEnL-5243979.pdf>
78. Martínez-Zaporta Aréchaga E, Fernández-Delgado Momparler R. Las Agresiones a Personal Sanitario : Propuesta Para Una Reforma Penal. *Derecho y Salud* [Internet]. 2008; 16(2):217–34. Disponible en: [file:///C:/Users/Maribel/Downloads/DialnetLasAgresionesAlPersonalSanitario-2749947%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Maribel/Downloads/DialnetLasAgresionesAlPersonalSanitario-2749947%20(3).pdf)
79. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por internet (2007-2009). *Arch Prev Riesgos Labor* [Internet]. 2010; 13(3):135–40. Disponible en: http://www.archivosdeprevencion.com/view_document.php?tpd=2&i=1946
80. Bernaldo-De-Quirós M, Labrador FJ, Piccini AT, Mar Gómez M, Cerdeira JC. Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clin y Salud* [Internet]. 2014; 25(1):11–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70023-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70023-4)
81. Shahjalal M, Gow J, Alam MM, Ahmed T, Chakma SK, Mohsin FM, et al. Violencia en el lugar de trabajo entre profesionales de la salud en establecimientos de salud públicos y privados en Bangladesh. *Int J Salud Pública* [Internet]. 2021; 66:1604396. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35035349/>

82. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, et al. El papel de las agresiones sufridas por los trabajadores sanitarios como predictores de burnout: El papel de las agresiones sufridas. J Clin Nurs [Internet]. 2013; 22(21–22):3120–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22978353/>
83. Bangueses Rodríguez L, Vázquez-Campo M, Mouriño López Y. Vivencias y percepción de los profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias ante las agresiones. Aten Primaria [Internet]. 2021; 53(3):101944. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33610105/>
84. Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Martos Martínez Á, Simón Márquez MDM, Oropesa Ruiz NF, Gázquez Linares JJ. Estudio transversal de las agresiones contra el personal de enfermería español y efectos sobre la somatización de los síntomas físicos. BMJ Abierto [Internet]. 2020; 10(3):e034143. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/3/e034143>
85. Al Qadi MM. Violencia en el trabajo en enfermería: un análisis de concepto. J Ocupa Salud [Internet]. 2021; 63(1):e12226. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/1348-9585.12226>
86. De Léséleuc S. Criminal Victimization in the Workplace. Statistics Canada [Internet]. 2004. Disponible en: <http://www.mtpinnacle.com/pdfs/criminal-victimization-workplace.pdf>
87. Madrid Franco PJ, Salas Moreno MJ, Madrid Franco M. Situación de las agresiones a Enfermería en el Área de Salud de Puertollano. Enfermería del Trab [Internet]. 2011; (1):11–7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3995545>

88. Sturbelle ICS, Pai DD, Tavares JP, Trindade L de L, Beck CLC, Matos VZ de. Tipos de violencia laboral en salud familiar, agresores, reacciones y problemas vividos. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020; 73 Suplemento 1(suplemento 1): e20190055. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32490942/>
89. Informa de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2019-2020. Ministerior de Sanidad. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/agresiones/docs/Informe_Agresiones_19-20.pdf

8. Anexos

ANEXO I. PAUTA DE ACTUACIÓN EN CASO DE AGRESIÓN



Fuente: Boletín Oficial de Aragón. ORDEN de 21 de octubre de 2014, del Departamento de Hacienda y Administración Pública, por la que se publica el Protocolo de actuación ante la violencia externa en el lugar de trabajo del personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.

ANEXO II. PARTE DE AGRESIONES DEL SALUD

(A CUMPLIMENTAR POR EL MANDO JUNTO AL TRABAJADOR AGREDIDO)

Nombre del trabajador/a agredido: _____	
Teléfono de contacto: _____	Categoría profesional: _____
Centro de Trabajo: _____	
Nombre del responsable directo: _____	
Nombre del agresor/a: _____	
Condición: Usuario: _____ Acompañante: _____ Otros: _____	
DESCRIPCIÓN DE LA AGRESIÓN:	
Fecha de la agresión: _____ Hora: _____ Lugar: _____	
Testigos (Nombre y puesto de trabajo): _____	
Hechos ocurridos: _____	
MEDIDAS PREVENTIVAS / CORRECTIVAS QUE PROPONE:	
— Se requiere atención médica: SI ____ NO ____ Tipo de lesión: _____ — Existen daños materiales: SI ____ NO ____ — El trabajador/a agredido: • Formula denuncia ante el Juzgado: SI ____ NO ____ • Se declara AT/incidente en el Sº de Personal: SI ____ NO ____ • Desea que la dirección dirija al agresor un manifiesto de rechazo: SI ____ NO ____	
Firma del trabajador: _____ Fecha: _____	
Firma del mando: _____ Fecha: _____	
<u>Este documento se enviará a la:</u> • Servicio o Dirección Provincial correspondiente • Secretaría General Técnica o Secretaría General (en el caso de trabajadores de SS.CC.) • Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (Fax:; Telf:)	

Fuente: Boletín Oficial de Aragón. ORDEN de 21 de octubre de 2014, del Departamento de Hacienda y Administración Pública, por la que se publica el Protocolo de actuación ante la violencia externa en el lugar de trabajo del personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.

ANEXO III. PARTE DE AGRESIONES DEL ICOEZ



REGISTRO DE AGRESIONES A COLEGIADAS/OS DEL ICOEZ

1. DATOS DEL COLEGIADA/O		
FECHA	NÚMERO DE COLEGIADA/O	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)
D.N.I.	NOMBRE	APELLIDOS

DIRECCIÓN DE CONTACTO		
DIRECCIÓN		TELÉFONO
CÓDIGO POSTAL	POBLACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO

ESPECIALIDAD Y LUGAR DE TRABAJO		
ENFERMERA GENERALISTA ☐	CENTRO DE TRABAJO:	
ENFERMERA ESPECIALISTA ☐		
<u>Por favor, indique la especialidad:</u>		
DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CÓDIGO POSTAL	POBLACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO

2. INFORME DE LA AGRESIÓN			
Fecha y hora del suceso:			
¿Se ha identificado al agresor?		SÍ ☐	NO ☐
Nombre:			
Nº SS:			

***En caso de no contar con los datos del agresor/a, puede identificar:**

GÉNERO DEL AGRESOR:			
MASCULINO ☐	FEMENINO ☐		
Rango de edad:	Menor de 35 años ☐	36 – 45 años ☐	46 – 55 años ☐
	56 – 65 años ☐	Más de 65 años ☐	No recuerda ☐

TIPO DE AGRESIÓN:			
Agresión Física ☐	Amenazas ☐	Coacciones ☐	Daños materiales ☐
Insultos, injurias y vejaciones ☐	Difamaciones ☐	Acoso sexual ☐	Acoso laboral ☐
Defina otros:			

CENTRO DONDE OCURRE:		
Centro de Salud ☐	Hospital ☐	Urgencias hospitalarias ☐
Centro Psiquiátrico ☐	Centro adscrito al IASS ☐	Urgencias extrahospitalarias ☐
Defina otros:		

Turno:	Mañana ☐	Tarde ☐	Noche ☐
--------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

LUGAR DONDE OCURRE:		
Consulta ☐	Pasillos ☐	Sala de Urgencias ☐
Visita domiciliaria ☐	Fuera del centro (calle, establecimiento público y/o privados ☐	Defina otros:

TIPOLOGÍA DEL AGRESOR:			
Paciente programado ☐	Paciente no programado ☐	Familiar ☐	Acompañante ☐
Otro usuario del centro ☐	Personal sanitario ☐	Personal no sanitario ☐	Desconocido ☐

ANTECEDENTES DEL AGRESOR:	
1. Paciente con antecedentes de toxicomanías ☐	
2. Paciente con enfermedad orgánica ☐	
3. Paciente con antecedentes psiquiátricos ☐	
4. Otros:	

CAUSAS DE LA AGRESIÓN:	
Tiempo en ser atendido ☐	Discrepancias en la atención médica ☐
En la relación con la incapacidad laboral ☐	Discrepancias personales ☐
Malestar por el funcionamiento interno del centro ☐	
Emitir valoraciones no acordes con sus exigencias ☐	
Defina las causas del incidente:	

OTROS DATOS DE INTERÉS:		
¿Intervinieron las fuerzas de seguridad?	Sí ☐	No ☐
Policía Nacional ☐	Guardia Civil ☐	
Policía Local ☐	Seguridad Privada ☐	
¿Se ha presentado denuncia?	Sí ☐	No ☐
¿Sigue atendiendo personalmente al agresor?	Sí ☐	No ☐

Una vez rellenado el registro, por favor, envíenlo a los correos electrónicos:

enfermeria@ocez.net y comdeontologica@ocez.net

ANEXO IV. PERMISO CONCEDIDO POR EL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SALUD PARA ACCEDER A LOS DATOS ESTADÍSTICOS



Secretaría General Técnica
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
Vía Universitat 36-7ª Planta
50071.- Zaragoza
Telf. 976 716771 Fax 976 716772

Dña. EMILIA SEVILLANO CALVO, Jefa de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Sanidad, autoriza a Dña. Ma Isabel Serrano Vicente, acceder a los datos estadísticos de las agresiones comunicadas en el 2016 y 2017 en nuestro departamento con la confidencialidad de los datos personales para realizar la Tesis Doctoral.

Zaragoza, a 18 de diciembre de 2017

Emilia Sevillano Calvo



ANEXO V. PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO EN EL SECTOR SANITARIO II DEL SALUD

 GOBIERNO DE ARAGON Departamento de Salud	 salud Servicio Aragonés de Salud Sector Zaragoza II Comisión de Investigación
--	---

PROTOCOLO DE EVALUACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

IDENTIFICACIÓN	ISABEL VICENTE SERRANO	CODIGO: 3-2018E
Título: Análisis de las características de las agresiones al personal trabajador de Servicio Aragonés de Salud.		
Objetivo: calidad de vida		
x ☐ Tesis ☐ Publicación ☐ Comunicación Otros: trabajo investigación		
Fecha de evaluación:		

VALORACION INICIAL	
☐ VIABLE	NOMBRE EVALUADOR/ES: Antonio de Arriba Muñoz
☒ VIABLE CON MODIFICACIONES	
☐ NO VIABLE	
Firma 	

OBSERVACIONES
Mejorar Metodología. Aportar encuesta que se va a realizar

Página 1 de 1

ANEXO VI. PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO EN EL SECTOR SANITARIO III DEL SALUD

135



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y DE FINALIDAD DE USO EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

D/ Dña: M^a Isabel Serrano Vicente, con DNI 72995531-V, domiciliado en Zaragoza, dependiente de la Institución Universidad de Zaragoza, con título de proyecto "Análisis de las características de las agresiones al personal trabajador del Servicio Aragonés de Salud durante el periodo 2016-2018. Opinión, experiencia y conocimientos al respecto de los trabajadores", asume que está sujeto al deber de secreto con respecto a los datos a los que tenga acceso y, por tanto, estará obligado a no reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información a la que pueda tener conocimiento con motivo de la realización de un proyecto de investigación dentro del Sector Zaragoza III. Sólo podrán divulgarse, en medios y con fines exclusivamente científicos los resultados derivados de los objetivos propios de la investigación, aunque siempre asegurando que no existe posibilidad alguna, bien directa o indirectamente, de identificar personalmente a los pacientes.

El solicitante se reconoce con capacidad para obligarse a cumplir el presente Acuerdo de Confidencialidad y No Divulgación de Información en base a las siguientes

ESTIPULACIONES:

Primera: El solicitante únicamente podrá utilizar la información para fines ligados a la realización del proyecto de investigación, comprometiéndose a mantener la más estricta confidencialidad de la información, aún después de la conclusión de dicho proyecto.

Segunda: Que, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, el acceso a la Historia Clínica con fines de investigación, obliga a preservar los datos de identificación personal de paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

Tercera: En caso de que la información resulte relevada o divulgada por cualquier medio (impreso, gráfico, electrónico, etc.) por el solicitante, de cualquier forma distinta del objeto de este Acuerdo, ya sea de carácter doloso o por mera negligencia, será responsable de acciones civiles o penales en su contra emprendidas por la autoridad correspondiente.

Cuarta: El solicitante se obliga a devolver la información en cualquier momento en el supuesto que existiere un cese de la relación entre ambas partes por cualquier motivo.

Quinta: El presente Acuerdo entrará en vigor en el momento de la firma por ambas partes, extendiéndose su vigencia de forma indefinida.

En Zaragoza, a 8 de febrero de 2018

Firma de la Dirección DE HOSPITAL

Firma del Solicitante:

Fdo.:

Fdo.:

Anexo II: PE-03-1_Z3(X) Rev.B. Acuerdo de Confidencialidad.

Fdo.: Isabel Gutiérrez Gil

ANEXO VII. DICTAMEN FAVORABLE DEL CEICA



Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI18/141

23 de mayo de 2018

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 23/05/2018, Acta N° 10/2018 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Análisis de las características de las agresiones al personal trabajador del Servicio Aragonés de Salud durante el periodo 2016 -2018. Opinión, experiencia y conocimientos al respecto de los trabajadores.

Alumna: María Isabel Serrano Vicente
Directora: María Teresa Fernández Rodrigo

Versión protocolo: V1, 30/04/18

Versión documento de información: V1, 30/04/18

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la correcta obtención del consentimiento informado, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del proyecto.

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA - MARIA - DNI 03857456B
DNI 03857456B
Firmado digitalmente por GONZÁLEZ HINJOS MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2018.05.28 12:30:07 +02'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO VIII. CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación: “Violencia externa en el Servicio Aragonés de Salud. Notificaciones, opiniones y emociones de los profesionales”.

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en una investigación que estamos realizando en el sector II y III de Zaragoza. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias
- Tomar una decisión meditada
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se solicita su colaboración porque estamos realizando entrevistas a diferentes profesionales del Servicio Aragonés de Salud, con el fin de conocer su opinión acerca de las agresiones al personal sanitario.

En el estudio participarán el número necesario de profesionales hasta que se obtenga saturación de información y así lo decida el investigador.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

El objeto del estudio es conocer la opinión, experiencia y conocimientos de los profesionales del Servicio Aragonés de Salud acerca de las agresiones producidas en su ámbito laboral.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar, esto no afectará a su asistencia o a su relación con el investigador y su equipo.

Si decide participar, únicamente se le realizará una breve entrevista de aproximadamente 15 minutos, en la que se le preguntará acerca de su opinión y experiencia sobre las agresiones sufridas en su ámbito laboral. Dicha entrevista será grabada.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

No supone riesgos ni molestias.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento es probable que no obtenga ningún beneficio por su participación, si bien usted contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

7. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su nº de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos obtenidos durante el estudio, deberá ponerse en contacto con el investigador principal.

Las conclusiones de esta investigación se presentarán en congresos y publicaciones científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

8. ¿Quién financia el estudio?

Este proyecto no tiene financiación.

El conocimiento derivado de este estudio puede generar en un futuro beneficios comerciales que pertenecerán al equipo investigador. Los participantes no tendrán derecho a reclamar parte de ese beneficio.

9. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo, en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

10. ¿Puedo cambiar de opinión?

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos.

11. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación, puede ponerse en contacto con el investigador responsable, M^a Isabel Serrano Vicente, en el teléfono 696106386 o por correo electrónico en la dirección mserranovicente@hotmail.com.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: "Violencia externa en el Servicio Aragonés de Salud. Notificaciones, opiniones y emociones de los profesionales".

Yo, ...(nombre y apellidos)

He leído el documento de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con M^a Isabel Serrano Vicente, comprendo que mi participación, es voluntaria y comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

.....
.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

.....

ANEXO IX. ENTREVISTA

Sexo:

Edad:

Categoría profesional:

Años trabajados:

ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA

1- ¿Cómo definiría usted una agresión al personal sanitario?

2- ¿Ha sufrido alguna vez una agresión? SI/NO

En caso de que la respuesta fuera SI se procederá a realizar las siguientes preguntas:

- ¿Notificó la agresión? ¿Por qué? ¿Conoce que existe un protocolo de notificación?
- ¿Qué opina en cuanto al protocolo de notificación de las agresiones? ¿Le parece adecuado?
- ¿Se sintió apoyado por la empresa?
- ¿Repercutió en su vida cotidiana? ¿Y en su trabajo? ¿De qué manera?
- ¿Cómo se sintió?
- ¿Cree que la agresión fue motivada por algún suceso justificado?

- ¿Quién le agredió (paciente, familiar...)?
- ¿Qué tipo de agresión fue (física, verbal, psicológica, ambas)?

En caso de que la respuesta fuera NO se procederá a realizar las siguientes cuestiones:

- ¿En caso de sufrir una agresión, la notificaría?
 - ¿Conoce el protocolo a seguir en estos casos?
- 3- ¿En caso de ser testigo de una agresión hacia un compañero le apoyaría en el proceso de notificación? ¿Por qué?
- 4- ¿Cree que merece la pena notificar las agresiones? ¿Por qué?
- 5- ¿Cree que las agresiones de los usuarios a los profesionales sanitarios es algo más frecuente en este ámbito que en otro? ¿Piensa que en alguna circunstancia puedan ser justificables y asumidas como parte inherente de su trabajo?
- 6- ¿Cuáles cree que son las principales causas de las agresiones?

ANEXO X. DISEÑO DE APP CONTRA LAS AGRESIONES



ANEXO XI. RECOMENDACIONES PARA LA ACTUACIÓN ANTE LOS INDICADORES DE RIESGO DE CONDUCTA AGRESIVA

Sin menoscabo de las exigidas medidas organizacionales y en función de la gravedad de la situación generada, el profesional puede valorar la pertinencia de las siguientes indicaciones. Cuando el usuario o ciudadano se muestre tenso o irritable es recomendable que el trabajador sepa cómo afrontar la situación, actitudes y habilidades en las que debe ser adecuadamente formado:

1.- Mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones.

- Controlar los sentimientos negativos que determinadas situaciones conflictivas con el usuario o sus acompañantes pueden haber provocado.
- Evitar caer en el terreno de la provocación y mantener el control ya que, en el caso contrario, puede producirse una situación de extrema agresividad con insultos y gritos, muy ajena al servicio público de calidad.

2.- Conversar con corrección, en un tono afable y profesional.

- Evitar mostrar un tono brusco y/o cortante porque esto podría incrementar la tensión y acelerar la conflictividad.
- Explicar con mucho detalle y de forma convincente y razonada los motivos por los que no es posible cumplir las expectativas del usuario o acompañante.
- Dirigirse al usuario con firmeza evitando una actitud de prepotencia.

3.- En el caso de que la tensión del usuario aumente de forma incontrolable, a pesar de la conducta para frenarla, será necesario reorientar la conversación:

- Conducir al usuario hacia el estado de ánimo tranquilo que mantiene el profesional. Esto se puede conseguir mediante habilidades de comunicación adecuadas para gestionar las emociones.
- Liberar la tensión emocional del usuario. Dejar hablar al usuario cuanto necesite para explicar sus sentimientos, inquietudes, frustraciones y aspiraciones para que así libere su tensión interna y manteniendo por parte del profesional una escucha activa.
- Evitar cualquier gesto que el usuario pueda interpretar como menosprecio.
- Reconocimiento de las posibles deficiencias propias y de la organización. Normalmente, el reconocimiento de las limitaciones propias rebaja la tensión del usuario y se puede restablecer la interrelación correcta para que la atención discurra con normalidad.
- Manifestar los propios sentimientos al usuario. En aquellas situaciones en las que el profesional no pueda controlar las propias emociones, especialmente después de haber padecido insultos graves o vejaciones, es conveniente mostrar al usuario los propios sentimientos de malestar que le produce el incidente. Esta actitud podría hacerle reflexionar para darse cuenta de las posibles consecuencias de su conducta. No es prudente mencionar la opción de denunciarlo.

4.- Asimismo, durante la entrevista con un usuario o acompañante potencialmente violento es aconsejable evitar transmitir las siguientes señales verbales y no verbales:

Verbales:

- Evitar el uso de estilos de comunicación que generen hostilidad como: apatía, frialdad, condescendencia, menosprecio, impaciencia,...
- Evitar verbalizar amenazas, coacciones o insultos
- Evitar minimizar la situación, las quejas o las críticas.
- Evitar de entrada la crítica y el rechazo a las peticiones del ciudadano.
- Evitar transferir información que no se ajuste a la realidad y/o proponer pactos que no se puedan cumplir.

No verbales:

- Evitar la adopción de un lenguaje desafiante o que, en el contexto de una situación conflictiva, se interprete como hostil o amenazador, ponerse de pie en oposición frontal, manos en las caderas, cruzar los brazos, señalar con el dedo,...
- Evitar el contacto físico y el exceso de proximidad (mantenerse a una distancia aproximadamente igual a la longitud del brazo). Así nos situamos inicialmente lejos de su alcance y no se invade su espacio personal.
- Evitar el contacto ocular prolongado.
- Evitar movimientos rápidos y dar la espalda.

Fuente: Boletín Oficial de Aragón. ORDEN de 21 de octubre de 2014, del Departamento de Hacienda y Administración Pública, por la que se publica el Protocolo de actuación ante la violencia externa en el lugar de trabajo del personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.

ANEXO XII. AGRESIONES EXTERNAS HACIA LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DURANTE EL AÑO 2018

Rev Esp Salud Pública. 2020; Vol. 94: 26 de octubre e1-11.

www.mscbs.es/resp

ORIGINAL

Recibido: 10 de julio de 2020
Aceptado: 16 de septiembre de 2020
Publicado: 26 de octubre de 2020

AGRESIONES EXTERNAS HACIA LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DURANTE EL AÑO 2018

Maria Isabel Serrano Vicente (1), María Teresa Fernández Rodrigo (2), Fernando Urcola Pardo (2) y Pedro José Satústegui Dordá (2)

(1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

(2) Departamento de Fisiología y Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. Grupo de investigación de Referencia Agua y Salud Ambiental (TS1_17R). Zaragoza. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: El riesgo que tiene el personal sanitario de sufrir una agresión en el lugar de trabajo no es homogéneo. Factores como la categoría profesional, el nivel asistencial o el servicio modulan su probabilidad. El objetivo del presente trabajo fue analizar las agresiones registradas por los profesionales del Servicio Aragonés de Salud, comparando las características de aquellas que sucedieron en Atención Primaria con las que tuvieron lugar en Atención Especializada durante el año 2018.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, llevado a cabo a través de la información disponible en la base de datos del registro de agresiones aragonés durante el año 2018. Las variables del estudio incluyeron características sociodemográficas de las personas agredidas, tipo de agresión, nivel de asistencia y baja laboral. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y media y desviación típica para las cuantitativas. La relación entre las variables se realizó mediante las pruebas de Mann-Whitney y Chi-Cuadrado.

Resultados: Se registraron 236 agresiones, de las que el 75,4% tuvieron lugar en Atención Especializada. La edad media se situó en 45 años. Los médicos fueron más agredidos en Atención Primaria, mientras que el personal de enfermería lo fue más en especializada. En primaria se produjeron más agresiones verbales, mientras que en especializada se registraron más agresiones físicas.

Conclusiones: La violencia laboral que sufren los profesionales sanitarios varía en función del nivel asistencial, donde se observa una mayor incidencia de agresiones en Atención Especializada. Es necesario establecer mejoras en el registro de agresiones de Aragón, para perfeccionar la prevención y seguridad de los trabajadores.

Palabras clave: Violencia laboral, Agresión, Personal sanitario, Nivel asistencial.

ABSTRACT

Comparative study of the assaults to professionals in Primary Care against Specialized Care, in the Aragón Health Service during the year 2018

Background: The risk that health personnel have of being assaulted in the workplace is not homogeneous. Factors such as professional category, level of care or service, modulate their probability. The objective of this work was to analyze the aggressions registered by the Servicio Aragonés de Salud professionals, comparing the characteristics of those that occurred in primary care with those that took place in specialized care during 2018.

Methods: A cross-sectional descriptive study was made, carried out using the information available in the Aragon aggression registry database, during the year 2018. The study variables included sociodemographic characteristics of the people attacked, type of aggression, level of assistance and sick leave. Frequencies and percentages were calculated for the qualitative variables and mean and standard deviation for the quantitative ones; the relationship between the variables was made using the Mann-Whitney and Chi-Square tests.

Results: 236 assaults were registered, of which 75.4% took place in AE. The average age was 45 years. Doctors were more attacked in primary care, while nursing staff was more attacked in specialized care. In primary there were more verbal attacks, while in specialized there were more physical attacks.

Conclusions: Occupational violence suffered by health professionals change depending on the level of care, where a higher incidence of assaults is observed in specialized care. It is necessary to establish improvements in the registry of aggressions in Aragón, to improve the prevention and safety of workers.

Key words: Workplace violence, Aggression, Health personnel, Health care level.

Correspondencia:
Maria Isabel Serrano Vicente
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Zaragoza
C/ Domingo Miral, s/n
50009 Zaragoza, España
mserranovicente@hotmail.com

Cita sugerida: Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Urcola Pardo F, Satústegui Dordá PJ. Agresiones externas hacia los profesionales del Servicio Aragonés de Salud en los servicios de Atención Primaria y Especializada durante el año 2018. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 26 de octubre e202010125.

INTRODUCCIÓN

La violencia constituye un grave problema social que afecta a todas las regiones del planeta. Durante las últimas décadas, sus manifestaciones se han incrementado a nivel general, extendiéndose también al ámbito laboral y, de forma especialmente llamativa, al sector sanitario, que en ningún caso ha resultado ajeno a esta tendencia^(1,2,3,4,5).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia laboral 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 el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”*⁽²⁾.

Los profesionales sanitarios presentan un elevado riesgo de sufrir violencia en el lugar de trabajo, debido a la carga emocional de las situaciones y a las exigencias por parte de los usuarios, siendo las principales causas la demora asistencial y los elevados tiempos de espera. Aproximadamente el 50% de estos trabajadores han sido objeto de violencia en el transcurso de su vida laboral. Este hecho conlleva graves consecuencias, que afectan tanto a la organización del trabajo como a la salud de los sanitarios^(2,3,5,6).

Un alto porcentaje de profesionales sanitarios no reciben formación en prevención, no conocen los procedimientos a seguir y no consideran útil notificar ni denunciar estos incidentes, pues reconocen las agresiones como un aspecto más de su trabajo al que están expuestos, considerándolo inherente al ejercicio profesional^(7,8,9,10,11).

En la comunidad autónoma de Aragón, al igual que en el resto de España, se han incrementado durante los últimos años las

situaciones violentas y de conflicto en el trato de los usuarios hacia los profesionales de los centros sanitarios^(1,2).

El Decreto 130/1986, de 19 de diciembre, de la Diputación General de Aragón, aprobaba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón y establecía la ordenación territorial y funcional del Sistema de Salud de Aragón en zonas de salud, sectores y áreas de salud.

En la actualidad, la organización territorial del Sistema Aragonés de Salud (SALUD) se estructura en 5 áreas y 8 sectores, constituidos por distintas zonas de salud, cada una de las cuales incluyen una serie de municipios con sus respectivas entidades singulares de población.

En Aragón, la población que atiende el sistema público sanitario en sus diferentes sectores no es uniforme, el número de efectivos por área y sector sanitario va en consonancia a esta desigualdad poblacional. La provincia de Zaragoza dónde trabajan aproximadamente 14.275 profesionales abarca el 71% de la población de Aragón y se distribuye en el área sanitaria II (sector Zaragoza II –6.680 trabajadores, 30% de la población–), área sanitaria III (sector Zaragoza III –4.520, 22%– y Calatayud –797, 5%–) y área sanitaria V (sector de Zaragoza I –2.278, 14%–).

El área sanitaria IV abarca la provincia de Teruel con un total del 12% de la población y 2.375 trabajadores (sector Alcañiz –912, 6%– y sector Teruel –1.463, 6%–), y el área sanitaria I, atendida por 3.272 profesionales abarca el 17% de la población, perteneciente a la provincia de Huesca (sector Barbastro –1.291, 8%– y sector Huesca –1.982, 9%–) (figura 1).

El riesgo que tienen los profesionales sanitarios de sufrir una agresión varía en función de su categoría profesional, del nivel asistencial en el que trabajan y del servicio en el que lo

Figura 1
Mapa sanitario de Aragón.



hacen. Todos estos factores modularían el tipo y la casuística de las agresiones en el contexto laboral^(1,2).

La mayoría de los estudios realizados hasta el momento son de carácter descriptivo. Con el fin de conocer las características y la magnitud de las agresiones, la mayor parte de ellos se centran en estudiar este fenómeno en todos los servicios en conjunto o en alguno en concreto. Solo De San Segundo *et al*⁽³⁾ y Gutiérrez L⁽¹²⁾, compararon las agresiones producidas entre los diferentes niveles asistenciales -Atención Primaria (AP) frente a Atención Especializada (AE)-, aduciendo las enormes diferencias en cuanto al tipo de usuarios, la complejidad asistencial o la sobrecarga de trabajo para los profesionales. De esta forma, conocer las características de las agresiones, estratificándolas según

el nivel asistencial en el que se produjeron, podría tener utilidad para su prevención.

El objetivo de este estudio fue analizar las agresiones registradas por los profesionales del SALUD, comparando las características de aquellas que sucedieron en AP con las que tuvieron lugar en AE durante el año 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, de carácter descriptivo, sobre las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios del SALUD en los centros de la comunidad autónoma de Aragón durante 2018. Las agresiones estudiadas en el presente trabajo fueron las consideradas como violencia externa, es decir, aquellas que tuvieron lugar entre los trabajadores y cualquier persona presente en el lugar de trabajo y que fuera ajena a la organización.

El total de trabajadores del SALUD en 2018 fue de 22.748, de los que el 10% prestaron servicio en AP y el 90% en AE. Se analizaron retrospectivamente las notificaciones que realizaron los profesionales agredidos, comparando las características en AP frente a las de AE. El acceso a los datos se realizó a través de los registros recopilados por la Unidad Central del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales durante ese año.

El estudio se desarrolló tras obtener el permiso del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón y con el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA) (C.P - C.I PI18/141).

El trabajo se llevó a cabo bajo las normas de buena práctica clínica, los principios éticos básicos y los aspectos contenidos en la *Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección*

de datos personales y garantía de los derechos digitales, que regula el acceso, la protección y la confidencialidad de los datos de los pacientes. En la realización del trabajo, todos sus autores declararon no tener conflicto de intereses.

Se estudiaron variables sociodemográficas (sexo, edad), geográficas (provincia, área sanitaria), relacionadas con el nivel de asistencia (AP frente a AE), la categoría profesional (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y otros profesionales), antigüedad laboral del agredido, tipo de agresión (física, verbal, física y verbal o con componente psicológico) y las consecuencias de la misma.

Para la recogida de las variables se creó una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel. Con posterioridad, los datos fueron importados a una matriz con formato propio del programa SPSS (versión 23) para el análisis estadístico.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo univariante. Para comprobar la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov. Asimismo, se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana y moda), de dispersión (mínimo, máximo, coeficiente de variación y desviación estándar) y de forma (asimetría). En el análisis de las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas, complementándolas con las consiguientes tablas y gráficos.

En cuanto al análisis bivalente, se estudió la relación entre las variables cuantitativas y cualitativas. Se realizó un contraste de diferencia de medias para las variables continuas (edad). Este análisis se realizó mediante el test para pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney, tras rechazar la normalidad de los grupos formados. Los contrastes utilizados de

manera bilateral para mostrar la independencia entre dos variables cualitativas fueron el test de Chi-cuadrado, el test de Fisher (si las frecuencias esperadas eran inferiores a 5) y las tablas de contingencia.

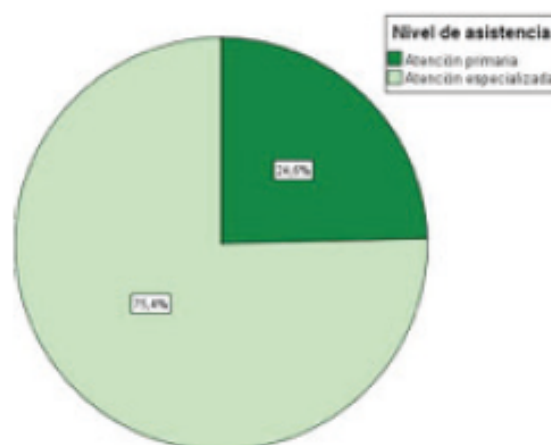
Para todo el estudio se estableció un nivel de confianza del 95%, por lo que se consideraron significativos los valores inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Durante el año 2018 se notificaron un total de 251 incidentes, de los que el 1,5% se produjeron en el servicio de Urgencias y emergencias extrahospitalarias (061 ARAGÓN) y el 4,3% en unidades o centros de salud mental.

Excluyendo este 5,8% de agresiones, el 24,6% de las notificaciones tuvieron su origen en AP y el 75,4% en AE (figura 2). En cambio, se observaron mayores tasas de agresiones en AP (25 por cada 1.000 trabajadores) que en AE (8,6).

Figura 2
Distribución de las agresiones según el nivel de asistencia.



En ambos niveles asistenciales, la edad media de los profesionales agredidos se situó en torno a los 45 años: 46,4 años (IC 95% 42,8-50,1) en AP y 44,3 años (IC 95% 42,1-46,5) en AE, sin que existiera demasiada variabilidad en la edad de los trabajadores sanitarios agredidos, con coeficientes de variación entre el 24% y el 28%.

En todas las provincias, los profesionales sanitarios fueron más agredidos en AE (77% en Zaragoza, 74,1% en Huesca y 63,6% en Teruel) que en AP (23% en Zaragoza, 25,9% en Huesca y 36,4% en Teruel).

De igual forma, todas las áreas sanitarias mostraron mayor número de agresiones a profesionales sanitarios en AE (tabla 1), existiendo diferencias significativas ($p=0,013$) respecto a las sufridas por los trabajadores de AP. El área de salud II fue la más castigada en AE (90,5% de los incidentes) y las áreas III y IV lo fueron en AP (32,6% y 36,4% respectivamente).

De igual modo, resulta interesante señalar que mientras los médicos fueron los profesionales de Atención Primaria que registraron más agresiones (53,2%), los enfermeros (85,7%) y los auxiliares de enfermería (100%) fueron los más agredidos en Atención Especializada ($p<0,001$) (tabla 2).

Al estudiar la distribución proporcional por género de las agresiones notificadas por los trabajadores al sistema de vigilancia del Gobierno de Aragón, se observó que las mujeres registraron un mayor número de agresiones que los hombres. En ambos sexos se registraron más agresiones en AE, donde las mujeres notificaron el 74,4% de los casos en AE frente al 25,6% en AP, y los hombres el 81,1% en AE frente al 18,9% en AP.

La variable edad del trabajador tuvo un comportamiento diferencial en función del nivel asistencial. Así, mientras los profesionales con más antigüedad en AE fueron los que más

Tabla 1 Distribución de las agresiones en los sectores sanitarios por nivel de asistencia (2018).			
Sector sanitario	Nivel de asistencia		P
	Atención Primaria	Atención Especializada	
Área de salud I	7 (25,9%)	20 (74,1%)	0,013
Área de salud II	6 (9,5%)	57 (90,5%)	
Área de salud III	30 (32,6%)	62 (67,4%)	
Área de salud IV	8 (36,4%)	14 (63,6%)	
Área de salud V	7 (21,9%)	25 (78,1%)	
Total	58 (24,6%)	178 (75,4%)	

Tabla 2 Categoría profesional del personal agredido por nivel de asistencia (2018).			
Categoría profesional	Nivel de asistencia		P
	Atención Primaria	Atención Especializada	
Médicos	42 (53,2%)	37 (46,8%)	<0,001
Enfermeras/os	11 (14,3%)	66 (85,7%)	
Auxiliares de enfermería	0 (0,0%)	51 (100,0%)	
Otros	5 (18,5%)	22 (81,5%)	
Total	58 (24,8%)	176 (75,2%)	

notificaciones de agresiones realizaron (hasta 1 año de antigüedad, 62,5%; de 1 a 5 años, 68,8%; más de 5 años, 80%), en AP la tendencia fue inversa. Así, la menor proporción de registros realizados correspondió a los profesionales con más de 5 años de experiencia (20%), seguidos por los trabajadores con experiencia de 1 a 5 años (31,3%) y de aquellos con menos de un año de experiencia (37,5%).

Las agresiones que con más frecuencia se produjeron fueron las verbales (67,37%), seguidas de las físicas (25%). Sólo un 6,35% incluyeron ambas (física más verbal) y un 1,27% psicológicas (tabla 3).

Tabla 3 Tipología de las agresiones según el nivel de asistencia (2018).			
Tipo de agresión	Nivel de asistencia		p
	Atención Primaria	Atención Especializada	
Física	2 (3,4%)	57 (96,6%)	<0,001
Verbal	50 (31,4%)	109 (68,6%)	
Física y verbal	5 (33,3%)	10 (66,7%)	
Con componente psicológico	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
Total	58 (24,6%)	178 (75,4%)	

Todos los tipos de agresiones fueron más frecuentes en AE. Así, existieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) que relacionar las agresiones físicas con el contexto de la Asistencia Especializada y las agresiones verbales con la Atención Primaria.

Por último, cabe señalar que solo tres trabajadores de AP y dos de AE causaron baja tras sufrir una agresión.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar las agresiones registradas por los profesionales del SALUD, comparando las características de aquellas que sucedieron en AP con las que tuvieron lugar en AE durante el año 2018. Se trata del primer estudio llevado a cabo en Aragón que analiza de manera pormenorizada los incidentes acaecidos en los diferentes niveles asistenciales. Es importante señalar, de igual modo, que los resultados obtenidos no resultan fácilmente comparables con otros trabajos, debido fundamentalmente a las diferencias metodológicas empleadas por los distintos autores.

Tal y como se ha señalado, el estudio de San Segundo *et al*⁽⁵⁾ compara las agresiones entre AP y AE, mostrando mayor número de agresiones en la Asistencia Especializada (61,2%) que en Atención Primaria de salud (38,8%). Estos resultados son cualitativamente similares a los obtenidos en el presente trabajo, aunque en Aragón la diferencia entre las proporciones es mayor (75,4% en AE y tan solo un 24,6% en AP). El diferencial observado entre niveles asistenciales podría deberse a la mayor complejidad de los problemas de salud y al mayor riesgo vital que éstos conllevan para las personas que son atendidas. En consecuencia, estos pacientes o sus familiares se verían abocados a mayores niveles de estrés que podrían explicar, que nunca justificar, el exceso de la casuística⁽¹³⁾.

Al analizar tasas de agresiones según el nivel asistencial, Gutiérrez L⁽¹²⁾, en cuyo estudio diferencia entre tres niveles asistenciales (AP, AE y Salud Mental), concluye que las mayores tasas de agresiones se producen en los servicios de Salud Mental. Dicho autor no encuentra diferencias en las tasas globales entre AP y AE pero, en cambio, en nuestro estudio se observa una mayor tasa de agresiones en los servicios de AP.

Respecto al sexo de los profesionales agredidos, y al igual que ocurre en la mayoría de los trabajos analizados, las mujeres son objeto de un mayor número de agresiones durante el periodo de estudio^(8,11,12,14,15,16). A pesar de la feminización de las profesiones sanitarias, estudios de género desarrollados por investigadoras como Letelier⁽¹⁷⁾ y Poblete⁽¹⁸⁾ muestran mayores tasas de agresión a las mujeres. En este sentido, la mayor violencia laboral sufrida por las mujeres en el ámbito sanitario podría interpretarse como un correlato de la violencia sexista de la sociedad.

En cuanto a la edad media de los profesionales que sufrieron una agresión, esta se sitúa en torno a 45 años, un resultado algo inferior a los obtenidos por Gómez⁽¹⁹⁾ o Rincón del Toro *et al*⁽¹⁵⁾, donde la edad media es de 48 años. De manera contraria, la edad media de los sujetos del presente trabajo es ligeramente superior a los resultados reportados por Gutiérrez⁽¹²⁾ (42,6 años) o Cervantes *et al*⁽¹⁶⁾ (34,5 años), este último el más discordante de las series analizadas.

Mientras los trabajos publicados por Muñoz *et al*⁽²⁰⁾ o Chagoyen⁽²¹⁾ señalan al personal médico como el más agredido, Cantera *et al*⁽¹³⁾ y Lameiro *et al*⁽²²⁾ reportan mayores tasas de agresiones entre los profesionales de enfermería. Frente a esta discrepancia, tanto el estudio de Travetto *et al*⁽⁶⁾ como los resultados obtenidos en el presente trabajo reflejan un número muy similar de agresiones en ambas categorías profesionales, con diferencias solo al estratificar también según el nivel asistencial en el que unos y otros prestan sus servicios.

Esta realidad es coincidente con la mostrada por el trabajo de De San Segundo *et al*⁽⁵⁾, que también coligen que enfermeros y auxiliares de enfermería son más agredidos en AE y los médicos sufren más agresiones en AP. Otros estudios como el de Rincón del Toro *et al*⁽¹⁵⁾, llevado a cabo en

servicios de AP, o los de Mayorca *et al*⁽⁸⁾, Ortells *et al*⁽¹¹⁾ y Bernaldo de Quirós *et al*⁽²²⁾, realizados todos ellos en AE, también muestran esta misma relación. Estos hallazgos podrían ser explicados en base a los diferentes roles que asumen los distintos profesionales en los niveles asistenciales. Así, mientras en AE el personal de enfermería mantiene un contacto más prolongado con el paciente y sus familiares, en AP esta situación se invierte.

Respecto al tipo de agresión, todos los estudios analizados coinciden en mostrar que las agresiones verbales son más frecuentes^(14,16,23,24,25,26). Los resultados obtenidos en el presente trabajo señala además, que aunque las agresiones verbales prevalecen en ambos niveles asistenciales se asocian con la Asistencia Primaria de salud, al tiempo que las físicas lo hacen con la especializada.

Alejado de los resultados expuestos, el trabajo de Lameiro *et al*⁽²⁷⁾ concluye que la proporción de agresiones físicas es mayor a la de agresiones verbales. Aunque este estudio se realizó en un hospital de Vigo, de características similares al resto de los estudios contrastados, no existiría ninguna razón cultural o social que justificara esta diferencia, por lo que quizá sería necesario un estudio en mayor profundidad que permitiera explicar esta discrepancia.

En cuanto al análisis del tipo de agresión según la categoría profesional del trabajador, Gómez *et al*⁽²⁸⁾ o Gómez⁽¹⁹⁾ afirman que, mientras los médicos son más agredidos verbalmente, los auxiliares de enfermería sufren más agresiones físicas. Estos hallazgos permiten sugerir que aspectos tales como la asimetría en las relaciones con las diferentes figuras asistenciales o el sesgo de género podrían influir de manera notable, no solo en la casuística, sino también en la tipología de las agresiones que recibirían los profesionales sanitarios.

En relación al análisis de las agresiones según el nivel de asistencia en el que tuvieron lugar, el presente estudio es consistente con los resultados obtenidos por De San Segundo *et al*⁽⁵⁾. Este autor muestra cómo mientras en AP prevalecen las agresiones verbales, en AE lo hacen las físicas. Tal y como se expuso, es probable que las diferencias puedan ser atribuidas al nivel de complejidad de los problemas sanitarios que son tratados en AE, que inducirían mayores niveles de estrés y ansiedad en pacientes y acompañantes.

Con respecto a las bajas laborales tras el incidente, Gómez *et al*⁽²⁸⁾ o Gutiérrez *et al*⁽¹²⁾ reflejan que muy pocos agredidos precisan baja laboral. En este trabajo, solo cinco profesionales la solicitan, por lo que los resultados podrían considerarse similares a los realizados por los autores anteriormente señalados.

Según Cervantes *et al*⁽¹⁶⁾, los profesionales con mayor antigüedad laboral son los que más agresiones registran en AE. Por el contrario, en AP resultan los menos experimentados los que notifican un mayor número de incidentes^(19,29). Estos hechos también son demostrados en nuestro estudio. De esta forma, el tiempo o la experiencia profesional constituiría una variable que, modulada por el nivel asistencial en el que las agresiones ocurren, generaría una actitud antitética.

Un elevado número de investigaciones^(15,16,20,23,30) ponen de manifiesto que un gran porcentaje de las agresiones que reciben los sanitarios no sale a la luz debido, principalmente, a que los profesionales piensan que es inútil el registro o que simplemente deben asumirlo como un aspecto inherente al ejercicio de su profesión. Además, otros muchos manifiestan no conocer los protocolos a seguir en caso de ser agredido. Sin embargo, en la base de datos de Aragón, es posible observar un incremento de las notificaciones a lo largo de los años, lo

que podría significar una mayor concienciación, por parte de los trabajadores, de la necesidad de comunicar las agresiones.

En este sentido, la unificación del registro de agresiones en la comunidad autónoma de Aragón supone un importante avance a la hora de monitorizar las mismas en una sola base de datos. No obstante, es posible observar limitaciones del propio sistema de registro y notificación que, sin duda, han constituido limitaciones intrínsecas en la realización de este trabajo. La presencia de registros con datos mal cumplimentados, incompletos o la ausencia de variables interesantes constituyen ejemplos frecuentes de la pérdida de una información muy valiosa para implementar medidas preventivas.

Además, también sería interesante realizar un seguimiento de las consecuencias emocionales que estos incidentes causan a los afectados, así como de la trayectoria legal y las consecuencias jurídicas de los casos denunciados.

Un registro detallado de todo el incidente, junto con un seguimiento de éste y su análisis, podría ser la principal herramienta para la toma de decisiones en relación a las medidas preventivas y para mejorar la seguridad de los trabajadores.

Hay que tener en cuenta que la subjetividad al interpretar estos hechos puede ocasionar diferencias entre profesionales, dependiendo de la percepción de cada uno respecto a estos incidentes. Este aspecto podría constituir una limitación a la hora de notificar la agresión y el registro de la misma, ya que muchos de ellos consideran las agresiones como una consecuencia más de su trabajo, tal y como ya se expuso.

Existe una gran variabilidad de la metodología utilizada en los diferentes estudios, lo que dificulta la comparación entre ellos. Serían necesarios unos criterios comunes en cuanto

a variables registradas y factores asociados, que sin duda contribuirían a comprender la variabilidad de este fenómeno complejo.

Según los resultados obtenidos en el presente trabajo es posible concluir que la violencia laboral en el sector sanitario no es igual en todos los niveles asistenciales, ni todos los trabajadores están expuestos de la misma manera. De esta forma, mientras en AP los médicos serían objeto de un mayor número de agresiones verbales, en AE los enfermeros y auxiliares de enfermería sufrirían la mayoría de las agresiones físicas. Estos aspectos diferenciales ponen de relieve la necesidad de desarrollar medidas preventivas individualizadas en los distintos niveles asistenciales, que tomen también en consideración aquellas variables personales y profesionales que modulan el riesgo o la posibilidad que tienen los trabajadores sanitarios de sufrir una agresión.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración del personal del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón por permitirnos el acceso a la base de datos del registro de agresiones, y al grupo de referencia de la Diputación General de Aragón (DGA) "Agua y Salud" (ref:B43-20R), por haber participado en la realización del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano Vicente I. Análisis de las agresiones al personal trabajador registradas en los servicios de salud laboral de los Sectores Sanitarios II y III de Zaragoza. *Cuid Salud*. 2018;(15):5–32.
2. Serrano Vicente M, Fernández Rodrigo M, Satrústegui Dordá P, Urcola Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93:1–16.
3. Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: Agresividad y burnout. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(SUPP1):193–201.
4. Ministerio de Sanidad. Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2014. p. 178. Available from: <http://www.senado.es/web/expanded/appendixblob/servlet?legis=10&tid1=136341&tid2=1>
5. De-San-Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez-de-Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez-Úriz M. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). *Semergen* [Internet]. 2017;43(2):85–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.017>
6. Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M *et al*. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015;38(4):307–15. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000900007
7. Sánchez Robles V, Sánchez Robles R. Percepciones de los enfermeros de Urgencias de un Hospital Comarcal sobre las agresiones a personal sanitario. *Rev Paraninfo Digit*. 2014;(20).
8. Mayorca Yarcán IA, Lucena García S, Cortés Martínez ME, Lucena Méndez MÁ. Violencia contra trabajadores sanitario en un hospital de Andalucía, ¿por qué hay agresiones no registradas? *Med Segur Trab (Madr)*. 2013;59(231):235–58.
9. Martínez León M, Queipo Burón D, Martínez León C, Torres Martín H. Aspectos Médico Legales de las agresiones al personal sanitario y su consideración como delito de atentado. *Rev Sideme*. 2010;5:1–11.
10. Madrid Franco PJ, Salas Moreno MJ, Madrid Franco M. Situación de las agresiones a Enfermería en el Área de Salud de Puertollano. *Enfermería del Trab*. 2011;(1):11–7.
11. Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina Marcos M, Moratò Lorente I. Caracterización de las agresiones

- producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enferm Glob*. 2013;12(30):196–207.
12. Gutiérrez L, Hernández MJ, Molina L. Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). *Arch Prev Riesgos Labor* [Internet]. 2016;19(3):166–74. Available from: <http://www.archivosdeprevencion.com/>
13. Bermejo Villasante M, García-Moya Sanchez R, Gómez López R, González Batres M, Palomero Arcones M, del Peso González L et al. Apoyo en la organización de las intervenciones en el ámbito institucional [Internet]. Madrid: Paraninfo; 2015. 179 p. Available from: https://books.google.es/books?id=cejxCAAQBAJ&pg=PA8&lpg=PA8&dq=en+atención+especializada+se+atienden+situaciones+más+complejas&source=bl&ots=Vctt9kLshE&sig=ACfU3U1DjGlg_9U5RTc4Yxr9gwx206aWFQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjEkv-jtbpAhXgA2MBHQTaDPEQ6AEwAHoECACQAQ#
14. Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: El caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*. 2008;29(1):49–58.
15. Rincón-del Toro T, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, de Castro-Monteiro E, et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la comunidad de Madrid, 2011-2012. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;90:e1–12.
16. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por internet (2007-2009). *Arch Prev Riesgos Labor* [Internet]. 2010;13(3):135–40. Available from: http://www.archivosdeprevencion.com/view_document.php?tpd=2&ci=1946
17. Letelier Sanz P, Valenzuela Sauzo S. Violence: relevant study phenomenon in clinical intrahospital nursery fields. *Cienc enferm*. 2002;8:21–6.
18. Poblete Troncoso M, Valenzuela Sauzo S. Enfermeras en riesgo: Violencia laboral con enfoque de género. *Index Enferm*. 2005;14:40–4.
19. Gómez Romero MR. Violencia en el puesto de trabajo sanitario, análisis situacional y experiencias de las víctimas [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). 2016. Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/401582>
20. Muñoz Pascual JC, Delgado de Mendoza Ruiz B, Romero Ruiz A, Bermúdez Luque JC, Cabrera Cobos F. Agresiones al personal de los servicios de salud. *Enfermería Docente*. 2008;(89):15–7.
21. Chagoyen Barroso T. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. *Med Segur Trab* [Internet]. 2016;62(242):25–48. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000100005&lng=es&nrm=iso
22. Bernaldo De Quirós M, Cerdeira JC, Gómez M del M, Piccini AT, Crespo M, Labrador FJ. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. *Emergencias* [Internet]. 2014;26:171–8. Available from: <http://eprints.ucm.es/33890/>
23. Martínez Isasi S, García Zurita A, Felipez Agrelo IM, Castro Dios DJ. Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. *Enfermería Glob*. 2015;14(39):219–29.
24. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86(3):279–91.
25. Saldaña García R. Agresiones al Personal de los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias. 2012.
26. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias*. 2014;26:163–70.
27. Lameiro C, Besteiro A, Cuevas A, Pérez A, Gómez C, Del Campo V. Violencia laboral en Instituciones sanitarias.

AGRESIONES EXTERNAS HACIA LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA...

- Análisis de un perfil cambiante. *Enfermería del Trab.* 2013;3(2):66–74.
28. Gómez Romero MR, Tous Pallarés J, Martín Baena D, Ferrer Ferrándiz E. Estudio retrospectivo sobre las agresiones a profesionales registradas durante el decenio 2005-2014 en un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Rev Enfermería del Trab.* 2017;4(7):88–96.
29. Galián Muñoz I. Violencia de los Usuarios hacia el Personal de Enfermería. Evaluación del Riesgo Laboral y Análisis de las Consecuencias Psicológicas. Vol. 111, *The British Journal of Psychiatry*. 2015.
30. Fernández Martín MJ, Camacho García MG, Olmos Aullón C, Ruiz García S, Sanjuán Navais M. Análisis y registro de las agresiones en UCI. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2006;17(2):59–66. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edselp&AN=S1130239906739177>

ANEXO XIII. AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SECTOR SANITARIO EN ESPAÑA, REVISIÓN SISTEMÁTICA

Rev Esp Salud Pública. 2019; Vol. 93: 2 de octubre e1-16.

www.msc.es/resp

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Recibido: 6 de junio de 2019
Aceptado: 17 de septiembre de 2019
Publicado: 2 de octubre de 2019

AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SECTOR SANITARIO EN ESPAÑA, REVISIÓN SISTEMÁTICA

María Isabel Serrano Vicente (1), María Teresa Fernández Rodrigo (2), Pedro José Satústegui Dordá (3) y Fernando Urcola Pardo (2)

(1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

(2) Departamento de Fisiología y Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Grupo de investigación de Referencia Agua y Salud Ambiental (TS1_17R). Zaragoza. España.

(3) Departamento de Fisiología y Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: El incremento de la violencia en el ámbito sanitario en los últimos años ha ocasionado importantes consecuencias sobre la salud de los trabajadores agredidos. Se plantea esta revisión sistemática cuyo objetivo fue actualizar y revisar la literatura científica disponible sobre las agresiones a trabajadores del sector sanitario en España.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura sobre agresiones al personal del sector sanitario. Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: Scielo, Cuidatge, Medline, Cuiden, Scopus, Dialnet, Ibics, Sciencedirect, Medes, Enfispo, Ibics, Lilacs, Índices CSIC y Embase. Se incluyeron todos los artículos originales hasta abril de 2019, publicados en inglés o español.

Resultados: Se incluyeron 23 estudios. La calidad metodológica de los estudios incluidos fue buena. Las agresiones que se producen tienden a seguir un mismo patrón. Fueron mayormente agresiones verbales, acompañadas en numerosas ocasiones de amenazas. Los pacientes fueron los principales agresores, ejerciendo violencia fundamentalmente hacia médicos y profesionales de enfermería. Las principales causas se debieron a los tiempos de espera y a las demoras, pero pocas veces los hechos fueron denunciados o registrados.

Conclusiones: Se observa un incremento en la magnitud del fenómeno en los últimos años. En la mayoría de los casos los agresores son hombres, pero en cambio los profesionales agredidos son mayormente mujeres. La variabilidad en los registros de notificaciones de agresiones y en los cuestionarios utilizados en los diferentes estudios, así como la subjetividad e interpretación de estos hechos, dificulta la comparación entre ellos.

Palabras clave: Violencia laboral, Agresión, Personal sanitario, España.

Correspondencia:
María Isabel Serrano Vicente
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Zaragoza
C/ Domingo Miral, s/n
50009 Zaragoza, España
mserranovicente@hotmail.com

ABSTRACT

Aggression to health care personnel in Spain: a systematic review

Background: The increase in violence in the health sector in recent years has had important consequences on the health of workers who have been attacked. This systematic review is proposed, whose objective was to update and systematically review the available scientific literature on the aggressions against workers in the health sector in Spain.

Methods: A systematic review of the literature on aggressions to the health care personnel was carried out. The following database were searched: Scielo, Cuidatge, Medline, Cuiden, Scopus, Dialnet, Ibics, Sciencedirect, Medes, Enfispo, Ibics, Lilacs, CSIC and Embase databases. All original articles were included until April 2019, published in English or Spanish.

Results: Twenty-three studies were included. The methodological quality of the included studies was good. The aggression that occur tend to follow the same pattern; they are mostly verbal and psychological aggressions, often accompanied by threats. Patients are the main aggressors, to normally doctors and nurses. The main causes are waiting times and delays, rarely the facts are reported or recorded.

Conclusions: There is an increase in the magnitude of the phenomenon in recent years, in most cases the aggressors are men, whereas the aggressed professionals are mostly women. The variability in the records of aggression notifications and in the questionnaires used in the different studies, as well as the subjectivity and interpretation of these facts, make comparison between them difficult.

Key words: Workplace violence, Aggression, Health care personnel, Spain.

Cita sugerida: Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 2 de octubre e201910097

INTRODUCCIÓN

La violencia se ha convertido en un problema de índole universal, que afecta a todas las estructuras sociales y conlleva altos costes para la economía de los países. La violencia ha aumentado en todas sus esferas, y también lo ha hecho en el ámbito laboral, siendo una preocupación prioritaria a nivel mundial en las últimas décadas y llegando a alcanzar en algunos países como Canadá o Reino Unido niveles considerados como pandémicos^(1,2,3,4,5).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia laboral 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 el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”⁽⁶⁾.

Existen ciertas ocupaciones y sectores industriales en donde los trabajadores presentan un mayor riesgo de ser objeto de violencia. Concretamente, en el sector sanitario se ha convertido en los últimos años en una problemática de vital importancia. Cerca de un 25% de los incidentes de violencia laboral ocurren en este sector, y aproximadamente un 50% de sus profesionales han sido objeto de algún incidente violento en el transcurso de su vida laboral^(1,2,3,4,5).

La violencia en cualquier ámbito conlleva graves consecuencias en la persona que la padece y su entorno, pudiendo llegar a ocasionar lesiones físicas, inhabilitación, trauma psicológico, estrés, ansiedad, síndrome de *burnout*, aislamiento, falta de motivación, disminución de la autoestima e, incluso, la muerte^(1,2,6,7,8).

Además, los profesionales del sector sanitario que han sufrido una agresión expresan mayor temor ante los pacientes y/o familiares. Estas consecuencias también afectan a las organizaciones del trabajo, porque se observa un

mayor aumento del absentismo laboral, un deterioro de la calidad del servicio y un descenso del rendimiento y la competitividad^(2,6,7,8).

Es muy difícil disponer de información real sobre las agresiones que se producen, ya que sólo una pequeña proporción de estas conductas sale a la luz, pero hay un gran volumen de incidentes violentos sumergidos, que no constan en ningún registro. Esto dificulta el conocimiento sobre la realidad de las agresiones^(2,9,10).

Pese a la existencia de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, tanto en los diferentes Departamentos de Salud como en los centros hospitalarios (encargados de todo lo relacionado con la prevención laboral así como de la notificación de las agresiones, siguiendo los protocolos elaborados por ellos mismos), un alto porcentaje de profesionales no reciben formación en prevención, no conocen el protocolo a seguir en caso de episodios violentos y, en caso de agresión, no se ven apoyados con las medidas tomadas por la empresa^(11,12).

En España, la violencia laboral hacia los profesionales sanitarios empezó a ser objeto de estudio en 2004⁽¹³⁾. Los estudios realizados en los diferentes centros sanitarios y comunidades autónomas han sido de carácter descriptivo, con el fin de conocer las características y la magnitud de las agresiones hacia el profesional sanitario que se producen en nuestro país. Únicamente se han publicado dos revisiones de la literatura científica sobre el tema, una de ellas en 2015⁽¹³⁾, en la que se incluyeron 18 estudios, llevados a cabo todos ellos en diferentes servicios sanitarios españoles. La otra revisión fue en 2014⁽¹⁴⁾, centrada únicamente en las agresiones producidas en las urgencias extrahospitalarias, y en la que solamente un estudio de los cinco incluidos era español. El objetivo de la presente revisión fue actualizar y revisar sistemáticamente la literatura científica disponible sobre las agresiones a trabajadores del sector sanitario en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica siguiendo las recomendaciones PRISMA. Esta revisión fue registrada en Prospero, cuyo ID correspondiente es CRD42018096654.

Con el propósito de localizar revisiones sistemáticas previamente publicadas y que pudieran responder a la pregunta de investigación planteada, se realizó una búsqueda en las bases de datos Trip Database, The Cochrane Library y Science Direct. Se identificaron dos revisiones sistemáticas: una centrada en la violencia laboral en las urgencias extrahospitalarias (Bernaldo de Quirós M et al -2014-)⁽¹⁴⁾ y otra que analiza la violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España (Vidal C et al -2015-)⁽¹³⁾.

Bases de datos y estrategia de búsqueda. Con la finalidad de identificar estudios primarios, se realizaron búsquedas en Scielo, Cuidatge, Medline, Cuiden, Scopus, Dialnet, Ibics, Sciencedirect, Medes, Enfispo, Ibics, Lilacs, Índices CSIC y Embase. Se realizó una búsqueda libre en Google Académico para identificar los estudios no publicados en las bases de datos. Esta se llevó a cabo durante el segundo trimestre de 2018 y, posteriormente, se efectuó otra en abril de 2019 para identificar nuevas publicaciones.

La estrategia de búsqueda se basó en la combinación de los términos “workplace violence”, “health care personnel”, “agresión” y “Spain” según el tesoro MeSH, y además “violencia laboral”, “agresión”, “personal sanitario” y “España” según DeCS en español.

En la **tabla 1** puede verse la estrategia completa desarrollada en Scielo. Esta fue posteriormente adaptada a las demás bases de datos.

Criterios de inclusión. Se incluyeron todos los artículos originales que analizaban las características de las agresiones sufridas

por el personal sanitario en España, independientemente del año de publicación, hasta abril de 2019 (fecha en que se finalizó la búsqueda bibliográfica), y siendo publicados en inglés o español. Se excluyeron artículos de carácter divulgativo, opiniones de expertos, cartas al editor, trabajos académicos y diseños de proyectos de investigación.

Selección de los estudios. Dos revisores seleccionaron los artículos para ser incluidos en esta revisión sistemática e inicialmente se examinaron 189 publicaciones. Se realizó una primera fase de selección basada en la lectura de los títulos y los resúmenes, excluyéndose 151 publicaciones. Los criterios de exclusión en esta primera fase fueron:

- No ser un artículo original.
- Estar escrito en lengua no inglesa o española.
- No estar directamente relacionado con la violencia laboral hacia los profesionales sanitarios.

Posteriormente, se revisó la selección mediante una lectura completa de los artículos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y excluyendo los duplicados. Finalmente se seleccionaron 23 artículos originales (**figura 1**).

Evaluación de la calidad de los estudios. Dos personas fueron las encargadas de evaluar la calidad de los estudios seleccionados. Al tratarse de estudios descriptivos transversales, se empleó la escala *JBIC Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*⁽¹⁵⁾, escala que consta de 8 preguntas para evaluar la calidad de los estudios seleccionados (**tabla 2**).

Síntesis de información. Las principales características de los estudios se sintetizaron en tablas que fueron diseñadas a partir de la información extraída de los 23 documentos.

Tabla 1
Estrategia de búsqueda en Scielo.

1. Agresiones OR violencia laboral
2. Personal sanitario
3. España
4. Agresiones AND personal sanitario
5. (Agresiones OR violencia laboral) AND personal sanitario
6. (Agresiones OR violencia laboral) AND personal sanitario AND España
7. Límites: idioma inglés OR español

Figura 1
Estrategia de búsqueda en la literatura científica.

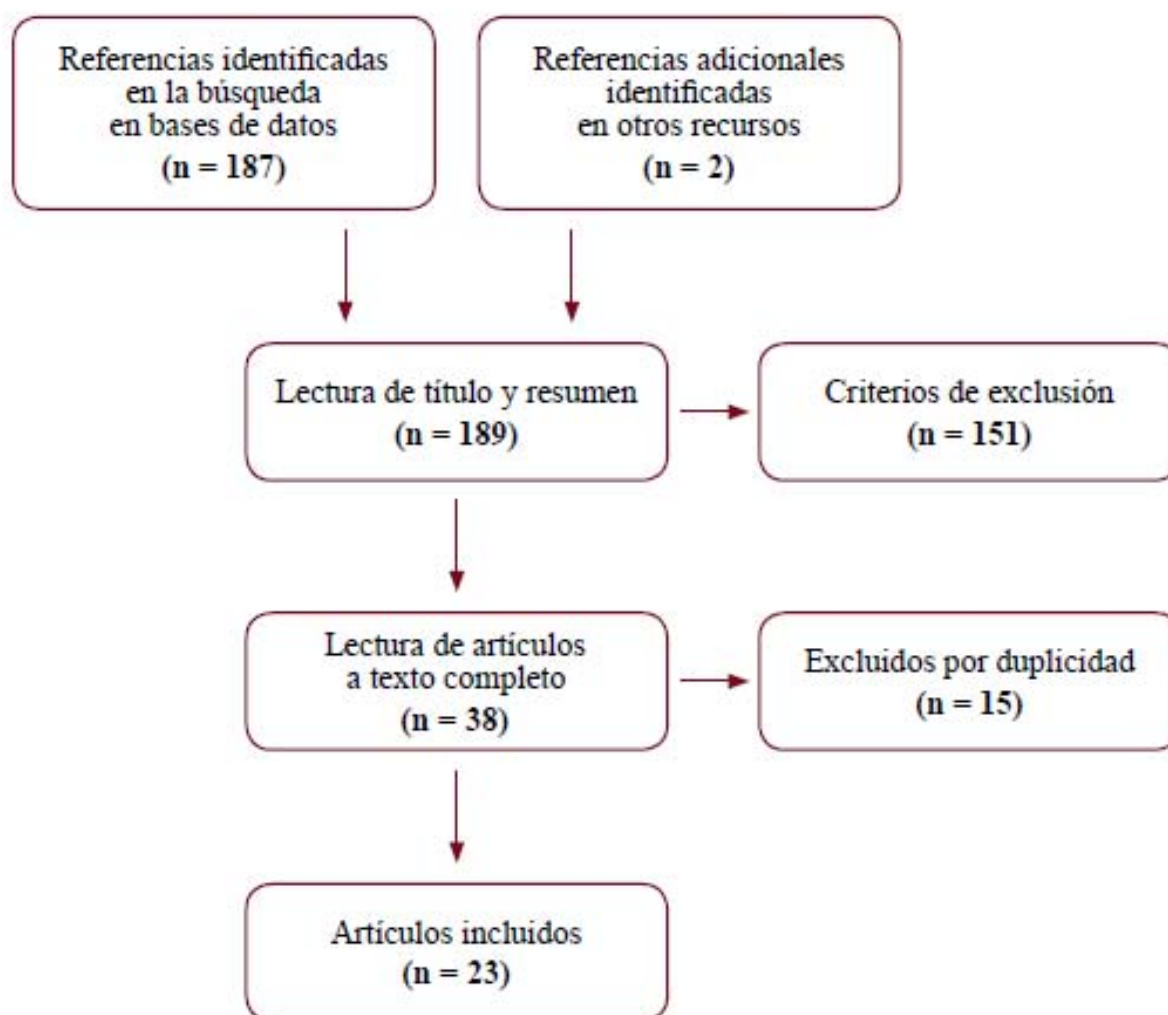


Tabla 2
Calidad de los estudios incluidos en la revisión.

Autor	Nº de "sí"	Nº de "no"	Nº de "no está claro"	Nº de "no aplicable"	Total sobre 8 puntos
Moreno MA ⁽¹⁶⁾	6	-	2	-	6/8
Sánchez V ⁽¹⁷⁾	7	1	-	-	7/8
Rincón del Toro T ⁽¹⁸⁾	6	1	-	1	6/8
Martínez S ⁽¹⁹⁾	6	1	-	1	6/8
Muñoz JC ⁽²⁰⁾	5	2	-	1	5/8
Fernández MJ ⁽²¹⁾	6	2	-	-	6/8
Cantera L ⁽²²⁾	6	2	-	-	6/8
Cervantes G ⁽²³⁾	6	2	-	-	6/8
Cervantes G ⁽²⁴⁾	6	2	-	-	6/8
Gutiérrez L ⁽²⁵⁾	6	1	-	1	6/8
Carcoba N ⁽²⁶⁾	5	3	-	-	5/8
Ortells N ⁽¹²⁾	6	2	-	-	6/8
Gómez MR ⁽²⁷⁾	6	2	-	-	6/8
Madrid P ⁽¹¹⁾	5	2	1	-	5/8
Galian I ⁽²⁸⁾	6	2	-	-	6/8
Galian I ⁽²⁹⁾	6	2	-	-	6/8
Bernaldo M ⁽³⁰⁾	6	2	-	-	6/8
Gascón S ⁽³¹⁾	6	2	-	-	6/8
Gascón S ⁽³²⁾	6	2	-	-	6/8
Chagoyen T ⁽³³⁾	6	2	-	-	6/8
Martínez M ⁽³⁴⁾	5	2	-	1	5/8
De San Segundo M ⁽⁵⁾	5	2	-	1	5/8
Serrano I ⁽³⁵⁾	7	1	-	-	7/8

Las variables se agruparon en dos listados. Por un lado, aquellas que correspondían a las características de los propios estudios y, por otro, aquellas que eran características de las agresiones.

Como variables correspondientes a las características de los propios estudios se consideraron:

- i) Autoría.
- ii) Año de publicación.
- iii) Idioma de publicación: inglés o español.
- iv) Diseño multicéntrico: sí o no.
- v) Muestra.
- vi) Servicios estudiados: atención primaria, urgencias, UCI, atención especializada o todos los servicios sanitarios en conjunto.
- vii) Tipo de profesional implicado: todo el personal, personal médico, personal de enfermería o auxiliares de enfermería.
- viii) Comunidad autónoma.
- ix) Instrumentos: *ad hoc* o registros institucionales (bases de datos).
- x) Frecuencia de las agresiones

Como variables correspondientes a las características de las agresiones se tuvieron en cuenta:

- i) Tipo de agresión: Verbal, física o ambas.
- ii) Turno en el que se produjo el incidente: mañana, tarde o noche.
- iii) Causas de la agresión.
- iv) Agresor: paciente, familiar o ambos.

v) Sexo del agresor: hombre o mujer.

vi) Categoría profesional del agredido: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, administrativos u otros.

vii) Sexo del agredido: hombre o mujer.

viii) Edad del agredido.

ix) Antigüedad del agredido.

x) Registro: sí o no.

xi) Denuncia: sí o no.

RESULTADOS

La estrategia de búsqueda realizada para el presente estudio dio como resultado un total de 189 referencias bibliográficas. A partir de la valoración de los títulos y resúmenes, se seleccionaron 38 referencias de interés. Tras la lectura del texto completo, finalmente se eligieron para la revisión 23 referencias. En la [figura 1](#) se representa el proceso de selección de estudios.

Como puede verse en la [tabla 3](#) el 43,47% de los estudios seleccionados fueron publicados en los últimos 5 años. En relación con la autoría de los estudios, el 13,6% de los autores participaron en más de un documento. La lengua española fue la predominante, siendo utilizada en un 90,9% de los estudios.

Todos los estudios siguieron un diseño descriptivo transversal y, además, el 72% de ellos fueron multicéntricos. La calidad de los estudios osciló entre media y buena, obteniendo todos ellos puntuaciones por encima de 4 puntos sobre 8.

Respecto al tamaño de la muestra, existe variedad. Encontramos estudios desde $n=22$ como el de Cárcoba N et al (2010)⁽²⁶⁾ hasta otros como

AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SECTOR SANITARIO EN ESPAÑA, REVISIÓN SISTEMÁTICA

Tabla 3
Características de los estudios.

Autor	Año	Idioma	Diseño	Muestra	Servicios	Profesionales	Territorio	Instrumento	Frecuencia
Moreno MA ⁽¹⁶⁾	2005	E	SÍ	68	AP	M	Andalucía	Ad	58%
Sánchez V ⁽¹⁷⁾	2014	E	NO	45	URG	ENF	Andalucía	Ad	73,4% VV/ 8,1% VF
Rincón del Toro T ⁽¹⁸⁾	2016	E	SÍ	1.157	AP	T	Madrid	Reg	-
Martínez S ⁽¹⁹⁾	2015	E	SÍ	145	T	ENF	Galicia	Ad	68,3%
Muñoz JC ⁽²⁰⁾	2008	E	SÍ	57	T	T	Andalucía	Reg	-
Fernández MJ ⁽²¹⁾	2006	E	NO	134	UCI	ENF	Cataluña	Ad	73,88%
Cantera L ⁽²²⁾	2008	E	SÍ	846	T	ENF	Cataluña	Reg	-
Cervantes G ⁽²³⁾	2008	E	SÍ	501	T	T	Cataluña	Reg	-
Cervantes G ⁽²⁴⁾	2010	E	SÍ	1.940	T	T	Cataluña	Reg	-
Gutiérrez L ⁽²⁵⁾	2016	E	SÍ	684	T	T	Navarra	Reg	-
Carcoba N ⁽²⁶⁾	2010	E	NO	22	URG	T	País Vasco	Ad vs Reg	-
Ortells N ⁽¹²⁾	2013	E	NO	73	URG	T	Cataluña	Ad	58,2%
Gómez MR ⁽²⁷⁾	2017	E	SÍ	204	T	T	Valencia	Reg	-
Madrid P ⁽¹¹⁾	2011	E	SÍ	54	T	ENF	CM	Ad	75,9%
Galian I ⁽²⁸⁾	2012	E	SÍ	1.489	T	ENF y AUX.E	Murcia	Ad	71%VV/ 19,9%VF
Galian I ⁽²⁹⁾	2014	E	SÍ	137	URG	ENF	Murcia	Ad	90,5%VV/ 36,5%VF
Bernaldo M ⁽³⁰⁾	2014	E	NO	441	URG EXT	T	Madrid	Ad	81,2%
Gascón S ⁽³¹⁾	2012	I	SÍ	1.826	T	T	Aragón y CM	Ad	11%VF/ 34,4% INT y A/36,6% INS
Gascón S ⁽³²⁾	2009	I	SÍ	1.826	AP	T	Aragón y CM	Ad	11%VF/ 64,4% INS
Chagoyen T ⁽³³⁾	2016	E	NO	221	URG	T	Andalucía	Ad	31,5%H/ 68,5%M
Martínez M ⁽³⁴⁾	2012	E	SÍ	1.147	T	T	Castilla y León	Reg	-
De San Segundo M ⁽⁵⁾	2016	E	SÍ	1262	AP vs AE	T	Madrid	Reg	-
Serrano I ⁽³⁵⁾	2018	E	SÍ	88/140	T	T	Aragón	Reg	-

Ad: ad hoc; AE: atención especializada; AP: atención primaria; AUX.E: auxiliar de enfermería; CM: Castilla la Mancha; E: español; ENF: enfermería; H: hombres; I: inglés; INS: insultos; INT y A: intimidación y amenazas; M: mujer; MED: médicos; NO: no multicéntrico; Reg: registro de base de datos; SI: multicéntrico; T: todos; UCI: unidad de cuidados intensivos; URG: urgencias; URG EXT: urgencias extrahospitalarias; VF: violencia física; VV: violencia verbal.

el de Cervantes G et al (2010)⁽²⁴⁾ con n=1.940. Se puede observar que los estudios que utilizaron como instrumento los registros institucionales para la recolección de datos tuvieron tamaños muestrales más grandes, aunque otros como el de Gascón S et al (2009)⁽³²⁾, Gascón S et al (2012)⁽³¹⁾ y Galian I et al (2012)⁽²⁸⁾ que utilizaron cuestionarios *ad hoc* presentaron una muestra de 1.826, 1.826 y 1.489, respectivamente.

También los estudios con un diseño multicéntrico tendieron a tener tamaños muestrales más elevados, así como aquellas investigaciones llevadas a cabo en todos los servicios. Sin embargo, hay estudios como el de Rincón del Toro T et al (2016)⁽¹⁸⁾ y Gascón S et al (2009)⁽³²⁾, que tuvieron lugar únicamente en servicios de Atención Primaria, y que presentaron muestras de 1.157 y 1.826 respectivamente.

La mitad de los artículos seleccionados para esta revisión investigaron el fenómeno de la violencia laboral en todos los servicios sanitarios en conjunto. Sin embargo hubo estudios que centraron su investigación en un servicio en concreto: tres de ellos se llevaron a cabo en atención primaria^(16,18,32), cinco en urgencias hospitalarias^(12,17,26,29,33), uno en urgencias extrahospitalarias⁽³⁰⁾, uno en UCI⁽²¹⁾ y otro realizado por De San Segundo M et al (2017)⁽⁵⁾ diferenció la violencia laboral entre atención primaria y atención especializada.

Por lo que respecta a los profesionales, el 63,6% de los estudios se centró en estudiar a todos los profesionales de la salud, el 4,5% solo a médicos (como en el estudio de Moreno MA et al de 2005⁽¹⁶⁾) y el 31,8% solo a enfermeros^(11,17,19,21,22,29). Galian I et al (2012)⁽²⁸⁾ lo hicieron con el personal de enfermería y los auxiliares de enfermería en conjunto.

La comunidad autónoma donde se realizaron más estudios fue Cataluña (22,7%; 5 estudios), seguida de Andalucía (18,18%; 4 estudios),

Madrid (13,6%; 3), Castilla la Mancha (13,6%; 3), Aragón (13,6%; 3) y Murcia (9,09%; 2). En las restantes (Castilla y León, Galicia, Navarra, País Vasco y Comunidad Valenciana) se realizó uno en cada una de ellas.

En relación con el instrumento para la recogida de datos, el 56,52 % (13) utilizaron un documento *ad hoc*. Estos cuestionarios eran de elaboración propia (8) o validados (5), y fueron administrados mediante entrevistas (1) o fueron autoadministrados (12) a los profesionales. El resto de los estudios (43,47%; 10) analizaron diferentes bases de datos de los registros institucionales de agresiones. Carcoba N et al (2010)⁽²⁶⁾ fue uno de los que utilizó cuestionarios y a la vez lo comparó con las agresiones notificadas en el registro durante el mismo periodo de tiempo.

La frecuencia con la que son agredidos los profesionales es un gran indicador del fenómeno que podemos estudiar en las investigaciones que utilizaron cuestionarios para la recolección de datos. Existe gran variabilidad a la hora de recoger estos datos. Alguno de los estudios de forma generalizada concluyen que el porcentaje de profesionales encuestados que han sido agredidos en alguna ocasión es del 58%⁽¹⁶⁾, 68,3%⁽¹⁹⁾, 73,88%⁽²¹⁾, 58,2%⁽¹²⁾ y 75,9%⁽¹¹⁾.

En cambio, hay otros autores que analizan esta variable diferenciando entre el tipo de agresión, el sexo o la frecuencia en el tiempo (anual, trimestral, mensual, semanal y diario):

Sánchez V et al (2014)⁽¹⁷⁾, Galian I et al (2012)⁽²⁸⁾ y Galian I et al (2014)⁽²⁹⁾ diferenciaron la violencia entre física y verbal. Además, los dos últimos autores hacen referencia a las agresiones que sufren los profesionales anualmente. Estos estudios reflejan más violencia verbal (73,4%, 71% y 90,5%) que física (8,1%, 19,9% y 36,5%), respectivamente.

Gascón S et al (2012)⁽³¹⁾ y Gascón S et al (2009)⁽³²⁾ codificaron el tipo de agresión (violencia física, amenazas, intimidación e insultos). El primer estudio concluyó que el 11% de los encuestados habían sufrido violencia física en al menos una ocasión, el 34,4% amenazas e intimidación y el 36,6% insultos. En el segundo, el 11% habían sido víctimas de agresiones físicas, el 5% de ellos en más de una ocasión, mientras que el 64% habían sufrido insultos, intimidación y amenazas.

Por último en el estudio de Chagoyen T et al (2016)⁽³³⁾ se tuvo en cuenta la violencia percibida en los dos últimos años. Los datos se presentan diferenciándose por sexo, resultando que el 31,5% de los hombres encuestados y el 68,5% de las mujeres habían sufrido agresiones.

Además no se encuentra relación entre las variables muestra y frecuencia, ya que en estudios como el de Madrid P et al (2011)⁽¹¹⁾, con n=54, el 75,9% de los profesionales fueron agredidos en alguna ocasión. En cambio, Martínez S (2015)⁽¹⁹⁾, con casi el triple de muestra (n=145), concluyó que el 68,3% sufrieron agresiones. Ambos estudios cuentan con características similares: fueron llevados a cabo en todos los servicios y se centraron en los profesionales de enfermería.

La **tabla 4** muestra los resultados de las características de las agresiones. Las variables estudiadas varían en número y tipo al comparar entre sí los estudios. La variable que se tuvo en cuenta en todos ellos fue "el tipo de agresión". El agresor (17), la categoría profesional del agredido (15), el sexo del agredido (15) y las causas (15) fueron variables incluidas en más del 50% de los estudios. Otras variables de las que se recogieron datos en la mayoría de los estudios fueron si hubo o no denuncia (12), la antigüedad como profesional (11) y la edad del agredido (11). Sin embargo, el turno en el que se produjo la agresión (10), así como la

frecuencia de las agresiones (10) y si se registró la denuncia (7), fueron las características menos estudiadas.

Entre los estudios que utilizaron cuestionarios, el que empleó menos de ellos registró que el 60% de los profesionales encuestados habían sido agredidos por lo menos en una ocasión⁽¹⁶⁾. Por el contrario, el estudio que obtuvo más casos de agresiones reflejó que un 90% de los profesionales encuestados habían sido agredidos⁽²⁸⁾.

Características de la agresión. En todos los estudios, las agresiones verbales fueron las que más se produjeron, acompañadas en numerosas ocasiones de amenazas, aunque no se puede menospreciar la existencia de altos porcentajes de agresiones físicas y psicológicas sufridas por los profesionales, como en los estudios de Cantera L et al (2008)⁽²²⁾, Cervantes G et al (2008)⁽²³⁾ o Bernaldo M et al (2014)⁽³⁰⁾, en los que las agresiones físicas rondaron el 35%.

Además, en el estudio de Serrano I (2018)⁽³⁵⁾ se observó que existía asociación entre el tipo de agresión y el nivel de asistencia, siendo más frecuentes las agresiones físicas en atención especializada y las verbales en atención primaria.

En los estudios que analizaron los turnos en los que más se producen las agresiones, se observó que un 66% de estas se produjeron más durante el turno de mañana^(20,22,23,25,27) y en un 33% durante el de noche^(12,24,26).

Causas de las agresiones. El 83,3% de los autores coincidieron en que el principal motivo de las agresiones fueron las demoras y tiempos de espera. En cambio, Martínez M et al (2012)⁽³⁴⁾ y Rincón del Toro T et al (2016)⁽¹⁸⁾ concordaron en que fueron causadas por disconformidad con la asistencia por parte de los usuarios.

Características del agresor. En el 75% de los estudios el paciente fue el principal agresor,

Tabla 4
Características de las agresiones.

Autor	Frecuencia	Tipo de agresión	Turno	Causas	Agresor	Sexo agresor	Categoría profesional del agredido	Sexo agredido	Edad agredido	Antigüedad agredido	Registro	Denuncia
Moreno MA ⁽¹⁶⁾	✓	✓	-	✓	-	-	-	✓	-	✓	-	-
Sánchez V ⁽¹⁷⁾	-	✓	-	✓	-	-	-	-	-	-	✓	✓
Rincón del Toro T ⁽¹⁸⁾	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓
Martínez S ⁽¹⁹⁾	✓	✓	-	-	✓	-	-	✓	✓	-	-	✓
Muñoz JC ⁽²⁰⁾	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-
Fernández MJ ⁽²¹⁾	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	✓	✓	✓	-
Cantera L ⁽²²⁾	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓
Cervantes G ⁽²³⁾	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-
Cervantes G ⁽²⁴⁾	-	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	✓
Gutiérrez L ⁽²⁵⁾	-	✓	✓	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	-	✓
Carcoba N ⁽²⁶⁾	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓	✓
Ortells N ⁽¹²⁾	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gómez MR ⁽²⁷⁾	-	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓
Madrid P ⁽¹¹⁾	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	✓
Galian I ⁽²⁸⁾	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓	✓	✓	-	-
Galian I ⁽²⁹⁾		✓	✓	✓	-	-	-	✓	✓	✓	-	-
Bernaldo M ⁽³⁰⁾	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-
Gascón S ⁽³¹⁾	-	✓	-	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-
Gascón S ⁽³²⁾	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-
Chagoyen T ⁽³³⁾	-	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-
Martínez M ⁽³⁴⁾	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	✓
De San Segundo M ⁽⁵⁾	-	✓	-	-	✓	✓	✓	-	-	-	-	-
Serrano I ⁽³⁵⁾	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓: Variable analizada en el estudio.												

seguido de los familiares y acompañantes. Incluso, en ocasiones, agredían juntos. En los estudios de Cárcoba N et al (2010)⁽²⁶⁾, Madrid P et al (2011)⁽¹¹⁾ o Bernaldo M et al (2014)⁽³⁰⁾ prevalecieron más las agresiones producidas por los familiares o acompañantes. También destaca el estudio de Ortells N et al (2013)⁽¹²⁾, donde el mayor porcentaje de agresiones lo produjeron ambos, tanto el paciente como sus acompañantes.

Respecto al sexo del agresor, en el 100% de los estudios fueron los hombres los principales agresores, con porcentajes por encima del 60%.

Características del trabajador agredido. En el 58,8 % de los estudios incluidos en la revisión, los profesionales más agredidos fueron los enfermeros, y en el 29,4% los médicos. En cambio, en el estudio de Gutiérrez L et al (2016)⁽²⁵⁾ los más agredidos eran auxiliares de enfermería (35%). También en el estudio realizado por De San-Segundo M et al (2017)⁽⁵⁾ se observó que los enfermeros fueron los más agredidos en Atención Especializada, pero que los Médicos eran más agredidos en Atención Primaria.

Además, en el estudio de Serrano I (2018)⁽³⁵⁾, donde los más agredidos fueron los profesionales médicos y los enfermeros, se observó que mientras que los médicos eran más agredidos verbalmente, los celadores y auxiliares de enfermería recibieron más agresiones físicas.

En todos los estudios, las mujeres eran más agredidas, a excepción de en el estudio de Bernaldo M et al (2014)⁽³⁰⁾, en el que un 78,3% de los agredidos fueron varones, probablemente debido a que en la muestra los hombres eran predominantes.

El 80% de los estudios concluyeron que los profesionales más agredidos tenían una media de edad entre 30 y 50 años, aunque según el estudio de Gómez MR et al (2017)⁽²⁷⁾ los

profesionales más agredidos tenían entre 50 y 59 años, según el de Serrano I (2018)⁽³⁵⁾ la mitad de los profesionales agredidos tenían más de 50 años y según el de Ortells N et al (2013)⁽¹²⁾ la edad de los agredidos era mucho menor, entre los 26 y 35 años. No se encontró explicación a estas diferencias, ya que estos estudios contaron con una muestra muy amplia y las edades de la muestra fueron similares, pero quizá tuvieron algo que ver la comunidad autónoma, o incluso la distribución geográfica específica por el entorno y la población a la que dan servicio esos centros. Quizá fueran servicios o centros con medias de edades menores. Además, la media de edad de los trabajadores en los centros de atención primaria suelen ser más elevadas que en atención especializada.

La antigüedad en el ejercicio de la profesión de los agredidos fue una característica poco estudiada y con resultados bastantes diferentes, aunque sí puede verse una tendencia al ser la media de antigüedad de 10 años^(12,24,30).

Denuncias y registro de los incidentes. De los 23 estudios incluidos en esta revisión, 7 de ellos analizaron si se habían registrado o no las agresiones producidas. Todos ellos concluyeron (con porcentajes superiores al 80%) que no se registraron dichos incidentes y que los profesionales consideraron que no era útil notificarlos^(12,17,21,26,32,33).

Además 12 estudios analizaron si se puso denuncia o no, y todos ellos obtuvieron resultados por encima del 70% sobre que los profesionales no denunciaban las agresiones^(10,11,12,17,18,19,22,24,25,26,27). Cárcoba N et al (2010)⁽²⁶⁾, con el fin de comparar las agresiones que son registradas en los Servicios de Salud Laboral con las que realmente se producen, pusieron a disposición de los trabajadores cuestionarios para rellenar en caso de sufrir una agresión. Se observó que, mientras que a través de éstos se obtuvieron 22 situaciones violentas,

en el registro solo se notificaron 2 de ellas, lo que evidencia que la violencia al trabajador es un problema oculto.

Además 12 estudios analizan si se puso denuncia o no, y todos ellos obtuvieron resultados por encima del 70% de que los profesionales no denuncian las agresiones^(10,11,12,17,18,19,22,24,25,26,27).

Según Sánchez V et al (2014)⁽¹⁷⁾, el 88% de los profesionales reconocía las agresiones como un aspecto más de su trabajo al que estaban expuestos, considerándolo como algo normal. Esto hacía que los profesionales decidieran no registrar los incidentes cuando se producían. Además, en muchos casos pensaban que no era útil notificarlo. Por otro lado, Fernández MJ et al (2006)⁽²¹⁾ destacó que cuando se trataba de agresiones físicas, los trabajadores tendían a notificarlas más.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente revisión fue actualizar y revisar sistemáticamente la literatura científica disponible sobre las agresiones a trabajadores del sector sanitario en España.

La literatura publicada hasta el momento se orienta a conocer la magnitud, frecuencia y características de las agresiones e identificar los factores de riesgo. Nuestra revisión identifica 23 artículos originales realizados en sectores sanitarios españoles. Todos ellos analizan dichas características a través de registros institucionales o cuestionarios elaborados *ad hoc*. Esta variabilidad en las fuentes de recogida de datos puede conllevar sesgos de información. Además, la diferencia en el tiempo entre los registros institucionales (en el momento del incidente) y de los cuestionarios sobre agresiones referidas (en el momento de realización del estudio) puede ocasionar sesgos de memoria así como variar la subjetividad atribuida al análisis de los hechos.

Estas agresiones que se producen tienden a seguir un mismo patrón. Son mayormente agresiones verbales y psicológicas, acompañadas en numerosas ocasiones de amenazas, aunque también hay estudios con altos porcentajes de violencia física^(21,22,23,24,30,35).

Los pacientes son los principales agresores, en su mayoría hombres. La ejercen normalmente hacia facultativos y profesionales de enfermería, en su mayoría mujeres, con una edad media de 40 años y alrededor de 10 años de antigüedad, siendo las agresiones más frecuentes durante el turno de mañana o de noche^(12,18,23,24,26,33,35).

En la mayoría de los casos, dichos incidentes son causados por los tiempos de espera y las demoras^(12,16,17,28,30,31), y muy pocas veces son denunciados o registrados ya que los profesionales creen que no es útil notificarlos^(10,12,17,26,31). Hay un número elevado de agresiones que se producen y no se registran, por lo que faltan datos de casos reales.

Existe otra revisión sistemática relativamente reciente que informa acerca de la violencia hacia los profesionales en el sector sanitario en España. La revisión sistemática de Vidal C et al (2015)⁽¹³⁾ incluye 18 estudios llevados a cabo entre los años 2000 y 2013 en diferentes servicios sanitarios españoles. La revisión concluye que el 34,4% de los profesionales han sido agredidos en más de una ocasión. En nuestra revisión, este dato es casi el doble, ya que el estudio que menos agresiones registró concluye que el 58% de los encuestados habían sido agredidos⁽¹⁶⁾. Esto podría deberse al periodo temporal estudiado. Según Vidal C et al (2015)⁽¹³⁾, el 59,12% de las agresiones son verbales, aunque las físicas están presentes en todos los estudios. Además, el principal agresor es el paciente, estos incidentes son causados normalmente por demoras o disconformidad del tratamiento, y existe un bajo porcentaje de denuncias de los hechos, datos muy similares

a los de nuestro estudio. Sin embargo, esta revisión presenta una baja calidad, la búsqueda bibliográfica es limitada y no analiza variables como el sexo del agredido y del agresor, o el turno en el que se producen las agresiones.

Además, la revisión sistemática de Bernaldo de Quirós M et al (2014)⁽¹⁴⁾ incluye 5 estudios publicados entre los años 2000 y 2013, llevados a cabo en servicios de urgencias extrahospitalarias. La revisión concluye que el 60,6-76,4% de los profesionales han sufrido violencia verbal a lo largo de su experiencia profesional y el 32-51,5%, violencia física. También se concluye que existen diferencias entre los diferentes países. Además, la proporción de hombres y mujeres es similar en los estudios incluidos, y aunque no hay resultados claros se observa que los hombres sufren más agresiones físicas y las mujeres más agresiones verbales. Sin embargo, el número de estudios incluidos es limitado y únicamente uno de ellos, el de Bernaldo M et al (2014)⁽³⁰⁾, se llevó a cabo en España, siendo el único estudio realizado en urgencias extrahospitalarias incluido en nuestra revisión. Estos servicios son muy específicos y con condiciones de trabajo diferentes al resto.

Ambas revisiones publicadas anteriormente incluyen estudios llevados a cabo entre los años 2000 y 2013. Se trata de un tema de actualidad, que en los últimos 5 años está siendo más estudiado, por lo que es necesario realizar la presente revisión, en la que se incluyen todas las investigaciones realizadas en España hasta abril de 2019.

La presente revisión tiene las limitaciones propias de la metodología de revisiones sistemáticas, y otras relacionadas con la recogida de datos y la subjetividad e interpretación de estos hechos.

En primer lugar, puede que no se haya incluido algún estudio relevante cuyos resultados no hayan sido publicados, o que haya sido publicado

en un idioma distinto del inglés o el español, o en revistas no indexadas en las bases de datos donde se realizaron las búsquedas. No obstante, se ha tratado de hacer un esfuerzo por localizar toda la literatura relevante.

En segundo lugar, la variabilidad en los registros de notificaciones de agresiones y en los cuestionarios utilizados en los diferentes estudios, dificulta la comparación entre ellos. La ausencia de instrumentos de evaluación estandarizados conlleva que los autores que recogen los datos los hayan creado ellos mismos *ad hoc* (11,12,16,17,19,21,26,28,29,30,31,32,33), lo que dificulta también la comparación de los datos. Además, el 43,47% de los estudios se ha basado en analizar los registros propios para notificar las agresiones que se producen de las diferentes zonas donde se llevan a cabo los estudios^(5,18,20,22,23,24,25,34). Dichos registros tampoco son homogéneos por lo que, igualmente, dificulta la comparación entre ellos.

En tercer lugar, la subjetividad e interpretación de estos hechos hace que no todas las personas reciban y sientan de igual forma una agresión, dependiendo de la personalidad de cada uno, lo que también puede ser una causa de la baja notificación.

En cuarto lugar, altos porcentajes de los trabajadores reconocen las agresiones como un aspecto más de su trabajo al que están expuestos, considerándolo como algo normal, y desconocen el protocolo del centro para notificar los hechos y no reciben formación en prevención de violencia^(12,17,26).

A raíz de los resultados de nuestra revisión de la literatura, podemos concluir que la violencia laboral es un fenómeno existente entre los profesionales sanitarios en España. El 60-90% de los profesionales han sido agredidos en alguna ocasión a lo largo de su trayectoria profesional.

Por todo ello, se recomienda la estandarización de los registros de agresiones de las diferentes comunidades autónomas. De esta forma, se podría obtener más información y mejorar el seguimiento.

Como futuras líneas de investigación nos planteamos estudiar si es necesario una mayor formación de los profesionales sobre el manejo de estas situaciones, ya que en los estudios existentes no se investiga este tema. Pero desde el punto de vista como profesionales del sector sanitario, creemos que sería necesaria más formación, así como realizar campañas periódicas de divulgación y elaborar protocolos que indiquen la importancia de notificar todas las agresiones, informando de los medios disponibles para ello. De esta manera, se fomentaría el registro y denuncia de estos incidentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernaldo de Quirós M. Análisis psicosocial de las agresiones a los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias del summa-112 de la Comunidad de Madrid. Universidad Complutense de Madrid. 2011. Disponible en: https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1077073.
- Miret C, Martínez A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33:193-201.
- Léséleuc S. Criminal Victimization in the Workplace 2004. Statistics Canada. 2007. Disponible en: <http://www.justicestudies.com/pubs/wvcanada.pdf>.
- Buckley P, Cookson H, Packham C. Violence at work: Findings from the 2010/11. British Crime Survey. 2012. Disponible en: [file:///C:/Users/alu.00000/Downloads/violence-at-work%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/alu.00000/Downloads/violence-at-work%20(2).pdf).
- de-San-Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez-de-Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez-Úriz MA. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014) *Semergen*. 2017;43:85-90.
- Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2012;12:108.
- Jiao M, Ning N, Li Y, Gao L, Cui Y, Sun H et al. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ open*. 2015;5: e006719.
- Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2015;38:307-15.
- Mayorca Yancán IA, Lucena García S, Cortés Martínez ME, Lucena Méndez MA. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Med Seg Trab*. 2013;59:235-58.
- Martínez León MM, Queipo Burón D, Martínez León C, Torres Martín H. Aspectos médico-legales de las agresiones al personal sanitario y su consideración como delito de atentado. *Sideme*. 2010;5:1-11.
- Madrid Franco P, Salas Moreno M, Madrid Franco M. Situación de las agresiones a Enfermería en el Área de Salud de Puertollano. *Enferm del Trabajo*. 2011;1:11-7.
- Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina Marcos M, Morato Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enferm Global*. 2013;12:196-207.
- Vidal-Martí C, Pérez-Testor C. Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España. *Rev Esp Med Legal*. 2015;3:123-30.
- Bernaldo-de-Quirós M, Labrados FJ, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clínica y Salud*. 2014;25:11-8.

AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SECTOR SANITARIO EN ESPAÑA, REVISIÓN SISTEMÁTICA

15. Joanna Briggs Institute. Checklist for Analytical Cross Sectional Studies. 2017. Disponible en: https://joannabriggs.org/sites/default/files/201905/JOBI_Critical_AppraisalChecklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies2017_0.pdf.
16. Moreno Jiménez MA, Vico Ramírez F, Zerolo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serena P, Mateios Salido MJ. Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:152-8.
17. Sánchez Robles V, Sánchez Robles R. Percepciones de los enfermeros de Urgencias de un Hospital Comarcal sobre las agresiones a personal sanitario. *Rev Paraninfo Digital*. 2014;(20).
18. Rincón-del Toro T, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, de Castro-Monteiro E, et al. Aggressions towards Primary Health Care Workers in Madrid, Spain, 2011-2012. *Rev Esp Salud Publica*. 2016;90:e1-e12.
19. Martínez Isasi S, García Zurita A, Felipe Agrelo I, Castro Dios DJ. Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. *Enferm Global*. 2015;14:219-29.
20. Muñoz Pascual JC, Delgado de Mendoza Ruiz B, Romero Ruiz A, Bermúdez Luque JC, Cabrera Cobos F. Agresiones al personal de los servicios de salud. *Enferm Docente*. 2008;89:15-7.
21. Fernández Martín MJ, Camacho García MG, Olmos Aullón C, Ruiz García S, Sanjuán Navais M. Análisis y registro de las agresiones en UCI. *Enferm Intensiva*. 2006;17:59-66.
22. Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*. 2008;29:49-58.
23. Cervantes Ortega G, Cantera Espinosa L, Blanch Ribas JM. Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo: incidentes violentos notificados por internet en Catalunya entre 2005 y 2007: resultados de un estudio piloto. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2008;11:14-9.
24. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010;13:135-40.
25. Gutiérrez L, Hernández MJ, Molina L. Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). *Arch Prev Riesgos Labor*. 2016;19:166-74.
26. Cárcoba Rubio N, Aizpuru Martínez A, Arancón Vaquero JA, Esteban Mata A, González Mata S, Zulueta Gorosabel M. Agresiones a profesionales del servicio de urgencias del Hospital de Cruces. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*. 2010. Disponible en: <http://www.enfermeria-deurgencias.com/ciber/enero2010/pagina5.html>.
27. Gómez Romero MR, Tous Pallarés J, Martín Baena D, Ferrer Ferrándiz E. Estudio retrospectivo sobre las agresiones a profesionales registradas durante el decenio 2005-2014 en un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Enferm Trab*. 2017;7:88-96.
28. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86:279-91.
29. Galián-Muñoz I, Llor- Esteban B, Ruiz-Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias*. 2014;26:163-70.
30. Bernaldo-De-Quirós M, Cerdeira JC, Gómez MM, Piccini AT, Crespo M, Labrador FJ. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. *Emergencias*. 2014;26:171-8.
31. Gascón S, Leiter MP, Pereira JP, Cunha MJ, Albesa A, Montero-Martín J et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs*. 2013;22:3120-9.

32. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, Rueda MA. Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health*. 2009;15:29-35.
33. Chagoyen Barroso T. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. *Med Seg Trab*. 2016;62:25-48.
34. Martínez-León M, Queipo Burón D, Iruña Muñiz MJ, Martínez-León C. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). *Rev Esp Med Legal*. 2012;38:5-10.
35. Serrano Vicente I. Análisis de las agresiones al personal trabajador registradas en los servicios de salud laboral de los Sectores Sanitarios II y III de Zaragoza. *Cuid salud*. 2018;15:5-32.



Universidad
Zaragoza