

4-9-2017

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ACTUALIDAD SOBRE LA AGRESIÓN HACIA EL PERSONAL SANITARIO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y SUS CONSECUENCIAS LABORALES

AUTORA: BEGOÑA MARÍN MARTÍNEZ

DIRECTORA: GEMA CANO DE LA CASA





INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D/D^a GEMA CANO DE LA CASA., Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado ACTUALIDAD SOBRE LA AGRESION HACIA EL PERSONAL SANITARIO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y SUS CONSECUENCIAS LABORALES y realizado por el estudiante D./D^a Begoña Marín Martínez.

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 05/09/2017

Fdo.: GEMA CANO DE LA CASA
Tutor TFM


OTP-Oficina Técnica de Prevención, S.L.
CIF: B53200598 www.grupo1p.org

Prevención
De
Riesgos
Laborales



RESUMEN

Introducción: la violencia en el lugar de trabajo es un problema de salud pública, por el número de víctimas y la magnitud de sus secuelas. El cual provoca graves consecuencias para los individuos, familias, comunidades y países tanto a corto como a largo plazo.

Objetivos: se valoraron las consecuencias laborales de la agresión dirigida al personal sanitario de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). Se determinaron las características personales del agresor y del lugar de trabajo, además de analizar el perfil de la víctima. Se estudiaron las posibles causas de la agresión y se revisaron los métodos para prevenir la violencia.

Material y Método: el estudio consistió en una revisión de la bibliografía de los últimos 10 años, realizando un análisis crítico de los artículos que trataban la violencia en el lugar de trabajo, en concreto en el sector sanitario.

Resultados: Se incluyeron 26 estudios, en su mayoría observacionales, descriptivos y de corte transversal, gran parte basados en el análisis del tema por medio de encuestas autoadministradas. Mostraron la magnitud del problema, analizando los tipos de agresiones presentes en la violencia en el ámbito sanitario, la autoría de la misma, el perfil de riesgo de la víctima, los espacios más propensos a protagonizar situaciones conflictivas, además de analizar las causas y consecuencias derivadas de este riesgo laboral. Otros estudios analizaron medidas de prevención y ofrecieron diferentes soluciones.

Conclusiones: dadas las características de los estudios revisados, cuyos niveles de evidencia se encuentra entre 2++ y 3 con grados de recomendación C y D (SIGN), no se pueden extraer conclusiones comunes y detalladas acerca de las consecuencias de la violencia en los SUH. A ello se le suma la heterogeneidad en las muestras de los estudios y la diversidad en la elección de la definición de violencia en el lugar de trabajo. Es necesaria investigación de calidad para obtener resultados de alta fiabilidad con los que trabajar en la prevención de la violencia y así proporcionar al personal sanitario un lugar de trabajo seguro, consiguiendo reducir las consecuencias y costos derivados de las agresiones en el ámbito laboral.

Palabras clave: violencia en el lugar de trabajo, personal sanitario, Urgencias, consecuencias.

ABSTRACT

Background: Violence in the workplace is a public health problem, because of the number of victims and the magnitude of its repercussion. This has serious consequences for individuals, families, communities and countries in the short and long term.

Objectives: The labor consequences of the aggression addressed to the medical staff of the Hospital Emergency Services (HES) were assessed. The personal characteristics of the aggressor and the workplace were determined, as well as the profile of the victim. Possible causes of aggression were studied and methods for preventing violence were reviewed.

Material and Method: The study consisted of a bibliographical review of the last 10 years, making a critical analysis of the articles dealing with violence in the workplace, specifically in the health sector.

Results: Twenty-six studies, mostly observational, descriptive and cross-sectional were included, largely based on the analysis of the topic through self-administered surveys. They showed the magnitude of the problem, analyzing the types of aggression present in violence in the health area, the authorship of the problem, the risk profile of the victim, the spaces most likely to lead conflict situations, as well as analyzing the causes and consequences Derived from this labor risk. Other studies analyzed prevention measures and offered different solutions.

Conclusions: Given the characteristics of the reviewed studies, whose levels of evidence are between 2 ++ and 3 with degrees of recommendation C and D (SIGN), it is not possible to draw common and detailed conclusions about the consequences of violence in HUS. This is compounded by the heterogeneity of the study samples and the diversity in the choice of the definition of violence in the workplace. Quality research is needed to obtain highly reliable results with which to work in the prevention of violence and thus provide health workers with a safe workplace, reducing the consequences and costs of workplace violence.

Keywords: workplace violence, health personnel, emergencies, consequences.

ÍNDICE

1. Introducción	1-3
1.1 Incidencia y Prevalencia	3-4
1.2 Contexto: Servicio de Urgencias Hospitalarias.....	4-5
1.3 Marco Legal.....	5-6
2. Justificación	6-7
3. Objetivos.....	7
4. Material y Método	7-12
4.1 Diseño	7
4.2 Estrategia de búsqueda	8-10
4.3 Criterios de selección.....	11
4.4 Extracción de datos	11-12
5. Resultados y Discusión	12-32
5.1 La actualidad sobre la violencia en los SUH.....	19-20
5.2 Tipos de agresiones.....	20-21
5.3 Perfil de la víctima y del agresor. Características del lugar.....	21-24
5.4 Causas de la agresión.....	24-26
5.5 Consecuencias de la agresión.....	26-28
5.6 Prevención de la violencia en los SUH.....	28-32
Opinión de autores.....	33-34
6. Conclusiones y Recomendaciones.....	34-35
7. Referencias bibliográficas	36-39
8. Bibliografía consultada.....	39-40
Agradecimientos.....	41
Anexo I.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica.....9-10

Tabla 2. Artículos incluidos en los resultados.....14-18

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de los estudios incluidos y excluidos.....12

Figura 2. Causas de la agresión.....25

Figura 3. Consecuencias de la agresión hacia el personal sanitario.....27

Figura 4. Medidas para la prevención de la violencia en los SUH.....30

ACRÓNIMOS

OIT: Organización Internacional del Trabajo

SUH: Servicio de Urgencias Hospitalario

PIB: Producto Interior Bruto

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network



1. INTRODUCCIÓN

La violencia ha adquirido una enorme relevancia en los últimos años tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo, mostrándose en diversos contextos laborales y grupos profesionales.^[1]

Asimismo se ha convertido en un problema de salud pública, por el número de víctimas y la magnitud de sus secuelas. El cual provoca graves consecuencias para los individuos, familias, comunidades y países tanto a corto como a largo plazo.^[2]

Esta violencia se puede dar en todos los contextos en los que se desenvuelve el ser humano, y uno de ellos es el ámbito laboral.^[1] En concreto ha adquirido protagonismo en el sector sanitario, debido a que el 25% de los incidentes ocurren en este sector y cerca del 50% de los profesionales sanitarios han sido objeto de algún incidente violento a lo largo de su vida laboral.^[3,4]

Esta cuestión repercute gravemente en los profesionales sanitarios, así como en todo el sistema de salud.^[5] Afectando a la prestación de servicios sanitarios, pudiendo deteriorar la calidad asistencial, e incluso conducir al abandono de la profesión de los trabajadores afectados.^[2]

Para la *Organización Internacional del Trabajo (OIT)*, violencia en el lugar de trabajo es toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma. Considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones por parte de los ciudadanos.^[4]

Para la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, son aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud.^[4]

Por tanto, *la violencia en el lugar de trabajo* es categorizada como situación de riesgo laboral, ya que cuenta con las características definitorias de este término: aquellas circunstancias en las que confluyen determinados factores socio-ambientales favorecedores de un clima propenso a generar comportamientos intencionados con tendencia a producir un daño físico o psíquico a otra persona. ^[6]

California Division of Occupational Health and Safety, realiza una clasificación de los eventos violentos en tres grupos en función de quienes son las personas implicadas y del tipo de relación existente entre ellas:

1. *Violencia tipo I:* aquella que es llevada a cabo por personas que no tienen ninguna relación legítima de trato con la víctima. Los casos más habituales se refieren a acciones con ánimo de robo.
2. *Violencia tipo II:* en estos casos existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima. Normalmente estos hechos violentos se producen mientras se ofrece el servicio como personal sanitario, profesores, vendedores...
3. *Violencia tipo III:* el causante de la misma tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar o trabajador afectado; 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, aunque lo más habitual es que el objetivo de la acción violenta fijado por el agresor sea un compañero de trabajo o un superior suyo. Las acciones violentas pueden estar motivadas por dificultades percibidas en su relación con la víctima, ajuste de cuentas o hacer justicia. ^[7]

En cuanto a los distintos tipos de agresión, la literatura revisada establece tres denominaciones:

1. *Agresión verbal:* es el empleo de amenazas verbales, intimidación contra otra persona o grupo, que puede producir daño psicológico.
2. *Agresión física:* es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos. Se incluyen entre otros palizas, patadas, bofetadas, tiros, empujones, pellizcos y mordiscos.

3. *Agresión psíquica*: uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende entre ellos abuso verbal, intimidación, acoso y amenazas. [6]

1.1 PREVALENCIA E INCIDENCIA

En España la violencia en los centros sanitarios constituye un problema grave y de importantes consecuencias que hasta hace poco tiempo era poco conocido y ha permanecido silenciado por su escasa denuncia.^[8] Según la OIT, se calcula que hasta el 50% de los facultativos ha recibido amenazas, el 4% ha sido agredido físicamente, y un 4% tiene problemas psíquicos relacionados con ello.^[1,6,9,10]

Varios estudios internacionales concluyen que dentro del personal sanitario, enfermería es el que mayor riesgo presenta, con una prevalencia que oscila entre 10% y 50%, llegando al 87% en algunos casos.^[12]

La Asociación de Enfermeras de Emergencia reconoció la problemática de la violencia como un grave riesgo laboral que requiere respuestas específicas de los empleados, fuerzas del orden y gubernamentales. Siendo la industria del cuidado la que lidera a todos los demás en la incidencia de los ataques no fatales en el lugar de trabajo y el Servicio de Urgencias un entorno particularmente vulnerable.^[11]

Los lugares donde se da con más frecuencia incidentes violentos es en Urgencias Hospitalarias (51%), centros de Atención Primaria (33,5%) y plantas de hospitalización (15%).^[1]

En 2014, la Organización Médica Colegial de España realizó un estudio que revelaba que de las agresiones ocurridas en el entorno sanitario el 48% se produjeron en Atención Primaria, el 16% en el medio hospitalario, el 10% en Urgencias Extrahospitalarias, el 10% en Urgencias Hospitalarias y el 16% en otro ámbito. El grupo de trabajo de agresiones a profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud de 2014 señalan que más de 30.000 profesionales sanitarios sufrieron agresiones.^[2]

Las agresiones suelen proceder generalmente de los pacientes seguido de los familiares o visitantes, que se sienten molestos, frustrados o vulnerables.^[10]

Ello conlleva consecuencias en los profesionales, tales como disminución de la motivación y rendimiento laboral, alteraciones emocionales, Síndrome de Burnout, incremento del absentismo laboral, incapacidad temporal o permanente...^[6,9,10,12,13]

La OMS estima que uno de cada seis trabajadores enferma por maltrato laboral.^[8] Además de las consecuencias personales y organizativas, existen dos tipos de costos derivados de la violencia en el lugar de trabajo. *Un costo directo* sería el litigio posterior de la parte o partes involucradas, un ejemplo de este costo es el dato que aportan las empresas estadounidenses, no únicamente del sector sanitario, cuyo gasto promedio derivado de la violencia en el lugar de trabajo alcanzó cifras de 120.000 millones de dólares al año. *Los costos indirectos* son más difíciles de cuantificar y por tanto de calcular, podemos encontrar aquellos derivados de consecuencias psicosociales y físicas en el personal agredido.^[11]

1.2 CONTEXTO: SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Dada la alta prevalencia de la violencia hacia el personal sanitario en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), es preciso conocer cómo es tal servicio. *El RD 1277/2003, de 10 de octubre*, que establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, estableciendo los requisitos que garanticen su calidad y seguridad; define el Servicio de Urgencias como la unidad 68 de la oferta asistencial incluida en esta normativa, una unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico, está destinada a la atención sanitaria de pacientes con problemas de etiología diversa y gravedad variable, que generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata. Cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garanticen condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a la urgencia y la emergencia hasta la estabilización del cuadro clínico a los pacientes que son finalmente ingresados en el hospital, y como un servicio final para aquellos pacientes que son dados de alta.^[14]

La tasa de frecuentación de Urgencias en España es notablemente más alta que en otros países como Reino Unido o Estados Unidos, con una frecuentación de 460 urgencias totales por 1.000 habitantes y año para el Sistema Nacional de Salud y de 562 urgencias por

1.000 habitantes y año para el conjunto del sistema sanitario español. El 80% de los usuarios acuden a los Servicios de Urgencias por iniciativa propia, sin ser derivados desde otros servicios. Entre los motivos de los usuarios para demandar asistencia en los SUH como primera opción, se identifica la confianza en la unidad y la expectativa de una atención rápida.^[14]

Dadas sus características asistenciales el Servicio de Urgencias debe estar físicamente diferenciada del resto de áreas asistenciales del hospital; deberá disponer de espacio de acceso, recepción y clasificación de los pacientes o triaje que precisan atención urgente. Además de zonas de espera, consulta, exploración y tratamiento, observación, área de personal y apoyos.^[14]

1.3 MARCO LEGAL

Un problema evidente es la falta de denuncias por parte del personal agredido, principalmente por miedo a represalias o bien por considerar que es parte de su trabajo, restándole la importancia que merece. Es por ello que Colegios Médicos, Consejerías de Sanidad y Organizaciones Sindicales abanderan la defensa de sus víctimas y resaltan la importancia de la denuncia de estos hechos y la importancia de que, se considere la agresión como un *delito de atentado a funcionario público*.^[9] Fue la *Sentencia 1030/2007, de 4 de diciembre de 2007*, de la Sala Segunda del Tribunal Supremo, la que supuso un cambio significativo, calificando la agresión al profesional sanitario público como *delito de atentado a funcionario público* (artículo 550 y siguientes del Código Penal). En consecuencia, la Fiscalía General del Estado elaboró la *Consulta 2/2008, de 25 de noviembre*, sobre la calificación jurídico-penal de las agresiones a funcionarios públicos en los ámbitos sanitario y educativo, con el objeto de unificar criterios sobre la calificación de delito de atentado para las agresiones graves a los profesionales de estos ámbitos.^[15]

Esta sentencia supone la culminación de una incipiente labor en el fomento de la protección jurídica del personal sanitario desde distintas instancias autonómicas, colegiadas y judiciales, la cual brinda la protección jurídica del personal sanitario al equiparar su situación durante el desempeño de sus funciones a la de una autoridad pública o cualquier de sus agentes, lo cual, desde el punto de derecho penal, otorga mayor dureza a la persecución de este tipo de episodios violentos contemplándose la prisión para los responsables del delito de

atentado, previniendo así otra posible futura agresión toda vez que se venían enjuiciando como meras faltas penales susceptibles de una multa diaria. ^[8]

Sumado a esta sentencia, en el ámbito legal también se encuentra el *Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud*, aprobado mediante la *Ley 55/2003 del 16 de diciembre*, en su artículo 17, dispone que el personal sanitario ostenta el “derecho a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones”. ^[6]

El artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1992, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, señala que “el Ministerio de Justicia e Interior podrá ordenar, conforme a lo que se disponga reglamentariamente, la adopción de medidas de seguridad necesarias en establecimientos e instalaciones industriales, comerciales y de servicios, para prevenir la comisión de actos delictivos que puedan cometer contra ellos, cuando generen riesgos directos para terceros o sean especialmente vulnerables...” Tratando de dar respuesta a ello, están en vigor la *Ley 23/1992 de Seguridad Privada*, el *Reglamento de Seguridad Privada* (aprobado por Real Decreto 2364/1994) y la *Orden de 23 de Abril de 1997* por la que se concretan determinados aspectos en materia de medidas de seguridad, en cumplimiento del Reglamento de Seguridad Privada. ^[7]

Desde el punto de vista de la Prevención de Riesgos Laborales, la violencia laboral vulnera la protección eficaz en materia en seguridad y salud en el trabajo según los artículos 14 y 15 de la *Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales*. ^[16]

2. JUSTIFICACIÓN

Los trabajadores sanitarios han de exigir que su lugar de trabajo sea seguro, tanto por su derecho a protegerse contra las agresiones como su afectación a la dignidad del profesional. Así como las repercusiones en el prestigio de la propia organización sanitaria y la amenaza de la eficacia y la propia seguridad de los ciudadanos, que pueden verse perjudicados por una atención sanitaria alterada por el impacto emocional que causa un entorno violento.

Según bibliografía analizada, el ámbito donde se producen el mayor número de agresiones es en el primer nivel asistencial, como los Servicios de Urgencias, le siguen las agresiones que se producen en el Hospital, siendo el sector público más castigado con un 90,63% con respecto al sector privado en el que solamente se producen un 9,38% de agresiones. [8]

La prevención de la violencia ocupacional exige una información empírica, válida y permanentemente actualizada, al tratarse de un fenómeno emergente y global en el ámbito de los riesgos laborales.^[1] Es por ello necesario ampliar la evidencia científica relacionada con esta problemática para así poder adoptar medidas satisfactorias para que los trabajadores se encuentren seguros en su lugar de trabajo.

3. OBJETIVOS

El *objetivo principal* de este estudio es valorar las consecuencias laborales de la agresión dirigida al personal sanitario de los SUH, tras analizar diversos estudios publicados.

Este objetivo principal queda apoyado por los siguientes *objetivos secundarios*:

- ✓ Determinar las características personales del agresor.
- ✓ Analizar el perfil de la víctima.
- ✓ Describir las características del lugar de trabajo.
- ✓ Estudiar posibles causas de la agresión en los SUH.
- ✓ Revisar métodos de prevención de la violencia en el lugar de trabajo en el ámbito sanitario.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 DISEÑO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para obtener una síntesis de la actual evidencia científica relacionada con la agresión sufrida por el personal sanitario de los Servicios de Urgencias procedente de usuarios y/o visitantes, tanto sus características como las consecuencias laborales derivadas de ello.

4.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda de documentos, artículos y revisiones sistemáticas de los cuales se han obtenido los datos, se ha realizado a través de las siguientes bases de datos científicas: *ScopusPreview*, *DialnetPlus*, *PubMed*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *ProQuest Research Library*; así como una búsqueda por medio de revistas electrónicas oficiales como *Revista Española de Medicina Legal*, *Revista Medicina y Seguridad del Trabajo* y *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. Para obtener mayor información en la materia se han revisado diversas páginas web oficiales donde se han obtenido protocolos y guías de práctica clínica.

La cadena de búsqueda se inició con la utilización de los siguientes descriptores en Ciencias de Salud (DeCS) y palabras claves: *workplace*, *violence*, *aggression*, *assault*, *occupational*, *risk*, *medicine*, *health*, *health professional*, *hospital*, *consequences*, *laboral*, *violencia*, *trabajo*, *riesgo*, *profesional sanitario*. El descriptor presente en la mayoría de cadenas de búsqueda fue "workplace" y "violence" el resto se utilizaron para concretar y acotar la información obtenida.

En la tabla 1 se describen las fuentes de datos utilizadas, la fecha de búsqueda con su correspondiente cadena de búsqueda y los resultados y selección de los documentos hallados.

Fuente	Fecha	Cadena de búsqueda	Resultados	Primera Selección	Segunda Selección
<i>ScopusPreview</i>	23/03/2017	<i>“Health professional” AND Aggression AND laboral</i>	53	4	1
	24/04/2017	<i>Workplace AND Violence AND “Health professional”</i>	32	6	1
	20/06/2017	<i>Workplace AND Hospital AND Violence</i>	24	7	4
	18/06/2017	<i>Violence OR Assault AND Workplace AND risk</i>	65	9	2
<i>DialnetPlus</i>	24/06/2017	<i>Violencia AND “Personal sanitario”</i>	37	6	3
<i>PubMed</i>	18/03/2017	<i>Aggression AND “health professional”</i>	51	7	1
	24/06/2017	<i>Workplace AND Violence AND Health AND Consequences</i>	14	3	3
<i>SciELO</i>	24/06/2017	<i>Violencia AND Trabajo AND Riesgo</i>	6	2	1

<i>ProQuest</i>	03/04/2017	<i>“Occupational risk” AND Aggression AND medicine</i>	56	3	1
	28/06/2017	<i>Workplace AND Violence OR Assault and Health</i>	22	6	2
<i>Revista SEMES</i>	12/07/2017	<i>Violencia</i>	9	3	2
<i>Revista Española Medicina Legal</i>	27/04/2017	<i>Violencia AND agresión</i>	30	4	1
<i>Revista Medicina y Seguridad en el Trabajo</i>	18/06/2017	-	42	4	2
<i>Ministerio de Sanidad y Política Social</i>	12/07/2017	-	1	1	1
<i>INSHT</i>	12/07/2017	<i>Violencia</i>	41	4	1
TOTAL			483	69	26

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica.

4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para la búsqueda de datos se han utilizado tanto criterios de inclusión como de exclusión haciendo con ello una búsqueda más exhaustiva.

- **Criterios de inclusión:** artículos originales, revisiones sistemáticas y bibliográficas publicados desde enero 2007 a diciembre de 2017, disponibles en texto completo y publicados en español y/o inglés.
- **Criterios de exclusión:** aquellos documentos que trataran la violencia doméstica o de género, así como aquellos que hicieran referencia a violencia entre compañeros.

4.4 EXTRACCIÓN DE DATOS

Se han seleccionado un total de 26 estudios relevantes, procedentes de cinco bases de datos científicas, así como revistas científicas de interés en la materia. Los documentos son tanto revisiones sistemáticas y bibliográficas como estudios descriptivos transversales basados en su mayoría en cuestionarios autoadministrados.

La principal limitación encontrada en la extracción de documentos en las distintas bases de datos fue el acceso libre a los artículos y revisiones de interés, así como la combinación de descriptores y operadores booleanos para generar resultados.

En cambio las búsquedas realizadas en las diferentes revistas y páginas web oficiales no presentaron tales limitaciones.

A partir de estos resultados hemos podido comprobar la actualidad y evidencia científica existente sobre la materia a estudiar para con ello responder a los objetivos planteados.

En la figura 1 se describe por medio de un diagrama de flujo la selección de los artículos desarrollados en los resultados.

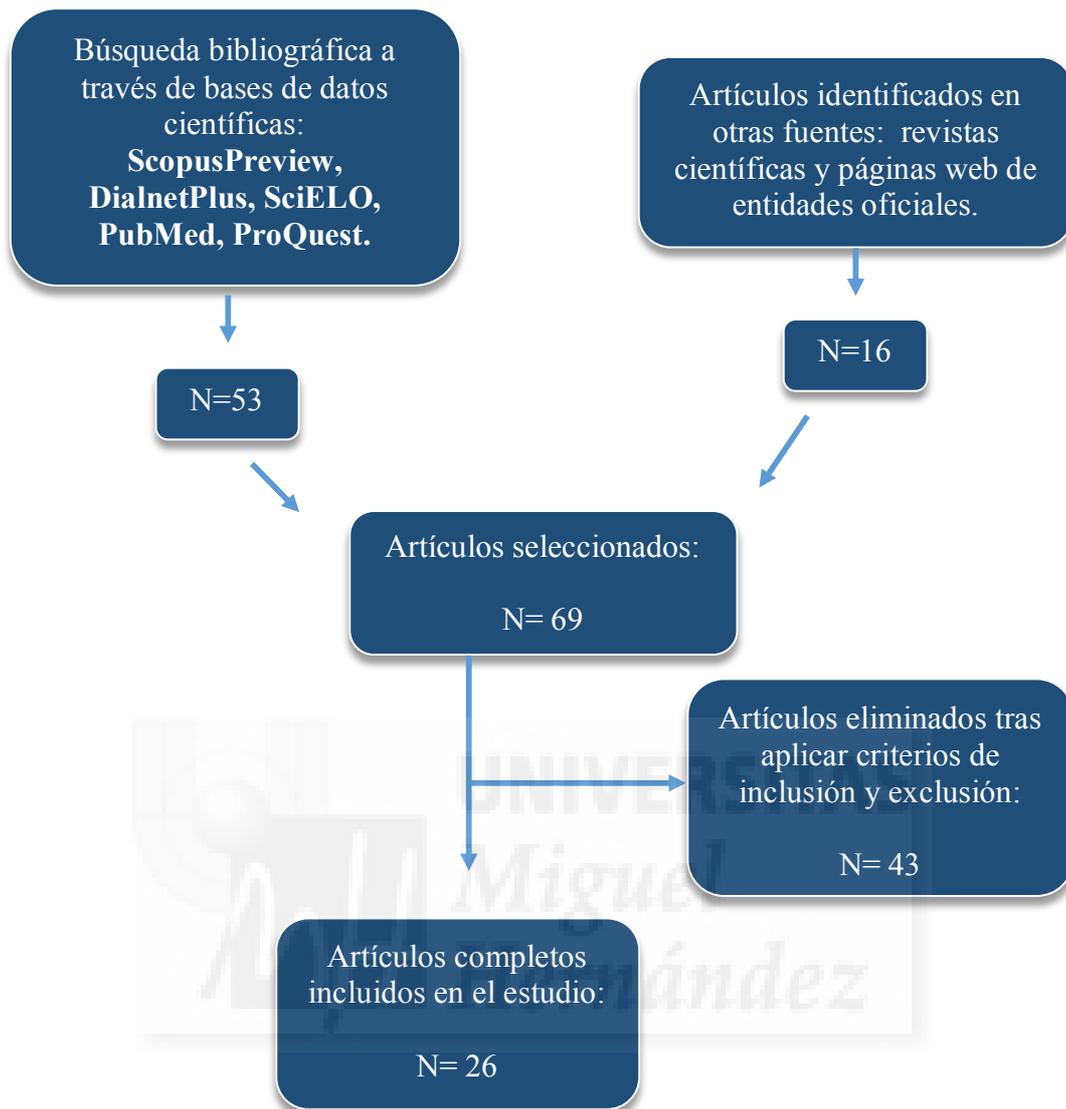


Figura 1.- Diagrama de flujo de los estudios incluidos y excluidos.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De la búsqueda bibliográfica total realizada se han obtenido un total de 483 estudios y documentos de interés, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se han seleccionado 26 para analizar. De todos ellos, un total de 19 proceden de diferentes bases de datos científicas. Los otros 7 se obtuvieron de revistas científicas y páginas web oficiales.

Los estudios se han seleccionado a partir del título y del resumen del mismo, y se han obtenido a texto completo para un análisis más detenido de los mismos; la selección de los

estudios se ha basado en la coincidencia del texto completo de cada estudio individual, con el tema planteado en nuestros objetivos a resolver.

El 52,38% de los documentos encontrados siguieron un diseño descriptivo transversal, basados en encuestas. El 47,61% realizaron una revisión sistemática o bibliográfica de la literatura relacionada con la violencia en el lugar de trabajo, y tan solo un estudio se basó en un diseño longitudinal y otro realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas personales.

En la tabla 2 se muestra el resumen de los artículos finales de la búsqueda bibliográfica organizado por autor y año, título del documento, diseño e idea principal.



Nº	AUTORES Y AÑO	TÍTULO	DISEÑO	IDEA PRINCIPAL
1	<i>Travetto C. et al. 2015</i>	Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud.	Estudio descriptivo transversal	Determinar la frecuencia de agresiones al personal sanitario mediante una encuesta electrónica voluntaria. Tras el análisis de 19.967 encuestas concluyeron que la violencia verbal y física es frecuente, con la consecuencia de secuelas laborales.
2	<i>Bernaldo de Quirós M. et al. 2014</i>	Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias.	Estudio descriptivo transversal	Conocer la frecuencia y naturaleza de las agresiones en urgencias y emergencias, con una muestra de 441 profesionales de SUMMA-112. Los resultados indicaron un alto porcentaje de agresiones físicas, con mayor gravedad en la atención a domicilio.
3	<i>Galián-Muñoz I. et al. 2013</i>	Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias.	Estudio descriptivo transversal	Estudiar las manifestaciones hostiles de usuarios hacia los profesionales de enfermería en los Servicios de Urgencia de los hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud mediante un cuestionario autoaplicado, concluyendo un número elevado de agresiones que debe reducirse para mejorar la salud psicológica de los trabajadores.
4	<i>Vidal-Martí C. et al. 2015</i>	Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España.	Revisión sistemática	Búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos científicas que dio como resultado dieciséis artículos que cumplían los criterios de inclusión. Concluyeron la dificultad para comparar datos por la variabilidad metodológica, aún así comprobaron que la violencia laboral hacia los profesionales sanitarios es un fenómeno existente.
5	<i>Cervantes G. et al. 2010</i>	Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009).	Estudio descriptivo transversal	Describir la frecuencia, tipología y características de los incidentes de violencia ocupacional de 60 centros sanitarios de Cataluña, en cada uno de los cuales un experto en prevención de riesgos laborales se encargó del registro del incidente. Se notificaron 1.940 incidentes que comportaron violencia física en un tercio de los casos y verbal en más de la mitad de los mismos.

6	<i>Gasco F. et al. 2017</i>	Autodefensa de las agresiones verbales para el personal sanitario.	Estudio descriptivo transversal	En la Agencia Sanitaria del Bajo Guadalquivir detectaron un aumento de las agresiones verbales hacia el personal sanitario, en especial en Urgencias. Desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales se propusieron reducir el impacto psicosocial mediante un taller de autodefensa.
7	<i>Ortells Abuyé N. et al. 2013</i>	Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal.	Estudio descriptivo transversal	Caracterizar las agresiones producidas al personal de urgencias de un hospital comarcal, mediante la administración de un cuestionario. Concluyeron que el 71.7% no notificó la agresión y el 67.1% no recibió formación en la prevención de la agresión ni conocían los protocolos existentes.
8	<i>Miret C. et al. 2010</i>	El profesional de urgencias y emergencias: agresividad y burnout.	Revisión sistemática	Las agresiones sufridas por los trabajadores se encuentran dentro de un amplio abanico de riesgos que afectan a la seguridad y salud de los trabajadores sanitarios, ya de por sí sometidos a factores de estrés laborales elevados que conducen a desgastes profesional o Sdme. Burnout.
9	<i>García Roncero C. et al. 2011</i>	Las agresiones en los centros sanitarios: estudio comparativo.	Revisión sistemática	Pretende comparar los datos sobre las agresiones en los centros sanitarios, considerando este hecho como un fenómeno internacional. Los profesionales enfermeros, seguidos de los médicos son los más afectados, y el Servicio de Urgencias el que más casos registra.
10	<i>Sainz Pinós C. et al. 2011</i>	Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria.	Protocolo	Establecer pautas de actuación que debe llevar a cabo el trabajador, su mando y el resto de instancias implicadas de un centro de atención primaria, ante una situación conflictiva con los ciudadanos.
11	<i>Vezyridis P. et al. 2014</i>	Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey.	Estudio retrospectivo transversal	Identificar mediante un cuestionario la prevalencia, características, factores precipitantes y sugerencias de mejora ante la problemática de la violencia hacia el personal sanitario de nueve servicios de urgencias de la República de Chipre.
12	<i>Brown B.G. et al. 2013</i>	Hospital Violence and the Role of the Occupational Health Nurse.	Revisión bibliográfica	Identificar las mejores prácticas utilizadas para proteger a los trabajadores de la salud de la violencia en su lugar de trabajo.

13	<i>Martínez León M. et al. 2011</i>	Estudio de las agresiones a profesionales sanitarios.	Revisión bibliográfica	Uno de los riesgos a los que están sometidos los trabajadores en el desempeño de su actividad diaria es consecuencia de la interacción con otras personas, la cual puede derivar en comportamientos agresivos, que se repite con demasiada frecuencia en Urgencias y Centro de Atención Primaria.
14	<i>Gillespie G.L. et al. 2013</i>	Stressful Incidents of Physical Violence Against Emergency Nurses	Estudio descriptivo transversal	Describir los actos de violencia física contra enfermeras de emergencia percibidas como estresantes. Sugiere que los esfuerzos para prevenir la violencia y promover la seguridad en el lugar de trabajo deben enfocarse en diseñar ambientes de trabajo que permitan la salida rápida de los empleados, estableciendo y aplicando políticas de prevención.
15	<i>Heponiemi T. et al. 2014</i>	The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control	Estudio longitudinal	Datos recogidos entre 2006-2010. La muestra incluyó a 1515 médicos finlandeses, en el que se examinó las asociaciones prospectivas de la violencia física relacionada con el trabajo y la intimidación con las intenciones de volumen de trabajo de los médicos y la satisfacción laboral.
16	<i>Wei C-Y. et al. 2015</i>	Workplace violence against nurses – Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study	Estudio descriptivo transversal	Determinar mediante una encuesta la prevalencia de la violencia en el lugar de trabajo y explorar el papel de las características organizativas del hospital y los esfuerzos de promoción de la salud para reducir la violencia hospitalaria entre las enfermeras de Taiwan.
17	<i>ALBashtawy M. et al. 2016</i>	Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey	Estudio descriptivo transversal	Realización de una encuesta en los servicios de urgencias de los hospitales jordanos sobre la violencia en el lugar de trabajo, para estudiar las razones de la poca notificación de la violencia entre los enfermeros jordanos.
18	<i>Morken T. et al. 2015</i>	Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents – a qualitative study	Estudio cualitativo	Se invitó a los participantes a hablar sobre sus experiencias de violencia en la atención primaria de emergencia. Concluyeron que la agresión es más probable que surja en situaciones en las que no se han satisfecho las necesidades del paciente, debe abordarse desde la educación del profesional.

19	<i>Ramacciati N. et al. 2016</i>	Interventions to reduce the risk of violence towards emergency department staff: current approaches.	Revisión bibliográfica	Ofrece intervenciones para controlar y reducir el riesgo de ser víctima de violencia en el lugar de trabajo por medio de diferentes métodos.
20	<i>Pourshaikhian M. et al. 2015</i>	A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel	Revisión sistemática	La violencia en el lugar de trabajo y las lesiones sufridas son extensas en todo el mundo. Las causas importantes de violencia incluyen la escasez de programas de capacitación que tratan de la violencia, la falta de protocolos de manejo de la violencia y los retrasos en los tiempos de respuesta.
21	<i>Bernaldo de Quirós M. et al. 2016</i>	Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey	Estudio retrospectivo transversal	Evaluar las consecuencias psicológicas de la exposición a la violencia del lugar de trabajo de los pacientes y sus acompañantes en la atención de emergencia prehospitalaria en 70 centros de urgencias de la Comunidad de Madrid.
22	<i>Gillespie G.L. et al. 2010</i>	Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies	Revisión bibliográfica	Descripción de los factores de riesgo y las estrategias de protección asociadas con la violencia en el lugar de trabajo perpetrada por pacientes y visitantes contra los trabajadores de la salud.
23	<i>Nelson R. 2014</i>	Tackling violence against health-care workers	Revisión bibliográfica	Una revisión sobre la prevalencia de la violencia en el lugar de trabajo a nivel internacional, así como sobre la tasa de notificación de los asaltos.
24	<i>Mayorca Yancán I.A. et al. 2013</i>	Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas?	Estudio observacional descriptivo	Conocer el nivel de infradeclaración y analizar sus motivos. Comparar grupos de trabajadores declarantes y no declarantes. Mediante una encuesta previamente pilotada, aplicándola a los profesionales de un hospital de segundo nivel en 2011.
25	<i>Chagoyen Barroso T. 2016</i>	Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla	Estudio observacional descriptivo	Conocer si los trabajadores de Urgencias Generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío saben de la existencia de un plan de prevención y atención de agresiones para los profesionales del sistema público de Andalucía, así como conocer agresiones no registradas hacia el personal de urgencias.

26	<i>Sánchez Martínez S. et al.</i>	Causas y consecuencias de las agresiones al personal sanitario	Revisión bibliográfica	Revisión de la bibliografía española acerca de las agresiones hacia el personal sanitario, mostrando un resumen de las causas y consecuencias derivadas de la violencia en el lugar de trabajo.
----	-----------------------------------	--	------------------------	---

Tabla 2. Artículos incluidos en los resultados.



5.1 ACTUALIDAD SOBRE LA VIOLENCIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

La violencia en el lugar de trabajo hacia los profesionales de la salud es una cuestión alarmante, en la que los eventos que la caracterizan no se registran, denuncia o informan, por lo tanto estimar su magnitud es difícil. La evidencia científica existente la componen publicaciones basadas en encuestas o en la observación del fenómeno, con resultados variables en parte por la utilización de diferentes definiciones del término violencia y la diversidad en relación a las poblaciones evaluadas.

Nos encontramos ante una realidad que genera una preocupación creciente y una gran amenaza para los profesionales del sector de la salud. La primera documentación de encuentros agresivos de usuarios hacia enfermeras data de 1824 y los primeros estudios sobre ello se registran en los años 70, pero no será hasta inicios de los 90 cuando el número sea significativo. En el periodo de 1995 a 2005 se publicaron 2993 artículos tratando la violencia en el entorno sanitario y ese dato se duplicó a partir de 2005, publicándose 6357 trabajos. En España la violencia laboral hacia los profesionales sanitarios empezó a ser objeto de estudio en 2004.^[17,18]

Actualmente, ha cobrado mayor importancia ya que, tanto en países industrializados como en vías de desarrollo es una preocupación prioritaria.^[3,18,19] Según la Oficina de Estadísticas Laborales, Censo de Lesiones Ocupacionales Físicas y la Organización Mundial de la Salud informó que casi una cuarta parte de la violencia en el lugar de trabajo se produjo en instituciones sanitarias y que los profesionales de la salud tenían 16 veces más probabilidades de ser atacados que el personal de otros sectores.^[18] Es uno de los riesgos laborales más complejos y peligrosos, que junto al estrés representan alrededor del 30% de los costos totales de enfermedades y accidentes de trabajo.^[2,19,20]

Datos europeos indican que anualmente por lo menos el 4% de todos los trabajadores (6 millones) sufren algún tipo de violencia psicológica, el 2% (3 millones) acoso sexual y el 8% (12 millones) intimidación. En EEUU cerca de 1000 trabajadores son asesinados anualmente en su lugar de trabajo, siendo el asalto simple, el tipo más común de crimen violento.^[19,20]

A nivel mundial, según información de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades la violencia en el lugar de trabajo se ha incrementado en 300% en la última

década. A raíz de ello se sugiere que el estrés y violencia laboral puede costar aproximadamente entre el 1 y el 3,5% del Producto Interior Bruto (PIB) cada año. ^[19]

La Oficina Nacional de Auditorías de Gran Bretaña estima que aproximadamente el 39% de los incidentes declarados ocurren en los Servicios de Urgencias Hospitalarias. ^[20, 21]

Los profesionales de la salud corren un alto riesgo de encontrarse con violencia en el lugar de trabajo. Un ejemplo de ello lo muestran diferentes estudios internacionales con tasas de prevalencia de distintos países como, es la prevalencia en los servicios de emergencia de los Estados Unidos, donde se registró que el 75% de los profesionales habían sufrido violencia verbal y el 28% indicó que habían sido víctimas de agresión física en los 12 meses anteriores. En otro estudio realizado entre médicos hospitalarios y comunitarios en Israel, el 56% afirmó haber sufrido violencia verbal y el 9% de agresión física en el período de un año. En Finlandia, 1 de cada 5 médicos informó haber encontrado violencia física o la amenaza de ella. ^[22] Estos datos resaltan la extensión de esta realidad, siendo una preocupación mundial que continua en estudio.

Aunque existe mucha discrepancia entre los autores, podemos considerar que entre el 35-80% de los trabajadores hospitalarios han sido agredidos físicamente alguna vez y entre el 65-82% del personal de enfermería han experimentado algún tipo de abuso verbal. ^[19]

En nuestro país, los sondeos realizados indican que en torno al 60% del personal sanitario ha sido objeto alguna vez de agresión física o verbal y que el 45% de las agresiones ocurren en los Servicios de Urgencias. ^[3,19,23]

5.2 TIPOS DE AGRESIONES

En España cada vez hay un mayor conocimiento de esta situación, aunque es difícil obtener datos exactos acerca de la incidencia o prevalencia por la falta de registro y denuncia. Analizando la búsqueda obtenida, la mayor parte de los estudios transversales han concluido, tras el análisis de las encuestas realizadas sobre la violencia en el lugar de trabajo, que la agresión verbal es más común que la agresión física. Un ejemplo de ello son los resultados obtenidos en uno de éstos: un 76,9% de las agresiones incluyó violencia verbal y un 37,9% de los casos violencia física. ^[9,19,24,25]

Una revisión sistemática sobre 136 estudios indicó que la violencia física representaba un tercio de los incidentes violentos y la violencia no física representaba aproximadamente dos tercios.^[26]

En cuanto a las características de la violencia, según uno de los estudios analizados, los mayores porcentajes de agresión verbal, incluyeron gritar, amenazar e intimidar, y en cuanto a las agresiones físicas se caracterizaron por agarrar, arañar y morder, donde sólo el 7,9% denunció estos hechos.^[27]

Un artículo que basó su estudio en analizar la agresión que se producía en los domicilios de los usuarios en la atención de urgencias extrahospitalaria, pudieron concluir que la gravedad de las agresiones fue mayor con respecto a la ocurrida en el hospital, e implicó más comportamientos amenazantes, conductas de agarrar o empujar e incluso retenciones en contra de la voluntad de los profesionales.^[3]

5.3 PERFIL DE LA VÍCTIMA Y DEL AGRESOR. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR.

En relación a las características del *perfil de la víctima*, la literatura revisada describen resultados muy diversos. La mayoría están de acuerdo en la cuestión sobre el personal más expuesto, que se trata de enfermería, los porcentajes de exposición de este colectivo se encuentra entre el 40-50% con respecto a otras categorías.^[2,9,19,28] En contraposición a estos datos hay autores que aseguran que no se agrede por pertenecer a una categoría o a otra, sino por la proximidad en la atención al usuario.^[29]

En la *variable edad*, son varios los que registraron que los profesionales jóvenes sufrían más agresiones, el grupo más expuesto fueron aquellos trabajadores que se encontraban entre los 25-44 años de edad, en cambio un estudio observó que aquellos profesionales menores de 26 y los mayores de 46 años sufrieron menos agresiones.^[2,9,19,26,27] Por el contrario otro estudio reveló que, el grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 46-55 años, siendo menor los casos entre los mayores de 66 años y los médicos más jóvenes entre 26-35 años.^[30] Y uno de los estudios, no encontró relación significativa entre la variable edad y la exposición a violencia en el lugar de trabajo.^[28] Esta variabilidad en los resultados es posible que se deba a las características sociodemográficas de la muestra, tales como el área geográfica, la cultura e incluso el instrumento de medida utilizado.

Algunos estudios se aventuran a dar razones de estos resultados, como que la mayor frecuencia de agresión hacia personal joven podría atribuirse a la mayor exposición por trabajar en áreas de emergencias, que son lugares de alto riesgo.^[2] Además de que la falta de experiencia laboral es una de las principales características de las víctimas, ya que son más propensas a denunciar tales incidentes, por tanto sus compañeros más experimentados parecen estar en menor riesgo.^[27] Otro estudio especula sobre otras razones como la adquisición de mejores herramientas de comunicación por parte del personal con más años de experiencia.^[2]

Con la *variable sexo*, ocurre de manera similar, los resultados difieren entre los estudios, la mayoría afirman que las mujeres son más propensas a sufrir agresiones con porcentajes que alcanzan 81,5% , aportando razones tales como que se trata de una profesión con predominio del sexo femenino, y bien que la violencia contra la mujer históricamente está más orientada a pensamientos sociales y culturales que perpetúan la desigualdad, aumentando la violencia física y verbal.^[19,24,26] Por el contrario, otros estudios afirmaron que el sexo masculino caracterizaba la mayoría de los registros de agresiones, ya que era más probable que acudieran al evento violento antes que una compañera de su servicio, por tanto su exposición aumentaba.^[28]

Algunos de los estudios obtenidos analizaron otras características de las víctimas, como su estado civil, siendo más común la violencia entre los profesionales solteros, separados o viudos.^[19,26]

Hubo un estudio realizado en Andalucía, el cual demostró que *trabajar en equipo era un factor positivo para el registro de la agresión*, por lo tanto sus resultados indicaron que dichos profesionales padecían más eventos violentos. Con ello quiere decir que cuando el trabajador se siente apoyado por un compañero ante la agresión es más fácil que se registre dicha agresión.^[19]

En cuanto a *la organización y gestión de personal*, los estudios hallados describen que aquellos trabajadores que realizan jornadas laborales a turnos rotatorios, notifican las agresiones con mayor frecuencia que los que trabajan en turnos fijos.^[19] Dentro de los turnos observaron que los incidentes violentos tenían más probabilidades de ocurrir durante los turnos nocturnos, en las áreas de evaluación o tratamiento de los SUH.^[9,19,21,29]

No hay un *perfil de agresor* claramente establecido, dada su heterogeneidad, pero sí que son datos destacables el hecho de que una de cada tres agresiones es realizada por un paciente o su familiar y que sólo el 9% de los agresores se trata de pacientes con patología psiquiátrica y el 8% con antecedentes de toxicomanía.^[2,3,19,29,30]

Según los datos recogidos por un estudio transversal, los acompañantes intervinieron en un 81% de las agresiones que se produjeron. En el SUH, en momentos de nerviosismo, desinformación y esperas, los familiares o acompañantes pueden adoptar actitudes violentas, participando en la mayoría de las agresiones producidas.^[9] Estos resultados quedan apoyados por otros como los recogidos en una revisión bibliográfica la cual describe que los responsables en primer lugar fueron los familiares y acompañantes con un 49,8%, seguido de los propios pacientes con un 47,3%.^[22]

Otro de los estudios barajó las razones que explican por qué los pacientes psiquiátricos o bajo los efectos de alcohol o drogas pueden ser más violentos que el resto de pacientes. Por ejemplo, los pacientes pueden haber sido llevados al SUH contra su voluntad para un examen psiquiátrico. O bien ingresados en contra de su voluntad, presentando comportamiento violento como expresión de insatisfacción. El personal sanitario, en ocasiones, es menos tolerante con pacientes que se encuentre bajo los efectos de estas sustancias, el paciente puede responder de manera violenta ante la percepción de esta intolerancia. Y por último, los pacientes bajo la influencia de drogas o alcohol pueden tener inhibiciones más bajas y un mayor deseo de satisfacer sus necesidades personales a expensas de que otros se sientan intimidados o incluso agredidos.^[4]

El autor típico de un incidente violento en el SUH fue identificado por varios artículos como un usuario masculino con una edad comprendida entre los 30-50 años, con antecedentes de historial violento, patologías psiquiátricas o bien bajo los efectos de drogas y/o alcohol.^[3,20,29] En discordancia a ello, otro autor describe como perfil del agresor a un joven de 20 años, varón y afectado por el alcohol, en Australia durante 2003 alrededor de 83% de todos los agresores cumplían estas características.^[19]

Dentro de *los escenarios protagonistas* de la violencia en el lugar de trabajo en las instituciones sanitarias, gran parte de los estudios apoyan que el SUH es el protagonista de estos eventos, con tasas del 51% con respecto Atención Primaria con un 33,5% y Hospitalización con un 15%.^[2,3,19,26,28,29,30]

En concreto en el SUH, *la consulta y la zona de triaje*, son los espacios que más eventos violentos han presenciado. Se trata de áreas donde se produce el primer encuentro entre el paciente o la familia con el profesional. ^[3,31]

Otro factor señalado que influye en la agresión es *la pertenencia del servicio a una institución pública*, los resultados indican que entorno al 90% de las agresiones se producen en el sector público con respecto al privado. ^{3,30} Así mismo un estudio realizado en la Región de Murcia, obtuvo que los centros con más de 1000 trabajadores, que coinciden con aquellos que se encuentran en las ciudades más grandes, tienen un nivel mayor de violencia. ²¹

5.4 CAUSAS DE LA AGRESIÓN

La literatura, en su mayoría, llega a resultados similares ante la cuestión de las causas que originan la agresión en los SUH, éstas suelen proceder generalmente de los pacientes y sus familiares o visitantes ^[10]; se encuentran descritas en la figura 2.



Causas	El ingreso o alta del paciente en contra de su voluntad.
	Negación de algún servicio (tratamiento, baja laboral...).
	Pacientes inestables, bajos los efectos del alcohol o drogas, o enfermedades mentales.
	Insuficiencia de recursos humanos y materiales.
	Acceso a armas.
	Mal diseño ambiental.
	Trabajar solo.
	Tiempo de espera largo.
	Seguridad inadecuada.
	Movimiento ilimitado del público.
	Comunicación de fallecimientos.
	Prioridades y organización en la atención de pacientes en los SUH.

Figura 2. Causas de la agresión. [2,3,7,9,19,23,24,27,28,29,30,31]

Según la Organización Médica Colegial de España, tras realizar un análisis de la situación actual concluyeron que las causas que motivaron las agresiones fueron en un 34% por discrepancia con la atención médica, un 18% por desacuerdo en la emisión de informes médicos, un 15% por una negativa a recetar medicación demandada por propio paciente y un 12% por causas ajenas a la asistencia sanitaria o discrepancias personales. Además señalan la contraposición de los pacientes entre el desconocimiento de sus obligaciones o deberes y el extremo conocimiento que tienen de sus derechos. [24,30]

Estos factores de riesgo que pueden ocasionar violencia dependerán de la localización, del tamaño y del tipo de cuidados que se ofrecen en el centro. [23] Existen algunos factores que pueden incrementar la posibilidad de que se produzcan actos violentos, como zonas deprimidas o con alto índice de criminalidad. [7]

Existen numerosas teorías acerca de las causas de la violencia. Algunas postulan que los comportamientos agresivos son fruto del aprendizaje, bien por imitación de acontecimientos familiares similares, culturales o medios de comunicación. También es explicado el incremento de las tasas de violencia por las iniquidades económicas y el inadecuado y desigual acceso a bienes y oportunidades. En muchas ocasiones la violencia sigue un curso gradual, comienza por situaciones en las que se empieza hablando y va pasando a cotas de mayor intensidad, la propia reacción de los trabajadores ante tal situación puede contribuir a determinar el curso de los acontecimientos en un sentido u otro. En ciertos incidentes puede llegar a resultar difícil analizar por qué una persona se comporta de cierta manera pero en otras sí es posible establecer pautas preventivas para evitar o aliviar situaciones violentas. ^[28]

5.5 CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima que uno de cada seis trabajadores enferma por maltrato en el ámbito laboral. En un 86,6% de los casos, el profesional no coge la baja laboral como consecuencia de la agresión, tan solo lo hacen el 13,4% de los casos. ^[30]

Los efectos de la agresión en el personal sanitario se resumen en la figura 3.

Consecuencias	
	Disminución de la motivación, implicación y rendimiento laboral.
	Depresión, ansiedad, ira.
	Despersonalización, disminución de la autoestima, alteraciones emocionales.
	Síntomas psicósomáticos.
	Síndrome de Burnout o estrés laboral.
	Pensamientos negativos sobre sí mismo, la profesión y la organización.
	Afectación de los rendimientos cognitivos.
	Afectación a la realización profesional y personal y las relaciones personales.
	Incremento del absentismo laboral y pérdida de horas de trabajo, así como incapacidad laboral temporal o permanente.
	Cambio o pérdida del puesto de trabajo.
	Deterioro de la imagen institucional y ambiente laboral.
	Incremento de los costes por medicina defensiva.
	Insatisfacción de usuarios y profesionales.

Figura 3. Consecuencias de la agresión hacia el personal sanitario. ^[9,17,21,23,24,26,27,31,32]

Un estudio transversal que analizó las secuelas laborales de la agresión pudo determinar que los profesionales agredidos se vieron obligados a suspender sus tareas hasta el 28,2% de los casos. Estas consecuencias fueron mayores cuando la agresión fue física que cuando fue verbal. ^[2]

Las consecuencias personales van a conducir a una mala calidad de la atención, que incluyen errores en la medicación, mala toma de decisiones clínicas y retrasos en la evaluación y el tratamiento. ^[29]

Un estudio que analizó la respuesta de las enfermeras de emergencia ante la agresión indicó que suelen presentar signos de estrés postraumático después de la

violencia física. Los signos incluyeron evitar conscientemente las oportunidades de hablar sobre el evento, tener flashbacks recurrentes y sufrir un estado de excitación acentuado que conduce a insomnio. Ello puede afectar a la capacidad de las enfermeras para trabajar de manera óptima, evitando pacientes y visitantes violentos, posiblemente en un esfuerzo para prevenir un acto violento recurrente. ^[4]

Un estudio español que evaluó las consecuencias de la violencia en 70 centros de Urgencias de la Comunidad de Madrid, determinó que la agresión física se relacionó especialmente con altos niveles de ansiedad y la frecuencia de la agresión verbal se asoció con agotamiento emocional y despersonalización, factores de riesgo que conducen al Síndrome de Burnout. Los altos niveles de despersonalización se mostraron en los cambios de comportamiento, lo que llevó a tratar a los pacientes como objetos y no como personas. Estos cambios pueden hacer que el personal sea más vulnerable a la agresión por parte de los pacientes. ^[27]

Además de estas consecuencias personales y organizativas, un costo directo es el derivado de las tareas legislativas a raíz de la denuncia del hecho, un ejemplo de ello es el dato que aportan las empresas estadounidenses, cuyo gasto promedio derivado de la violencia en el lugar de trabajo alcanzó cifras de 120.000 millones de dólares al año. Al mismo tiempo existen costos indirectos, desafortunadamente son más difíciles de cuantificar y de calcular, podemos encontrar aquellas consecuencias psicosociales y físicas en el personal agredido. ^[24]

5.6 PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LOS SUH

El sector salud corre un riesgo grave, las consecuencias negativas de la violencia repercuten fuertemente en la prestación de los servicios sanitarios y a decisiones de los trabajadores de abandonar sus profesiones. Esto, a su vez, puede ser causa de que se reduzcan los servicios de salud disponibles para la población y aumenten sus costos. ^[19]

El pilar principal de la prevención reside en la dirección, la cual no sólo debe evaluar los lugares de trabajo y establecer políticas e intervenciones cuando sea necesario, sino también demostrar un fuerte compromiso de apoyo y protección al personal. Al definir claramente y anunciar su compromiso, la dirección invita a sus empleados a participar en la resolución de problemas y organización del servicio. ^[33]

Un estudio realizado en un Servicio de Urgencias de un hospital comarcal, recogió la recomendación de la Occupational Safety and Health Administration acerca de instar a los hospitales a que asuman responsabilidades de prevención de la violencia, así como informar a los pacientes que no se acepta ningún tipo de violencia, además de establecer un programa de formación para los trabajadores, incrementar la vigilancia y seguridad, elaborar protocolos y registro de agresiones. En la valoración global de la seguridad en el Servicio de Urgencias analizado, la mitad de los profesionales estaban satisfechos. Lo mejor valorado fue el espacio físico con áreas amplias, boxes individuales cerrados, separando diferentes salas de espera y disminuyendo así la presión de los pacientes y familiares. Seguido de una herramienta informática, “briefings de seguridad”, una alarma que pueden activar los diferentes profesionales de urgencias e indica que el paciente se debe vigilar, lo que puede ayudar a prevenir una situación violenta al estar en sobreaviso. La insatisfacción surgió en relación a la presencia del vigilante de seguridad, ya que solo contaban con uno para todo el hospital y centro de atención primaria, su presencia debía notificarse por vía telefónica. Esto es un hecho común en numerosos SUH en España.^[9]

Las conclusiones a las que llegó dicho estudio fue que los profesionales de la salud minimizaban las agresiones, incorporándolas como parte de su trabajo. El gran desconocimiento del protocolo sobre violencia laboral por parte de los trabajadores de urgencias demostró que no fue suficiente con la elaboración de éste; la dirección ha de implicarse en formar a sus profesionales ofreciéndoles formación específica de cómo afrontar y resolver situaciones conflictivas ofreciendo herramientas para evitarlas y prevenirlas. Así como, estrategias de gestión del estrés y técnicas de autocontrol.^[9]

La mayor parte de los artículos revisados recomiendan seguridad 24 horas al día así como sistemas de alarma, timbres de aviso o botones antipánico y en las zonas de alto riesgo sistemas de videovigilancia. Estudios estadounidenses también analizaron el éxito de los detectores de metales, al ser un país permisivo en el uso de armas de fuego con respecto a Europa.^[9]

Apoyando las conclusiones del estudio anterior, se encuentran varias investigaciones, las cuales resaltan que las empresas deben de establecer un programa para formar a los profesionales, adecuar la plantilla de trabajadores, incrementar la vigilancia y la seguridad, elaborar protocolos y registro de las agresiones diferenciando entre las verbales y no verbales con protocolos de actuación diferentes. Mejorar las técnicas de comunicación con el enfermo y aprender métodos para enfrentarse a situaciones violentas,

mejorará la prevención ante la violencia. [23,24,29,35]

En la figura 4 se describen medidas de prevención ante la agresión en los SUH.

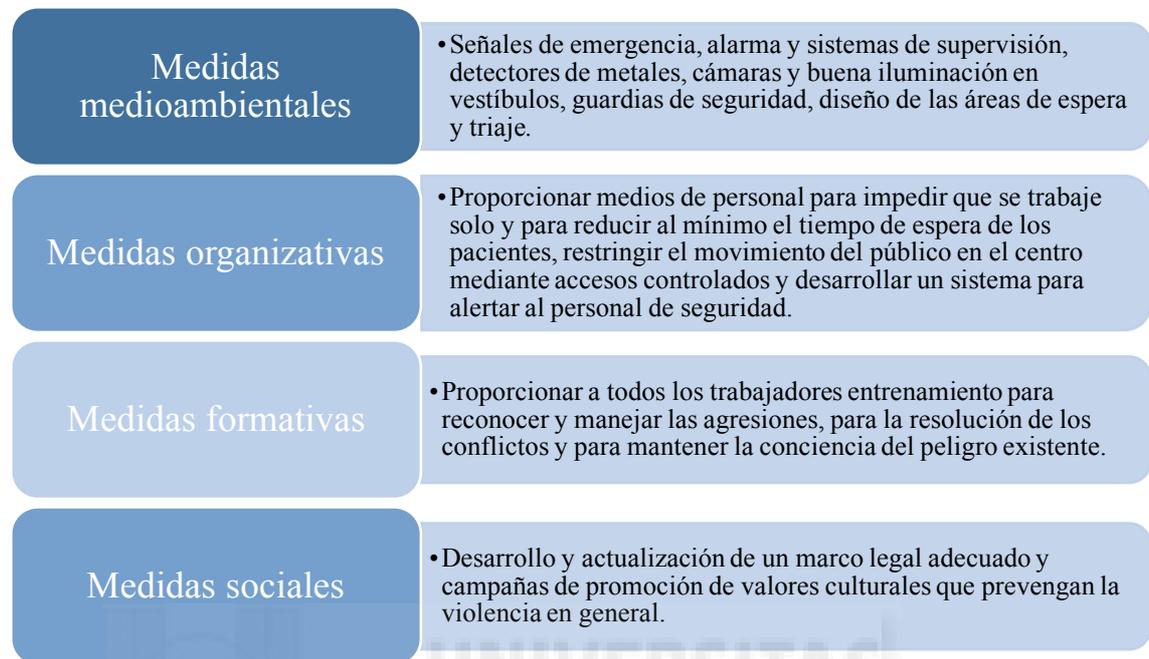


Figura 4. Medidas para la prevención de la violencia en los SUH. [18,22,23,26,34]

En relación a la problemática de infravalorar estos incidentes por parte de las víctimas, un estudio realizado en un SUH en la República de Chipre, indicó como una de las razones de la baja notificación, el desconocimiento de los profesionales sobre cómo presentar un informe, además del temor a represalias posteriores del agresor. Esta disposición puede ser fortalecida por la falta de estímulo y apoyo de la organización sanitaria para denunciar el incidente e iniciar la acción apropiada. La principal fuente de apoyo y estímulo para notificar la agresión fueron los compañeros de la víctima. En términos de abordar este fenómeno, los profesionales de este estudio señalaron que una de las medidas de seguridad efectiva sería la educación pública sobre el uso adecuado de los SUH. [29]

Uno de los estudios sobre enfermeras en los SUH, propuso como prevención de la violencia en su servicio, la figura de la enfermera de salud ocupacional. Ya que el contacto cercano incrementa la probabilidad de que una enfermera de Urgencias se convierta en víctima de violencia, especialmente si los signos de peligro están ausentes. [4,33]

El papel de la enfermera ocupacional incluiría la creación de políticas para prevenir y responder a la violencia en el lugar de trabajo con un equipo multidisciplinario de médicos y psicólogos del trabajo, además del equipo de seguridad del hospital. Realizaría un análisis del lugar de trabajo para evaluar las exposiciones actuales y pasadas a la violencia notificada. También se encargaría de crear un programa de educación de profesionales con el equipo interdisciplinario para enseñar técnicas de autodefensa y control de situaciones conflictivas. Con esta figura más un plan definido de prevención de la violencia y educación, será menos probable que ocurran incidentes violentos. ^[33]

Son ya numerosas Consejerías de Salud autonómicas las que han implementado planes de prevención, creando registros y programas de formación y campañas de sensibilización a la población. ^[24]

Un estudio realizado en España resaltó la importancia del asesoramiento psicológico tras la agresión tanto física como verbal, ya que cuando el personal informa de altos niveles de ansiedad y/o Síndrome de Burnout, hay una mayor probabilidad de que vuelva a ocurrir la agresión, probablemente debido al enfoque de conflicto adoptado. ^[27]

Por tanto es necesario prestar atención psicológica a los profesionales que han experimentado algún tipo de violencia. Sólo el 2,7% de los profesionales de la salud informó haber recibido ayuda psicológica, y no fue proporcionado en su entorno de trabajo, sino buscado por sí mismos. Los servicios de prevención de riesgos laborales deben incluir esta ayuda, desde varios aspectos:

- El desarrollo de estrategias psicológicas globales de afrontamiento: la empatía, las habilidades de comunicación y la resolución de problemas.
- La identificación de las consecuencias psicológicas desde el principio.
- La elaboración de programas y sesiones grupales con los profesionales para analizar las situaciones de conflicto y sus acciones.

Sin embargo, cualquier intervención psicológica, no será eficaz si no va acompañada de otras intervenciones a nivel comunitario como políticas de tolerancia cero para las campañas de agresión y sensibilización de la ciudadanía; y organizativas como medidas de seguridad, en especial para asistencia domiciliaria, y medidas para intentar reducir los tiempos de espera. ^[27]

En España nos encontramos respaldados *legalmente* ante estas situaciones, por medio de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y medidas de castigo penal, como es la Sentencia 1030/2007, de 4 de diciembre de 2007, la cual calificó la agresión al profesional sanitario público como delito de atentado a funcionario público (artículo 550 y siguientes del Código Penal). Ésta ofrece la protección jurídica del personal sanitario al equiparar su situación durante el desempeño de sus funciones a la de una autoridad pública, lo cual otorga mayor dureza a la persecución de este tipo de episodios violentos contemplándose la prisión para los responsables del delito de atentado, previniendo así otra posible agresión. ^[8,24]

El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, aprobado mediante la Ley 55/2003 del 16 de diciembre, en su artículo 17, dispone que el personal sanitario ostenta el “derecho a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones”. ^[6]

El artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1992, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, señala que “el Ministerio de Justicia e Interior podrá ordenar, conforme a lo que se disponga reglamentariamente, la adopción de medidas de seguridad necesarias en establecimientos e instalaciones industriales, comerciales y de servicios, para prevenir la comisión de actos delictivos que puedan cometer contra ellos, cuando generen riesgos directos para terceros o sean especialmente vulnerables...” Tratando de dar respuesta a ello, están en vigor la Ley 23/1992 de Seguridad Privada, el Reglamento de Seguridad Privada (aprobado por Real Decreto 2364/1994) y la Orden de 23 de Abril de 1997 por la que se concretan aspectos en materia de medidas de seguridad, en cumplimiento del Reglamento de Seguridad Privada. ^[7]

OPINIÓN DE AUTORES

Numerosos autores se aventuran a dar su opinión acerca de esta problemática a raíz de la investigación realizada; a continuación se describen reflexiones y datos que alertan de la violencia en el ámbito sanitario.

Entre ellos, cabe destacar el estudio de los gastos generados de la violencia en el lugar de trabajo. Se han evaluado las pérdidas financieras directas e indirectas de violencia en los SUH; por ejemplo el NHS inglés ha estimado el costo anual de este fenómeno en £

69 millones o 4500 salarios de enfermería, excluyendo los costos de capacitación para cada enfermera que deja el servicio, el costo organizativo individual de implementar medidas de seguridad o la pérdida de la productividad.^[29]

Varios estudios están de acuerdo en la falta de prestación de informes para registrar los casos de violencia, lo que dificulta obtener datos oficiales. Esta situación obstaculiza el reconocimiento de la magnitud y persistencia del fenómeno por parte de los administradores y los responsables de la formulación de políticas en algunos países. La OIT y la Asociación de Enfermeras de Emergencia han reconocido esta necesidad y han desarrollado guías y herramientas apropiadas. El siguiente paso requiere que los funcionarios de salud y los líderes clínicos avancen más allá de las intervenciones centradas en la organización dirigidas a los clínicos, hasta el desarrollo de iniciativas y programas educativos más amplios que permitan a los ciudadanos comprender mejor la naturaleza compleja y dinámica del trabajo en los SUH.^[29]

El estudio realizado en el Servicio Murciano de Salud, se aventuró a dar una posible explicación a la causa más común de la violencia en los SUH, que fue el enfado por la demora asistencial y la falta de información. Esta causa sería la generalización, en los últimos años, de la clasificación de los pacientes que acuden a los SUH a través de un sistema de triaje. Aunque este método facilita la organización del trabajo y es satisfactorio para los trabajadores, puede que no sea bien comprendido por los usuarios, cuya definición de una emergencia puede ser diferente a la de los profesionales que les atienden.^[21]

En la atención primaria de emergencia, los incidentes agresivos podrían reducirse prestando más atención a las expectativas y necesidades de los pacientes y mejorando la capacidad del personal sanitario para reconocer estas necesidades en situaciones en las que no se puedan satisfacer.^[35]

Seguidamente, la privación del derecho a decidir sobre su propio cuerpo es la forma más fuerte y fundamental de la degradación personal. En las evaluaciones de forma involuntaria, los pacientes se ven privados del derecho a decidir sobre su propio cuerpo. De una manera similar el contacto físico iniciado por personal de salud supone un estímulo que a veces precede a las agresiones. Por lo tanto, la agresión puede ser modulada explicando al paciente cada técnica que se le va a realizar, conociendo al personal para poder dirigirse a él y resolviendo las dudas que surjan.^[35,36]

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La violencia en el lugar de trabajo es una realidad alarmante en creciente estudio. Esta situación de riesgo laboral conduce a numerosas *consecuencias* que afectan a tres niveles: *el trabajador, la organización o empresa y los usuarios del Sistema de Salud*.

En concreto *las consecuencias laborales* que puede sufrir el trabajador han sido en su mayoría psicológicas seguidas de las físicas, que han conllevado desmotivación y deseo de abandonar la profesión, así como absentismo laboral, incapacidad temporal o incluso permanente. Supone así, uno de los riesgos laborales más complejos y peligrosos, que junto al estrés representan alrededor del 30% de los costos totales de enfermedades y accidentes de trabajo.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios constituyen uno de los principales lugares de riesgo de agresión de los usuarios o visitantes hacia los profesionales.

Las principales causas que motivan la agresión en los SUH están relacionadas con la *organización* del servicio que da lugar a largas esperas; con las *características del agresor* como ser varón y estar bajo los efectos de drogas o alcohol; con *las características del profesional* como su edad, sexo, estado civil y formación en estas situaciones; y con el *diseño ambiental y medidas de seguridad* del lugar de trabajo.

Multitud de estudios han propuesto y/o evaluado *medidas de prevención* de la violencia en el lugar de trabajo como *medidas formativas, medioambientales, organizativas y sociales*.

En España varias Consejerías de Salud autonómicas han implantado planes de prevención, creando registros y programas de formación, además de campañas de sensibilización a la población. A ello se le suma, la cobertura legal con la que cuentan los profesionales sanitarios españoles como la reforma penal que les otorga el título de autoridad pública, quedando más respaldados legalmente ante las agresiones. Estas facilidades deben animar a los trabajadores a denunciar las agresiones sufridas para con ello hacer visible esta problemática y poder actuar en base a un registro oficial de las tasas de violencia en los servicios sanitarios.

Dadas las características de los estudios revisados, cuyos niveles de evidencia se encuentra entre 2++ y 3 con grados de recomendación C y D según la escala Scottish

Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), no se pueden extraer conclusiones comunes y detalladas acerca de las consecuencias. A ello se le suma la heterogeneidad en las muestras de los estudios y la diversidad en la elección de la definición de violencia en el lugar de trabajo.

Por tanto, falta investigación de calidad para obtener resultados de alta fiabilidad con los que trabajar en la prevención de la violencia y así proporcionar al personal sanitario un lugar de trabajo seguro, consiguiendo reducir las consecuencias y costos derivados de las agresiones en el ámbito laboral.

En el anexo 1 se realiza una propuesta de estudio transversal para conocer las consecuencias laborales de la agresión de los usuarios hacia el personal sanitario de cinco centros de Atención Primaria del área de salud IV de la Región de Murcia.



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cantera M.L., Cervantes G., Blanch J.M. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo* 2008; 29(1):49-58.
2. 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(4): 307-315.
3. Bernaldo de Quirós M., Cerdeira J.C, Gómez M.M, Piccini A.T, Crespo M., Labrador F.J. 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: 171-178.
4. Gillespie G.L, Gate D.M, Berry P. Stressful incidents of physical violence against emergency nurses. *The Online Journal of Issues in Nursing* 2017; 18(1): 1-11.
5. Hahn S., Müller M., Hantikainen V., Kok G., Dassen T., Halfens R.J.G. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *IJNURSTU* 2013; 50 (3): 374-385.
6. Sainz Piñós C., López Triverio P.F, Maestre Naranjo M., Borda Olivas J., Cabrero Martín B. y Rodríguez de la Pinta M.L. Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria. *Rev Med Secur Trab* 2011; 57 (222): 5-14.
7. Pérez Bilbao J. y Nogareda Cuixart C. Centro nacional de condiciones de trabajo. NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1998. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_489.pdf
8. Martínez-Jarreta B., Gascón S., Santed M.A, Goicochea J. Análisis médico- legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin* 2007;128(8):307-310.
9. Ortells Abuyé N., Muñoz Belmonte T., Paguina Marcos M., Morató Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Rev Enferm Glob* 2013; 30: 196-207.

10. Ortega Cervantes G., Cantera Espinosa L., Blanch Ribas J.M. 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(1):14-19.
11. Papa A.M y Venella J. Workplace Violence in Healthcare: Strategies for Advocacy. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2013; 18 (1): 1-11.
12. Cheung T. y Yip P.S.F. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. BMC Public Health 2017; 17:196.
13. Hills D. y Joyce C. A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. Aggression and Violent Behavior 2013; 18 (5): 554-569.
14. Comité de redacción. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes, estudios e investigación; 2010.
15. Gómez Durán E.L, Gómez-Alarcón M., Arimany-Manso J. Las agresiones a profesionales sanitarios. Rev Esp Med Legal 2012; 38(1): 1-2.
16. Secretaría de Salud Laboral UGT-Madrid. Protocolo violencia en el trabajo. Unión general de trabajadores de Madrid. Disponible en: <http://www.ugtbalears.com/es/PRL/Psicosociologia/Protocolos/Protocolo%20violencia%20trabajo%20baja.pdf> (último acceso 7 de mayo 2016)
17. Vidal Martí C. y Pérez Testor C. Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España. Rev Esp Med Legal 2015; 41(3):123-130.
18. Ramacciati N., Ceccagnoli A., Addey B., Lumini E., Rasero L. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. Open Access Emergency Medicine 2016; 8:17–27.
19. Mayorca Yacán I.A, Lucena García S., Cortés Martínez M.E, Lucerna Méndez M.A. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? Med Seg Trab 2013; 59 (231): 235-258.
20. Chagoyen Barroso T. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Med Segur Trab 2016; 62 (242): 25-48.

21. Galián Muñoz I., Llor Esteban B., Ruíz Hernández J.A. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias* 2014; 26:163-170.
22. Heponiemi T., Kouvonen A., Virtanen M., Vänskä J., Elovaino M. The prospective effects of workplace violence on physicians job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control. *BMC Health Services Research* 2014; 14: 19.
23. Miret C. y Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist Sant Navar* 2010; 33 (1):193-201.
24. Sánchez Martínez S., Rico Cano A., Nieto Rubia-María U., Nieto Santander R.M. Causas y consecuencias de las agresiones al personal sanitario. En: Molero M.M, Pérez-Fuentes M.C, Gázquez J.J, Barragán A.B, Martos A., Simón M.M (eds). Libro Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital. 1º ed. Almería: ASUNIVEP; 2016: 1-426.
25. Cervantes G., Blanch J.M. y Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet 2007-2009. *Arch Prev Riesgos Labor* 2010; 13(3): 135-140.
26. Wei C.-Y., Chiou S.-T., Chien L.-Y., Huang N. Workplace violence against nurses. Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *IJNURSTU* 2016; 56: 63-70.
27. Bernaldo-De-Quirós M., Piccini A.T, Gómez M.M, Cerdeira J.C. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *IJNURSTU* 2015; 52: 260-270.
28. García Roncero C. Las agresiones en los centros sanitarios: estudio comparativo. *Rev enferm CyL* 2011; 3(2): 25-30.
29. Vezyridis P., Samoutis A. y MAVrikiou P.M. Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *J Clin Nurs* 2014; 22 (9-10):1-13.
30. Martínez León M., Irurtia Muñiz M.J, Martínez León C., Crespo Sierra M.T, Queipo Burón D. Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. *Revista de la Escuela de Medicina Legal* 2011; 4-11.

31. Albashawy M. y Aljezawi M. Emergency nurses perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: a national survey. IEM 2015; 24: 61-65.
32. Pourshaikhian M., Gorji H. A, Aryankhesal A., Khorasani-Zavareh D., Barati A. A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. Arch Trauma Res. 2016; 5(1): 1-14.
33. Bethany G.B y Burns Candace. Hospital violence and the role of the occupational health nurse. Rev Health and Safety 2013; 61 (11): 475-478.
34. Gasco F., Martín F.J., Rodríguez A., Cruces S., López I, Varo R. et al. Autodefensa de las agresiones verbales para el personal sanitario. Rev Enferm Trab 2017; 2: 38-40.
35. Morken T., Alsaker K., Johansen I.H. Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents- a qualitative study. BMC Family Practice 2016; 17:54.
36. Nelson R. Tackling violence against health-care workers. The Lancet 2015; 383 (9926): 1373-1374.

8. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Dirección general de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia. Región de Murcia Consejería de Sanidad, 2007. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/203015-plan_agresiones_protocolo_marco_ap.pdf (último acceso 31 de agosto de 2015)
2. Mejías García A., Carbonell Vayá E.J, Gimeno Navarro M.A, Fidalgo Vega M. Centro nacional de condiciones del trabajo. NTP 892: Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (I). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2011. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/881a915/ntp-891%20w.pdf>
3. Mejías García A., Carbonell Vayá E.J, Gimeno Navarro M.A, Fidalgo Vega M. Centro nacional de condiciones del trabajo. NTP 892: Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (II). Ministerio de Trabajo y

Asuntos Sociales España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2011. Disponible en:

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/881a915/ntp-892%20w.pdf>

4. Resolución de 26 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 20 de noviembre de 2015, por el que se aprueba el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en la Administración General del Estado y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella. *Boletín Oficial del Estado*, 10 de diciembre de 2015. 295: 116576-116592. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-13388 (último acceso enero de 2016).



AGRADECIMIENTOS

A mi familia, cuyo apoyo y paciencia no decaen y me brindan día a día sus ánimos para lograr aquello que me proponga, una vez más gracias.

A mi directora Gema por su ayuda y comprensión en la realización de este proyecto.

Y por último a la dirección y profesores del máster por hacer posible este curso y transmitirnos con entusiasmo la importancia de una adecuada formación en prevención de riesgos laborales.



ANEXO I



ANÁLISIS DE LA REPUESTA DEL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA DE SALUD IV DE LA REGIÓN DE MURCIA ANTE LA AGRESIÓN. CONSECUENCIAS LABORALES.

La violencia ocupacional es un fenómeno emergente y global en el ámbito de los riesgos laborales que afecta a todas las profesiones y muy especialmente al sector sanitario y cuya prevención exige una información empírica válida, fiable y permanentemente actualizada.

Las agresiones a los profesionales sanitarios constituyen un problema grave y de importantes consecuencias que hasta fechas recientes era prácticamente desconocido y posteriormente ha permanecido silenciado por su escasa denuncia. Su rápida evolución en España parece responder a un patrón de creciente violencia interpersonal observada en diversos ámbitos de nuestra sociedad.

Según un estudio realizado en 38 centros que cuentan con 18.000 trabajadores, entre enero del 2005 y marzo de 2007; observaron que fueron notificados 501 incidentes de los cuales el 35% de los casos fueron agresión física y el 83% de tipo verbal. Según el personal afectado evidenciaron: enfermería (42%), médico (35%), técnico y administrativo (16%) y de otros sectores (7%).

Otro estudio acerca de las secuelas de dichas agresiones concluyó que el 16,9% de los casos informaron de secuelas en los profesionales agredidos; de los cuales el 7,9% tuvieron secuelas físicas, el 28% de los lesionados suspensión temporal de la actividad laboral y el 46,6% refirió inseguridad en el lugar de trabajo.

Los estudios científicos llevados a cabo hasta ahora se han dirigido fundamentalmente a investigar las agresiones perpetradas en centros y servicios psiquiátricos y, de manera específica, a los profesionales de enfermería como víctimas. Son escasas las investigaciones que han considerado las agresiones en otros profesionales, servicios y centros como posibles dianas de la violencia.

No se ha estudiado suficientemente sobre los daños derivados de las violencias no físicas y, en general, los efectos para la salud psicológica que pudieran ser importantes incluso en ausencia de agresión física.

En España, la necesidad de investigación científica es aún mayor si cabe, dado que

la toma de conciencia acerca de la realidad de este problema puede situarse en los últimos dos años, aunque la alarma generada es extraordinaria. Cualquier iniciativa en este sentido tendrá eficacia en la medida en que se fundamente en un conocimiento objetivo de la realidad, que sólo puede alcanzarse por medio de la investigación.

JUSTIFICACIÓN

Los trabajadores sanitarios han de exigir que su lugar de trabajo sea seguro, por su derecho a protegerse contra las agresiones y su dignidad profesional, al prestigio de la propia organización sanitaria y amenaza la eficacia y la propia seguridad de los ciudadanos, que pueden verse perjudicados por una atención sanitaria alterada por el impacto emocional que causa un entorno violento.

Según bibliografía analizada, el ámbito donde se producen el mayor número de agresiones es en el primer nivel asistencial, en las Consultas de Atención Primaria con un 57%. Siendo el sector público más castigado con un 90.63% con respecto al sector privado en el que solamente se producen un 9.38% de agresiones.

Ante estos datos y debido a que la violencia ocupacional es un fenómeno emergente y global en el ámbito de los riesgos laborales, cuya prevención exige una información empírica y actualizada. Es por ello necesario ampliar la evidencia científica relacionada con esta problemática para así poder adoptar medidas satisfactorias para que los trabajadores se encuentren seguros en su lugar de trabajo.

OBJETIVOS

PRINCIPAL:

- ✓ Valorar la respuesta del personal sanitario de cinco centros de Atención Primaria ante la agresión.

SECUNDARIOS:

- ✓ Revisar la bibliografía sobre violencia hacia el personal sanitario.
- ✓ Analizar descriptivamente las variables recogidas en la encuesta.
- ✓ Valorar posibles consecuencias laborales derivadas de la agresión.

MATERIAL Y MÉTODO

- **DISEÑO DEL ESTUDIO:** transversal observacional descriptivo.
- **ÁMBITO DEL ESTUDIO:** cinco centros de Atención Primaria del Área de Salud IV de la Región de Murcia (Caravaca de la Cruz, Cehegín, Moratalla, Bullas y Calasparra).
- **POBLACIÓN DIANA:** personal sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería).
- **POBLACIÓN DE ESTUDIO:** personal sanitario de cinco centros de Atención Primaria que se encuentren trabajando en el año 2017 en dichos centros.
- **MUESTRA:** encuestas autocumplimentadas de manera voluntaria y anónima por el personal sanitario.
- **VARIABLES DEL ESTUDIO**

Variables	Características
<i>Número de médicos por centro de Atención Primaria</i>	Cuantitativa discreta
<i>Número de enfermeros por centro de Atención Primaria</i>	Cuantitativa discreta
<i>Número de auxiliares de enfermería por centro de Atención Primaria</i>	Cuantitativa discreta
<i>Población que atiende cada centro de Atención Primaria</i>	Cuantitativa discreta
<i>Edad</i>	Cualitativa politómica: ≥35 años, de 36 a 45 años, de 46 a 55 años y ≤56 años
<i>Sexo</i>	Cualitativa dicotómica: hombre/mujer
<i>Categoría profesional</i>	Cualitativa politómica: médico, enfermera, auxiliar de enfermería, administrativo
<i>Antigüedad profesional</i>	Cualitativa politómica: <10 años, de 10 a 30 años y >30 años
<i>Preguntas sobre agresión</i>	Cualitativa dicotómica: sí/no

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados se efectuará con el programa Microsoft Office Excel y con el paquete estadístico SPSS.

Para el estudio de **las variables cuantitativas** se calcularán las frecuencias absolutas y relativas, así como sus porcentajes y su representación gráfica en diagramas de barras y sectores.

Para el estudio de **las variables cuantitativas** se calculará su media aritmética y desviación estándar.

La significación estadística se considerará cuando la p sea inferior 0.05 y se asumirá un nivel de confianza del 95%.

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Se realizará una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, por medio de cadena de búsqueda con sus respectivos operadores booleanos y DeCs.

Se limitará la búsqueda a aquellos artículos y revisiones de interés publicadas en el período de tiempo comprendido desde el 2006 al 2017.

RESULTADOS

A determinar.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

A determinar.





Nº de encuesta

--	--	--

ENCUESTA SOBRE AGRESIÓN

Esta encuesta forma parte de un trabajo de investigación realizado por Begoña Marín, enfermera alumna del Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales. Dicho proyecto está enfocado a estudiar la agresión hacia los profesionales de Atención Primaria y sus consecuencias laborales.

Definición de **agresión**: “Se definen las agresiones como los sucesos violentos sufridos por los trabajadores de Atención Primaria del Área IV de Salud, incluyendo como tales las conductas verbales o físicas, amenazantes, intimidatorias, abusivas y acosantes y que tengan relación directa con la actividad laboral propia del puesto de trabajo desempeñado.”

- **Normas de cumplimentación:** señalar mediante un círculo la respuesta elegida. Ejemplo: (1)
- Por favor refiérase a agresiones infligidas únicamente por pacientes o su entorno, **quedan exentas las agresiones entre compañeros de trabajo.**

P.1.- EDAD: 1 ≤ 35 años

2 36-45 años

3 46-55 años

4 ≥ 56 años

P.3.- CATEGORÍA: 1 Médico/a

2 Enfermero/a

3 Auxiliar de enfermería

4 Administrativo

P.2.- SEXO: 1 Hombre

2 Mujer

P. 4.- ANTIGÜEDAD: 1 < 10 años

2 entre 10–30 años

3 > 30 años

P.5.- ¿Durante el ejercicio de su trabajo tiene contacto con los pacientes? Si No

P.6.- ¿Ha recibido usted información y/o formación relacionada con los protocolos y medidas de seguridad ante agresión? Si No

P.7.- ¿Se siente seguro en su centro de trabajo? Si No

P.8.- ¿Está satisfecho con las medidas de seguridad implantadas en su centro? Si No

P.9.- ¿Ha sufrido algún tipo de agresión en su centro de trabajo? Si No

(Si su respuesta es NO, puede terminar aquí la encuesta. Gracias por su colaboración)

P.10.- ¿Realizó el registró de la agresión de la cual fue víctima? (en el Servicio de Prevención) Si No

P.11.- ¿Ha sufrido violencia física? *(la violencia física hace referencia al uso de fuerza física contra otra persona o grupo de personas, que resulta en un daño. Puede incluir golpes, patadas, bofetadas, puñaladas, disparos, empujones, mordeduras, pellizcos, entre otros)*

Si No

P.12.- ¿Ha sufrido violencia verbal? *(Comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor de una persona, incluye amenaza de violencia física contra otra persona o grupo, que puede resultar en daño psicológico, mental, moral o de su desarrollo social. La amenaza se define como: promesa de utilización de la fuerza física o poder, resultando en miedo u otra consecuencia negativa dañando a un individuo o grupo)*

Si No

P.13.- ¿Considera estas situaciones como un hecho habitual? Si No

P.14.- ¿El agresor fue un paciente? Si No

P.15.- ¿El agresor fue un familiar del paciente? Si No

P.16.- Sexo del agresor: 1. Hombre

2. Mujer

P.17.- ¿Dónde tuvo lugar el incidente? 1. En el centro de trabajo

2. En el trayecto al centro de trabajo

P.18.- ¿Cree que el incidente pudo ser prevenido? Si No

P.19.-¿Sufrió algún tipo de lesión física como resultado del incidente? Si No

P.20.- ¿Estos incidentes le generaron estrés, ansiedad, tristeza? Si No

P.21.-¿Se planteó cambiar su puesto de trabajo tras el incidente? Si No

P.22.- ¿Requirió tratamiento? Si No

P.23.- ¿Requirió la baja laboral? Si No

P.24.- ¿Interpuso una denuncia tras el incidente? Si No

P.25.- De acuerdo a su percepción, ¿la violencia en el lugar de trabajo, va en aumento? Si No

P.26.- Por último, ¿aumentaría usted las medidas de seguridad de su centro de trabajo? Si No