
**Análisis psicosocial
de las agresiones a los profesionales
de los servicios de urgencias
y emergencias del SUMMA-112
de la Comunidad de Madrid**

**Mónica Bernaldo de Quirós Aragón
y col.**

Ayudas a la investigación 2011

Investigador Principal

Mónica Bernaldo de Quirós Aragón

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Equipo Investigador

José Carlos Cerdeira Varela

SUMMA-112. Servicio Madrileño de Salud

M^a del Mar Gómez Gutiérrez

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Ana T. Piccini Larco

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Francisco J. Labrador Encinas

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

María Crespo López

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Índice

	Página
OBJETO Y ALCANCE	5
1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	5
1.1. Violencia en el ámbito laboral	5
1.2. Violencia en el ámbito sanitario	6
1.2.1. Frecuencia de las agresiones	6
1.2.2. Factores de riesgo	6
1.2.3. Consecuencias psicológicas de las agresiones	7
1.3. Violencia en los servicios sanitarios de urgencias y emergencias	9
1.3.1. Revisión bibliográfica	10
1.3.2. Violencia en urgencias hospitalarias	10
1.3.3. Violencia en urgencias y emergencias extrahospitalarias	14
1.4. El SUMMA 112	16
1.4.1. Funciones	16
1.4.2. Recursos asistenciales	16
1.4.3. Procedimiento de acceso a los recursos	17
2. OBJETIVOS	17
3. MATERIALES Y METODOLOGÍA	17
3.1. Participantes	17
3.2. Variables e instrumentos	18
3.3. Procedimiento	20
3.3.1. Diseño de rutas	20
3.3.2. Pilotaje del estudio	22
3.3.3. Entrenamiento de los evaluadores	22
3.3.4. Contacto y evaluación de los participantes	22
3.3.5. Supervisión y entrega de las baterías	22
3.3.6. Análisis de datos	22
4. RESULTADOS	23
4.1. Características sociodemográficas y laborales de la muestra	23
4.2. Objetivo 1: Frecuencia de los distintos tipos de violencia y análisis de las variables implicadas	23
4.2.1. Frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones	23
4.2.2. Perfil del agredido	24
4.2.3. Variables situacionales	25
4.2.4. Perfil del agresor	25

4.3.	Objetivo 2: Diferencias en función del tipo de servicio	25
4.3.1.	Diferencias en frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones según el tipo de servicio	26
4.3.2.	Diferencias en variables situacionales según el tipo de servicio	26
4.3.3.	Diferencias en el perfil del agresor según el tipo de servicio	27
4.4.	Objetivo 3: Diferencias en función del tipo de profesional	27
4.4.1.	Diferencias en la frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones según el tipo de profesional	28
4.4.2.	Diferencias en variables situacionales según el tipo de profesional	29
4.4.3.	Diferencias en el perfil del agresor según el tipo de profesional	29
4.5.	Objetivo 4: Consecuencias psicológicas de las agresiones	29
4.5.1.	Síndrome de <i>burnout</i>	29
4.5.2.	Estado de salud mental	30
4.5.3.	Sintomatología postraumática	30
5.	DISCUSIÓN	35
5.1.	Frecuencia y naturaleza de las agresiones	35
5.2.	Perfil del agredido	36
5.3.	Variables situacionales	36
5.4.	Perfil de los agresores	37
5.5.	Consecuencias psicológicas de las agresiones	37
5.5.1.	Síndrome de <i>burnout</i>	37
5.5.2.	Estado de salud mental	38
5.5.3.	Sintomatología postraumática	38
6.	CONCLUSIONES	39
7.	AGRADECIMIENTOS	40
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

OBJETO Y ALCANCE

El presente proyecto trata de realizar un análisis psicosocial de las agresiones que sufren los profesionales asistenciales que trabajan en los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias del SUMMA-112, que es el servicio sanitario de urgencias extrahospitalarias más grande a nivel europeo y uno de los mayores a nivel mundial.

Este estudio se centra exclusivamente en analizar la Violencia Tipo II, es decir, aquella ejercida por clientes, usuarios o pacientes, sin que se reflejen las agresiones sufridas en otro ambiente distinto al laboral ni las ejercidas por compañeros o superiores en el trabajo. Se evaluó a los profesionales que trabajan en los recursos asistenciales que realizan una atención directa a los usuarios, sin considerar a aquellos que realizan la atención vía telefónica (e.g. Servicio Coordinador de Urgencias) o que son creados para situaciones específicas (dispositivo de Coordinación Móvil). Para ello se realizó un muestreo aleatorio estratificado de los distintos servicios de urgencias (n=32) y emergencias (n=38) localizados en las distintas áreas geográficas de la Comunidad de Madrid evaluando a los profesionales pertenecientes a los distintos estamentos (135 médicos, 127 enfermeras y 179 técnicos en emergencias médicas). Se pretende conocer la frecuencia de las agresiones en los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias, variables situacionales de la agresión, perfil del agresor, perfil del agredido, e identificar posibles diferencias entre el tipo de servicio (urgencias y emergencias) y/o el tipo de profesional. Asimismo se trata de evaluar las posibles consecuencias psicológicas de las agresiones físicas y/o verbales. De acuerdo a los resultados se ofrecen propuestas de actuación en distintas líneas que por una parte puedan prevenir las agresiones, y que por otra permitan una mejor asistencia a aquellos profesionales que lo necesiten.

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

1.1. Violencia en el ámbito laboral

La violencia se ha convertido en un problema de índole universal que afecta a todas las estructuras sociales poniendo en peligro el bienestar de todas las personas. Aunque es difícil obtener cálculos precisos, los costos de la violencia son altos para la economía de los países debido a los gastos que se incurre en asistencia sanitaria, los días laborables perdidos y los costes judiciales que se pueden generar debido a la violencia¹. En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que aproximadamente cada año 1.6 millones de personas en el mundo mueren a causa de la violencia y otras tantas han sufrido daño físico, sexual y/o mental teniendo como resultados importantes problemas de salud². Durante mucho tiempo se ha considerado el ámbito laboral como un espacio libre de violencia, entendiendo que aunque ésta podía apare-

cer en cualquier momento, no era ni probable ni frecuente en esta situación. En la actualidad, así como la violencia ha crecido en todas sus esferas, también lo ha hecho en el ámbito laboral, llegando a alcanzar en algunos países niveles considerados pandémicos³. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia laboral como: "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada, o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma"³. Además, la Comisión Europea agrega a dicha definición que los incidentes contemplados dentro de este tipo de violencia ponen en peligro, implícita o explícitamente, la seguridad, el bienestar o la salud de quien la sufre.

La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (OSHA)⁴, en el marco de una investigación centrada en la prevención de riesgos laborales, propuso una clasificación de la violencia en el trabajo que toma en consideración la relación entre el agresor y el lugar de trabajo. Así distingue cuatro tipos de violencia:

- *Violencia de tipo I*: El agresor no tiene vinculación con la organización en la que se comete la agresión o con sus empleados, y su acceso a la organización se debe a intenciones criminales (e.g. delincuencia común).
- *Violencia de tipo II*: El agresor tiene algún tipo de relación con la organización en la que se produce la agresión y la violencia se practica en el ejercicio de algún tipo de interacción con ella. (e.g. pacientes, clientes, alumnos, etc.).
- *Violencia de tipo III*: El agresor es un empleado de la organización o empresa. Es el tipo de violencia que aparece entre compañeros o entre trabajadores y sus supervisores.
- *Violencia de tipo IV*: El agresor no tiene ninguna relación formal con la empresa como tal pero tiene alguna relación con alguno de sus trabajadores. Es la violencia doméstica o problemas personales.

La OIT, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la OMS y el Internacional de Salud Pública (ISP) en el informe "Directrices para afrontar la violencia laboral en el sector salud"⁵ proponen ciertas definiciones para que exista una comprensión general común de la problemática de la violencia laboral. Distinguiendo entre:

- *Violencia física*, que definen como el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daño físico, sexual o psicológico; incluyendo acciones como: palizas, patadas bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos.
- *Violencia psicológica*, que puede coexistir con la anterior y que alude al 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. Dicha violencia incluye cualquier manifestación de abuso verbal, intimidación, atropello, acoso o amenazas.

1.2. Violencia en el ámbito sanitario

1.2.1. Frecuencia de las agresiones

Existen ciertas ocupaciones y sectores industriales en donde los trabajadores presentan un mayor riesgo de ser objeto de violencia. La violencia laboral, concretamente en el sector salud se ha convertido en los últimos años en una problemática de vital importancia debido a la magnitud que ha alcanzado⁶. En el año 2001, el CIE señalaba que la violencia se estaba convirtiendo en un problema de salud pública mundial, llegando a superar los índices de mortalidad de cualquier enfermedad infecciosa⁷. Ese mismo año otro estudio también manifestó el desmesurado incremento de la violencia en todos los campos y especialidades sanitarias, señalando que tanto los médicos como las enfermeras son objeto de cualquier tipo de agresión durante el transcurso de su jornada laboral por parte de pacientes y/o familiares⁸. De la misma forma, se ha puesto de manifiesto que cerca de un 25% de los incidentes de violencia laboral ocurren en el sector salud, y aproximadamente un 50% de los profesionales de dicho sector ha sido objeto de algún incidente violento en el transcurso de su vida laboral⁹. De hecho, ambas investigaciones ponen en evidencia que las acciones violentas por parte de pacientes, familiares y/o acompañantes de los usuarios de los servicios sanitarios hacia los profesionales van en aumento en todos los países industrializados y no industrializados en los últimos años, llegando a representar un motivo de preocupación para los profesionales del sector salud tal y como han demostrado diversos trabajos^{6,10-12}. En Canadá un estudio reciente señala que en el año 2004, aproximadamente 350.000 trabajadores experimentaron algún incidente de violencia laboral, dentro de los cuales un 33% fueron denunciados por trabajadores del sector salud¹³. Asimismo, en el Reino Unido los datos de la Encuesta sobre Violencia en el trabajo del año 2010/11, revelan que los índices de violencia laboral han aumentado en un 4% en relación a los años 2009/10, señalando que durante los últimos 12 meses aproximadamente 331.000 trabajadores han sufrido algún incidente de violencia en el trabajo, siendo los policías y los profesionales de los servicios sanitarios los que mayor riesgo presentan (8.9% y 3.5% respectivamente)¹⁴. Estos datos no hacen más que poner en evidencia que la violencia laboral es un fenómeno que ha ido aumentando año a año y que ha causado gran preocupación en los estados, organizaciones y la sociedad en general. Debido a lo anterior, desde hace varios años múltiples organismos internacionales han empezado a hacerse cargo de la situación elaborando medidas preventivas para intentar dar respuesta al creciente problema⁵. Este incremento no sólo se ha dado por el aumento de lo que la OSHA⁴ clasifica como violencia tipo III (violencia ejercida por jefes, compañeros o subordinados), sino más bien por el aumento de violencia tipo II, aquélla que es proporcionada en el ámbito sanitario exclusivamente por pacientes y/o acompañantes¹⁵⁻²⁰.

1.2.2. Factores de riesgo

Centrados ya en la *Violencia Tipo II*, en los últimos años ha ocurrido un importante cambio en la cultura de la población que accede a los servicios de salud. A consecuencia de este cambio los pacientes y familiares exigen una mayor calidad en el trato que reciben de los profesionales, y realizan una serie de demandas en ocasiones desmedidas (e.g. peticiones de bajas laborales, recetas para ciertos medicamentos, etc.). En muchos casos esas exigencias se realizan con formas ajenas a unas normas mínimas de educación y cortesía llevando a desencadenar situaciones violentas²¹⁻²². De esta manera, la creciente investigación en relación a la violencia por parte de pacientes y familiares, ha permitido identificar una serie de variables predictoras o factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de sufrir incidentes violentos en el sector sanitario. Estos factores se relacionan con los trabajadores, los agresores (pacientes y/familiares) y variables ambientales y/o situacionales.

• En relación a los usuarios y acompañantes

La alteración de las capacidades psíquicas por problemas como: demencia, esquizofrenia, problemas de ansiedad, etc. han sido identificadas en muchos agresores en diferentes estudios²³⁻²⁸. La cantidad de estudios realizados sobre las agresiones en el campo de la psiquiatría corroboran dichos datos. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en una residencia de mayores señaló que en un 11% de los incidentes violentos los agresores padecían de demencia, y en un 25% la agresión se asoció a la presencia de algún trastorno psiquiátrico²⁹. Por otro lado, el consumo sustancias tales como alcohol o drogas, se ha asociado al comportamiento violento de pacientes y familiares en todas las áreas sanitarias^{23,26-27,30-33}. La incapacidad o dificultad de los usuarios para manejar situaciones de crisis también puede desencadenar situaciones conflictivas^{23,26}. Estas situaciones sobre todo se suelen presentar en los departamentos de urgencias y emergencias, en donde la incertidumbre suele ser un elemento presente, que sumado a los largos tiempos de espera, la comunicación de un fallecimiento, etc. facilita comportamientos agresivos en pacientes y familiares^{31,33-35}.

La edad y el género de los usuarios también es un elemento a tomar en cuenta como variables predictoras. Parece que ser varón y tener una edad entre los 30 y 55 años son variables relacionadas con la violencia. Así por ejemplo, se ha encontrado que los varones llevaron a cabo la mayoría de las agresiones físicas (59%) y verbales (73%), y el 54% de éstos tenían entre 35 y 65 años de edad³⁶. Otro estudio llevado a cabo en un hospital general del Reino Unido también informó que los responsables de las agresiones eran los pacientes varones (66%) de entre 16 y 35 años (55%)²⁷.

Otro elemento al que se puede hacer referencia como un factor de riesgo, es la utilización de armas blancas o de fuego como medio de seguridad por parte de los usuarios, sobretodo en países como Estados Unidos en donde

existe una mayor facilidad de acceso a las mismas. Se ha señalado que en un 11% de los casos de violencia en el sector sanitario se utiliza algún tipo de arma (e.g. pistolas, cuchillos, bates, etc.)⁸. También se apunta un aumento en la utilización de armas blancas y de fuego por parte de los pacientes en el año 2000 si se compara con las estadísticas del año 1990³⁷.

• **En relación a los profesionales:**

Nuevamente el sexo se muestra como una variable predictora de violencia, aunque los resultados que se encuentran al respecto son contradictorios. Por un lado, existen estudios que señalan que los profesionales hombres son más vulnerables a experimentar incidentes violentos³⁸⁻⁴², mientras que en otros se afirma que son las mujeres⁴³⁻⁴⁵. Las contradicciones en los resultados se pueden deber a las diferencias en los contextos socioculturales en donde se han llevado a cabo los estudios.

Con relación a la edad, los estudios señalan que a mayor edad de los profesionales menores serán los riesgos que presenten^{39-40,42,46}. Sin embargo, en este punto también existe controversia ya que algún estudio señala que no existe relación entre la edad y la incidencia de episodios violentos en personal de enfermería hispano³⁸.

• **En relación al ambiente o la situación**

Trabajar de manera solitaria o en lugares aislados y solitarios⁴⁷ ambientes masificados y con alta confluencia de público (e.g. hospitales públicos)^{11,48-49}, ausencia de medidas o elementos de seguridad^{28,43}, asistencia en domicilios⁵⁰⁻⁵² o traslados de pacientes⁵³ son algunos de los factores que aumentan la probabilidad de ser objeto de agresiones. La convergencia de estos factores asociados a la necesidad de atención urgente agrava la situación y facilita la aparición de cualquier comportamiento violento por parte de los usuarios.

1.2.3. Consecuencias psicológicas de las agresiones

• **Síndrome de Burnout**

El concepto de burnout fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberg⁵⁴ para referirse a un patrón conductual caracterizado por una progresiva pérdida de energía, desmotivación, agotamiento, falta de interés, junto con síntomas de ansiedad y depresión; observado en el personal voluntario de un hospital de pacientes toxicómanos. Sin embargo, no fue hasta 1976 cuando Maslach⁵⁵ utilizó el mismo término para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés entre profesionales de servicios sociales (médicos, abogados, enfermeras, etc.), observando un importante distanciamiento emocional con aquellas personas a las que éstos trabajadores prestaban algún tipo de servicio.

No obstante, el término *burnout* adquiere real importancia en 1981 y es definido por Maslach y Jackson como: "un síndrome de cansancio emocional, despersonalización

y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas"⁵⁶. De esta manera, el *burnout* sería un constructo tridimensional compuesto por tres aspectos específicos: a) cansancio emocional (CE) (desgaste, fatiga, pérdida de energía y agotamiento), b) despersonalización (DP) (desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, irritabilidad y disminución de la motivación), y c) falta de realización personal (RP) (actitud negativa hacia uno mismo y hacia el trabajo, baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés).

Gil-Monte y Peiró⁵⁵ desde una perspectiva más psicosocial, entienden el burnout como una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna en la que intervienen o se articulan variables cognitivo-aptitudinales (baja RP en el trabajo), afectivas (CE) y actitudinales (DP), y que tienen consecuencias negativas para el individuo al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas para la persona y para la institución en la que se trabaja. Por la tanto, se entendería el burnout como un proceso, como una respuesta a corto y mediano plazo al estrés crónico laboral, más que un estado en si mismo.

En los últimos años diversas investigaciones han señalado que cualquier profesional puede experimentar *burnout* como respuesta al estrés crónico al que se ve expuesto en el trabajo. Sin embargo, múltiples estudios han evidenciado de manera consistente una mayor incidencia de *burnout* en aquellos trabajadores que prestan una labor asistencial o social, como es el caso de los profesionales sanitarios⁵⁸⁻⁶¹.

Hasta la fecha son muchas las investigaciones que se han centrado en el estudio del síndrome de burnout en profesionales sanitarios⁶²⁻⁶⁴. No obstante, son pocos los que han relacionado la aparición de este síndrome y la exposición a algún tipo de agresión en los profesionales⁶⁵⁻⁶⁶.

Con respecto a los estudios centrados en personal sanitario que analizan la relación entre el síndrome de *burnout* y las agresiones por parte de pacientes o familiares se ha encontrado:

- Asociación entre los índices de *burnout* y el ser objeto de violencia física⁶⁷⁻⁶⁸ o verbal^{67,69-70}. De manera que se puede llegar a producir un bucle en el que los elevados niveles de CE de los profesionales que se han enfrentado a situaciones violentas de tipo físico o verbal, genera actitudes de DP en los profesionales como forma de afrontamiento, incrementándose los comportamientos negativos hacia los pacientes o familiares y así también la probabilidad de ser objeto de un nuevo episodio agresivo por parte de ellos⁶⁷.
- Una asociación entre la exposición repetida a episodios de violencia verbal y altos niveles de CE⁶⁹⁻⁷⁰, o bajos niveles de RP^{68,71}.

En España, también se han llegado a conclusiones similares en relación a los niveles de desgaste profesional y la exposición a la violencia en personal sanitario de hospitales generales y centros de atención primaria⁷² (i.e. mé-

dicos, enfermeras, personal administrativo, personal de atención al cliente, etc.). Los profesionales expuestos a violencia física y/o verbal (intimidación o amenazas) presentan elevados niveles de *burnout*, observándose una relación estadísticamente significativa entre la exposición a incidentes violentos y altos niveles de CE y DP.

• Estado de salud mental

Los escasos estudios existentes centrados en las consecuencias en el estado de salud mental de la exposición a situaciones violentas por parte de profesionales sanitarios se han centrado en la descripción de la sintomatología a partir de la aplicación de métodos no diagnósticos como el STAI, el BDI, el GHQ-28 o la elaboración de listados de síntomas de diseño propio.

Con respecto a la sintomatología depresiva, utilizándose el GHQ-28 y el BDI, un estudio señala que un 39.8% de las enfermeras que habían sido agredidas por usuarios se encontraban después de dicho episodio psicológicamente angustiadas, presentando un 20% de ellas niveles que se enmarcan dentro de lo que corresponde a una depresión leve, y un 10% dentro de lo que sería niveles de depresión moderada a grave⁷³. Asimismo, se encontró una relación significativa entre la exposición a acontecimientos violentos y tres subescalas del GHQ, es decir, altos niveles de ansiedad, somatización y niveles severos de depresión en aquellas enfermeras que han sido objeto de episodios violentos⁷³. Lo anterior confirma la asociación significativa entre la experimentación de acontecimientos violentos y mayores niveles de malestar psicológico en quienes lo padecen. De la misma manera otro estudio más reciente (utilizando también el GHQ) encuentra una relación significativa entre la experimentación de episodios violentos por parte de pacientes y/o familiares y la presencia de niveles severos de depresión en profesionales sanitarios. Asimismo, se señala la relación existente entre mayores niveles de sintomatología ansiosa y problemas de sueño y la exposición a situaciones agresivas⁶⁸.

También se han apuntado diferencias en función del tipo de agresión, de manera que quienes sufren episodios de violencia verbal presentan mayores niveles de depresión (así como mayores niveles de frustración, ansiedad e ira) que aquéllos que son objeto de violencia física³⁶. Por el contrario, otro estudio no encuentra relaciones estadísticamente significativas entre la exposición a agresiones físicas o verbales y la sintomatología depresiva en los profesionales sanitarios españoles⁷⁴.

En cuanto a la sintomatología ansiosa, utilizándose el STAI para conocer los niveles de ansiedad y su relación con la violencia experimentada por el personal sanitario de un hospital general se ha señalado que no existe relación entre los altos niveles de ansiedad rasgo y la exposición a situaciones de violencia. No obstante, aquellos profesionales que experimentaron más de un incidente de agresión verbal (en forma de amenazas) presentaron altos niveles de ansiedad estado en comparación con quienes no han sido objeto de ninguna forma de agresión verbal⁶⁷.

Otros estudios que han utilizado listados de síntomas de diseño propio han encontrado una peor salud mental en los profesionales de enfermería que sufren incidentes violentos, experimentando síntomas de ansiedad,³⁶ sentimientos tales como: rabia (66.3%), ansiedad (53.5%), miedo (36%) y malestar emocional general (36%)⁷⁵; rabia, ansiedad, irritabilidad y suspicacia⁷⁶; y frustración, ansiedad, miedo, estrés y rabia⁷⁷; especialmente tras sufrir incidentes de violencia verbal por parte de familiares y/o pacientes, lo que podría poner de manifiesto que las secuelas de la violencia verbal pueden ser más perjudiciales y duraderas que las producidas por la violencia física⁷⁸.

En esta misma dirección, en España se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la violencia no física experimentada por los profesionales y altos niveles de ansiedad. Asimismo, el estudio señala que el miedo a ser agredido por parte de los pacientes es una de las variables predictoras de la ansiedad experimentada por los profesionales y menciona la importancia del apoyo social percibido como variable moduladora de los efectos psíquicos de las agresiones y la aparición de sintomatología ansiosa⁷⁴.

• Sintomatología postraumática

En los últimos años diversos trabajos de investigación han relacionado la exposición a acontecimientos traumáticos con el impacto psicológico. De hecho, los resultados de diferentes estudios muestran que hay una indiscutible relación entre la ocurrencia de una situación traumática y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores, entre los cuales se encuentra concretamente el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

El TEPT se puede originar tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, etc.) con una intensa carga emocional, en donde se ha visto amenazada la vida, o integridad física o sexual de uno mismo o de otra persona.

Según el DSM-IV TR⁷⁹ para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático se deben cumplir los siguientes criterios:

- A El individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que:
 - Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 - Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:
 - Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
 - Sueños de carácter recurrente, sobre el acontecimiento, que producen malestar.

- El individuo actúa o tiene la sensación que el acontecimiento traumático está ocurriendo (sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks)
 - Malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 - Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al acontecimiento y embotamiento de la reactividad general del individuo tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 - Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del acontecimiento traumático.
 - Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático.
 - Reducción importante del interés o de la participación en actividades sociales o laborales.
 - Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 - Restricción de la vida afectiva.
 - Sensación de un futuro desolador.
- D. Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:
- Dificultad para conciliar o mantener el sueño
 - Irritabilidad o ataques de ira
 - Dificultad para concentrarse
 - Respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se distingue entre TEPT agudo y crónico según los síntomas duren menos de 3 meses o 3 o más meses. También se habla de inicio demorado cuando los síntomas aparecen al menos 6 meses después del acontecimiento.

Adicionalmente, uno de los aspectos más relevantes en el estudio del TEPT es su comorbilidad con otros trastornos psicológicos. Este hecho es particularmente evidente con la depresión y los trastornos de ansiedad; de manera que diagnosticar únicamente TEPT en una persona que ha sido víctima de una situación traumática es algo bastante inusual.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, no resultaría extraño considerar que aquellos profesionales sanitarios que son agredidos física o verbalmente por pacientes y/o familiares podrían desarrollar un TEPT. Sin embargo, en el caso del colectivo de profesionales sanitarios, si bien muchos de ellos pueden presentar sintomatología postraumática como consecuencia de los acontecimientos violentos experimentados, sólo una minoría cumple con los criterios

que establece el DSM IV-TR⁷⁹ para el diagnóstico de un TEPT, por lo que resulta más apropiado hablar de presencia o ausencia de sintomatología postraumática. De hecho, quizá por este motivo la mayoría de los estudios orientados a valorar las consecuencias psicológicas (dentro de ellas el TEPT) de las agresiones en profesionales sanitarios han utilizado instrumentos de evaluación destinados a explorar sintomatología pero sin finalidad diagnóstica.

Al respecto, un estudio señala que de 224 profesionales sanitarios de una institución psiquiátrica, el 61% experimentó algún síntoma postraumático tras ser agredidos, y aproximadamente un 10% de ellos cumplían los criterios diagnósticos de TEPT⁸⁰. Igualmente, otro estudio más reciente encontró que los profesionales de enfermería que han sido víctimas de violencia tanto física como verbal, experimentan múltiple sintomatología postraumática como: rabia, miedo, dificultades de concentración, problemas de sueño, etc. como consecuencia de los acontecimientos violentos vivenciados, y que continúan experimentando de manera persistente sintomatología postraumática un 8% de los que son víctimas de violencia física, y un 13% de los que son víctimas de violencia no física³⁶.

En España, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la violencia verbal (insultos y amenazas) experimentada por los profesionales sanitarios y la presencia de sintomatología postraumática utilizando un listado de respuestas desadaptativas al estrés de diseño propio en el que se incluyeron los síntomas que describe el DSM-IV-TR⁷⁹ para el diagnóstico del TEPT⁷⁴. Las variables que predecían el cumplimiento del TEPT como criterio diagnóstico fueron: el haber sufrido amenazas, ser profesional médico, y trabajar en los servicios de psiquiatría. Estos resultados vuelven a poner en evidencia que los efectos de la violencia verbal pueden ser aún más perjudiciales que las agresiones físicas⁸¹⁻⁸².

Finalmente, un estudio reciente pone de manifiesto que un porcentaje importante de los profesionales de enfermería que han sido víctimas de violencia física experimentan sintomatología traumática tras el acontecimiento. De manera concreta, un 15.8% informan de síntomas de reexperimentación, un 16.8% de síntomas referidos a la evitación o embotamiento emocional, un 36.8% de síntomas de hiperactivación y un 27.4% de sensación de que todo les costaba más esfuerzo. Todos estos síntomas fueron valorados por los profesionales como causantes de un malestar extremo⁸³.

1.3. Violencia en los servicios sanitarios de urgencias y emergencias

Las urgencias y emergencias médicas tienen dos ámbitos principales de asistencia, el hospitalario, a través de los servicios de urgencias de los hospitales de agudos y extrahospitalario, que puede integrar a su vez diferentes recursos y tipos de asistencia según sea el modelo sanitario del país en cuanto a la integración o no de la asistencia primaria y especializada en un único servicio de salud y al tipo de provisión de los servicios.

Si bien cualquier profesional que trabaje en un centro sanitario como un hospital o centro de atención primaria puede ser objeto de violencia, esta posibilidad se ve incrementada en aquellos profesionales que desempeñan su labor en los departamentos de urgencias y emergencias⁸⁴⁻⁸⁸. Múltiples estudios han señalado que en este ambiente las agresiones verbales y físicas por parte de los usuarios se desencadenan con mucha más frecuencia y facilidad que en otras áreas de la sanidad⁸⁸⁻⁹³.

1.3.1. Revisión bibliográfica

A fin de efectuar un análisis sistemático de los estudios dirigidos a valorar la violencia física y verbal experimentada por los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias y sus consecuencias se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados al respecto. Se hizo uso de las bases de datos PsycINFO, elaborada por la *American Psychological Association* (APA), y MEDLINE, producida por la *National Library of Medicine*. La selección de artículos se centró en los publicados más recientemente, en concreto entre los años 2000-2012. Asimismo éstos fueron considerados con independencia del idioma en que estuviesen escritos y la organización responsable de su publicación.

Los descriptores empleados en la búsqueda fueron las palabras *NURSES/ EMERGENCY NURSES/ NURSING/ PHSYCIANS/ EMERGENCY DEPARTMENT/ HEALTH CARE WORKERS/ VIOLENCE/ WORKPLACE VIOLENCE/ VERBAL ABUSE/ PHSYICAL ABUSE/ AGGRESSIVE BEHAVIOUR/ AGGRESSION/ BURNOUT/ POST TRAUMATIC DISORDER/ STRESS/ MENTAL HEALTH/ DEPRESSION/ PSYCHOLOGICAL HEALTH* disponiéndose todas las combinaciones posibles entre ellas. Cada combinación (e.g. *emergency nurses and violence*) fue introducida en tres ocasiones: *como descriptores, título y palabras clave*. Se encontraron un total de 559 artículos posibles. Asimismo, se procedió a revisar también las referencias mencionadas en cada uno de los artículos seleccionados.

Una vez presentada la lista de artículos adecuados a las condiciones de búsqueda, se identificaron los que versaban concretamente sobre la violencia verbal o física sufrida por los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias por parte de los pacientes y/o familiares y sus consecuencias. Ello excluyó un número importante de artículos que se referían a la violencia sufrida por parte de compañeros y/o pares, y estudios que hacían referencia a la violencia doméstica en atención primaria. Tampoco se consideraron artículos de opinión, revisiones bibliográficas, e investigaciones dirigidas a la validación de instrumentos de medida o de procedimientos terapéuticos. Como resultado del procedimiento descrito se identificaron 19 artículos referidos específicamente al ámbito de urgencias y emergencias hospitalarias y extrahospitalarias, los cuales aparecen resumidos en la Tabla 1. Se presentan los estudios ordenados cronológicamente (comenzando por los más recientes) y considerando para cada uno: (1) Identificación del trabajo (autores

y año de publicación); (2) Número de participantes, tipo de profesionales y tipo de servicio de urgencias/emergencias evaluado (hospitalaria o extrahospitalaria), tasa de respuesta (en el caso de informar sobre ella) y país donde se realizó el estudio; (3) Diseño y periodo que se evalúa; (4) Variables e instrumentos de medidas utilizados; y (5) Resultados encontrados.

1.3.2. Violencia en urgencias hospitalarias

Las unidades de urgencias hospitalarias ofrecen asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y las emergencias.

En relación al ámbito de la violencia en urgencias hospitalarias se encuentran catorce estudios de interés, 4 de ellos realizados en Turquía^{96,101,103-104}, 4 en Estados Unidos^{12,25,87,107}, 4 en países árabes^{71,95,98-99} (i.e. Irán, Líbano, Marruecos y Palestina) uno en Taiwán¹⁰⁰ y otro en Australia¹⁰⁵.

• Caracterización de los participantes

En cuanto a los colectivos de profesionales en los que se han centrado los estudios, la mayoría de ellos se han realizado exclusivamente con el personal de enfermería, a excepción de dos estudios que evalúan sólo a profesionales médicos^{87,98}. Otros estudios han ido más allá y evalúan a todo el espectro de profesionales que trabaja en el sector sanitario (i.e.. médicos, enfermeras, técnicos, asistentes sociales, clérigos, personal administrativo, etc.)^{25,71,101,104}. Las muestras están compuestas por un número superior de mujeres que de hombres, lo cual corresponde a que gran parte de las investigaciones están centradas en personal de enfermería y dicha profesión es ejercida en su mayoría por mujeres sobretudo en países de Oriente Próximo.

En relación al modo de captación de las muestras, en la mayoría de los estudios se utilizó muestras de conveniencia, incluyendo profesionales cuya participación fue voluntaria y reclutados a través de los propios hospitales evaluados, asociaciones de profesionales, anuncios en los periódicos o vía internet. Sólo 3 estudios tuvieron muestras aleatorizadas^{99,101,104}.

Aunque el número de participantes es desigual; en 6 estudios las muestras empleadas tienen un tamaño medio de entre 171- 256 profesionales, otros 6 tienen un tamaño pequeño (de menos de 100 profesionales) y sólo uno de ellos presenta una muestra con más de 3.000 profesionales¹². Por último, en relación a las tasas de respuesta, aunque no todos los estudios hacen referencia a este dato, se puede señalar que por lo general son elevadas en torno al 66-97.2%, a excepción de un estudio en donde la tasa de respuesta fue de menos del 11%¹². Este último dato se entiende mejor si se tiene en cuenta que se trata de un estudio a nivel nacional en el cual la participación fue voluntaria y las baterías de evaluación distribuidas por medio de una página web.

Tabla 1. Estudios que valoran exclusivamente las agresiones a los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias.

Autores	Participantes y país	Diseño y periodo de medida	Variables e instrumentos	Resultados
Skibeli Joa y Morken ⁹⁴	N=536 Enfermeras, médicos y otros Extrahospitalaria Tasa de respuesta: 75% – Noruega	Transversal Últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas /laborales • Violencia física y verbal (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> – 78% agresión verbal, 44% amenazas, 13% agresión física y sólo un 9% acoso sexual. – Las mujeres (enfermeras) más abuso verbal y hombres más vulnerables a violencia física. – <i>Motivo principal:</i> utilización de sustancias (droga y alcohol) y problemas mentales.
Alameddine et al. ⁷¹	N=256 Enfermeras, médicos y otros Hospitalaria – Líbano	Transversal Últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal (Diseño propio) • Burnout (MBI) • Satisfacción laboral (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> – 80.8% violencia verbal y un 25.8% de violencia física – Exposición continua a violencia verbal relacionada con altos niveles de burnout y con mayor probabilidad de renunciar al trabajo.
Esmailpour et al. ⁹⁵	N=178 Enfermeras Hospitalaria Tasa de respuesta: 94,8% – Irán	Transversal Últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal (Adaptación del cuestionario de violencia desarrollado por ILO/ ICN/WHO/PSI) 	<ul style="list-style-type: none"> – 91.6% agresión verbal y 19.7% violencia física. – <i>Agente agresor:</i> 84.9% familiares de pacientes.
Pinar y Ucmak ⁹⁶	N=255 Enfermeras Hospitalaria Tasa de respuesta: 97,3% – Turquía	Transversal Últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal. (Diseño propio.) • Actitud ante la violencia (Cuestionario de Poster and Ryan, 1989) 	<ul style="list-style-type: none"> - 91.4% violencia verbal y 74.9% violencia física. - 80% no informa de los incidentes. - <i>Agente agresor:</i> familiares o acompañantes de los pacientes, seguido por los propios pacientes. - 65% de las enfermeras señalan no sentirse seguras en el lugar de trabajo.
Petzáll et al. ⁹⁷	N=134 Enfermeras y paramédicos Extrahospitalaria Tasa de respuesta: 79% – Suecia	Transversal Últimos años	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal (Diseño propio). 	<ul style="list-style-type: none"> – 66% violencia física o verbal en alguna ocasión – 26% amenazas y 16% violencia física. – 27% se utilizó armas blancas o de fuego.
Belayachi et al. ⁹⁸	N=60 Médicos Hospitalaria – Marruecos	Transversal Últimos 15 días	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal (en todas sus manifestaciones) • Consecuencias de la violencia. • Ansiedad (STAI) 	<ul style="list-style-type: none"> – 70% algún tipo de violencia, 47% violencia verbal, 30% amenazas y sólo un 8.5% violencia física. – Ocurren principalmente por la noche – <i>Motivo principal:</i> tiempo de espera, ingesta de alcohol o problemas mentales. – Violencia aumenta niveles de ansiedad.
Abu Ali et al. ⁹⁹	N=92 Enfermeras Hospitalaria Tasa de respuesta: 92.9% – Palestina	Transversal Últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal (en todas sus manifestaciones) (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> – 69.8% violencia verbal y 34% violencia física. – <i>Agentes agresor:</i> 69.2% familiares, 18.5% los propios pacientes.
Koritsas et al. ⁴⁷	N=283 Paramédicos Extrahospitalaria Tasa de respuesta: 28% –Australia	Transversal Últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal (en todas sus manifestaciones) (Diseño propio). 	<ul style="list-style-type: none"> – Ser mujer como variable predictora de violencia en forma de: intimidación, acoso sexual y asalto sexual. – Cualificación del profesional (médico) como predictor de violencia. – Más horas en el trabajo y mayor contacto con pacientes más probabilidad de sufrir violencia verbal.
Gacki-Smith et al. ¹²	N=3465 Enfermeras Extrahospitalaria Tasa de respuesta: 10.9% – USA	Transversal Últimos 3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> – 25% más de 20 episodios de violencia física y 20% más de 200 episodios de abuso verbal. – La mayoría no informan de los incidentes por miedo a las represalias y por falta de apoyo de la administración.
Tang et al. ¹⁰⁰	N=236 Enfermeras Hospitalaria (hospitales generales y un centro de atención primaria) Tasa de respuesta: 89.7% – Taiwán	Correlacional Toda la experiencia profesional y en los últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal (en todas sus manifestaciones) (Diseño propio). 	<ul style="list-style-type: none"> – 91.5% violencia verbal en los últimos 12 meses, media de incidentes 2-5 en 36.6%. – <i>Agente agresor:</i> 81.5% familiares del paciente o 75.9% los propios pacientes. – 30% violencia física, 44% durante la noche. – <i>Motivos principal:</i> Tiempo de espera y problemas cognitivos por parte del paciente. – <i>Factores de riesgo del profesional:</i> menor edad y ser soltera correlaciona con violencia verbal pero no con violencia física.

Tabla 1. Estudios que valoran exclusivamente las agresiones a los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias. (cont.)

Autores	Participantes y país	Diseño y periodo de medida	Variables e instrumentos	Resultados
Boz et al. ¹⁰¹	N= 79 Profesionales sanitarios Hospitalaria – Turquía	Transversal Últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> – 86.6% han sufrido o han sido testigo de violencia verbal. – 49.4% ha sido testigo o ha experimentado violencia física. – <i>Agente agresor</i>: 31.4% bajo influencia de alcohol o droga – <i>Motivo principal</i>: 24.7% tiempo de espera. – 36.1% de los profesionales agredidos señalan presentar problemas psicológicos.
Boyle et al. ¹⁰²	N=283 Paramédicos Extrahospitalaria Tasa de respuesta: 28% – Australia	Transversal Últimos 12 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ características de la situación de violencia • Violencia física y verbal (en todas sus manifestaciones) (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> – 87.5% algún episodio de violencia en el trabajo, 82% violencia verbal, 55% intimidación, 38% violencia física, 17% acoso sexual y 4% asalto sexual. – En la mayoría de los casos no se informa de los incidentes.
Gates et al. ²⁵	N=242 Profesionales sanitarios Hospitalaria – USA	Transversal Últimos 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ características de la situación de violencia • Violencia física o verbal. (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% paramédicos, 98% enfermeras y 96% médicos han sufrido acoso verbal. - Médicos y enfermeras más violencia verbal por parte de pacientes y familiares. - 42% de enfermeras algún incidente de acoso sexual. - Violencia física: 67% de enfermeras y 51% de médicos al menos en una ocasión.
Senuzum Ergün y Karadakovan ¹⁰³	N=66 Enfermeras Extrahospitalaria Tasa de respuesta: 72% – Turquía	Exploratorio Toda la experiencia profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ características de la situación de violencia • Violencia física y verbal. (Diseño propio) • Conocimiento de los procesos legales 	<ul style="list-style-type: none"> – 71.2% violencia verbal en los últimos 5 años. – 98.5% incidencia de violencia verbal y 19.7% de violencia física. – En la mayoría de los casos no se informa de los hechos.
Kowalenko et al. ⁸⁷	N=171 Médicos Asociación de médicos de servicios de emergencias Tasa de respuesta: 70.8% – USA	Transversal Últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ características de la situación de violencia • Violencia física y verbal (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> – 74.9% amenazas y 28.1% violencia física. – 40% ha utilizado elementos de seguridad como protección (armas, cuchillos, pistolas, etc.) – Mujeres más vulnerables a violencia física pero no de otra forma.
Ayranci ¹⁰⁴	N=195 Personal sanitario Hospitalaria Tasa de respuesta: 80.6% – Turquía	Transversal Últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ características de la situación de violencia • Violencia física y verbal (en todas sus manifestaciones). (Diseño propio). 	<ul style="list-style-type: none"> – 72.3 % alguna forma de violencia, 69.5% violencia verbal, 53.2% amenazas y 8.5% violencia física. – Enfermeras más incidentes de violencia que médicos (80.8% vs 78%)
Crilly et al. ¹⁰⁵	N=71 Enfermeras Hospitalaria Tasa de respuesta: 66% – Australia	Longitudinal Durante 5 meses, una vez por semana	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal (en todas sus manifestaciones) (Cuestionario de Violencia de Murray y Snyder, 1991) • Registro de violencia (Diseño propio). 	<ul style="list-style-type: none"> – 70% algún episodio de violencia. 110 episodios (aproximadamente 5 episodios por semana) – La mayoría ocurrieron por la noche – Agente agresor: bajo influencia de alcohol y drogas o problemas mentales.
Suserud et al. ¹⁰⁶	N=66 Paramédicos Extrahospitalaria Tasa de respuesta: 91.6% – Suecia	Transversal Toda la experiencia profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas • Violencia física y verbal (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> – 80.3% algún tipo de violencia. En su mayoría de tipo verbal u amenazas. – Experimentar un incidente de violencia afecta la relación y la atención inmediata al paciente.
Erickson et al. ¹⁰⁷	N=55 Enfermería Hospitalaria Tasa de respuesta: 98% – USA	Correlacional Toda la experiencia profesional y los últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ características del trabajo. • Violencia física • Actitud ante la violencia (Cuestionario de Poster y Ryan, 1989.) 	<ul style="list-style-type: none"> – 82% agresión física durante toda su carrera, un 55% en el último año, y sólo 29% lo han informado. – 73% considera que en su tipo de trabajo la posibilidad de ser agredidos es esperable.

• Metodología

La recogida de información se efectuó principalmente a través de baterías autoplicadas. En esos casos, los profesionales recibieron un sobre con los cuestionarios y una vez completados fueron entregados a los supervisores o bien enviados vía correo ordinario. Sólo en un estudio los cuestionarios fueron distribuidos por medio de una página web¹².

La mayoría son de estudios descriptivos de corte transversal con una sola medida de las variables evaluadas. Los periodos de evaluación de las variables varían desde considerar los últimos 15 días hasta evaluar toda la experiencia profesional. No obstante, la mayoría de los estudios consideró los 12 meses previos a la evaluación. En dos casos se trató de estudios correlacionales^{100,107} y sólo un estudio fue longitudinal, midiendo las variables evaluadas una vez por semana durante un periodo de 5 meses¹⁰⁵.

La conceptualización y las medidas empleadas para evaluar la violencia física y verbal difieren. En la mayoría de los estudios se emplean baterías de diseño propio elaboradas especialmente para las investigaciones, ya que no existe un instrumento consensuado para valorar la violencia en éste contexto. No obstante, algunos autores utilizan como referencia los instrumentos elaborados por organismos tales como la OIT/CIE/OMS/IPS¹⁰⁸. Otro aspecto a mencionar, es que algunos autores elaboran sus propias definiciones sobre los conceptos de violencia física y verbal, lo cual puede ocasionar dificultades cuando se comparan resultados.

Además, los distintos estudios persiguen diferentes metas y mientras que la mayoría de los estudios son meramente descriptivos^{12,87,95-96,99,101,103-104,105,107}, otros además de describir la situación de violencia y los contextos se centran en describir las variables implicadas en el desarrollo de las conductas violentas y las consecuencias físicas y emocionales en los profesionales^{25,71,98,100}.

• Frecuencia de las agresiones

En general los estudios revisados revelan altos índices de violencia tanto física como verbal en relación al personal sanitario de los servicios de urgencia hospitalarios por parte de pacientes y/o familiares acompañantes. En relación a la violencia física las investigaciones muestran una prevalencia muy variable que oscila entre el 8.3 y el 74.9%^{104,96}. Sin embargo en la mayoría de los estudios, los datos indican que las tasas de agresión física rondan entre el 20 y el 40%^{12,71,87,95,99-100,103,105}.

Cuando se trata de agresiones verbales la incidencia es muy alta, disparándose en ocasiones a porcentajes cercanos al 90-100%^{25,95,100,103}. En general los estudios ofrecen datos variables pero altos, en torno al 47% y 91.4%, a excepción de un estudio que halla sólo un 20% de incidencia de violencia verbal en el personal de enfermería en un periodo de 3 años¹².

Con todo, a pesar de que los datos ponen de manifiesto la alta incidencia de agresiones físicas y verbales

contra los facultativos sanitarios, sólo una minoría de los profesionales denuncia los casos. Más aún, si se toma en cuenta que el temor a ser agredido física o verbalmente está presente en gran parte del personal sanitario^{75,109}. En la mayoría de los estudios consultados los profesionales no denuncian los incidentes violentos por tres motivos: 1) asumen que la violencia es "parte de su trabajo", 2) tienen miedo a que denunciar pueda dañar su reputación como profesionales y puedan ser despedidos y 3) consideran que no existe un respaldo a nivel organizacional ni administrativo ni tampoco vías de reclamación efectivas ni soporte legal. Los estudios señalan que sólo entre un 15-25% de los incidentes violentos son comunicados a la administración^{95-96,103} y que sólo en un 7.5% de los casos se denuncian los hechos y se envía un parte al juzgado¹⁰¹. Este apunte ya salía a la luz en investigaciones previas y hacia evidente la necesidad de realizar estudios que puedan aportar datos que corroborasen la verdadera problemática y extensión de la violencia en el sector salud y el problema de la "infradenuncia"^{36,48,107,109-110}.

• Factores de riesgo

Con relación al sector sanitario, es decir público o privado, sólo dos estudios toman en cuenta las diferencias en esta variable, señalando que los profesionales de los servicios sanitarios públicos informan haber experimentado un mayor número de incidentes violentos^{104,99}.

Por lo que respecta a la identidad de los agresores, la mayoría de los estudios consultados señalan que son los familiares o acompañantes de los pacientes los responsables de las agresiones tanto físicas como verbales en comparación con las agresiones causadas por los propios pacientes^{103-104,96}. Contrario a lo anterior, otro estudio indica que son los propios pacientes los agentes agresores en el 89% de los casos de agresiones físicas y en el 71.9% de las agresiones verbales (amenazas, insultos, etc.)⁸⁷. Tres estudios no diferencian a los agresores entre pacientes y/o familiares o acompañantes proporcionando datos generales de la violencia Tipo II^{12,71,98}. Otros dos estudios centran su atención sólo en las agresiones perpetradas por los pacientes^{107,105}.

En relación al sexo de los agresores, todos los estudios coinciden que son los hombres los autores principales de las agresiones en este medio sanitario, datos antes expuestos por investigaciones previas^{27,36,92,111-112}.

En cuanto a la capacidad psíquica del agresor, los estudios coinciden que la mayoría de los agresores en el momento de la agresión están bajo efecto de alcohol y/o drogas. Sin embargo, en algunas investigaciones la evaluación de esta variable se incluye dentro de los motivos por los cuales se pudo desencadenar la agresión. No obstante todas las investigaciones revisadas concuerdan que, aunque los agresores en el momento de los incidentes estuvieran bajo la influencia de alcohol o drogas, uno de los motivos principales desencadenantes de las agresiones fueron los largos tiempos de espera para ser atendidos^{12,25,71,87,98,100-101,105}.

En relación al lugar, día de la semana y momento del día en que ocurrieron con mayor frecuencia los episodios de violencia, gran parte de los estudios que señalan este dato coinciden que durante el turno de noche-madrugada la incidencia de violencia tanto física como verbal es mayor^{12,98,100,103,105}. Sin embargo, también hay estudios que hallan una mayor incidencia durante el turno de mañana^{95,99,104}. En cuanto al lugar, algunos autores indican que las áreas de triaje, de observación y los puestos de enfermería son las zonas en donde más ocurren los incidentes^{95,101,105}. Por último, en cuanto al día de la semana, la mayor parte de los estudios no contemplan este dato, y si lo hacen la mayoría de los profesionales señalan no recordarlo, aun resulta interesante resaltar que dos estudios afirman que durante los fines de semana es cuando más episodios de violencia se producen^{12,95}.

En cuanto a las características de los profesionales y teniendo en cuenta el estamento profesional al que pertenecen, la mayor parte de los estudios se ha centrado en personal de enfermería, sin embargo aquéllos que han evaluado a todo el colectivo de trabajadores sanitarios, señalan que las enfermeras son víctimas en mayor medida de cualquier tipo de violencia en comparación con los médicos, datos corroborados en estudios previos y que ha dado lugar a que las investigaciones se hayan centrado en este grupo de profesionales^{20,113}.

Siguiendo con las características de los profesionales, algunos estudios señalan que el género, la edad y el nivel de experiencia son variables que influyen en la posibilidad de experimentar incidentes violentos. Es decir, las profesionales mujeres, más jóvenes y con menos años de experiencia profesional, experimentan un mayor número de incidentes violentos por parte de pacientes y familiares^{87,98-100,104}. Los resultados en relación a la experiencia profesional resultan interesantes porque ponen en evidencia, como es de esperar, que cuanto menos experiencia se tiene en un campo se cuenta con menos estrategias para manejar situaciones conflictivas. Esta realidad pone de relieve la necesidad por parte de las organizaciones de dotar al personal de las herramientas necesarias para el manejo de dichas situaciones a través de programas de formación y capacitación. No obstante, en dos estudios se presentan datos que parecen apuntar en dirección contraria en relación al género de los profesionales y los incidentes violentos, siendo los profesionales de enfermería varones objeto de violencia sobretodo física con más frecuencia que las enfermeras mujeres^{12,95}.

• **Consecuencias psicológicas**

Sólo dos estudios hablan de las consecuencias psicológicas de las agresiones refiriéndose al síndrome de burnout y la presencia de ansiedad.

Con respecto al síndrome de *burnout* se ha encontrado una relación significativa entre la exposición a episodios de violencia verbal y altos niveles de CE, DP y bajos niveles de RP, señalando que la frecuente exposición a situaciones violentas disminuye la productividad de los

profesionales sanitarios y aumenta el deseo de renunciar al puesto de trabajo⁷¹.

También se han encontrado relaciones entre el nivel de ansiedad y las agresiones⁹⁸. Así, utilizando el STAI encontraron que los médicos de los servicios de urgencia hospitalaria con altos rasgos de ansiedad son víctimas en mayor medida de agresiones por parte de pacientes y/o familiares. Los autores indican que el alto nivel de ansiedad rasgo en los profesionales puede predisponerles a experimentar con mayor facilidad emociones como la hostilidad, tristeza y ansiedad, lo cual se relaciona con niveles significativos de ansiedad estado. Es decir, ante situaciones violentas los profesionales con altos rasgos de ansiedad tienden a reaccionar de forma intensamente ansiosa.

1.3.3. **Violencia en urgencias y emergencias extrahospitalarias**

Los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias se definen como una organización funcional que realiza un conjunto de actividades secuenciales humanas y materiales, con dispositivos fijos y móviles, con medios adaptados, coordinados, iniciados desde el mismo momento en el que se detecta la emergencia médica, que tras analizar las necesidades, asigna respuesta sin movilizar recurso alguno o bien desplaza sus dispositivos para actuar in situ, realizar transporte sanitario si procede y transferir al paciente al centro adecuado de tratamiento definitivo. Se trata pues de un eslabón en la cadena asistencial sanitaria para atender al paciente crítico y no crítico, que habitualmente precisará cuidados hospitalarios y posthospitalarios a posteriori.

En la atención extrahospitalaria el riesgo de sufrir agresiones por parte de los usuarios y/o acompañantes es aún mayor que en otras áreas de emergencia^{51,114}. Este hecho se debe a que los profesionales de estos servicios brindan atención a pacientes que presentan una emergencia vital, por lo general en ambientes constantemente cambiantes (e.g. ambulancias, en el domicilio, en la calle, etc.) sin la presencia de elementos de seguridad o sistemas de soporte como existen en otras áreas de sanidad (e.g. hospitales, centros de salud, etc.) lo cual sumado a la situación de crisis y alta carga emocional facilita la aparición de cualquier comportamiento violento por parte de los mismos pacientes y/o acompañantes.

Lo primero que se observa al valorar la producción científica en relación a las urgencias y emergencias extrahospitalarias es la escasez de publicaciones que tienen como objetivo valorar la incidencia de agresiones en los profesionales que trabajan en este ámbito. Sólo se hallaron 5 estudios, 3 de ellos realizados en países escandinavos (i.e. Suecia y Noruega)^{94,97,106} y 2 en Australia^{47,102}.

• **Caracterización de los estudios**

En relación a las características de los profesionales, dado el ámbito donde se han desarrollado, 3 de ellos han centrado su estudio en profesionales paramédicos^{47,102,106}, otro además de evaluar a profesionales paramédicos también

evalúa a personal de enfermería que trabaja en los servicios de ambulancias⁹⁷, y sólo un estudio evalúa a todo el espectro sanitario (i.e. médicos, enfermeras, personal administrativo)⁹⁴.

El rango de edad de los participantes se sitúa entre los 21 y los 75 años, con una mayor concentración entre los 38 y los 42 años; y el tiempo medio desempeñando la profesión oscila entre los 3 meses y los 41 años. En cuanto al género, a diferencia de los estudios centrados en personal de los servicios de urgencias hospitalarias en donde se observaba un predominio de mujeres enfermeras, en este ámbito la proporción de hombres y mujeres es más o menos equitativa, debido a que los profesionales paramédicos son en su mayoría varones y los profesionales de enfermería son mayoritariamente mujeres.

El número de participantes es desigual, la mayoría tiene muestras de tamaño medio, o incluso pequeño¹⁰⁶, 3 rondan entre los 134 y los 255 participantes^{47,97,102} y sólo una parte de una muestra de más de 536 profesionales sanitarios⁹⁴.

• Metodología

Todos utilizan muestras de conveniencia, incluyendo profesionales cuya participación fue voluntaria, a excepción de uno cuya muestra fue seleccionada aleatoriamente entre 20 centros de atención sanitaria extrahospitalaria⁹⁴.

En todos los estudios se utilizaron baterías de diseño propio (al no disponerse de un instrumento de medida específico) en formato autoaplicado. Así los profesionales debían completar los cuestionarios y al terminar, entregarlos a la persona que se los había entregado (responsable de cada centro) o bien enviarlos por correo mediante un sobre franqueado. En todos los casos, la persona encargada recordaba de forma verbal o por medio de una carta la devolución de las baterías cumplimentadas. Sólo en el estudio australiano no se le recordó a los profesionales la devolución de las baterías^{47,102}. Quizá debido a lo anterior la tasa de respuesta en ese estudio fue del 28%, mientras que en las demás investigaciones estuvieron entre el 75-91.6%.

Casi la totalidad de los estudios utiliza diseños transversales con medida única de las variables evaluadas, ya sea de los últimos 12 meses o de toda la experiencia profesional. Asimismo, utilizan procedimientos de análisis puramente descriptivos. Dos de ellos, se trata de estudios correlacionales que utilizan algún procedimiento de análisis de regresión múltiple para la consideración de sus resultados^{47,94}.

• Frecuencia y tipo de agresiones

Los estudios analizados muestran una alta prevalencia de violencia en los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias. Así, las tasas de violencia en general oscilan entre el 66⁹⁷ y el 87.5%^{47,102}.

Si se analiza las agresiones en sus diferentes manifestaciones, la incidencia de agresiones verbales en los últimos 12 meses también son muy altas, pudiendo afectar

hasta a un 82% de los profesionales^{47,102}. Las tasas de agresiones verbales encontradas en estos estudios son todas ellas ligeramente superiores a las encontradas en otras investigaciones centradas en el mismo colectivo⁵¹.

La incidencia de violencia física, es menor que la violencia verbal pero también está presente en porcentajes importantes (13-38%^{47,94,97,102}) y en muchos casos implica la utilización de algún tipo de armas^{97,106}.

Con todo, resulta difícil realizar una comparación sobre los tipos de agresiones sufridas, sobretodo en lo que respecta a la violencia verbal, puesto que al no existir definiciones claras y precisas cada estudio utiliza sus propias definiciones y se centra en sus propias definiciones en función de los objetivos del estudio. Así, mientras algunos autores hablan de agresiones verbales en general, otros las diferencias entre amenazas e intimidación verbal.

De la misma manera, algunos estudios incluyen datos referentes a acoso y/o agresiones sexuales^{47,94,102}. Así, un estudio reciente, encuentra que un 9% de las profesionales de enfermería han sido acosadas sexualmente en el último año, y un 15% de los profesionales sanitarios (i.e. médicos, enfermeras o personal asistencial) lo ha sido alguna vez durante toda su experiencia profesional⁹⁴. Por su lado, en el estudio australiano señalan que un 16.5% del personal paramédico ha sufrido acoso sexual y un 4% agresiones sexuales en los últimos 12 meses^{47,102}, siendo la variable género (mujer) una variable predictora de éstas dos últimas formas de violencia sexual, dato anteriormente corroborado¹¹⁵.

• Factores de riesgo

En relación a las características de los agresores, la mayoría de los estudios no hacen una distinción entre si los agentes agresores fueron los familiares y/o acompañantes de los pacientes o los propios pacientes. Sólo un estudio señala que en la mayor parte de los casos las agresiones vienen por parte de los propios pacientes y en su mayoría hombres⁹⁷. Con respecto a los motivos y lugar de las agresiones, se repite nuevamente la intoxicación por alcohol o drogas, el tiempo de espera y la presencia de patologías psíquicas como los motivos principales de las agresiones^{94,97}. En cuanto al momento y lugar de las agresiones, sólo el estudio de Petzáll et al.⁹⁷ aporta este dato, señalando que las agresiones se pueden producir en cualquier momento del día, sobretodo durante los fines de semana y por lo general en el domicilio de los pacientes. A diferencia de otros ámbitos de estudio sobre violencia, las investigaciones en lo que concierne a violencia extrahospitalaria no incluyen especificaciones en cuanto a las características de los agentes agresores ni de las situaciones en particular.

Aunque la mayoría de los estudios son meramente descriptivos en relación al perfil de los agredidos, algunos intentan determinar las variables predictoras de las agresiones^{47,94}.

Así, se ha señalado que los médicos tienen un menor riesgo de ser objeto de cualquier forma de violencia verbal

en comparación con el personal de enfermería⁹⁴, lo cual corresponde con lo apuntado en otros estudios sobre una mayor incidencia de situaciones violentas en las profesionales enfermeras en comparación con otros profesionales^{20,36,113}. De la misma manera, encuentran que el género es una variable predictora de la violencia física, los profesionales varones están más expuestos a sufrir este tipo de violencia.

Otras variables señaladas han sido el nivel de cualificación de los profesionales y el tiempo que están en contacto directo con los pacientes⁴⁷. Así, aquellos paramédicos que tienen jornadas más largas y más días a la semana en contacto directo con pacientes y aquéllos con un mayor nivel de cualificación presentan una mayor probabilidad de ser objeto de agresiones. Por último, la atención de una situación urgente de manera individual a un paciente es una variable predictora de agresiones verbales pero no de otras formas de violencia.

• **Consecuencias psicológicas de las agresiones**

Ninguno de los estudios evalúa las consecuencias de la violencia en los profesionales sanitarios, quedándose meramente en lo descriptivo.

1.4. EI SUMMA-112

El SUMMA 112 es el servicio de Urgencias y Emergencias Médicas de la Comunidad de Madrid. El Decreto 123/2004 de 29 de Julio regula la integración en el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid SUMMA112, las Urgencias Externas UVI Móvil 061 y el Servicio de Emergencias y Rescate de la Comunidad de Madrid (SERCAM). A través de esta medida se cumple lo requerido por la Ley 12/2001 de 21 de Diciembre de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que disponía el desarrollo de la asistencia sanitaria a las emergencias, las urgencias y las catástrofes en la Comunidad de Madrid. Dicha ley abarca la implantación del Plan Integral de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid para el periodo 2004-2007. Por tanto, tras estas medidas queda establecido como Servicio único de atención a las urgencias, emergencias y catástrofes de la Comunidad de Madrid el SUMMA112, durante 24 horas al día, los 365 días del año a través del despliegue de sus recursos sanitarios, tanto humanos como materiales.

1.4.1. Funciones

- Recepción, regulación médica y coordinación de la demanda de atención urgente y emergente al ciudadano en tiempo real y en toda la Comunidad de Madrid.
- Consulta médica telefónica.
- Asistencia sanitaria a las emergencias in situ.
- Asistencia sanitaria domiciliaria urgente en la Comunidad de Madrid.
- Asistencia sanitaria urgente a través de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

- Coordinación interhospitalaria y traslado interhospitalario de pacientes críticos.
- Formación profesional específica en materia de atención sanitaria a las urgencias y emergencias de todo el personal que lo constituye.
- Coordinación y gestión del transporte urgente no asistido.
- Gestión del transporte no urgente, programado y no programado.
- Atención a Catástrofes.
- Atención a situaciones especiales de cobertura preventiva.
- Soporte medicalizado en intervenciones de rescate de especial dificultad.
- Dirección e intervención del grupo sanitario de los planes de emergencia de Protección Civil.
- Ayuda sanitaria en catástrofes internacionales.
- Formación y docencia en materia de urgencias y emergencias.

1.4.2. Recursos asistenciales

- Un *Servicio Coordinador de Urgencias (SCU)*: se encuentra ubicado en la 3ª planta de la sede central del SUMMA 112 en la calle Antracita 2 bis. Su función es la de recepción, coordinación, regulación médica y asignación del recurso idóneo, si procede el envío del mismo, frente a las demandas asistenciales de la población, además de mantener comunicación continua con los dispositivos asistenciales. Está compuesto por un amplio equipo humano: Jefe de la Guardia, médicos coordinadores, enfermeros, técnicos de emergencias especializados en comunicaciones y teleoperadores, con el apoyo de un avanzado sistema informático y de comunicaciones.
- *Dispositivo de Coordinación Móvil*: creado cuando hay que realizar labores de coordinación in situ ante situaciones de accidentes con múltiples víctimas, catástrofes o cualquier situación que requiera su presencia. El responsable de dicha coordinación es el Jefe de la Guardia.
- *Servicios de urgencia*:
 - 37 *Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP)* y un *Centro de Urgencias Extrahospitalario (CUE)*: son centros extrahospitalarios que realizan la cobertura de la demanda asistencial urgente fuera del horario de los centros de Salud de Atención Primaria. Además en 22 de estos centros (SUAP tipo C) se realiza la atención a la demanda a domicilio.
 - 19 *Unidades de Atención a Domicilio Médicas (UAD-M)* y 5 *de enfermería (UAD-E)*: son vehículos de asistencia domiciliaria urgente tanto de medicina como de enfermería para realizar la cobertura de las urgencias domiciliarias fuera del horario de los centros de atención primaria.

- *Servicios de emergencia:*
 - 26 *Unidades Móviles de Emergencias (UME)*: vehículos de Soporte Vital Avanzado (SVA) con capacidad de atención in situ a la emergencia y traslado de pacientes si procede, dotado por un equipo humano y un soporte material especializado en tal fin.
 - 16 *Vehículos de Intervención Rápida (VIR)*: vehículos de SVA sin capacidad de traslado en dicha unidad pero con la capacidad de medicalizar una ambulancia asistencial. Está dotado por un equipo humano y material idéntico al de una UME.
 - *Helitransporte sanitario*: dos helicópteros sanitarios de SVA para la atención emergente y traslado aéreo de pacientes críticos. Los profesionales que trabajan en este dispositivo pertenecen a la misma plantilla de profesionales que trabajan en las UMEs.

1.4.3. Procedimiento de acceso a los recursos asistenciales

El SUMMA112 se ocupa de toda la atención de urgencia y emergencia extrahospitalaria. Ésta se vertebra en el SCU y se materializa a través del propio SCU y del resto de los recursos asistenciales anteriormente descritos. El acceso del usuario al sistema puede ser de manera directa (a través de los SUAPs y CUE), y/o a través de llamada telefónica.

Cuando se recibe la llamada telefónica en el SCU, se evalúa la situación dentro del contexto de Regulación Médica de la Demanda, que es dar la respuesta más adecuada a la necesidad de cada paciente mediante el análisis asistencial y de gestión, aportando la resolución óptima adecuada a los recursos disponibles en cada momento. La respuesta que se puede dar en el SCU abarca desde el consejo hasta asignar un recurso (el más apropiado a cada situación), pasando por la derivación del paciente al nivel asistencial que se valore más adecuado (e.g. atención primaria u hospital) sin necesidad de enviar recurso móvil, todo esto en consonancia con las funciones y cartera de servicios que tiene asignadas el SUMMA 112.

Para ello se valora si la situación es de urgencia o de emergencia:

- Desde el punto de vista sanitario, se entiende como *urgencia* las situaciones que requieran una valoración y respuesta en corto plazo de tiempo, por su potencial riesgo, aunque de entrada no exista un riesgo inminente para la vida del paciente.
- *Emergencia*, es toda situación urgente que pone en peligro inminente la vida del paciente o la función de un órgano, por lo que va requerir una actuación inmediata.

En el caso de una emergencia se envía el recurso sanitario más adecuado, dirigiendo su actividad al diagnóstico, tratamiento y estabilización del paciente, y traslado si procede al centro más adecuado en las condiciones más óptimas. En algunos casos se puede tratar y

resolver in situ, a pesar de la situación de emergencia, sin necesidad de traslado por el propio recurso de emergencias o ser trasladado en otro recurso (e.g. una ambulancia de SVB o helicóptero).

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este proyecto es realizar un análisis psicosocial de las agresiones que sufren los profesionales asistenciales de los servicios de urgencias y emergencias del SUMMA 112 de la Comunidad Autónoma de Madrid por parte de pacientes y/o familiares/acompañantes con el fin de establecer las necesidades más importantes para poder aportar soluciones y recursos al respecto.

Este objetivo se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer la frecuencia y naturaleza de las agresiones que sufren los profesionales por parte de pacientes y/o familiares/acompañantes, y analizar las variables implicadas: perfil del agredido, variables situacionales y perfil del agresor.
2. Analizar las diferencias en frecuencia y naturaleza de las agresiones, variables situacionales y perfil del agresor en los distintos tipos de servicios (urgencias y emergencias).
3. Analizar las diferencias en frecuencia y naturaleza de las agresiones, variables situacionales y perfil del agresor en los distintos tipos de profesionales (médicos, enfermeras y técnicos en emergencias médicas).
4. Identificar las consecuencias psicológicas (*burnout*, estado de salud mental y sintomatología postraumática) de las agresiones y analizar las diferencias en función del tipo de agresión.
5. Establecer propuestas de actuación sobre la base de los resultados obtenidos.

3. MATERIALES Y METODOLOGÍA

3.1. Participantes

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado proporcional al número de profesionales que trabajan en los distintos servicios de urgencias y emergencias del SUMMA-112, teniendo en cuenta que se incluyera una proporción igual de profesionales médicos, enfermeras y técnicos en emergencias médicas (TEM) celadores y/o conductores de las distintas áreas geográficas de la Comunidad de Madrid.

La muestra quedó constituida por profesionales procedentes de 70 servicios. De los cuales, 32 eran servicios de emergencias en concreto: 19 UMEs y 13 VIR; así como 38 servicios de urgencia, específicamente: 1 CUE, 25 SUAPs (de los cuales 20 eran SUAPs tipo C), 5 UAD-E y 7 UAD-M.

Los criterios de inclusión y exclusión de los profesionales se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión de los profesionales.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Ser profesional sanitario (médico, personal de enfermería o técnico en emergencias médicas celador y/o conductor) de los servicios de urgencias o emergencias del SUMMA-112 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener un contrato laboral inferior a 1 mes.
<ul style="list-style-type: none"> • Tener una relación laboral con el SUMMA-112 de contrato fijo (titular, estatutario, funcionario) o temporal (interinos, o contrato laboral por acumulación de tareas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Estar prestando servicios como suplente o refuerzo
<ul style="list-style-type: none"> • Aceptar participar en el estudio 	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar prestando asistencia menos de 12 meses en el SUMMA-112

Se contactó con un total de 545 profesionales, de los cuales 41 (7.52%) no cumplían los criterios de inclusión, De los 504 que cumplían los criterios, 35 (6.94%) rechazaron participar y 18 (3.57%) aunque aceptaron no devolvieron las baterías cumplimentadas, obteniendo una tasa de respuesta del 89.49%. 10 (1.98%) se descartaron por una incorrecta cumplimentación de las baterías, quedando finalmente la muestra compuesta por 441 profesionales.

La Tabla 3 muestra el total de profesionales evaluados, que incluye: médicos, personal de enfermería y técnicos en emergencias médicas (TEM) celadores y conductores de los servicios de urgencias y emergencias.

Tabla 3. Profesionales evaluados.

	Emergencias	Urgencias	Total
Médicos	62	73	135
Enfermeras	69	58	127
TEM	96	83	179
Total	227	214	441

Cabe señalar que de los 441 profesionales evaluados, 32 de ellos, entregaron baterías que fueron consideradas incompletas. Sin embargo, éstas fueron incluidas en los análisis posteriores debido a que contenían información de las principales variables de estudio.

Tabla 4. Variables evaluadas e instrumentos de medida.

Variables	Instrumentos
Características sociodemográficas del profesional y de la situación laboral	Ficha de datos personales de diseño propio
Estado de Salud Mental	Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire, GHQ-28) ¹¹⁶⁻¹¹⁷
Síndrome de Burnout	Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI-HSS) ¹¹⁸⁻¹¹⁹
Agresiones y características asociadas a ellas	Cuestionario de Agresiones de diseño propio
Estrés Postraumático	Escala Global del Estrés Postraumático (EGEP) ¹²⁰

3.2. Variables e instrumentos

La recogida de información se efectuó a través de una batería de evaluación compuesta por distintos instrumentos en formato autoaplicado. Estos instrumentos quedan resumidos en la Tabla 4.

A continuación se describen los instrumentos empleados siguiendo el orden de aplicación de los mismos.

Sección A: Ficha de datos personales

Se diseñó una ficha con la finalidad de recoger los datos sociodemográficos más relevantes de los profesionales (edad, sexo, estado civil y nivel educativo) así como información relativa a la actividad laboral: categoría profesional, recurso en el que trabajan, situación laboral actual, tiempo en el actual puesto de trabajo, experiencia profesional, si ha estado de baja laboral en el último año y, en caso afirmativo, el número de días.

Sección B: Cuestionario de Salud General, GHQ-28 (General Health Questionnaire 28, GHQ-28)¹¹⁶⁻¹¹⁷

El GHQ es un instrumento de autoaplicación destinado a valorar el estado de salud mental de las personas y detectar posibles patologías psiquiátricas (no psicóticas). Cuenta con 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), sub-

escala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave).

La persona ha de indicar en cada ítem en qué medida se siente de la manera que afirma el enunciado que se le presenta., pudiendo elegir entre 4 alternativas de respuesta: “no, en absoluto”, “igual que lo habitual”, “bastante más que lo habitual” o “mucho más que lo habitual”. El sistema de puntuación estándar sugerido por los propios autores consiste en otorgar el valor 0 a las respuestas “no, en absoluto” e “igual que lo habitual” y de 1 a las respuestas “bastante más que lo habitual” o “mucho más que lo habitual. De esta manera, se obtiene una puntuación total para cada una de las subescalas (7 puntuación máxima) y se establece un punto de corte con la distinción de “caso/ no caso” que varía según los objetivos de cada estudio.

Números estudios realizados han constatado que el GHQ-28 posee adecuadas propiedades psicométricas, tanto en muestras clínicas como en la población general¹²¹⁻¹²². Los resultados de estos estudios muestran una sensibilidad para el GHQ-28 que oscila entre el 44 y el 100%, y una especificidad de entre el 74 y 82%. Los estudios de validación en España y México¹²³⁻¹²⁴ para un punto de corte de 5/6 y 6/7 muestran una especificidad de 73.8-90.2, una sensibilidad de 72.5- 84 y un validez convergente de 0.76 con la entrevista Clinical Interview Schedule (CIS) y de 0.67 con el Present State Examination (PSE).

Años más tarde, en España Muñoz, Tejerina-Allen y Cañas¹²⁵, encontraron en un estudio en población general de Madrid, con un punto de corte de 4/5, una sensibilidad de 82% y una especificidad del 78%.

En la presente investigación se hizo uso de la versión española de Lobo et al.¹²³, y se estableció el punto de corte en 4/5 (caso/no caso) debido a que éste punto de corte ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad¹²⁵. Se optó por la utilización de la puntuación 0-0-1-1, pues es la forma más habitual de puntuación, aumenta la sensibilidad y la mayoría de los estudios psicométricos utilizan este método de corrección. Para esta muestra el coeficiente alfa de Cronbach hallado fue de 0.91.

Sección C: El Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory MBI-HSS)¹¹⁸⁻¹¹⁹

El *Inventario de Burnout de Maslach* en su versión para profesionales sanitarios (MBI-HSS) es un instrumento que consta de 22 ítems en el que se plantean una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos de una persona durante las últimas semanas con relación a su interacción con el trabajo.

El MBI-HSS se divide en tres subescalas que miden tres factores ortogonales que conforman el síndrome de *burnout* denominados: Agotamiento o cansancio emocional (CE) (conformada por 9 ítems que se refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales o a la experimentación de sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo); Despersonalización (DP) (formada por 5 ítems que describen una respuesta

fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los pacientes y/o clientes.) y Realización personal (RP) (está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, y la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.), obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta, dependiendo del punto de corte que se utilice¹¹⁹.

Mientras que en las subescalas de CE y DP puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de *burnout*, en la subescala de RP bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de *burnout*.

Cada ítem se puntúa dentro de una escala de 7 puntos, debiendo la persona indicar con qué frecuencia experimenta las distintas afirmaciones que se le presentan. Así, una puntuación de 0 para un determinado ítem refleja que el sujeto “nunca” (e.g. “me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”), mientras que una puntuación de 6 indica que una frecuencia de “todos los días”. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de *burnout*, puntuaciones altas en CE y DP y baja en RP definen el síndrome.

En la presente investigación se utilizó la versión adaptada al castellano de Seisdedos¹²⁶ con los puntos de corte establecidos para profesionales médicos españoles. Los puntos de corte son los siguientes: para CE, puntuaciones de 31 o superiores son indicativas de un alto nivel de CE, el intervalo entre 22 y 30 corresponde a puntuaciones intermedias y puntuaciones por debajo de 22 son indicadoras de niveles bajos; en DP, puntuaciones superiores a 13 indican un nivel alto, de 7 a 12 medio y menor de 7, bajo grado de DP; y en RP, puntuaciones de 0 a 30 puntos indican baja RP, de 31 a 35 intermedia y superior a 36 sensación de logro.

El MBI es el instrumento que más aceptación ha tenido en el campo de la medición del síndrome de *burnout*, con apoyo empírico en amplias muestras de diversa naturaleza en cuanto a características ocupacionales se refiere,¹²⁷⁻¹²⁸ y mostrando en los diversos estudios valores aceptables respecto de su validez¹²⁹. Al respecto, en un estudio centrado en profesionales españoles del sector servicios, este instrumento ha mostrado poseer una alta fiabilidad y validez, obteniendo coeficientes de alfa de Cronbach de 0.85 para la subescala de CE, de 0.71 para la subescala RP y de 0.58 para la subescala de DP¹³¹.

El coeficiente alfa de Cronbach encontrado para esta muestra para las subescalas de CE y RP fue 0.86 y 0.80 respectivamente, valores que se consideran elevados. No obstante, en la subescala DP el valor fue 0.58. Cabe mencionar, que diversas investigaciones realizadas en España encuentran valores muy similares en lo que se refiere a la subescala de DP¹³⁰⁻¹³³.

Sección D: Cuestionario sobre agresiones de diseño propio y Escala Global de Estrés Postraumático (EGEP)¹²⁰

Se diseñó un cuestionario para recoger la información sobre la frecuencia con que el profesional ha sido objeto

de agresiones por parte de pacientes y/o familiares/acompañantes, así como un análisis más detallado de la agresión más grave que haya sufrido. Este cuestionario constó de 18 ítems, y para su elaboración se tuvo como referencia el Cuestionario sobre Agresiones en el Medio Sanitario de Martínez-Jarreta et al.⁷⁴ y las informaciones obtenidas de las 8 ediciones de cursos de manejo de situaciones conflictivas que la directora del proyecto ya había llevado a cabo en el SUMMA 112.

El cuestionario se divide en dos partes, la primera hace alusión a la frecuencia con la que el profesional ha sido objeto de algún tipo de agresión, (agresión física, amenazas, o insultos/injurias); definiendo en cada caso las conductas que implican cada uno de los tipos de agresión¹¹³. Así, los profesionales debían puntuar la frecuencia de dichas agresiones mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 = "nunca", 1 = "nunca, pero he sido testigo de otros compañeros", 2 = "en una ocasión", 3 = "entre 2 y 5 ocasiones" y 4 = "en más de 5 ocasiones". Sólo en el caso que hubiera experimentado algún acontecimiento se les pedía que describieran brevemente aquel episodio que consideraran más grave, de lo contrario se daba por finalizado el cuestionario.

A continuación, en lo que corresponde a un segundo bloque del cuestionario y centrando la información con respecto al episodio considerado más grave, se les pide que proporcionen información relativa a la gravedad, cuándo tuvo lugar el episodio, día de la semana que ocurrió, momento del día y dónde ocurrió (e.g dentro de la consulta, en el domicilio del paciente, etc.). Con respecto al agresor se incluyen preguntas referentes a las características del agente agresor (i.e. sexo, edad, pertenencia a una etnia, religión, o cultura distinta a la mayoría del país, capacidad psíquica), si el agresor fue una sola o varias personas, si el agresor fue el paciente, familiar o acompañante. Con respecto a la agresión propiamente dicha, se pregunta sobre los motivos de la agresión, medios utilizados para agredir (e.g. insultos, agarrar, empujar, mordedura, etc.), zona corporal afectada por la agresión, resultado de la agresión (e.g. sin lesión resultante, hematoma, excoiación, etc.) y por último se pregunta si necesitó asistencia médica, tratamiento quirúrgico, tratamiento psicológico, baja laboral o envió de parte de lesión al juzgado como consecuencia de la agresión.

Seguidamente respondía a la Escala Global de Evaluación del Estrés Postraumático (EGEP)¹²⁰. La EGEP es un instrumento dirigido a evaluar la presencia de sintomatología postraumática y el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en adultos. Esta escala en su versión completa se compone de 64 ítems, agrupados en 3 secciones (evaluación de los acontecimientos traumáticos, presencia de sintomatología e intensidad de los mismos y alteraciones en el funcionamiento.) ligados a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR⁷⁹ y a la evaluación de los denominados síntomas clínicos subjetivos (SCS). En la sección 1: acontecimientos, se evalúa la experimentación del acontecimiento traumático y las

emociones presentes durante el mismo. En la sección 2: Síntomas, consta de 4 subescalas que miden la presencia o no de distintos síntomas tras el trauma así como el grado de molestia de los mismos; para ello, cuenta con una escala tipo Likert de 5 puntos (donde 0 indica "nada" molesto y 4 "extrema" molestia). Los síntomas recogidos en esta sección se agrupan de acuerdo a los criterios que evalúan: reexperimentación (R) (5 ítems, punto de corte 1); evitación y embotamiento afectivo (E) (7 ítems, punto de corte 3), hiperactivación (H) (5 ítems, punto de corte 2) y Síntomas Clínicos Subjetivos (SCS) (9 ítems, punto de corte 3), ésta última categoría no se valora como criterio diagnóstico. En la sección 3: Funcionamiento: se refiere en qué medida la sintomatología presente en la persona interfiere en el funcionamiento general (7 ítems, punto de corte 2).

La EGEP ha mostrado ser un instrumento con una alta fiabilidad, observándose coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0.70 en los datos referentes a la intensidad de los síntomas, de 0.90 cuando se refiere únicamente a la intensidad de los síntomas postraumáticos y de 0.92 cuando se añade la intensidad de los SCS. Asimismo, presenta una adecuada consistencia interna en relación a las escalas de sintomatología propia del TEPT, con valores de 0.73 para la reexperimentación, 0.71 en evitación y embotamiento afectivo y 0.59 en hiperactivación. En relación a su validez, se puede afirmar que los múltiples análisis llevados a cabo en el proceso de validación permiten concluir que la EGEP es un instrumento válido para detectar la sintomatología propia del TEPT¹²⁰.

Los índices de validez convergente encontrados también son satisfactorios, mostrando correlaciones positivas y significativas y con otras medidas como la depresión y la ansiedad ($r=.66$ y $.68$ con el BDI-II y el BAI .respectivamente).

En esta muestra los coeficientes de Alfa de Cronbach para las escalas de intensidad de los síntomas de reexperimentación fue de 0.80, evitación y embotamiento afectivo, 0.80; en hiperactivación 0.84 y síntomas clínicos subjetivos 0.81. En la escala total de TEPT fue de 0.92 y de 0.93 cuando se añadió los SCS. En relación a los coeficientes de Kuder-Richardson para la presencia/ausencia de síntomas, la escala de reexperimentación obtuvo un 0.72, evitación y embotamiento afectivo 0.78, hiperactivación 0.70, SCS 0.74 y funcionamiento 0.83. La escala total 0.88 y con SCS 0.89.

3.3. Procedimiento

3.3.1. Diseño de rutas

Una vez realizado el muestreo aleatorio estratificado, se diseñaron 31 rutas (13 en Madrid capital y 18 en el resto de la Comunidad de Madrid) para la realización de las evaluaciones que recorrían las distintas áreas geográficas de la Comunidad de Madrid. Las 31 rutas aparecen resumidas en la Tabla 5, especificando para cada una: 1) zona geográfica y 2) servicios evaluados.

Tabla 5. Rutas y servicios evaluados.

Ruta	Zona	Emergencias	Urgencias
Ruta 1	Madrid Capital Centro y Oeste	UME-1	SUAP-4 TIPO-C SUAP-8 TIPO-C
Ruta 2	Madrid Capital Sur	VIR-1	SUAP-3 UAD-M-3
Ruta 3	Madrid Capital Este	UME-2	SUAP-6 TIPO-C SUAP-7 UAD-E-2
Ruta 4	Madrid Capital Noroeste	UME-3 VIR-9	UAD-M-16
Ruta 5	Madrid Capital Norte	UME-4	
Ruta 6	Madrid Capital Norte		SUAP-5 UAD-M-5
Ruta 7	Madrid Capital Centro	UME-5	
Ruta 8	Madrid Capital Sureste		SUAP-24
Ruta 9	Madrid Capital Sureste		SUAP-10 SUAP-12
Ruta 10	Madrid Capital Sureste	UME-6 VIR-12	
Ruta 11	Madrid Capital Suroeste	UME-8	SUAP-21
Ruta 12	Madrid Capital Suroeste		SUAP-17 UAD-M-17
Ruta 13	Madrid Capital Norte y Oeste	VIR-10 VIR-11	
Ruta 14	Getafe	UME-7	SUAP-14 TIPO-C
Ruta 15	Alcalá de Henares	UME-9	SUAP-20 TIPO-C
Ruta 16	Coslada/ San Fernando	VIR-16	SUAP-43 UAD-M-28
Ruta 17	Alcorcón	UME-10	SUAP-15 TIPO-C
Ruta 18	Navalcarnero/Villanueva de la Cañada/ Brunete	VIR-4 VIR-16	UAD-E-7
Ruta 19	SS. de los Reyes	UME-12	SUAP-29
Ruta 20	Fuente El Saz	VIR-8	UAD-E-6
Ruta 21	Arganda/ Rivas Vaciamadrid	UME-13 VIR-13	SUAP-40 TIPO-C
Ruta 22	Perales de Tajuña/ Villarejo de Salván	VIR-5	UAD-M-31 UAD-E-5
Ruta 23	Colmenar/ Cerceda	UME-14 VIR-6	SUAP-44
Ruta 24	El Escorial/ Galapagar	UME-15	SUAP-47 UAD-M-38
Ruta 25	Las Rozas/Villalba	UME-17	SUAP-30 TIPO-C
Ruta 26	Pozuelo de Alcorcón/ Majadahonda	VIR-15	SUAP-18 TIPO-C SUAP-46
Ruta 27	Aranjuez	UME-21	SUAP-39 TIPO-C
Ruta 28	Parla	UME-23	SUAP-27 TIPO-C
Ruta 29	Leganés/Fortuna	UME-24	SUAP-42
Ruta 30	Moraleja de Enmedio/ Fuenlabrada	VIR-2	SUAP-25 TIPO-C UAD-E-8
Ruta 31	El Molar	UME-26	UAD-M-33 CUE

3.3.2. Pilotaje del estudio

Con la finalidad de conocer posibles dificultades en cuanto al procedimiento, la batería de evaluación (modificación de alguna parte si fuese necesario) y posterior entrenamiento de los evaluadores, se llevó a cabo un estudio piloto al inicio de la investigación en uno de los servicios de Madrid Capital. Dicho estudio fue realizado por uno de los miembros del equipo investigador.

3.3.3. Entrenamiento de los evaluadores

Para la evaluación de todos los profesionales que componían la muestra del estudio, se entrenó a 8 evaluadores externos, todos ellos con una buena preparación en Psicología ya que al menos eran estudiantes de último curso de Psicología, con la finalidad que aplicasen los instrumentos de evaluación antes descritos. El entrenamiento se llevó a cabo por la investigadora principal. El esquema de aplicación del entrenamiento se detalla a continuación:

Esquema de entrenamiento

1. Presentación del estudio y de los objetivos.
2. Presentación de la Institución SUMMA-112 y de las unidades que la componen.
3. Explicación del procedimiento de evaluación y contacto con los profesionales.
4. Presentación de los criterios de inclusión de los profesionales del estudio (Ficha de cribaje).
5. Presentación de los baterías de evaluación, objetivos e instrucciones de cada una de ellas.
6. Instrucciones sobre comprobación de la correcta cumplimentación de las baterías.
7. Cumplimentación de la hoja de Control de Ruta (i.e. incidencias, número de profesionales evaluados y los que faltan por evaluar).
8. Establecimiento de pautas de supervisión y entrega de baterías evaluadas cada semana.

Una vez finalizado el entrenamiento se asignaron las rutas a cada evaluador y se les proporcionó una hoja con toda la información relativa a cada una de ellas: dirección del centro, número de profesionales a evaluar, y día de la semana y hora en la que se llevaría a cabo la evaluación. Asimismo, se les entregó el siguiente material: fichas de cribado (para el cumplimiento de los criterios de inclusión), hojas informativas y consentimiento informado, copias de las baterías de evaluación y las hojas de control de ruta. Cuando los evaluadores hubieron finalizado su primera ruta se tuvo una reunión grupal con ellos para la resolución de dudas que pudiesen haberse planteado durante las mismas.

3.3.4. Contacto y evaluación de los participantes

A través del SUMMA 112 se envió un SMS y un correo electrónico a todos los profesionales informando sobre los objetivos y características del estudio, fecha de comienzo y la forma en que se llevaría a cabo la evaluación. Asimismo, el subdirector de enfermería de urgencias del

SUMMA 112 se puso en contacto telefónico con los responsables y/o profesionales de los distintos servicios para solicitar su participación voluntaria en el estudio, así como para informar del día en que un evaluador externo iría al centro.

Los evaluadores fueron a cada servicio en el día indicado, y tras una breve entrevista de cribado para comprobar que los profesionales cumplieran los criterios de inclusión, explicaban de forma verbal el objetivo del estudio, entregaban un documento que contenía la misma información que se le había proporcionado sobre el objetivo del estudio y solicitaba, por escrito, su consentimiento informado garantizándoles en todo momento el anonimato. Una copia de dicho documento fue entregada a cada profesional. Acto seguido, los evaluadores entregaban y explicaban los cuestionarios a los profesionales, resolviendo todas las posibles dudas y acordando con ellos un momento en el mismo día laboral en el que recogerían las baterías. Una vez finalizada la evaluación cada día, los evaluadores debían cumplimentar una hoja de control de ruta, en donde especificaban el número de profesionales que no habían cumplido los criterios de inclusión en el estudio o no habían aceptado participar. Asimismo, señalaban el número de baterías entregadas, recogidas e indicaban los profesionales que faltaba por evaluar en cada servicio.

3.3.5. Supervisión y entrega de baterías

Con el fin de llevar un control exhaustivo del proceso de evaluación y poder solventar cualquier duda que se pudiese plantear durante el mismo, los evaluadores en todo momento tenían la posibilidad de comunicarse vía telefónica con una supervisora. Así mismo, los lunes por la mañana dicha supervisora se ponía en contacto con los evaluadores para conocer las dificultades, número de profesionales evaluados y que faltaban por evaluar. Una vez realizada esa llamada, los evaluadores debían entregar las baterías y las hojas de control de ruta, con lo cual se realizaba una segunda supervisión.

Adicionalmente, semanalmente se realizaba una verificación de baterías y hojas de control para conocer el número exacto y estado de cada una de las baterías, cumplimentando una hoja de registro para cada ruta.

3.3.6. Análisis de datos

Para conocer las variables sociodemográficas y laborales de la muestra, la frecuencia y naturaleza de las agresiones, variables situacionales y perfil del agresor se utilizaron estadísticos descriptivos y de frecuencias.

Para la comparación entre los distintos grupos, establecidos en función del tipo de servicio (urgencias vs. emergencias) y del tipo de profesional (médico vs. enfermera vs. TEM) se aplicaron pruebas de Chi-cuadrado para variables nominales. Para las variables cuantitativas, como paso previo a la realización de los análisis se comprobó si las variables se ajustaban a una distribución normal, mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov. Dado que nin-

guna de las variables consideradas se ajustó a la distribución normal se recurrió a la aplicación de técnicas no paramétricas, en concreto pruebas U de Mann-Whitney para las comparaciones entre dos grupos, y Kruskal-Wallis para las comparaciones entre tres grupos.

Para conocer el perfil de los profesionales agredidos y las consecuencias psicológicas de las agresiones se establecieron tres grupos en función de los tipos de agresión (ninguna, agresión verbal, agresión física y verbal) y se compararon las diferencias entre los tres grupos en variables sociodemográficas y laborales mediante pruebas de Chi-cuadrado para variables nominales. En el caso de las variables cuantitativas se comprobó si las variables consideradas se ajustaban a la normalidad mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov, y dado que ninguna de ellas se ajustó a la distribución normal se recurrió a la aplicación de la prueba de Kruskal-Wallis.

4. RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas y laborales de la muestra

La Tabla 6 recoge las características sociodemográficas y laborales del total de la muestra. Como puede observarse predominan los hombres (64.6%), con una edad media de 45 años, casados o conviviendo en pareja (65.1%), con una titulación superior, media o a nivel de bachillerato o formación profesional. Aproximadamente la mitad de ellos trabajan en servicios de emergencia y la otra mitad en servicios de urgencia, predominando los TEM, seguidos por médicos y personal de enfermería; la mayoría son fijos (84.5%), su experiencia profesional media es de 18 años y llevan un promedio de 11 años en el actual puesto laboral. Una tercera parte de ellos ha tenido una media de una baja laboral en el último año de aproximadamente un mes de duración.

4.2. OBJETIVO 1: Frecuencia de los distintos tipos de violencia y análisis de las variables implicadas

4.2.1. Frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones

Como muestra la Tabla 7, algo más de un tercio de los participantes (34.5%) han sido objeto de alguna agresión física por parte de pacientes o familiares/acompañantes durante su trabajo en el SUMMA 112, llegando en un 6.1% de los casos a haber sufrido agresiones físicas de manera continuada (i.e. en más de cinco ocasiones). Mucho más alto es el porcentaje de los que han sufrido amenazas, e insultos o injurias, que afectan a más de tres cuartos de los participantes (en concreto, un 75.3% para amenazas, y un 76.2% para insultos o injurias). Es de destacar además que en ambos casos de agresiones verbales, encontramos una alta frecuencia de agresiones continuadas; así, un 35.8% de los participantes han sufrido amenazas de manera continuada (i.e. en más de cinco ocasiones), lle-

Tabla 6. Características sociodemográficas y laborales del total de la muestra.

	Total n=441
<i>Género %</i>	
Hombre	64.6
Mujer	35.6
<i>Edad Media (DT)</i>	44.46 (9.31)
<i>Estado civil %</i>	
Sin pareja	34.9
Casado/a o conviviendo en pareja	65.1
<i>Nivel de estudios %</i>	
Primarios/Eso	10.2
Formación Profesional/ Bachiller	23.4
Titulación Media	29.1
Titulación superior	37.3
<i>Tipo de servicio %</i>	
Emergencias	51.5
Urgencias	48.5
<i>Tipo de profesional %</i>	
TEM	40.6
Enfermera	20.8
Médico	30.6
<i>Situación laboral %</i>	
Fijo	84.5
Temporal	15.5
<i>Años en el puesto de trabajo M (DT)</i>	11.14 (8.24)
<i>Experiencia profesional M (DT)</i>	18.28 (8.40)
<i>Baja laboral en último año %</i>	35
<i>Número de bajas M (DT)</i>	1.34 (0.91)
<i>Días de baja M (DT)</i>	31.48 (60.91)

Tabla 7. Frecuencia de agresiones físicas, amenazas, e insultos-injurias (n=441).

	Agresión física	Amenazas	Insultos o injurias
Testigo	15.2%	8.2%	7.5%
Nunca	50.3%	16.6%	16.3%
1 vez	15.2%	9.8%	11.1%
2-5 veces	13.2%	29.7%	22.2%
> 5 veces	6.1%	35.8%	42.9%

gando a un 42.9% los que se han visto sometidos en más de cinco ocasiones a insultos o injurias.

A éstos habría que sumar los participantes que aun no habiendo sido víctimas directas de estas formas de violencia, sí que han sido testigos de la violencia ejercida sobre algún compañero, cifras que alcanzan el 15.2% para agresiones físicas, el 8.2% para amenazas, y el 7.5% para insultos o injurias.

En consecuencia, podríamos decir que los porcentajes de los que no han vivido experiencias de violencia (ya

sean directas o indirectas) alcanzarían a la mitad de los participantes en el caso de las agresiones físicas (50.3%), disminuyendo considerablemente para amenazas e insultos-injurias (16.6% y 16.3%, respectivamente), lo que parece indicarnos que solo una minoría de los profesionales del SUMMA 112 (en torno al 16%) no han tenido vivencias de agresiones verbales en el desempeño de su trabajo.

Si se consideran conjuntamente amenazas e insultos-injurias como dos variantes de agresiones verbales, que en muchos casos se dan de forma simultánea, los datos (véase Tabla 8) indican que asciende hasta un 81.6% los participantes que han sufrido directamente alguna agresión verbal (de una u otra forma) siendo en más de la mitad de los casos continuadas (un 4.9% las han sufrido en más de cinco ocasiones). Además un 5.5% ha sido testigos en alguna ocasión de este tipo de agresiones, por lo que el porcentaje de participantes que no ha tenido ningún tipo de experiencia de agresión verbal es de tan solo un 12.9%.

Tabla 8. Frecuencia de agresiones físicas y verbales (n=441).

	Agresión física	Agresión verbal
Testigo	15.2%	5.5%
Nunca	50.3%	12.9%
1 vez	15.2%	11.7%
2-5 veces	13.2%	25%
> 5 veces	6.1%	44.9%

Tomando en conjunto los datos, y tal y como puede apreciarse en la Figura 1 un 18.1% de los participantes no habían sufrido directamente ningún tipo de agresión en el desempeño de su trabajo. La mayoría, un 47.2% habían sido víctimas de alguna agresión verbal (amenazas, insultos, injurias), mientras que un 34.2% habían sufrido tanto agresiones verbales como físicas. Fue minoritario el porcentaje de los que habían sufrido únicamente agresiones físicas (0.5% que se corresponde con dos sujetos de la muestra).

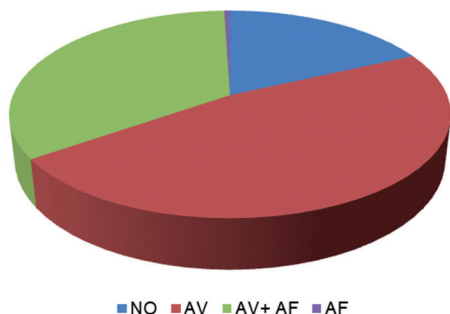


Figura 1. Porcentajes de participantes que han sufrido agresión verbal (AV), agresión física (AF), ambas (AV+AF) o ninguna (NO) (n=441).

Como puede observarse en la Tabla 9 la agresión implicó fundamentalmente amenazas verbales (87.5%), insultos y/o injurias (86.9%), comportamientos amenazantes (83.8%), coacciones (42.2%), agarrar/empujar (40.2%),

agresiones al mobiliario (39.4%) y lanzar objetos (24%). En la mayor parte de los casos no hubo lesión resultante de la agresión y sólo un 11.2% enviaron un parte de lesión al juzgado.

Tabla 9. Naturaleza de la agresión, zonas corporales afectadas y resultados de la agresión.

	Total n=441
<i>La agresión implicó</i>	
Insultos, injurias [86.9
Amenazas verbales	87.5
Comportamientos amenazantes	83.8
Coacciones	42.2
Retención contra su voluntad	16.8
Agresión al mobiliario	39.4
Agarrar/ empujar	40.2
Bofetada/ puñetazo	14.5
Patadas	16.8
Mordeduras	3.9
Tirón de pelo	4.2
Arañazos	8.7
Lanzar objetos	24.0
Intento de estrangulamiento	2.0
Empleo de arma blanca	10.6
Empleo de arma de fuego	4.5
Escupir	0.6
Otros	1.7
<i>Zona corporal afectada</i>	
Cráneo /facial	11.5
Cuello	4.2
Tronco	13.2
Extremidades superiores	16.8
Extremidades Inferiores	7.0
<i>Hubo lesión resultante de la agresión</i>	21.8
<i>La agresión física produjo</i>	
Hematomas	13.2
Herida contusa	5.6
Excoriación	4.8
Herida cortante	2.8
Fractura	0.8
Otros	2.2
<i>La agresión requirió</i>	
Asistencia médica	10.9
Tratamiento quirúrgico	1.1
Asistencia psicológica	2.5
Envío parte de lesión al juzgado	11.2
<i>Baja laboral debido a la agresión</i>	5.0
Días de baja laboral M (DT)	18.33 (23.58)

4.2.2. Perfil del agredido

La Tabla 10 muestra los resultados de aquellas variables sociodemográficas y laborales que resultaron significativas al comparar los profesionales que no habían recibido ninguna agresión vs. profesionales que habían recibido agresión física y verbal vs. profesionales que sólo habían recibido agresión verbal.

Tabla 10. Diferencias significativas en variables sociodemográficas y laborales en función del tipo de agresión.

	No agresión	Agresión verbal	Agresión física y verbal	χ^2	P
Edad	46.44 (8.88)	44.99 (9.49)	42.73 (9.03)	9.861	0.007
<i>Tipo de servicio</i>					
Emergencias	15.9	41.9	42.3	12.681	0.002
Urgencias	20.6	53.3	26.2		

Como puede observarse los profesionales que trabajan en los servicios de emergencias reciben más agresiones físicas que aquéllos que trabajan en los servicios de urgencias. Asimismo, los profesionales más jóvenes recibían más agresiones físicas, mientras que los mayores no recibían ninguna agresión.

Por tanto, el profesional que recibe más agresiones físicas trabaja en los servicios de emergencias y es más joven.

4.2.3. Variables situacionales

Preguntados por el episodio más grave que han sufrido, el 74.6% indican que ocurrió hace más de un año, en casi la mitad del los casos (44.1%) no recuerdan el día de la semana en qué sucedió pero sí el momento del día, aunque domina la noche (53.6%) es seguido de cerca por el día. En casi la mitad de los casos (46.9%) sucedió en el domicilio del paciente, seguido por la consulta (20.4%).

La Tabla 11 resume algunas de las variables situacionales que rodeaban al episodio más grave.

4.2.4. Perfil del agresor

Tal y como muestra la Tabla 12, el agresor era una única persona (67%), varón (78.3%), de entre 30 a 50 años (53.3%), con una capacidad psíquica no alterada (55.2%), sólo en aproximadamente una tercera parte de los casos el agresor tenía alguna característica étnica o social específica (28%), y en el caso de existir alguna las dos terceras partes eran de etnia gitana.

Como puede apreciarse en la Figura 2, los motivos principales de la agresión fueron la disconformidad con el tratamiento (36.1%) y el tiempo de espera (29.3%), y el menos frecuente la comunicación del fallecimiento del paciente (1.7%).

4.3. OBJETIVO 2: Diferencias en función del tipo de servicio

Sólo se observaron diferencias significativas en la edad ($z=-7.073, p<0.001$) y los años de experiencia profesional ($z=-5.491, p<0.001$). Como puede observarse en la Figura 3, los profesionales que trabajan en los servicios de emergencias son más jóvenes y tienen menos años de experiencia profesional que los que trabajan en los servicios de urgencias.

Tabla 11. Variables situacionales del episodio más grave.

	Total n=441
<i>Gravedad %</i>	
Leve	12.0
Moderada	25.7
Grave	46.9
Extrema	15.4
<i>Cuando ocurrió %</i>	
Hace más de un año	74.6
Hace más de 3 meses pero menos de un año	15.1
Hace más de un año pero menos de 3 meses	6.4
En el último mes	3.9
<i>Día de la semana %</i>	
De Lunes a Viernes	30.2
Fin de semana	25.7
No lo recuerdo	44.1
<i>Momento del día %</i>	
Durante el día	41.6
Durante la noche	53.6
No lo recuerdo	4.7
<i>Lugar donde ocurrió %</i>	
En la consulta	20.4
En el mostrador de la entrada	11.5
En la sala de espera	7.8
En el domicilio del paciente	46.9
En el portal del domicilio del paciente	5.3
En la calle	10.9
En el coche o la ambulancia	2.0
En otro lugar	1.7

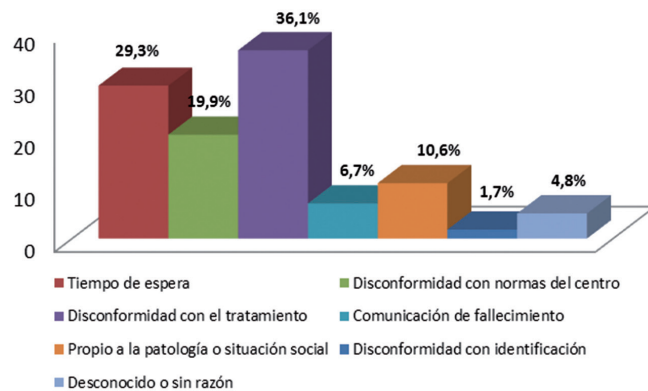


Figura 2. Motivos principales de las agresiones sufridas por los profesionales.

Tabla 12. Variables situacionales del episodio más grave.

	Total n=441
Gravedad %	
Leve	12.0
Moderada	25.7
Grave	46.9
Extrema	15.4
Número de agresores %	
Una persona	67.0
Varias personas	33.0
Quién era el agresor %	
Paciente	42.4
Familiar o acompañante	53.9
Ambos	33.7
Sexo del agresor %	
Hombre	78.3
Mujer	18.3
Ambos	3.4
Edad del agresor %	
Menos de 18 años	2.3
Entre 18-30 años	30.2
Entre 30-50 años	53.3
Entre 50-70 años	9.5
Mayor de 50 años	0.6
El agresor tenía alguna característica étnica o social %	28.0
Características específicas del agresor (n=89) %	
Gitano	73.0
Norteafricano	6.7
Africano	1.1
Latinoamericano	13.6
País del Este	3.4
Situación Marginal	2.3
Capacidad psíquica del agresor %	
No alterada	55.2
Alterada	21.3
Bajo efectos de alcohol o drogas	23.6

4.3.1. Diferencias en frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones según el tipo de servicio

Se observaron diferencias significativas en las agresiones físicas entre los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias y emergencias ($\chi^2_1=14.144$, $p<0.001$). El 42.7% de los profesionales que trabajan en los servicios de emergencia han sufrido agresiones físicas, mientras que el porcentaje baja a 25.7% en el caso de los profesionales que trabajan en los servicios de urgencia. La Tabla 13 recoge las agresiones físicas sufridas por los profesionales según el recurso al que pertenecen.

Tabla 13. Agresiones físicas sufridas por los profesionales según recurso al que pertenecen.

	Urgencias n=214	Emergencias n=227
Agresión física %	25.7	42.7
Frecuencia de agresión física %		
Nunca	57.5	43.6
Testigo	16.8	13.7
En una ocasión	13.1	17.2
Entre 2 y 5 ocasiones	9.3	16.7
En más de 5 ocasiones	3.3	8.8

Sin embargo, no se observan diferencias significativas en violencia verbal (amenazas e insultos/injurias) en función del tipo de recurso en el que trabajan.

Como puede observarse en la Tabla 14, en los servicios de emergencia la agresión implicó más comportamientos amenazantes (87.6%), conductas de agarrar/empujar (45.7%) y retenciones en contra de su voluntad (21%). En cuanto a las zonas corporales afectadas por la agresión sólo se observaron diferencias significativas en la zona del tronco. El 17.7% de los profesionales que trabajan en los servicios de emergencias se han visto afectados en la agresión en esta zona frente al 8.2% de los profesionales de los servicios de urgencias.

4.3.2. Diferencias en variables situaciones según el tipo de servicio

La Tabla 15 muestra aquellas características del episodio más grave en las que se observaron diferencias significativas entre los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias y emergencias.

En los servicios de urgencias las agresiones se producen más los fines de semana o festivos (36.6%), y a los profesionales que trabajan en los servicios de emergencia les cuesta más trabajo recordar el día de la semana en que se producen (51.1%).

El momento del día en el que se producen las agresiones en los servicios de emergencia es por el día (52.7%), mientras que en los servicios de urgencia se producen más por la noche (66.9%).

En cuanto al lugar donde se producen las agresiones, en los servicios de emergencia las agresiones se produ-

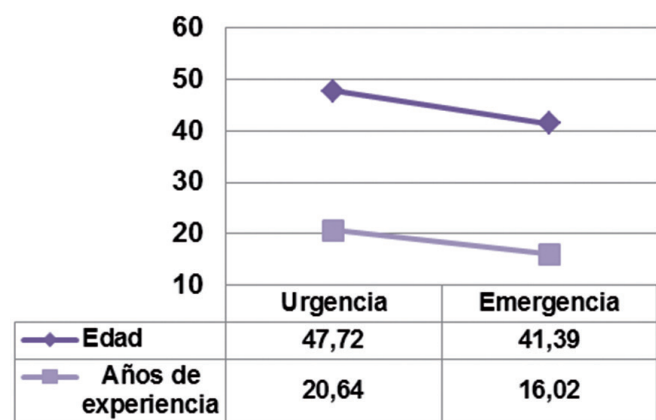


Figura 3. Edad y años de experiencia profesional en función del tipo de servicio.

Tabla 14. Diferencias significativas en la naturaleza de las agresiones y zonas corporales afectadas según el tipo de servicio.

	Urgencias N=214	Emergencias N=227	χ^2	P
<i>La agresión implicó</i>				
Comportamientos amenazantes	79.7	87.6	4.195	0.045
Retención contra su voluntad	12.2	21.0	4.914	0.033
Agarrar/ empujar	34.3	45.7	4.827	0.031
<i>Zona corporal afectada</i>				
Tronco	8.2	17.7	7.115	0.008

Tabla 15. Diferencias significativas en las características del episodio más grave según el recurso al que pertenecen.

	Urgencias N=214	Emergencias N=227	χ^2	P
<i>Día de la semana %</i>				
Lunes a Viernes	26.7	33.3	20.901	<0.001
Fin de semana	36.6	15.6		
No lo recuerdo	36.6	51.1		
<i>Momento del día %</i>				
Durante el día	29.7	52.7	23.305	<0.001
Durante la noche	66.9	41.4		
No lo recuerdo	3.5	5.9		
<i>Lugar %</i>				
En la consulta	35.5	6.5	46.34	<0.001
En el mostrador	21.5	2.2	33.032	<0.001
En la sala de espera	12.2	3.8	8.842	0.003
En el domicilio	31.4	61.3	32.067	<0.001
En la calle	4.1	17.2	15.882	<0.001

cen más en el domicilio (61.3%) y en la calle (17.2%), mientras que en los servicios de urgencia se dan más en la consulta (35.5%), en el mostrador de entrada (21.5%) y en la sala de espera (12.2%).

4.3.3. Diferencias en el perfil del agresor según el tipo de servicio

La Tabla 16 muestra las diferencias significativas en el perfil del agresor según el tipo de servicio en el que trabajan.

Respecto al número de agresores, en los servicios de urgencias es más frecuente que el agresor sea una única persona (75%).

El motivo principal de la agresión en los servicios de emergencias tiene más que ver con el tiempo de espera (41.3%) y la propia patología o situación social (14.5%), mientras que en los servicios de urgencia es la disconformidad con las normas (30.2%) o sin ninguna razón aparente (10.5%).

4.4. OBJETIVO 3: Diferencias en función del tipo de profesional

En las características sociodemográficas y laborales se observaron diferencias significativas en el sexo ($\chi^2_2=93.276$, $p<0.001$), nivel de estudios ($\chi^2_6=620.605$, $p<0.001$), edad

Tabla 16. Diferencias significativas en el perfil del agresor según el tipo de servicio.

	Urgencias N=214	Emergencias N=227	χ^2	P
<i>Número de agresores %</i>				
Una persona	75.0	59.7	9.495	0.002
Varias personas	25.0	40.3		
<i>Motivo principal de la agresión %</i>				
Tiempo de espera	14.4	41.3	26.594	<0.001
Disconformidad con normas	30.2	10.3	22.064	<0.001
Patología o situación social	6.4	14.5	6.211	0.016
Causa desconocida o sin razón	8.4	1.3	12.682	<0.001

($z=-4.600$, $p<0.001$) y experiencia profesional ($z=-4.493$, $p<0.001$).

La mayor parte de los TEM (89.9%) son varones, mientras que en el personal de enfermería predominan las mujeres (61.4%).

En cuanto al nivel de estudios, como puede observarse en la Figura 4, los resultados se corresponden con cada figura profesional, el 100% de los médicos tienen una titulación superior al menos de licenciado, el personal de enfermería tiene una titulación media de graduado o diplomado (85%) o superior (15%), mientras que existe una mayor variedad en el caso de los TEM, aunque predominan aquellos que tienen un nivel de formación profesional o bachillerato (57.9%) seguidos por educación primaria o secundaria (25.3%).

Como puede observarse en la Figura 5, los profesionales más jóvenes son las enfermeras (M=39.58) y los mayores son los médicos (M= 49). También son los médicos los que tienen más años de experiencia profesional frente a las enfermeras y los TEM.

4.4.1. Diferencias en la frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones según el tipo de profesional

No se observaron diferencias significativas en agresiones físicas ni verbales entre los distintos tipos de profesionales. A pesar de que en la Tabla 17 se observa un mayor porcentaje de enfermeras (82%) que han recibido insultos o injurias las diferencias no llegan a ser significativas. También los TEM muestran porcentajes ligeramente superiores (36.3%) de agresiones físicas pero las diferencias tampoco son significativas.

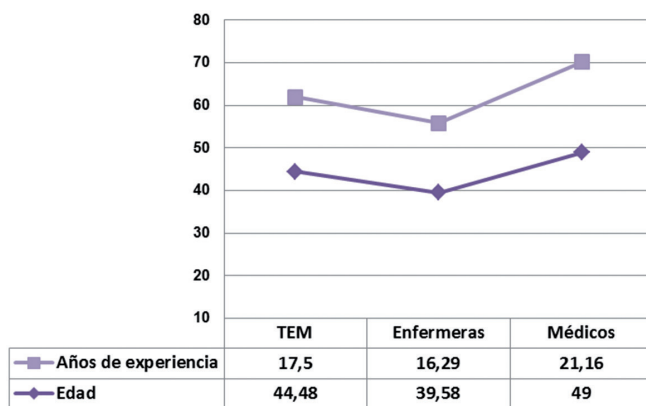


Figura 5. Edad y años de experiencia en función del tipo de profesional.

Tabla 17. Resultados de las agresiones sufridas según el tipo de profesional.

	TEM n=179	Enfermeras n=127	Médicos n=135
Agresión física %	36.3	33.9	32.6
Amenazas %	73.2	77.2	76.3
Insultos o injurias %	72.6	82.7	74.8

Tal y como muestra la Tabla 18, se observaron diferencias significativas en función del tipo de profesional en algunas de las conductas implicadas en la agresión, especialmente en la utilización de patadas y agresión al mobiliario donde los profesionales más afectados eran las enfermeras (27.3% y 50%, respectivamente), también en

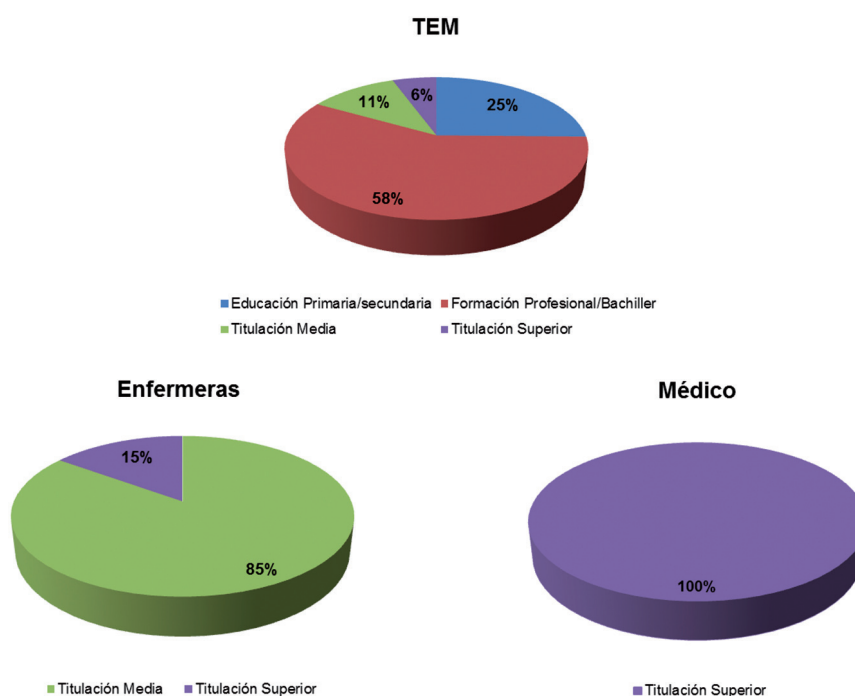


Figura 4. Nivel de estudios en los distintos estamentos profesionales.

Tabla 18. Diferencias significativas en la naturaleza de las agresiones según tipo de profesional.

	TEM n=179	Enfermeras n=127	Médicos n=135	χ^2	P
<i>La agresión implicó %</i>					
Comportamientos amenazantes	83.0	90.9	77.9	7.085	0.029
Agresión al mobiliario	39.3	50.0	29.2	10.099	0.006
Agarrar/ empujar	43.7	47.3	29.2	8.661	0.013
Patadas	12.6	27.3	11.5	12.632	0.002

conductas como agarrar/empujar donde los profesionales más afectados eran enfermeras (47.3%) y TEM (43.7%), y comportamientos amenazantes donde de nuevo los profesionales más afectados eran las enfermeras (90.9%).

Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en relación con las zonas corporales afectadas por la agresión entre los distintos tipos de profesionales.

4.4.2. Diferencias en variables situacionales según el tipo de profesional

Como puede observarse en la Tabla 19, sólo se encontraron diferencias significativas en algunos de los lugares donde se produjo la agresión. En los centros, los profesionales más agredidos en la consulta son los médicos (32.7%) y las enfermeras (28.2%) frente a tan sólo un 3.7% de los TEM; mientras que en el mostrador de entrada son más agredidos los TEM (19.3%). En la atención a domicilio sólo se observan diferencias significativas en el portal, donde los profesionales más agredidos son los TEM (8.9%) y los menos agredidos los médicos (1.8%).

4.4.3. Diferencias en el perfil del agresor según el tipo de profesional

Con respecto a las características del agresor, tal y como muestra la Tabla 20, solamente se observaron diferencias significativas en su capacidad psíquica. Cuando su capa-

cidad psíquica no está alterada las agresiones se suelen dirigir al médico (63.1%), cuando está alterada, las agresiones se dirigen en mayor medida hacia el TEM (30.8%) y cuando está bajo los efectos del alcohol o drogas se dirigen hacia la enfermera (30.8%).

En relación al motivo de la agresión, sólo se observaron diferencias significativas entre los distintos profesionales cuando el motivo principal de la agresión era la disconformidad con el tratamiento, siendo éste el principal motivo en los médicos (49.6%) frente a los TEM (25.4%).

4.5. OBJETIVO 4: Consecuencias psicológicas de las agresiones

Con el fin de poder evaluar las consecuencias psicológicas de las agresiones (en relación al síndrome de *burnout*, estado de salud mental y sintomatología postraumática) se establecieron tres grupos: aquellos profesionales que no habían recibido ningún tipo de agresión, profesionales que habían recibido agresiones tanto físicas como verbales y aquellos que sólo habían recibido agresiones verbales.

4.5.1. Síndrome de burnout

Se evaluó el síndrome de *burnout* en todos los participantes a través del *Maslach Burnout Inventory*, 437 participantes contestaron el cuestionario: 79 profesionales no habían

Tabla 19. Diferencias significativas en las variables situacionales según el tipo de profesional.

	TEM n=179	Enfermeras n=127	Médicos n=135	χ^2	P
<i>Lugar %</i>					
Consulta	3.7	28.2	32.7	37.892	<0.001
Mostrador de la entrada	19.3	7.3	6.2	13.089	0.001
Portal	8.9	4.5	1.8	6.386	0.041

Tabla 20. Características del episodio más grave según el estamento profesional al que pertenecen.

	TEM n=179	Enfermeras n=127	Médicos n=135	χ^2	P
<i>Capacidad psíquica del agresor %</i>					
No alterada	46.2	57.9	63.1	18.408	<0.001
Alterada	30.8	11.2	19.8		
Bajo efectos de alcohol o drogas	23.1	30.8	17.1		
<i>Motivo principal de la agresión %</i>					
Disconformidad con el tratamiento	25.4	35.5	49.6	15.569	<0.001

recibido ningún tipo de agresión, 150 habían recibido agresiones tanto físicas como verbales, y 208 sólo habían recibido agresiones verbales.

Como puede observarse en la Tabla 21, prácticamente la totalidad de los profesionales que no habían recibido ningún tipo de agresión (93.7%), presentaban niveles bajos de *CE*, porcentajes que si bien seguían cubriendo a la mayoría iban reduciéndose en la medida en que se incrementaba el tipo de agresión (77.9% profesionales que habían recibido sólo agresiones verbales y 68% los que habían recibido agresión física y verbal). Mientras que en el grupo que no había recibido agresión sólo un 2.5% presentaban niveles altos de *CE*, estas cifras se elevaban al 17.3% en el grupo que había recibido agresión física y verbal, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a los niveles de *DP*, mientras que en el grupo de profesionales que no habían recibido ninguna agresión la mayoría (79.5%) presentaba niveles bajos de *DP*, este porcentaje baja hasta el 54.6% en el grupo que había recibido agresión física y verbal. De manera que mientras que el 7.7% de los profesionales que no habían recibido ningún tipo de agresión presentaban altos niveles de *DP*, esta cifra se incrementa significativamente en los profesionales que han sufrido algún tipo de agresión (14.1% cuando la agresión verbal es sólo verbal y 15.1% cuando además hay agresión física).

Una buena parte de los profesionales presentan niveles altos de *RP* (alrededor del 65%) y no se observaron diferencias significativas entre los distintos grupos.

Con respecto al cumplimiento de los criterios para que pueda considerarse que existe síndrome de *burnout*, ningún profesional del grupo que no había sido agredido cumplía los criterios. Sólo cumplían dichos criterios un 1% de los profesionales que habían recibido sólo agresión verbal y un 2.7% de los que además habían recibido agresión física, no observándose diferencias significativas entre los distintos grupos. Sin embargo, si se considera

sólo el criterio de que presenten altos niveles de *CE* y *DP*, los porcentajes suben a 2.4% y 6.7% respectivamente, observándose diferencias significativas entre los grupos.

4.5.2. Estado de salud mental

Se evaluó el estado de salud mental en todos los participantes a través del *GHQ-28*, 438 participantes contestaron el cuestionario: 78 profesionales no habían recibido ningún tipo de agresión, 152 habían recibido agresiones tanto físicas como verbales, y 208 sólo habían recibido agresiones verbales.

Como puede observarse en la Tabla 22, prácticamente la totalidad de los profesionales no reunían los criterios para ser diagnosticados como casos clínicos en ninguna de las subescalas, con porcentajes superiores al 90%, a excepción de la subescala de *ansiedad* donde baja al 84.9%.

No se observaron diferencias significativas entre los distintos grupos en las subescalas de *disfunción social* y *depresión* y *síntomas somáticos*, aunque está última queda al borde de la significación con sólo un 2.9% de los profesionales no agredidos cumpliendo los criterios frente al 8.6% de los que han recibido agresiones físicas y verbales.

Sin embargo, sí se observaron diferencias significativas en la subescala de *ansiedad*, sólo el 3.9% de los profesionales que no habían recibido agresiones reunían los criterios para ser diagnosticados como casos, mientras que este porcentaje subía al 15.1% en el caso de haber recibido agresión física y verbal.

4.5.3. Sintomatología postraumática

Para aquellos profesionales que habían sufrido algún tipo de agresión, ya fuera verbal o física, se evaluó la sintomatología postraumática relacionada con dicha agresión. En consecuencia el número de participantes en los que se evaluaron estos síntomas fue 358.

Tabla 21. Niveles de *burnout* según los tipos de agresión.

	No agresión	Agresión verbal	Agresión física y verbal	χ^2	P
<i>Cansancio Emocional %</i>					
Alto	2.5	5.8	17.3	28.683	<0.001
Medio	3.8	16.3	14.7		
Bajo	93.7	77.9	68.0		
<i>Despersonalización %</i>					
Alto	7.7	14.1	15.1	14.915	0.005
Medio	12.8	28.6	30.3		
Bajo	79.5	57.3	54.6		
<i>Realización Personal %</i>					
Alto	66.7	63.1	64.0	2.062	0.724
Medio	16.7	22.3	18.0		
Bajo	16.7	14.6	18.0		
<i>Burnout: CE+DP+RP %</i>	0	1.0	2.7	3.145	0.208
<i>Burnout: CE+DP %</i>	0	2.4	6.7	8.079	0.018

Tabla 22. Niveles en las distintas subescalas del GHQ-28.

	No agresión	Agresión verbal	Agresión física y verbal	χ^2	P
<i>Síntomas somáticos %</i>					
Caso	2.9	7.7	8.6	5.995	0.050
No caso	97.19	92.3	91.4		
<i>Ansiedad %</i>					
Caso	3.9	6.2	15.1	11.504	0.003
No caso	96.1	93.8	84.9		
<i>Disfunción Social %</i>					
Caso	1.3	1.4	4.6	4.174	0.124
No caso	98.7	98.6	95.4		
<i>Depresión %</i>					
Caso	0	0.5	1.3	1.562	0.458
No caso	100	99.5	98.7		

• Presencia e intensidad de los síntomas

Respecto a la presencia de sintomatología postraumática, es de mencionar que para todos los grupos de síntomas existe un elevado porcentaje de participantes que indican no haber tenido ninguno de ellos; en concreto, un 49.7% de los participantes no tuvieron ningún síntoma de reexperimentación, un 61% no mostraron síntoma alguno de evitación o embotamiento, y hasta un 71.9% no presentaron ningún síntoma de hiperactivación. Tomando en conjunto los 17 síntomas que forman parte de los criterios diagnósticos para el TEPT en el DSM-IV-TR, encontramos que aproximadamente la mitad de los participantes (50.3%) no presentaban ninguno de esos síntomas. Además un 76.1% de los sujetos no indicaban ningún área de funcionamiento afectada por la sintomatología. Algo similar sucede con los Síntomas Clínicos Subjetivos un 66.1% de los participantes no presentaba ninguno de los síntomas que forman parte de este grupo.

En cuanto a la frecuencia de aparición de cada síntoma concreto, tal y como aparece reflejado en la Tabla 23, entre los *síntomas de reexperimentación* los más habituales fueron malestar psicológico (nerviosismo, inquietud,...) ante los estímulos que recuerden el acontecimiento traumático y los recuerdos desagradables y repetitivos (imágenes o pensamientos) sobre el acontecimiento, los cuales aparecen en aproximadamente una cuarta parte de la muestra. No hubo correspondencia entre la frecuencia y la intensidad de los síntomas de reexperimentación, ya que los que alcanzaron una mayor intensidad fueron la activación fisiológica ante estímulos que rememoran el acontecimiento ($M=1.70$) y revivir el mismo ($M=1.63$), si bien todos los síntomas de este grupo tuvieron una intensidad similar y baja, oscilando entre 1.47 y 1.70, en un rango de puntuaciones de 0 a 4.

Con respecto a los *síntomas de evitación y embotamiento*, estuvieron presentes en un bajo porcentaje de los participantes, siendo el más frecuente la evitación de actividades, lugares o personas (13%), seguido de la evitación de pensamientos relacionados con el suceso (11%). En cuanto a su intensidad destacan la percepción de un

futuro desolador ($M=1.88$), la evitación de actividades, lugares o personas que recuerden la agresión ($M=1.79$), y la sensación de desapego ($M=1.77$).

Algo similar sucede con los *síntomas de hiperactivación*, entre los que los más frecuentes son la hipervigilancia y los problemas de sueño (17% y 15%; respectivamente). En este caso se encontró que los síntomas que se presentaban con mayor frecuencia eran también aquellos que se vivían con más intensidad. Así, las medias más altas se dan para problemas de sueño ($M=1.76$), hipervigilancia ($M=1.67$) y respuesta de sobresalto ($M=1.67$).

En cuanto a los *síntomas clínicos subjetivos* postraumáticos, también fueron poco frecuentes, siendo el más habitual la percepción del mundo como un lugar peligroso (20%), seguido de sensación de irrealidad (12%). Es de resaltar, no obstante, que los síntomas que alcanzaron una mayor intensidad fueron de este grupo; de hecho, los únicos síntomas que superaron una intensidad promedio de 2 (en una escala 0-4) fueron la valoración negativa de sí mismo ($M=2.06$), y la culpa del superviviente ($M=2$), siendo también elevados los valores para desconfianza hacia los demás ($M=1.84$).

Aun más ocasionales fueron los síntomas postraumáticos adicionales, esto es, la realización de conductas de riesgo o la presencia constante de sentimientos negativos, ambos presentes en aproximadamente un 6% de los participantes, y con una intensidad entorno a 1.5 en una escala 0-4.

Respecto a las *áreas de funcionamiento* que se pueden ver afectadas por la experimentación de esta sintomatología postraumática, como puede verse en la Tabla 24, en general los porcentajes son también bajos, destacando el 14% de profesionales que, como era de esperarse, consideró que la experimentación del suceso violento ha afectado negativamente a su vida laboral y/o académica. El área que menos se vio afectada por los síntomas fue el consumo de alcohol o drogas, presente sólo en un 0.5% de los profesionales.

En conjunto estos datos indican que los profesionales del SUMMA 112 que han sufrido de forma directa algún

Tabla 23. Frecuencia de aparición e intensidad de cada síntoma postraumático (n=358).

	Síntomas	Presencia (%)	Intensidad	
			(n)	M (D.T)
Reexperimentación	Recuerdos	25.0	85	1.56 (0.79)
	Sueños recurrentes	3.7	12	1.50 (1.00)
	Revivir acontecimiento	15.2	52	1.63 (0.74)
	Malestar psicológico	26.0	85	1.47 (0.74)
	Activación fisiológica	5.9	20	1.70 (0.97)
Evitación y embotamiento afectivo	Evitación de Pensamientos	11.8	37	1.35 (0.97)
	Evitación de actividades, lugares o personas	13.0	39	1.79 (0.97)
	Amnesia sobre trauma	6.7	19	1.32 (0.74)
	Reducción del interés	4.5	16	1.50 (0.51)
	Sensación de desapego	3.9	13	1.77 (0.59)
	Embotamiento o dificultad para experimentar emociones	5.1	18	1.61 (0.85)
	Futuro desolador	4.5	16	1.88 (1.08)
Hiperactivación	Problemas de sueño	15.1	49	1.76 (0.80)
	Irritabilidad	12.0	38	1.53 (0.83)
	Falta de concentración	10.5	34	1.59 (0.70)
	Hipervigilancia	16.9	53	1.67 (0.92)
	Respuesta de sobresalto	9.3	30	1.67 (1.03)
Síntomas Clínicos Subjetivos	Culpa por lo que hizo o no hizo	10.4	35	1.46 (1.03)
	Culpa por haber sobrevivido	0.6	2	2.0 (1.41)
	Responsabilidad sobre el acontecimiento	3.4	10	1.50 (0.52)
	Desconfianza hacia los demás	11.2	38	1.84 (1.05)
	Mundo como un lugar peligroso	20.8	67	1.76 (0.83)
	Falta de contacto con lo que está sucediendo	9.8	34	1.38 (0.73)
	Sensación de irrealidad	12.1	40	1.40 (0.84)
	Sentirse fuera de su cuerpo	3.4	12	1.33 (0.88)
	Valoración negativa de si mismo	4.8	17	2.06 (1.02)
Otros	Conductas de riesgo	5.9	21	1.43 (0.67)
	Presencia de sentimientos negativos	5.9	22	1.68 (0.99)

Tabla 24. Presencia de interferencia en diversas áreas de funcionamiento (n=358).

Áreas de Funcionamiento Síntomas	Presencia (%)
Consultas a médicos u otros profesionales	8.1
Prescripción de medicación mas de una vez por semana	8.6
Consumo de alcohol o drogas	0.5
Repercusión negativa en la vida laboral o académica	13.7
Repercusión negativa en las relaciones sociales	11.7
Repercusión negativa en las relaciones familiares o de pareja	10.7
Repercusión negativa en algún otro aspecto	11.1

tipo de agresión, ya sea física o verbal, presentan pocos síntomas traumáticos y poco intensos, siendo los más frecuentes los de reexperimentación, si bien los que aparecen con una mayor intensidad son los síntomas clínicos subjetivos. Además los datos muestran una baja afectación de las diversas áreas de funcionamiento de la persona como consecuencia de esos síntomas.

• Criterios diagnósticos del TEPT

Al considerar la intensidad promedio de cada grupo de síntomas (véase Tabla 25), se observa que en general los síntomas postraumáticos de los participantes tienen una intensidad baja. De hecho, al aplicar los baremos de la prueba de referencia (EGEP) los datos respecto a la intensidad de los síntomas se situaría en el primer cuartil para

Tabla 25. Intensidad de los grupos de síntomas postraumáticos (n=358).

Variable (rango)	M	DT	Pc
Reexperimentación (0-20)	1.13	2.303	5
Evitación y embotamiento emocional (0-28)	0.73	2.132	5
Hiperactivación (0-20)	0.93	2.334	5
Síntomas TEPT (0-68)	2.75	6.126	4
Áreas de funcionamiento afectadas (0-7)	0.64	1.431	10
Síntomas Clínicos Subjetivos – SCS (0-36)	1.19	2.334	10
Síntomas TEPT + SCS (0-104)	3.90	8.659	4

los tres grupos sintomatológicos del TEPT: tanto reexperimentación, como evitación-embotamiento e hiperactivación se situarían en un percentil 5. La puntuación conjunta de los 17 síntomas que componen esos tres criterios se situaría entorno al percentil 4.

El número de áreas de funcionamiento alteradas por los síntomas es también bajo, situándose en un percentil entre 5 y 10.

Los síntomas postraumáticos que presentan una mayor intensidad son los SCS, que se sitúan entorno al percentil 10. No obstante cuando se considera la puntuación total de los síntomas postraumáticos incluyendo los SCS el percentil resulta también muy bajo, situándose entorno al percentil 4.

Los resultados son muy similares cuando se consideran el número de síntomas que presentan los participantes para cada uno de los grupos o criterios. Como puede observarse en la Tabla 26 los promedios para los distintos criterios diagnósticos del TEPT se sitúan en todos los casos por debajo de 1. Y lo mismo sucede con los SCS.

El promedio de síntomas contestados afirmativamente por los participantes entre los 17 que se incluyen en los criterios diagnósticos del TEPT está por debajo de 2, ascendiendo a 2.5 cuando se consideran además los SCS.

Hay que resaltar, no obstante, que en todos los casos aparece una variabilidad muy alta, tal y como reflejan los valores de DT.

Por último, a continuación se muestra un análisis de los resultados obtenidos en cada uno de los criterios diagnósticos que forman parte del diagnóstico TEPT.

El primer criterio diagnóstico, criterio A, según la clasificación DSM recoge que la persona haya estado expuesta a un acontecimiento traumático que ha vivido con temor, desesperanza, o con horror intensos. Dado que el instrumento de evaluación del TEPT, la EGEP, solo se aplicó a aquellos participantes que habían sufrido algún tipo de agresión en su desempeño profesional, el 100% de los participantes manifestaron haber sufrido algún acontecimiento de este tipo. En cuanto a la vivencia de esas agresiones, los resultados muestran que el 80.2% de los participantes lo vivieron al menos con una respuesta emocional de miedo, indefensión u horror-terror, cumpliendo por tanto el criterio A para el diagnóstico del TEPT. De forma más concreta, tal y como puede observarse en la Tabla 27, la respuesta de indefensión fue la más frecuente (64%) frente al 22% de quienes lo vivieron con horror-terror.

El segundo, tercer y cuarto criterio diagnóstico, criterio B, C y D, según la clasificación DSM hacen referencia a la sintomatología traumática del TEPT. Según los datos (véase Tabla 27), más de un tercio de los participantes (38%) cumplieron el criterio B (reexperimentación), mientras que solo un 6% cumplió el criterio C (evitación y embotamiento emocional) y un 16% el criterio D (hiperactivación). Estos síntomas estuvieron presentes en la mayoría de los sujetos durante más de un mes, como pone de manifiesto el que un 89% de los participantes cumplieran el criterio E (duración de los síntomas).

El sexto y último criterio diagnóstico, criterio F, según la clasificación diagnóstica, hace referencia a si la alteraciones, sufridas tras el acontecimiento traumático, provo-

Tabla 26. Número de síntomas para los distintos grupos de síntomas postraumáticos (n=358).

Variable (rango)	M	DT
Nº síntomas Reexperimentación (0-5)	0.76	1.20
Nº síntomas Evitación y embotamiento (0-7)	0.50	1.17
Nº síntomas Hiperactivación (0-5)	0.62	1.23
Áreas de funcionamiento afectadas (0-7)	0.64	1.43
Nº Síntomas TEPT (0-17)	1.82	3.02
Nº Síntomas Clínicos Subjetivos – SCS (0-9)	0.76	1.40
Nº Síntomas TEPT + SCS (0-26)	2.56	4.15

Tabla 27. Cumplimiento de criterios diagnósticos para el TEPT, diagnóstico TEPT y subespecificaciones diagnósticas, según EGEP (n=358).

Criterio Diagnóstico	N	%
<i>Criterio A</i> (1 y 2)	286	80.2
1. Vivencia, presencia o conocimiento de un acontecimiento traumático.	358	100
2. Vivencia emocional del acontecimiento		
Miedo	192	53.8
Indefensión	229	64.3
Horror-Terror	78	21.8
<i>Criterio B</i>		
• Reexperimentación	134	38.0
<i>Criterio C</i>		
• Evitación y embotamiento Afectivo	20	5.6
<i>Criterio D</i>		
• Hiperactivación	55	15.6
<i>Criterio E</i>		
• Duración (al menos 1 mes)	155	89.1
<i>Criterio F</i>		
• Funcionamiento	31	15.7
<i>Diagnóstico TEPT</i>		
• Cumplimiento del Criterio A, B, C, D, E y F	8	2.2
<i>Especificaciones del Diagnóstico TEPT</i> (n=8)		
• Inicio:		
Demorado	2	25
No Demorado	6	75
• Desarrollo:		
Agudo	0	
Crónico	8	100
<i>Síntomas Clínicos Subjetivos (SCS)*</i>	40	11.3

* Nota: aunque los SCS no se incluyen en los criterios diagnósticos para el TEPT dado que la prueba ofrece punto de corte para estos síntomas se indica aquí el porcentaje de los que superan dicho punto de corte.

can malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El análisis de este criterio, señala que sólo un 16 % de los profesionales superaron el punto de corte establecido para este criterio en la EGEP.

Finalmente, se analizó el porcentaje de profesionales que presentaron el diagnóstico de TEPT, en función del cumplimiento de la totalidad de los criterios diagnósticos, referidos para el TEPT en la clasificación diagnóstica DSM-IV-TR. Así se encontró que sólo un 2.2% de los profesionales presentaban TEPT. En la mayoría de los casos (75%) la sintomatología traumática comenzó antes de los 6 primeros meses tras sufrir la agresión, por lo que se trataría de TEPT de inicio no demorado. Además en todos los casos el TEPT fue crónico, puesto que la duración de la sintomatología que refirieron fue superior a 3 meses.

Respecto a los SCS, aunque no figuran dentro de los criterios diagnósticos para el TEPT, dado que los baremos de prueba (EGEP) señalan un punto de corte, se estableció el porcentaje de participantes que superaban dicho punto, situándose entorno al 11%.

En definitiva, los datos indican que un 2.2% de los profesionales de urgencias y emergencias evaluados que habían sido víctimas de agresiones en su desempeño la-

boral desarrollaron un TEPT en relación con las mismas, siendo en todos los casos un trastorno con curso crónico y mayoritariamente de inicio no demorado. En todos los casos tanto el número de síntomas como la intensidad de los mismos fueron bajos. De hecho, todas las escalas y subescalas se sitúan en el primer cuartil, no superando en ningún caso el percentil 10. Es más, los síntomas provocan alteraciones de funcionamiento que también pueden considerarse bajas en relación con los baremos de la prueba de referencia (EGEP).

• **Presencia e intensidad de sintomatología postraumática y diagnóstico de TEPT en función del tipo de violencia**

La comparación entre los distintos grupos de participantes, establecidos en función del tipo de agresión recibido; esto es, agresión física y verbal vs agresión verbal, puso de manifiesto que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en ninguna de las variables utilizadas para valorar la sintomatología postraumática de los participantes, ni en número de síntomas para cada criterio diagnóstico del TEPT, ni en intensidad de los síntomas de cada criterio. Igualmente (véase Tabla 28) el

Tabla 28. Comparación del porcentaje de profesionales que cumplen cada criterio del TEPT y diagnóstico, en función del tipo de violencia, según EGEP (n=358).

Criterio Diagnóstico %	Agresión verbal	Agresión física y verbal	χ^2	p
Criterio A (1 y 2)	82.2	77	.859	.354
Criterio B. Reexperimentación	38.5	37.3	.013	.910
Criterio C. Evitación y embotamiento afectivo	6.3	4.8	.135	.713
Criterio D. Hiperactivación	19.1	11.6	3.249	.071
Criterio E. Duración (al menos 1 mes)	89.1	89	.000	1.000
Criterio F. Funcionamiento	17.9	12.9	.549	.459
Diagnóstico TEPT.	2.6	1.8	.027	.869
Síntomas Clínicos Subjetivos (SCS)	2.6	10.8	.007	.931

análisis de diferencias entre los dos grupos (agresión física y verbal vs. agresión verbal) en referencia tanto al porcentaje de profesionales que cumplen cada criterio del TEPT como al diagnóstico propiamente no arrojó diferencias significativas. Así, en ambos grupos el criterio diagnóstico que cumplieron los participantes en mayor medida (más del 37%) fue el referido a reexperimentación. Los otros dos criterios diagnósticos estuvieron presentes en menor medida, especialmente el referido a evitación y embotamiento afectivo que no superó el 6% de cumplimiento.

También, el porcentaje de participantes que habían recibido un diagnóstico de TEPT fue similar tanto en el grupo que había recibido agresión física y verbal (1.8%) como en el grupo que sólo había recibido agresión verbal (2.6%).

5. DISCUSIÓN

Pocos estudios se han ocupado de evaluar las agresiones que sufren los profesionales sanitarios que trabajan en urgencias o emergencias extrahospitalarias y los que lo han hecho se han centrado en evaluar a los profesionales paramédicos probablemente por las diferencias en la organización de los sistemas sanitarios de urgencias, ya que en general en los países anglosajones prima el servicio de transporte de los pacientes hacia el sistema hospitalario mientras que en el modelo continental europeo (e.g. Francia, España y Alemania) se pone el foco en facilitar los servicios médicos hospitalarios in situ.

El presente estudio es el primero en evaluar la frecuencia de agresiones en urgencias y emergencias extrahospitalarias en España, y evalúa el mayor servicio de urgencias y emergencias extrahospitalarias de Europa y uno de los mayores a nivel mundial, por tanto puede ser un buen indicador de la problemática existente en el sector.

El estudio cuenta con una muestra amplia (se ha evaluado a 441 profesionales, de servicios distribuidos por toda el área geográfica de la Comunidad de Madrid), pertenecientes a los distintos estamentos profesionales y a las distintas modalidades de servicios de urgencias y emer-

gencias extrahospitalarias, con un muestreo aleatorio estratificado y un procedimiento riguroso. De hecho en los estudios revisados realizados en urgencias hospitalarias aproximadamente la mitad cuentan con menos de 100 participantes y la otra mitad oscilan entre 171-256, sólo hay un estudio¹² con 3.000 profesionales pero con una tasa de respuesta de tan sólo el 11% frente al 89.49% del presente estudio. Quizás el estudio más potente, y más parecido al presente es el de Skibeli *et al*⁹⁴ que cuenta con 536 participantes, con una muestra aleatorizada de 20 servicios.

Asimismo se ha puesto especial cuidado en el procedimiento seguido, no se ha utilizado el procedimiento más tradicional de enviar los cuestionarios por correo o dejar que los depositen en una urna, sino que los evaluadores se han desplazado a los distintos servicios para entregar y recoger los cuestionarios, y han contado con una supervisión directa para resolver posibles dudas al mismo tiempo que se controlaba en cada momento los cuestionarios entregados y recogidos. Sin duda ha resultado de gran ayuda que uno de los integrantes del equipo investigador fuera el subdirector de enfermería del SUMMA 112, encargado de ponerse en contacto con los responsables y/o profesionales de cada servicio.

5.1. Frecuencia y naturaleza de las agresiones

Los datos encontrados resultan alarmantes si se considera que algo más de un tercio de los participantes (34.5%) han sido objeto de alguna agresión física por parte de pacientes o familiares/acompañantes a lo largo de su trabajo en el SUMMA-112. Sin embargo, están dentro de las cifras ofrecidas por la mayor parte de los estudios realizados en urgencias hospitalarias que indican porcentajes del 20 al 40%^{12,71,87,95,99-100,103,105} y extrahospitalarias, que indican porcentajes un poco mayores, del 38 al 42%^{97,102} a excepción del estudio de Skibeli Joa *et al*⁹⁴ donde el porcentaje de agresiones físicas baja al 13%, probablemente porque el periodo de medida son los últimos doce meses, ya que en el estudio de Petzäll *et al*⁹⁷ el porcentaje baja del 42% al 16% cuando el periodo de medida son los últimos doce meses.

Se observó un porcentaje significativamente mayor de profesionales que habían recibido agresiones físicas en los servicios de emergencias, esto puede ser debido a que estos profesionales realizan la atención a domicilio donde también existe una mayor probabilidad de recibir una agresión tal y como señalan otros estudios⁵⁰⁻⁵².

Mucho más alto es el porcentaje de los que han sufrido amenazas, e insultos o injurias, que afectan a más de tres cuartos de los participantes (75.3% para amenazas y 76.2% para insultos o injurias). Aquí se observa una mayor variabilidad en los estudios revisados que puede venir dada por la variedad de definiciones empleadas. Si comparamos los resultados con los de otro estudio español¹³⁴ en el que se utiliza el mismo instrumento de medida, los porcentajes aquí obtenidos son superiores tanto en violencia física como en violencia verbal, donde ellos obtuvieron un 11% y 64% respectivamente. No obstante, hay que tener en cuenta que se evaluaron centros de atención primaria y hospitales, y dentro de estos últimos el departamento de urgencias fue donde se encontraron más agresiones.

Sin embargo, no se observan diferencias entre los distintos tipos de servicios o tipo de profesional, todos reciben una tasa elevada de agresiones verbales que abarca a las tres cuartas partes de los profesionales.

Por otra parte, si se considera que algunos de los participantes aunque no han sido víctimas directas han sido testigos de las agresiones sufridas por otros compañeros, los porcentajes de los que han vivido experiencias de violencia (ya sean directas o indirectas) alcanzarían a la mitad de los participantes en el caso de las agresiones físicas (49.7%) y a la mayor parte en el caso de las agresiones verbales (83.4%), coincidiendo también con otros estudios realizados en urgencias y emergencias extrahospitalarias^{47,102}.

En una amplia mayoría de los casos las agresiones implicaron violencia verbal de diversa índole, siendo las amenazas la conducta más frecuente (87.5%). Las agresiones físicas aún dándose en un porcentaje elevado de los participantes no fueron graves implicando fundamentalmente conductas como agarrar/empujar (40.2%), agresiones al mobiliario (39.4%) o lanzar objetos (24%), sin dar lugar en la mayor parte de los casos (78.2%) a lesiones resultantes de la agresión. No obstante la utilización de armas aparece en un porcentaje preocupante (15.1%), especialmente las armas blancas (10.6%), encontrándose porcentajes similares e incluso superiores a otro estudio llevado a cabo en Estados Unidos⁸, sociedad en la que parece haber un mayor uso de armas. A pesar de todo, el porcentaje es menor que en otro estudio más reciente de emergencias extrahospitalarias llevado a cabo en Noruega⁹⁷ donde se habían utilizado armas blancas o de fuego en un 27% de los casos.

En los domicilios la gravedad en la naturaleza de las agresiones se incrementa, e implican más comportamientos amenazantes, conductas de agarrar/empujar e incluso retenciones en contra de la voluntad de los profesionales. Incluso la violencia física de las agresiones queda refle-

jada por el hecho de que un número significativamente mayor de profesionales se vea afectado en la zona del tronco. Las más afectadas por distintos tipos de agresiones (e.g. patadas, agresiones al mobiliario, agarrar/empujar y comportamientos amenazantes), suelen ser las enfermeras, probablemente por su mayor acercamiento físico al paciente por las técnicas de tratamiento utilizadas.

5.2. Perfil del agredido

El profesional que recibe en mayor medida agresiones físicas es aquel que trabaja en los servicios de emergencias y tiene una menor edad. Probablemente la variable fundamental sea trabajar en los servicios de emergencias, y la edad tiene que ver con que los profesionales que trabajan en estos servicios son de por sí más jóvenes.

No obstante otros estudios también han señalado la edad como un factor de riesgo asociado a la probabilidad de experimentar incidentes violentos^{87,98-100,104}, pero mientras que éstos también lo unen al hecho de tener una menor experiencia profesional y ser mujer, estas variables no han resultado significativas en el presente estudio.

No se han encontrado diferencias significativas en relación al sexo. Los resultados de otros estudios eran contradictorios al respecto, mientras que unos afirmaban que los hombres eran más vulnerables a experimentar incidentes violentos³⁸⁻⁴², otros indicaban que eran las mujeres^{12,43-45,87,95,98-99,100,104}. Probablemente las diferencias se deban a los contextos donde se realizan los estudios.

Tampoco se han encontrado diferencias significativas en relación con el tipo de profesional, al contrario de lo sucedido en otros estudios^{20,36,94,113} que apuntan a una mayor incidencia de situaciones violentas en las enfermeras frente a otro tipo de profesionales, probablemente aquí también influyen los contextos donde se realizan los estudios teniendo en cuenta que en el sistema de urgencias y emergencias extrahospitalario español las responsabilidades de los distintos profesionales varían con respecto a otros países.

5.3. Variables situacionales

Dado que uno de los objetivos de la investigación es ofrecer propuestas para poder prevenir las agresiones a los profesionales es indispensable realizar un análisis de las variables situacionales asociadas a la agresión. Teniendo en cuenta que la mayor parte de los profesionales que han sufrido algún tipo de violencia la han recibido en más de una ocasión, se preguntó por el episodio más grave para conocer cuáles son las características concretas asociadas a la agresión.

La mayor parte de las agresiones habían tenido lugar hace más de un año (74.6%), considerando que la mayor parte de los estudios toman como periodo de medida los últimos doce meses esto hace pensar que en muchos casos se está perdiendo la información del episodio más grave, que por otra parte será probablemente el que más

pese en los temores que el profesional pueda presentar en su relación con los pacientes y/o familiares.

En los servicios de urgencias las agresiones se producen más los fines de semana o festivos y por la noche, mientras que en los servicios de emergencias se suelen producir más por el día y hay un porcentaje mayor de profesionales que les cuesta más recordar el momento en qué se produjo la agresión. Los resultados probablemente están relacionados con los horarios de trabajo en cada servicio, en los servicios de emergencias trabajan las 24 horas del día, todos los días de la semana por lo que también puede ser más difícil recordar específicamente cuando se produjo la agresión; mientras que en los servicios de urgencia trabajan los días de diario por la noche y los fines de semana 24 horas.

En aproximadamente la mitad de los casos la agresión sucedió en el domicilio del paciente (46.9%), estos resultados coinciden con los de otros estudios⁵⁰⁻⁵². Analizando la situación por tipo de servicio, las agresiones en los servicios de emergencias se suelen producir de forma mayoritaria en el domicilio del paciente (61.3%), mientras que en los servicios de urgencia está más repartido entre la consulta (35.5%), el domicilio (31.4%) y el mostrador de entrada (21.5%). De acuerdo al estamento, los profesionales más agredidos en la consulta son los médicos y las enfermeras, mientras que en el mostrador de entrada son más agredidos los TEM, lo cual resulta lógico pues guarda relación con dónde desempeña cada uno su trabajo. En el domicilio, donde el lugar de cada profesional está menos definido sólo se encuentran diferencias significativas en el portal donde el profesional más agredido es el TEM y el menos agredido es el médico.

5.4. Perfil de los agresores

En cuanto al número de agresores, es más frecuente que el agresor sea una única persona en los servicios de urgencia que en los servicios de emergencia (75% vs 59.7%), ya que en el domicilio del paciente la situación se puede volver más complicada y haber varios agresores.

Los resultados referidos al género y la edad del agresor, varón de entorno a los 30-50 años, concuerdan con los resultados obtenidos en urgencias hospitalarias^{27,36,92,111-112} y otros ámbitos sanitarios^{27,36}.

No obstante se observan diferencias en cuanto a la capacidad psíquica del agresor, los resultados del presente estudio indican que en poco más de la mitad de los casos el agresor no tenía su capacidad psíquica alterada (55.2%) y la otra mitad estaba cubierta a partes iguales entre los que sufrían algún trastorno psiquiátrico (21.3%) y los que estaban bajo efectos de alcohol o drogas (23.6%). Estos resultados contrastan con los resultados obtenidos en urgencias hospitalarias^{12,25,71,87,98,100-101,104} y extrahospitalarias^{94,97}, así como en otros ámbitos sanitarios^{23,26-27,30-33}, señalándose que de forma mayoritaria el agresor suele sufrir algún trastorno psiquiátrico o estar bajo el efecto de alcohol y drogas. Curiosamente los resultados apuntan a que cuando la capacidad psíquica del agresor no está

alterada las agresiones se suelen dirigir hacia el médico (63.1%), cuando sufre algún trastorno psiquiátrico hacia el TEM (30.8%) y cuando está bajo el efecto del alcohol o las drogas hacia la enfermera (30.8%). Varias hipótesis pueden explicar estos resultados, por una parte puede ser que el médico, como profesional, esté más dotado de habilidades para tratar con usuarios que presentan un estado mental alterado; por otra parte los TEM, tienen que ocuparse en muchas ocasiones de inmovilizar a estos pacientes para que se les pueda aplicar el tratamiento; y finalmente, las enfermeras tienen que lidiar más con pacientes bajo efectos de alcohol o drogas por el propio tratamiento que tienen que administrar.

Los motivos principales de la agresión fueron la disconformidad con el tratamiento (e.g. ser derivados a otros servicios o no recibir medicación) (36.1%) y los tiempos de espera (21.3%). Los estudios llevados a cabo en urgencias hospitalarias y extrahospitalarias suelen dar como motivo principal de la agresión sufrir algún trastorno psiquiátrico o estar bajo los efectos del alcohol o drogas, no obstante señalan que el precipitante de la agresión suele ser el tiempo de espera para ser atendidos^{12,25,71,87,98,100-101,104}. El hecho de que en este estudio aparezca como motivo principal la disconformidad con el tratamiento puede venir derivado de la propia naturaleza de los servicios al tratarse de urgencias extrahospitalarias en las que en muchas ocasiones es necesario derivar al paciente al hospital utilizando sus propios medios cuando no se trata de una situación de emergencia. Si se atiende al tipo de servicio, el motivo principal de la agresión en emergencias es el tiempo de espera, mientras que son más las normas del centro (e.g. prioridad en la atención al paciente según la gravedad, necesidad de volante o informe clínico para recibir determinadas asistencias) en los servicios de urgencia. Con respecto a la disconformidad con el tratamiento, que es uno de los principales motivos de agresión su frecuencia es significativamente mayor en médicos que en TEM, de acuerdo a la función que cada uno de estos profesionales tiene.

5.5. Consecuencias psicológicas de las agresiones

No se ha encontrado hasta la fecha ningún estudio que analice las consecuencias psicológicas de las agresiones en los profesionales que trabajan en urgencias y emergencias extrahospitalarias. La mayor parte de los estudios se han realizado con profesionales sanitarios que trabajan en hospital en distintos departamentos⁶⁷⁻⁷⁰ y aunque evalúan también el departamento de urgencias, en el análisis de las consecuencias psicológicas no se dan datos específicos de éstas.

5.5.1. Síndrome de *burnout*

En lo referente a las distintas dimensiones del síndrome de burnout (CE, DP y RP) los resultados del estudio indican que los profesionales presentan niveles bajos en todas las subescalas, al contrario de lo que aparece en otros estu-

dios⁶⁷⁻⁷⁰. Cabe considerar que los puntos de corte que se suelen utilizar en cada país son distintos, y que en los estudios americanos se utiliza un punto de corte menor, de hecho una de las principales dificultades para comparar los resultados en burnout en estudios realizados en distintos países es la diferencia en los niveles normativos de corte debido a cuestiones socioculturales¹³⁵.

A pesar de todo, en relación al CE, los datos obtenidos van en la línea de estos estudios ya que los profesionales que se han visto expuestos a violencia física y verbal presentan en mayor medida un alto nivel de CE que los que no han recibido ninguna agresión (17.3% vs 2.5%).

No obstante, en relación a los niveles de DP y RP, los resultados difieren de otros estudios⁶⁹⁻⁷¹ que indican que los profesionales que se han visto expuestos a violencia física y/o verbal presentan niveles mayores de DP y menores de RP, no observándose diferencias significativas en función haberse visto o no expuesto a agresión o del tipo de violencia sufrida.

Al analizar las diferencias en los niveles de *burnout*, se encontraron diferencias significativas entre aquellos profesionales que habían sufrido violencia física y verbal con respecto a los que no habían tenido ninguna agresión (6.7% vs ninguno), considerando el criterio de presentar CE y DP, pero no cuando se requería que tuvieran también una baja RP (en el que sólo un 2.7% reunía esta condición), estos resultados coinciden con los de otro estudio español realizado en hospitales generales y centros de atención primaria⁷².

5.5.2. Estado de salud mental

En todas las subescalas del GHQ-28 la mayor parte de los profesionales no reunían criterios para ser considerados como casos clínicos en ninguno de los grupos.

Solamente se observaron diferencias significativas entre los distintos grupos en la subescala de ansiedad, donde los profesionales que habían sido objeto de violencia física y verbal cumplían en mayor medida los criterios para ser considerados como casos clínicos que los que no habían sufrido ninguna agresión (15.1% vs 3.9%), quedando en un punto medio entre ambos los profesionales que habían sufrido sólo violencia verbal (6.2%). Los resultados son acordes a los de otros estudios que utilizan el GHQ-28 como instrumento de medida en relación a la subescala de ansiedad en los que también se observan relaciones significativas entre la exposición a acontecimientos violentos y mayores puntuaciones en esta subescala^{68,73}. A pesar de que algunos estudios indican que la violencia verbal produce mayores secuelas psicológicas, los resultados del presente estudio apuntarían a una mayor repercusión de la violencia física, aunque está también viene acompañada de violencia verbal^{36,75-77}.

Aunque las diferencias no fueron significativas en la subescala de síntomas somáticos quedaron al borde de la significación, siendo en este caso mucho más corta la distancia entre los profesionales que habían recibido sólo agresión verbal (7.7%) o agresión física y verbal (8.6%).

Por el contrario no se observaron diferencias significativas en disfunción social ni en depresión, al contrario de lo que aparece en otros estudios^{68,73} pero coincidiendo con el resultado obtenido en otro estudio español⁷⁴.

5.5.3. Sintomatología postraumática

El análisis de la sintomatología postraumática relacionada con algún tipo de agresión, ya fuera verbal o física, que han sufrido los profesionales del SUMMA 112, ha puesto de manifiesto tal y como refieren otros estudios^{36,80,136-137} que la exposición a agresiones está relacionada con la presencia de sintomatología postraumática. Así, se ha encontrado que entorno al 50% de los profesionales han experimentado síntomas relacionados con reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación.

Si bien es cierto que los resultados encontrados van en la línea de los obtenidos en otros estudios cabe destacar que se han encontrado algunas diferencias en relación a los porcentajes referidos tanto a sintomatología postraumática como al diagnóstico propiamente de TEPT. De este modo, en este estudio los síntomas que se presentan con más frecuencia son los referidos a reexperimentación mientras que en otros estudios son más frecuentes los síntomas referidos a evitación e hiperactivación^{83,137}. Igualmente, existen discrepancias entre los porcentajes de participantes con diagnóstico de TEPT, siendo notablemente inferiores los porcentajes que ha arrojado este estudio, ya que solamente el 2.2% de los profesionales expuestos a una agresión ha desarrollado un TEPT, mientras que en la literatura se han llegado a referir porcentajes de TEPT del 17%¹³⁷.

Es posible que estas discrepancias estén relacionadas, por un lado, con los diferentes instrumentos de evaluación del TEPT empleados en cada estudio referido, los cuales tienen diferentes características (e.g. formato de aplicación) que pueden hacer difícil su comparación. Y por otro lado, con el momento de evaluación, ya que éste puede ser determinante para establecer los porcentajes tanto de sintomatología postraumática como de TEPT. Así diferentes estudios¹³⁻¹³⁸ han encontrado que las respuestas en relación a sintomatología postraumática pueden presentar transitoriedad, llegando en ocasiones las tasas de prevalencia del TEPT a verse reducidas a la mitad en tan sólo 6 meses.

Respecto a los resultados obtenidos tras realizar los análisis sobre la presencia e intensidad de sintomatología postraumática y diagnóstico de TEPT en función del tipo de violencia (física y verbal VS física) cabe destacar que la ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos en relación a la presencia de sintomatología postraumática tras la exposición a diferentes tipos de violencia, va en la línea de lo que otros autores¹³⁹⁻¹⁴⁰ han encontrado en relación a que las consecuencias psicológicas de la violencia física no son necesariamente más perniciosas que las consecuencias tras otro tipo de violencia (psicológica o verbal).

Además, es posible que las consecuencias psicológicas tras la exposición a la violencia referida por los participantes estén mediadas, por un lado, por el valor subjetivo que cada persona hace sobre ese acontecimiento y sus implicaciones, más que por las características propias de éste. Y por otro lado, por las consideraciones que el personal sanitario hace, en ocasiones, enmarcando esta exposición a violencia como parte de su realidad laboral, llegando incluso a no comunicar estas situaciones al personal responsable de la institución³⁶.

6. CONCLUSIONES

Del estudio realizado sobre las agresiones que sufren los profesionales asistenciales de los servicios de urgencias y emergencias del SUMMA-112 de la Comunidad de Madrid se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Tres cuartas partes de los profesionales han recibido agresiones verbales (en forma de insultos y/o amenazas) durante el tiempo que han trabajado en el SUMMA-112, y un tercio de ellos han recibido además agresiones físicas. Si se considera que algunos profesionales, aunque no han sido víctimas directas sí han sido testigos de las agresiones de sus compañeros la cifra de los que han vivido experiencias de agresiones físicas sube a la mitad (49.7%).
- En la mayor parte de los casos las agresiones físicas no son graves, no dando lugar a lesiones e implicando conductas como agarrar/empujar, agresiones al mobiliario o lanzar objetos. No obstante hay un porcentaje importante de utilización de armas (15.1%), especialmente blancas (10.6%).
- El perfil del agresor coincide con un varón, de entre 30-50 años, siendo en la mitad de los casos una persona que no tiene su capacidad psíquica alterada. Los resultados apuntan a que cuando la capacidad psíquica del agresor no está alterada el agredido suele ser el médico, cuando sufre algún trastorno psiquiátrico el TEM y cuando está bajo el efecto del alcohol o las drogas la enfermera. El motivo principal que provoca la agresión es la disconformidad con el tratamiento, y en segundo lugar el tiempo de espera.
- Las variable situacional más relevante parece ser el lugar dónde se da la agresión, que se suele producir con mayor frecuencia en el domicilio del paciente.
- Los profesionales más agredidos físicamente son que trabajan en los servicios de emergencia extrahospitalaria (UME y VIR), que son los que más frecuentemente acuden a los domicilios de los pacientes. Es precisamente en los domicilios donde crece la gravedad de las agresiones: el agresor suele ser más de una persona y hay mayores porcentajes de comportamientos amenazantes y retenciones en contra de la voluntad de los profesionales. En los

domicilios las más afectadas por distintas conductas agresivas son las enfermeras, y en el portal el profesional más agredido es el TEM. Además en los servicios de emergencia hay un mayor porcentaje de agresiones relacionadas con los tiempos de espera.

- En cuanto a las agresiones que se producen en los centros, el agresor aquí suele ser una única persona, el mostrador de entrada es el lugar donde suele ser agredido el TEM, y la consulta donde se producen las agresiones contra la enfermera o el médico, siendo el principal motivo de agresión la no conformidad con las normas del centro.
- No hay diferencias entre los distintos servicios ni entre los distintos profesionales en cuanto a las agresiones verbales que sufren, las cifras son igualmente elevadas en todos los casos.
- Los profesionales que han sufrido violencia física y verbal presentan más ansiedad, CE y mayores niveles de *burnout* que aquellos que no han sufrido ninguna agresión.
- Sólo un bajo porcentaje de los profesionales que han sufrido alguna agresión presentan diagnóstico de TEPT, no existiendo diferencias en este caso con respecto a si la violencia ha sido física y/o verbal. A pesar de ello la sintomatología postraumática interfiere en diferentes áreas de su vida, especialmente en el ámbito laboral.

A partir de los resultados obtenidos se proponen varias líneas de actuación:

1. Dado que la mayor parte de las agresiones vienen por personas (pacientes o familiares/acompañantes) que no tienen su capacidad psíquica alterada se propone realizar una campaña de sensibilización dirigida a la población general con el fin de que tomen conciencia de la labor de estos profesionales y su función, que va dirigida a ayudarles en un momento complicado y cuya colaboración es necesaria para resolver la situación de forma adecuada, ya que de otra forma retrasa y entorpece su solución.
2. Por otra parte sería conveniente tomar algunas medidas de tipo institucional u organizacional encaminadas a resolver algunas cuestiones que han quedado patentes:
 - Es urgente tomar medidas que mejoren la seguridad de los profesionales en la atención que realizan a domicilio. Asimismo en los centros sería conveniente revisar las medidas de seguridad que se pueden tomar en las consultas y en el mostrador de entrada.
 - En la atención a domicilio convendría hacer un análisis y reducir en la medida de lo posible los tiempos de espera ya que este es uno de los motivos principales de conflicto con los usuarios.
3. Otro punto importante es entrenar a los profesionales en el manejo de situaciones conflictivas, de

manera que aunque surja el conflicto pueda resolverse sin que desemboque en una agresión o al menos minimizar las posibilidades de que esto ocurra. El motivo principal de las agresiones suele ser la disconformidad con el tratamiento, por tanto sería importante dotar a los profesionales de habilidades de comunicación, persuasión y negociación que ayuden a mejorar la relación con pacientes y familiares/acompañantes. Dicho entrenamiento debería tener en consideración algunas diferencias en relación con el estamento profesional al que pertenece y el tipo de servicio en el que trabaja el profesional (emergencias y urgencias).

- En cuanto al estamento profesional parece haber diferencias en el perfil del agresor en cuanto a su capacidad psíquica, mientras que en el caso de los médicos el agresor no suele tener su capacidad psíquica alterada, en el caso de las enfermeras el agresor está en un mayor porcentaje de los casos bajo el efecto del alcohol o las drogas y en el caso de los TEM reciben un mayor porcentaje de agresiones por parte de personas con problemas mentales. Por tanto se debería incidir también en recursos para tratar con situaciones de este tipo, y en el caso de los TEM por la función que desempeñan dentro del equipo podría ser conveniente dotarles de habilidades de defensa personal.
 - En lo referente al servicio en el que trabaja, debería priorizarse la realización de una formación especializada para los servicios de emergencia ya que son los profesionales más afectados por las agresiones físicas y tendrían que incluir no sólo el aprendizaje de las habilidades de comunicación sino la puesta en marcha de medidas preventivas de seguridad en la atención a domicilio.
4. Finalmente, la existencia de consecuencias psicológicas adversas producto de las agresiones físicas, relacionadas fundamentalmente con problemas de ansiedad pone de manifiesto que hay que ofrecer una atención psicológica a aquellos profesionales que han recibido alguna agresión de tipo físico. Como ya han reflejado otros estudios cuando existe un nivel elevado de ansiedad en los profesionales se hace más probable que aparezca una agresión, probablemente por la forma en que se aborda el conflicto. Por otra parte, a pesar del bajo porcentaje de participantes que presentan diagnóstico de TEPT parece conveniente prestar atención a los resultados que reflejan la relación entre sintomatología postraumática y exposición a violencia, ya sea física y verbal o únicamente verbal. Especialmente porque los resultados refieren que, sin llegar a presentar un diagnóstico de TEPT, la sintomatología postraumática que han sufrido los participantes interfiere en diferentes áreas del funcionamiento (e.g. fami-

lia, relaciones sociales, consultas a médicos y otros profesionales...), siendo la vida laboral la que los participantes entienden como más afectada por la sintomatología postraumática. Por ello, sería conveniente elaborar medidas oportunas para ofrecer a los profesionales expuestos a esta violencia, de tal manera que la evolución y el manejo de esta sintomatología postraumática interfiera lo menos posible en su funcionamiento y evolucione de la forma más saludable posible.

7. AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer a FUNDACIÓN MAPFRE la oportunidad de haber podido llevar a cabo esta investigación, así como las facilidades ofrecidas por toda la dirección del SUMMA-112, en especial a su director gerente D. Pedro Martínez Tenorio y la directora médica D^a M^a José Fernández Campos para poder poner en marcha el proyecto. Así como a los responsables de las unidades funcionales del SUMMA-112 por su colaboración en el contacto con los profesionales.

También agradecer a los profesionales asistenciales del SUMMA-112 que han participado en el estudio compartiendo con los evaluadores sus experiencias, en muchos casos dolorosas.

Finalmente, a los evaluadores (Carmen Soberón, Esmeralda Armada, Jacobo Blanco, M^a Dolores Carbajo, María Corredor, Carlos Espinoza, Noemí Gutiérrez, y Neireida Ordovás), que colaboraron desplazándose a los distintos servicios en horas intempestivas y días festivos para evaluar a los profesionales.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2003.
2. Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la Salud. Ginebra: OMS; 2006.
3. Chappell D, Di Martino V. Violence at Work. Geneva: International Labour Office; 2006.
4. Occupational Health and Safety Administration. (OSHA) US Department of Labor, Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. 2004. <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>.
5. OIT/ CIE/ OMS/ ISP Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Organización Internacional del Trabajo/ Consejo internacional de Enfermeras/ Organización Mundial de la Salud/ Internacional de Servicios Públicos. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2002.
6. Di Martino V. Workplace Violence in the Health Sector - Country Case Studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian Study: Synthesis Report. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI; 2002.
7. Consejo Internacional de Enfermería, (CIE). Violencia contra las enfermeras en el lugar de trabajo: estadísticas recientes. Boletín del CIE. Mayo - Julio, 2001. Recuperado de www.icn.ch/sewaug-oct01sp.htm.

8. Duhart DT. Violence in the workplace, 1993-99 (No. December 2001, NCJ 190076). Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs; 2001.
9. Cooper C, Swanson N. Workplace violence in the health sector – State of the Art. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2002.
10. Atawneh FA, Zahid MA, Al-Sahlawi KS, Shahid AA, Al-Farrah MH. Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *Br J Nurs*. 2003; 12: 102-107.
11. Farrell G, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *J Adv Nurs*. 2006; 55(6): 778-87.
12. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Hoymeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *JONA*. 2009; 39(7-8): 340-349.
13. STATISTICS CANADA. Criminal Victimization in the Workplace 2004. Ottawa: Canadian Centre for Justice Statistics; 2007.
14. Buckley P, Cookson H, Packham C. Violence at work: Findings from the 2010/11 British Crime Survey; 2012.
15. James BO, Isa EW, Oud N. Patient aggression in psychiatric services: the experience of a sample of nurses at two psychiatric facilities in Nigeria. *AJOL*. 2011; 14(2): 130-3.
16. Jansen GJ, Dassen TWN, Burgerhof JGM, Middel B. Psychiatric nurses' attitudes towards inpatient aggression: Preliminary report of the development of Attitude Towards Aggression Scale (ATAS). *Aggress Behav*. 2006; 32(1): 44-53.
17. Jonker E, Goossens PJ, Steenhuis IH, Oud NE. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008; 15: 492-499.
18. Naish J, Carter YH, Gray RW, Stevens T, Tissier JM, Gantley MM. Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies. *Fam Pract*. 2002; 19(5): 504-10.
19. Nijman H, Bowers L, Oud N, Jansen G. Psychiatric Nurses' Experiences With Inpatient Aggression. *Aggress Behav*. 2005; 31: 217-227.
20. Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?. *J Adv Nurs*. 2002; 39: 230-240.
21. Farrell G. Aggression in clinical settings: nurse's views – a follow up study. *J Adv Nurs*. 1999; 29: 26-33.
22. Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med*. 2000; 57: 656-660.
23. Catlette M. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *J Emerg Nurs*. 2005; 31(6): 519-525.
24. Gates D, Fitzwater E, Succop P. Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. *Issues Ment Health Nurs*. 2003; 24: 775-793.
25. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med*. 2006; 31(3): 331-7.
26. Gillespie G. Consequences of violence exposures by emergency nurses. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2008; 16(4): 409-418.
27. James A, Madeley R, Dove A. Violence and aggression in the emergency department. *Emerg Med J*. 2006; 23(6): 431-434.
28. Lee SS, Gerberich SG, Waller LA, Anderson A, McGovern P. Work-related assault injuries among nurses. *Epidemiology*. 1999; 10(6): 685-691
29. Mandiracioglu A, Cam O. Violence exposure and burn-out among Turkish nursing home staff. *Occup Med*. 2006; 56: 501-503.
30. Chaplin R, McGeorge M, Lelliott, P. The national audit of violence: In-patient care for adults of working age. *Psychiatr Bull*. 2006; 30: 444-446.
31. Keely BR. Recognition and prevention of hospital violence. *Dimens Crit Care Nurs*. 2002; 21: 236-241.
32. Keough VA, Schlomer RS, Bollenberg BW. Serendipitous findings from an Illinois ED nursing educational survey reflect a crisis in emergency nursing. *J Emerg Nurs*. 2003; 29: 17-22.
33. Lin YH, Liu HE. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *Int J Nurs Stud*. 2005; 42: 773-778.
34. Badger F, Mullan B. Aggressive and violent incidents: Perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury. *J Clin Nurs*. 2004; 13: 526-533.
35. McAnaney CM, Shaw KN. Violence in the pediatric emergency department. *Ann Emerg Med*. 1994; 23(6): 1248-1251.
36. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen H, Nachreiner NM, Geisser et al. Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology*. 2005; 16(5): 704-709.
37. Peek-Asa C, Cubbin L, Hubbell K. Violent events and security program in California emergency departments before and after the 1993 Hospital Security Act. *J Emerg Nurs*. 2002; 28(5): 420-426.
38. Anderson C, Parish M. Report of workplace violence by Hispanic nurses. *J Transcult Nurs*. 2003; 14(3): 237-243.
39. Camerino D, Estry-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BI, Hasselhorn HM. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45: 35-50.
40. Hegney D, Plank A, Parker V. Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: A self-reported study. *Int J Nurs Pract*. 2003; 9(4): 261-268.
41. Miedema B, Easley J, Fortin P, Hamilton R, Tatemichi S. Disrespect, harassment, and abuse: All in a day's work for family physicians. *Can Fam Physician*. 2009; 55: 279-285.
42. Thomas NI, Brown ND, Hodges LC, Gandy J, Lawson L, Lord JE, et al. Risk profiles for four types of work-related injury among hospital employees. *AAOHN J*. 2006; 54(2): 61-68.
43. Ayranci U, Yenilmez C, Balci, Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence*. 2006; 21(2): 276-296.
44. McNamara RM, Whitley TW, Sanders AB, Andrew LB. The extent and effects of abuse and harassment of emergency medicine residents. The SAEM In-service Survey Task Force. *Acad Emerg Med*. 1995; 2(4): 293-301.
45. Ness GJ, House A, Ness AD. Aggression and Violent Behaviour in General Practice: Population Based Survey in the North of England. *BJM*. 2000; 320(7247): 1447-48.
46. Lawoko S, Soares JF, Nolan P. Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work Stress*. 2004; 18(1): 39-55.
47. Koritsas S, Boyle M, Coles J. Factors associated with workplace violence in paramedics. *Prehosp Disaster Med*. 2009; 24: 417-421.
48. Mahoney BS. The extent, nature, and response to victimization of emergency nurses in Pennsylvania. *J Emerg Nurs*. 1991; 17: 292-294.
49. Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Health. Occupational Hazards in Hospitals. DHHS (NIOSH) Pub. No. 2002-101. 2002. www.cdc.gov/niosh/2002101.html
50. Gates D, Fitzwater E, Telintelo S, Succop P, Sommers MS. Preventing assaults by nursing home residents: Nursing assis-

- tants' knowledge and confidence—a pilot study. *J Am Med Dir Assoc.* 2002 ;3(6): 366–370.
51. Grange JT, Corbett SW. Violence against EMS personnel. *Prehosp Emerg Care.* 2002; 6(2): 186-190.
 52. Lucas R. Violence in the prehospital setting. *Emerg Med Clin North Am.* 1999; 17(3): 679-683.
 53. Tintinalli JE, McCoy M. Violent patients and the prehospital provider. *Emerg Med.* 1993; 22(8): 1276-9.
 54. Freudenberger H. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1974; 30: 159-166.
 55. Maslach C. Burned-out. *Hum Behav.* 1976; 9: 16-22.
 56. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981; 2: 99-113.
 57. Gil-Monte. R, Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse.* Madrid: Síntesis; 1997.
 58. Lozano M, Cañadas G, Martín M, Pedrosa I, Cañadas G, Suárez, J. et al. Descripción de los niveles de burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta.* 2007; 36: 79-88.
 59. Marucco MA, Gil-Monte PR, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Inf Psicol.* 2008; (91-92): 32-42.
 60. Moriana JA, Herruzo J. Estrés y burnout en profesores. *Int J Clin Health Psychol.* 2004; 4: 597-621.
 61. Hernández M, Fernández C, Ramos F, Contador I. El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *Int J Clin Health Psychol.* 2006; 6: 599-611.
 62. Bernaldo de Quirós M, Labrador FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *Int J Clin Health Psychol.* 2007; 7: 323-335.
 63. Grau. A, Suñer. R; García MM. Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 2005; 19: 463-470.
 64. Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria.* 2002; 29: 294-302.
 65. Cortina L, Magley V, Williams J, Langhout R. Incivility in the workplace: incidence and impact. *J Occup Health Psychol.* 2001; 6: 64-80.
 66. Hogh A, Engstrom Henriksson M, Burr H. A 5 year follow-up study of aggression at work and psychological health. *Int J Behav Med.* 2005; 12(4): 256-265.
 67. Winstanley S, Whittington R. Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work Stress.* 2002; 16(4): 302-15.
 68. Merecz D, Drabek M, Mościcka A. Aggression at the workplace: Psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients. *Int J Occup Med Environ Health.* 2009; 22(3): 243-260.
 69. Crabbe J, Alexander DA, Klein S, Sinclair JP. 'Dealing with violent and aggressive patients: at what cost to nurses? *Ir J Psychol Med.* 2002; 19: 121-124.
 70. Rowe MM, Sherlock H. Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *J Nurs Manag.* 2005; 13(3): 242-248.
 71. Alameddine M, Kazzi A, El-Jardali F, Dimassi H, Maalouf S. Occupational violence at Lebanese emergency departments: prevalence, characteristics and associated factors. *J Occup Health.* 2011; 53(6): 455-64.
 72. Gascón S, Leiter MP, Pereira JP, Cunha MJ, Albesa A, Montero-Marín J, García-Campayo J. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs.* 2012. Publicado en línea el 16 de Setiembre: doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x
 73. Lam LT. Aggression exposure and mental health among nurses. *AeJAMH.* 2002; 1(2): 1-12.
 74. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed M.A, Goicoechea 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.
 75. May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nur.* 2002; 28(3): 191-197.
 76. El-Gilany AH, El-Wehady A, Amr M. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *J Interpers Violence.* 2010; 25(4): 716-734.
 77. Nachreiner N, Gerberich S, Ryan A, McGovern P. Minnesota Nurses' study: Perceptions of violence and the work environment. *Ind Health.* 2007; 45(5): 672-8.
 78. Findorff M.J, McGovern P, Wall MM, Gerberich S. Reporting violence to a health care employer: A cross-sectional study. *AAOHN J.* 2005; 53(9): 399-406.
 79. APA .Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
 80. Caldwell MF. Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hosp Community Psychiatry.* 1992; 4(8): 838-839.
 81. Rippon T. Aggression and violence in health care profession. *J Adv Nurs.* 2000; 31(2): 452-460.
 82. Findorff M, McGovern P, Wall M, Gerberich SG, Alexander B. Risk factors for work-related violence in a health care organization. *Inj Prev.* 2004; 10(5): 296-302.
 83. AbuAlRub RF; Al-Asmar AH. Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *J Transcult Nurs.* 2011; 22(2): 157-65.
 84. Alexander, D.A, Klein S. Ambulance personnel and critical incidents. *Br J Psychiatry.* 2001; 178: 76-81.
 85. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the Emergency Department: A National Survey of Emergency Medicine Residents and Attending Physicians. *J Emerg Med.* 2011; 40(5): 565-579.
 86. Fernandes, CM., Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, Grafstein E, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ.* 1999; 161(10): 1245-1248.
 87. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med.* 2005; 46(2): 142-147.
 88. Ryan D, Maguire J. Aggression and violence a problem in Irish. Accident and Emergency Departments. *J Nurs Manag.* 2006; 14: 106-115.
 89. Manton A. Stopping the madness: emergency nurses and violence prevention. *J Emerg Nurs.* 1998; 24: 205-206.
 90. Pawlin S. Reporting violence. *Emerg Nurse.* 2008; 16(4): 16–21.
 91. Stirling G, Higgins JE, Cooke MV. Violence in A&E departments: a systematic review of the literature. *Accid Emerg Nurs.* 2001; 9: 77-85.
 92. Uzun, O. Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. *J Nurs Scholarsh.* 2003; 35(1): 81–85.
 93. Woolam S. A stance against violence. *Emerg Nurse.* 2007; 15(8): 6-8.

94. Skibeli Joa T, Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care*. 2012; 30: 55-60.
95. Esmaeilpour M, Salsali M, Ahmadi F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *Int Nurs Rev*. 2011; 58(1): 130-137.
96. Pinar R, Ucmak F. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *J Clin Nurs*. 2011; 20(3-4): 510-517.
97. Petzäll K, Tällberg J, Lundin T, Suserud BO. Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *Int Emerg Nurs*. 2011; 19: 5-11.
98. Belayachi, J, Berrechid K, Amlaiky F, Zekraoui A, Abouqal R. Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact. *J Occup Med Toxicol*. 2010; 5: 27-37.
99. Abu Ali N, Sánchez Díaz R, y Rivera Corrales A. La violencia contra los profesionales de enfermería en los servicios de urgencias: Estudio en los hospitales de Palestina. *SEEUE*. 2009Set-Oct; (9). <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2009/pagina3.html>
100. Tang JS, Chen CL, Zhang ZR, Wang L. Incidence and related factors of violence in emergency departments--a study of nurses in southern Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2007; 106(9): 748-758.
101. Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B, Kurtulus A, Turkcuer I, Ergin N. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther*. 2006; 23: 364-369.
102. Boyle M, Koritsas S, Coles J, Stanley J. A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emerg Med J*. 2007; 24: 760-763.
103. Senuzun Ergün F, Karadokvovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev*. 2005; 52: 154-160.
104. Ayranci U. Violence towards healthcare workers in emergency departments in West Turkey. *J Emerg Med*. 2005; 28: 361-365.
105. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence toward emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs*. 2004; 12: 67-73.
106. Suserud BO, Blomquist M, Johansson I. Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accid Emerg Nurs*. 2002; 10: 127-135.
107. Erickson L, Williams-Evans SA, Tenn M. Attitude of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emerg Nurs*. 2000; 26: 210-215.
108. ILO/ICN/WHO/PSI Workplace Violence in the Health Sector: Country Case Study – Questionnaire; Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; Geneva; 2003. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf
109. Rose M. A survey of violence towards nursing staff in one large Irish accident and emergency department. *J Emerg Nurs*. 1997; 23: 214-219.
110. Jenkins, M.G, Rocke LG, McNicholl BP, Hughes D.M. Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *J Accid Emerg Med*. 1998; 15: 262-265.
111. Ashry GH. Work-Related assaults on nursing staff in Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Community Med*. 2002; 9(3): 51-56.
112. Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, Kwok KT, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2006; 12: 6-9.
113. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs*. 2004; 13: 3-10.
114. Pozzi C. Exposure of prehospital providers to violence and abuse. *J Emerg Nurs*. 1998; 24: 320-323.
115. Arnetz, JE, Arnetz BB, Petterson IL. Violence in the nursing profession: occupational and life style risk factors in Swedish nurses. *Work Stress*. 1996; 13: 119-127.
116. Goldberg DP. The detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Maudsley Monograph No. 21. Oxford: Oxford University Press; 1972.
117. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979; 9: 139-145.
118. Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
119. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
120. Crespo M, Gómez M.M. Evaluación Global del Estrés Postraumática EGEP. Madrid: TEA Ediciones; 2012.
121. Lomeña Villalobos JA, Martínez-Pascual C, Negrillo Villalón M, Naranjo De la Cruz A. Malestar psíquico en profesionales de la salud: una aproximación a su estudio. *Aten Primaria*. 1991; 8: 549-52.
122. Ouzzine M. El GHQ-28. Ítems en una muestra representativa de pacientes de Atención Primaria: Utilidad e influencia de variables sociodemográficas, psicopatológicas y neocriticismo en sus coeficientes de validez [Tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1994.
123. Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986; 16: 135-140.
124. Medina-Mora ME, Padilla GP, Campillo-Serrano C, Mas C, Ezbán M, Caraveo J, Corona J. The factor structure of the GHQ: A scaled version for a hospital's general practice service in México. *Psychol Med*. 1983; 13: 355-361.
125. Muñoz PE, Tejerina-Allen M, Cañas F. Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana. Madrid: Anales del Fondo de Investigación Sanitaria; 1983.
126. Seisdedos N. Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach. Madrid: TEA Ediciones; 1997.
127. Kokkinos CM. Factor structure and psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory Educators Survey among elementary and secondary school teacher in Cyprus. *Stress Health*. 2006; 22(1): 25-33.
128. Schaufeli WB. Burnout. In: Karwowski w, (ed). *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors*. London: Taylor & Francis; 2000. 382-386.
129. Halbesleben JR, Buckley MR. Burnout in Organizational Life. *J Manage*. 2004; 30: 859-879.
130. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.
131. Ferrando J, Pérez J. Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del Maslach Burnout Inventory (MBI). *Rev Psiq de Fac Med Bar*. 1996; 23(1): 11-18.
132. Gil-Monte PR; Peiró JM. Un estudio sobre antecedentes significativos del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Rev Psicol Trab Org*. 1996; 12(1): 67-80.

133. Oliver C. Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanza media: El burnout como síndrome específico [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1993.
134. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, Rueda MA. Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health*. 2009; 15: 30-36.
135. Gil-Monte PR, Peiró Silla JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. *Rev Psicol Trab Org*. 2000; 16(2): 135-49.
136. Bonner G, McLaughlin S. The psychological impact of aggression on nursing staff. *Br J Nurs*. 2007; 16(13): 810-814.
137. Richter D, Berger K. Post-traumatic stress disorder following patient assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2006; 10: 6-15.
138. Vázquez C. Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S (USA) y del 11M (Madrid): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 2005; 1: 9-25.
139. Amor PJ, Bohórquez IA. Mujeres víctimas de maltrato doméstico [Women victims of Domestic Violence]. En *Curso: los procesos de victimización y su abordaje en medios no especializados* (2ª Ed.). Junio 2006. Recuperado de <http://www.institutodevictimologia.com/Noticias14e.pdf>.
140. Gómez MM, Crespo M. Sintomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos. *Acción Psicol*. 2012;9(1):71-86.

Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este proyecto. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.