

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Original

Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas?

Violence against health workers in a hospital of Andalucía, why are not recorded attacks?"

Iván Arturo Mayorca Yancán, Silvia Lucena García, María Elena Cortés Martínez, María Ángeles Lucerna Méndez

Servicio de Prevención de la Agencia Sanitaria Poniente. El Ejido (Almería). España.

Recibido: 20-02-13

Aceptado: 17-05-13

Correspondencia

Iván Arturo Mayorca Yancán
Urbanización Alta Entinas
Glaucio, 21, bajo 11. Almerimar
04711 El Ejido (Almería). España
Tfños: 950609189 y 663491265
Correo electrónico: ivanmayorca@hotmail.com; drmayorca@yahoo.es

Resumen

Introducción: Las agresiones en el trabajo son un problema en auge en profesiones de atención al público, siendo la profesión sanitaria una de las más afectadas. Existe una importante infradeclaración de agresiones.

Objetivos: Conocer el nivel de infradeclaración y analizar sus motivos. Comparar grupos de trabajadores declarantes y no declarantes.

Metodología: Se trata de un estudio observacional, descriptivo, realizado en un hospital de segundo nivel, en 2011. Se ha elaborado una encuesta previamente pilotada, aplicándola a los profesionales de los servicios con mayor registro de agresiones.

Resultados: Del total de encuestas obtenidas (250), se encontraron 102 agresiones, 69 casos no habían sido registrados (67.6%), la mayoría verbales. Los principales motivos para no declarar las agresiones fueron: creer que el registro es inútil 32.8%, o considerar normal las agresiones 25.4%. Perfil del profesional agredido: mujer, 37 años, enfermera del área de urgencias del turno de mañana. Perfil del agresor: paciente o su familiar, varón, 42.5 años. Los trabajadores que más notificaron las agresiones fueron quienes realizaban trabajo a turnos (61.2%) y los solteros (69.6%).

Conclusiones: En muchas ocasiones los trabajadores sanitarios minimizan los episodios violentos, por ello es necesario formarlos en la importancia del registro de agresiones de cualquier tipo.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (231) 235-258

Palabras clave: *violencia laboral, personal sanitario, subregistro*

Abstract

Introduction: the aggressions in the place job are a growing problem in customer service professions; the health workers are too affected. There is an important under registration.

Objectives: Know the level of under registration and analyze their motivations. Compare two groups of workers: who reported and who didn't report.

Methodology: is an observational and descriptive assessment, performed in a second level hospital, in 2011. The workers filled a questionnaire previously piloted.

Results: were obtained 250 surveys, there were 102 assaults, 69 cases were not declared, the most were verbal. The leading motivations for under registration were: believe the registry is unuseful 32.8%, or considered normal the attack 25.4%. Assaulted worker profile: woman, 37 years old, nurse of urgencies in shifts of morning. Aggressor profile: patient or relative, man, 42.5 years old. The workers who reported most frequently were singles (69.6%) and workers in shifts (61.2%).

Conclusions: Too many times the health workers minimize violence episodes. Therefore is necessary training in the importance of the aggressions registries.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (231) 235-258

Key words: *Workplace aggression, health personnel, not registered.*

INTRODUCCIÓN

La violencia en el lugar de trabajo, sea física o psicológica, se ha convertido en un problema mundial que atraviesa las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales. La violencia en el lugar de trabajo, que durante mucho tiempo ha sido una cuestión “olvidada”, ha adquirido una enorme importancia en los últimos años y en la actualidad es una preocupación prioritaria tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo, aparece como una amenaza grave, y a veces letal, contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones. La violencia causa perturbaciones inmediatas, y a largo plazo, de las relaciones entre las personas, de la organización del trabajo y de todo el entorno laboral¹.

A nivel mundial, según información de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) la violencia en el lugar de trabajo se ha incrementado en 300% en la última década². Estimaciones de varios estudios indican que el estrés y la violencia representan alrededor del 30% de los costos totales de las enfermedades y accidentes de trabajo. Sobre la base de estas cifras, se ha sugerido que el estrés/violencia laboral puede costar aproximadamente entre el 1 y el 3,5% del PIB cada año³.

Datos Europeos indican que anualmente por lo menos el 4% de todos los trabajadores (6 millones) sufren algún tipo de violencia psicológica, 2% (3 millones) acoso sexual y 8% (12 millones) intimidación y hostigamiento. En EEUU cerca de 1000 trabajadores son asesinados anualmente en su lugar de trabajo, siendo el asalto simple, el tipo más común de crimen violento (1.4 millones al año)⁴.

Estos datos indican claramente que la violencia laboral es demasiado elevada y que hay que actuar urgentemente. Además, en cada país se dispone de pruebas más concretas, que deben usarse para hacer a las personas más conscientes de la importancia del problema de la violencia en el trabajo, y hacer de ella un objetivo prioritario de todas las personas que trabajan o intervienen en el desarrollo del sector salud^{1,5}.

Si bien la violencia en el centro de trabajo se encuentra altamente generalizada, existen grupos con mayor riesgo de sufrirlo. En diversos países europeos, encabezan la lista de ocupaciones de mayor riesgo aquellas relacionadas con el ámbito sanitario (24% de todas las agresiones), por delante de los policías (5%, quinto lugar) y vigilantes de seguridad (2%, último lugar)⁴. Aunque existe mucha diferencia entre los autores, podemos considerar que entre el 35-80% de los trabajadores hospitalarios han sido agredidos físicamente alguna vez y entre el 65-82% del personal de enfermería han experimentado algún tipo de abuso verbal⁶.

El sector salud corre un riesgo grave, la violencia puede afectar a más de la mitad de los trabajadores de la salud. Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios sanitarios, y pueden dar lugar al deterioro de la calidad de los cuidados dispensados y a decisiones de los trabajadores de abandonar sus profesiones^{1,7}.

Esto, a su vez, puede ser causa de que se reduzcan los servicios de salud disponibles para la población en general, y aumenten sus costos. Especialmente en los países en vías de desarrollo, la igualdad de acceso a la atención primaria puede verse amenazada si los trabajadores de salud, que ya son un recurso escaso, abandonan su profesión por la amenaza de la violencia¹.

Definición de la violencia en el trabajo, violencia en el entorno sanitario

A pesar de no existir un consenso universal al respecto, la definición de violencia laboral en el entorno sanitario ha sido adaptada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Consejo internacional de enfermería (CIE), Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP), en el “Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud (OIT/CIE/OMS/ISP)” como sigue:

“Incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o asaltado en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo los desplazamientos al trabajo y viceversa, con la participación de amenaza explícita o implícita a su seguridad, el bienestar o la salud”^{1, 5, 8-10}.

En la Agencia Sanitaria Poniente, de acuerdo a nuestro plan de agresiones (vigente desde el año 2005), se definen las agresiones como: “Los sucesos violentos sufridos por los trabajadores, incluyendo como tales las conductas verbales o físicas, amenazantes, intimidatorias, abusivas y acosantes y que tengan relación directa con la actividad laboral propia del puesto de trabajo desempeñado”¹¹.

Una clasificación ampliamente aceptada acerca de la violencia en el trabajo, la divide en tres categorías ocupacionales¹²:

1. Violencia “externa”, la cual es perpetrada contra trabajadores por personas fuera de la organización, por ejemplo: asaltos a mano armada contra bancos o comercios.
2. Violencia por “clientes-pacientes”, la cual es infringida contra trabajadores por sus propios clientes o compradores, por ejemplo: pacientes que atacan a enfermeras.
3. Violencia “interna”, la cual ocurre entre trabajadores de una organización, entre supervisor y empleador, trabajadores u aprendices, estos eventos pueden incluir “Mobbing”, por ejemplo: ritos de iniciación o humillación colectiva hacia nuevos reclutas (como los registrados en los sectores de fuerzas armadas).

La clasificación de la violencia laboral que considera el plan de agresiones de la Agencia Sanitaria Poniente, es la siguiente¹¹:

- VIOLENCIA TIPO I. El agresor no tiene ninguna relación de trato legítimo con la víctima. Ejemplo: Robo.
- VIOLENCIA TIPO II. Existe algún tipo de relación profesional entre agresor y agredido. Ejemplo: Mientras se ofrece un servicio (personal sanitario).
- VIOLENCIA TIPO III. El causante de la misma tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto de tal lugar. Ejemplo: Implicación laboral directa (empleado actual o ex empleado y jefe, compañeros de trabajo) o relación personal (cónyuge, ex-cónyuge, parientes, amigos).

Es crucial anotar que cualquiera de estos tipos de violencia ocupacional puede ocurrir en un mismo lugar de trabajo, los perpetradores de las distintas formas de violencia tienen diferentes características y la prevención de estos actos está delineada por ellas. Algunos autores identifican un cuarto grupo de violencia: aquella causada por las presiones económicas o sociales, estas presiones pueden ocasionar una intensificación del trabajo, inseguridad laboral, situaciones de alta ansiedad y contribuir a una cultura de comportamientos de riesgo e intolerancia³.

Como se ha mencionado, en muchos países aún no existen definiciones uniformemente aceptadas acerca de las agresiones laborales para eventos violentos no fatales, lo cual oculta las tendencias. Por ejemplo algunas bases de datos incluyen únicamente los ataques psicológicos que resultaron en una agresión física, mientras otras incluyen acoso sexual, abuso verbal, conductas intimidatorias y llamadas telefónicas obscenas. Existen también presiones diversas que influyen en el registro de eventos no fatales contra trabajadores de la salud, en muchos puestos de trabajo sanitario, casi nunca es posible completar los formularios de agresiones, debido que a que los trabajadores no serían capaces de completar su jornada laboral si se dedicaran a rellenar formularios. Como resultado de esto, estudios realizados tomando como base los datos de compensaciones por demandas resultan inexactos para representar la totalidad de los eventos violentos. Los resultados de estudios internacionales lo confirman: únicamente 1 de cada 5 eventos violentos en el ámbito sanitario sería formalmente registrado¹³.

A pesar de la gran divergencia de los datos, a nivel mundial la mayoría de estudios indican que sólo se registran alrededor de 10% de los casos. Esta infravaloración contribuye a una prevalencia de la confusión, un desconocimiento de los patrones de severidad y falta de conocimiento acerca de los niveles de riesgo en el escenario laboral⁸.

Las características de las agresiones varían de acuerdo a la experiencia, puesto de trabajo y entrenamiento previo en situaciones de violencia, las agresiones físicas son más frecuentes entre alumnos de enfermería; se ha observado un mayor nivel de agresividad contra el personal de enfermería de sexo masculino; el nivel de violencia al parecer es más alto entre trabajadores que trabajan en turnos nocturnos que en aquellos que trabajan en turnos diurnos⁶.

Otros trabajadores hospitalarios también pueden ser víctimas de la violencia, por ejemplo entre trabajadores sociales el 15% han recibido agresiones físicas y el 36% agresiones verbales⁶.

Otro patrón consistente registrado en la literatura nos habla acerca del perfil del agresor, se trataría en la mayoría de los casos de jóvenes (promedio de 20 años), varones y frecuentemente afectados por el alcohol. En Australia durante 2003 alrededor de 83% de todos los agresores cumplían estas características⁸.

Acerca de la violencia en el sector salud

Datos de varios estudios de diversas partes del mundo, demuestran que el grupo de mayor riesgo son las enfermeras y matronas, siendo la violencia psicológica el tipo de violencia predominante en su lugar de trabajo⁹.

Ambos grupos concuerdan en que los agresores en los lugares de trabajo sanitario, son diferentes y de acuerdo al tipo de víctimas en cuestión, en todo caso el agresor estaba mayormente ubicado dentro de los siguientes grupos: colegas, supervisores, directores, médicos, pacientes y familiares⁹.

Las víctimas se ubican en su gran mayoría en los hospitales públicos, estarían también influenciadas por el tipo de contratos y las inequidades salariales^{1,5,14}, en cuanto al agresor, se identifican en dichos estudios dos grandes grupos: uno compuesto por los pacientes y sus familiares (los beneficiarios del servicio de salud) y otro grupo compuesto por los colegas y administradores del trabajo (el equipo de trabajo)⁵.

Entre las causas de la agresión se han encontrado diversos motivos: largos tiempos de espera, insatisfacción con los tratamientos, incompatibilidad médico-paciente, influencia del alcohol o drogas, deficiencias en la comunicación y mal funcionamiento de un sistema sobre el que no ejercen control. Frecuentemente el médico queda expuesto como la figura visible de una organización sanitaria y es el que recibe las quejas, y muchas veces las agresiones que promueven diversas situaciones vividas como injustas. Muchos profesionales se sienten amenazados por actos de violencia verbal o física en su trabajo. Los médicos de los servicios de emergencias, psiquiatras y de atención primaria son aquellos que presentan más riesgo de sufrir actos de violencia verbal o física, por parte de los pacientes o sus familiares¹⁴.

Es conocido el desgaste que situaciones como estas ocasionan en la voluntad e incluso en la salud de los médicos. La literatura abunda en descripciones de cuadros clínicos graves precipitados por el trabajo en entornos desfavorables y con un clima psicológico de violencia y agresividad¹⁴. Las especialidades con mayor exposición a la violencia en el ámbito laboral coinciden con aquellas en las que las situaciones de urgencia, ansiedad y estrés resultan más comunes. La mayoría de los investigadores coinciden en señalar a los servicios de urgencias como aquellos con los mayores índices de violencia contra trabajadores sanitarios^{14,15}.

Una investigación en Sudáfrica nos muestra otras causas comunes de las agresiones: hechos relacionados con pacientes ansiosos y enojados: 36.6%, con pacientes ebrios o sobre demandantes 36.6%. Las conclusiones concuerdan con mayores niveles de agresividad en los sectores públicos^{5,10}, mayor cantidad de agresiones hacia enfermeras, en centros psiquiátricos, departamentos de urgencias y áreas donde se produce el alta temprana de los pacientes¹⁰. El 95% de las enfermeras australianas habían sido agredidas en el año 1999⁷.

En el ámbito europeo

Estudios realizados al respecto (Bulgaria, Portugal), muestran que si es difícil el análisis en países en vía de desarrollo, lo es también en Europa, porque simplemente es inexistente la fuente bibliográfica y de investigación^{16, 17}.

Las estimaciones llevadas a cabo en Portugal nos acercan por lo menos desde el punto de vista geográfico y social a España, parece ser que los niveles de violencia son mucho más altos en los centros de salud que en los hospitales. Hay mayor cantidad de abusos verbales, seguido de la presión moral, discriminación, violencia física y acoso sexual, asimismo más frecuentemente en los servicios ambulatorios de salud mental¹⁷.

Una encuesta realizada en Inglaterra, mostró que un 40% de las agresiones en el trabajo registradas, correspondían a trabajadores sanitarios, hacen mención a que la cifra podría ser superior dada la gran cifra de infra declaración, más de la mitad de las enfermeras fueron agredidas durante el 2003⁷.

Todos los tipos de violencia son dirigidos más frecuentemente hacia personal femenino en los centros de salud, y en el hospital contra trabajadores varones. La violencia verbal fue más frecuente contra enfermeras y personal administrativo, la violencia física se produjo contra enfermeras en ambos lugares (centros de salud y hospitales). El acoso sexual es un problema frecuente en enfermeras de hospitales, la presión moral se produce más contra médicos de cabecera de centros de salud y personal administrativo. La violencia ocurre a menudo durante las épocas de alta actividad e interacción con los pacientes, por ejemplo horarios de comida y durante las horas de visita y en el traslado del paciente, pueden ocurrir cuando se niega el servicio, cuando se ingresa o se da de alta a un paciente contra su voluntad o cuando un trabajador del área médica procura fijar límites en las comida, bebida o uso del tabaco o del alcohol¹⁸. En cuanto al no registro de los casos de violencia, se calcula que menos del 15% de todos los casos son registrados por escrito, a pesar de estar registrados de forma verbal a sus superiores¹⁷.

En España

Los sondeos realizados en España indican que en torno al 60% del personal sanitario ha sido objeto alguna vez de agresión física o verbal y que el 45% de las agresiones ocurren en los servicios de urgencias¹⁹. El observatorio de agresiones al personal, de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, reveló para octubre del 2007 las primeras condenas en esa comunidad, varias de las víctimas habían sido indemnizadas. En el informe de los dos primeros años de funcionamiento del observatorio de agresiones, se puede verificar una disminución de todos los indicadores de agresión: N° de incidentes -7%, N° de trabajadores -5% y N° de agresiones -6%, queda en duda si se debe al efecto positivo disuasivo de una probable condena o a una infravaloración por casos no denunciados²⁰.

En Madrid, los médicos y el personal sanitario sufrieron 1.480 agresiones en el año 2010. Según el Colegio de Médicos, solo 3 de cada 10 facultativos formaliza una denuncia después de una agresión. Los resultados positivos de las denuncias reflejados en la disminución del número de agresiones deberían animarles a denunciar cada vez más los episodios de agresión²⁰. Una investigación llevada a cabo en Cataluña revela que a pesar de repercutir en la vida personal y laboral, sólo se denuncian el 2.5% de las agresiones verbales y el 40% de las agresiones físicas, a pesar de comentarlas normalmente con compañeros o superiores²¹.

Una investigación llevada a cabo en Zaragoza, demuestra que el 11% de los trabajadores sanitarios han sido víctimas de algún tipo de agresión física, el 64% de agresión no física. Se pudo comprobar que los niveles de agresividad eran más altos en hospitales y servicios de salud mental. Tan sólo 2 de cada 10 trabajadores sanitarios agredidos recibió algún tipo de apoyo por parte de la administración sanitaria²².

En Andalucía durante el primer semestre del 2010 se registraron 674 agresiones (según los registros de la Consejería de Salud), lo cual representa un aumento de un 26% respecto del semestre anterior, los datos del Sindicato Médico Andaluz y los colegios profesionales, hablan de cifras superiores, pues una gran cantidad de amenazas verbales no se denuncian y esta cifra, de haberse denunciado, seguramente hubiese sido superior. Málaga seguida de Sevilla han sido las que han registrado un mayor número de episodios de este tipo 166 y 153, entre ambas representan el 47,32% de todas las agresiones. Le siguen en número de actos violentos Cádiz (91), Jaén (82), Huelva (73), Córdoba (57) Granada (38) y, finalmente, Almería con 14. Las agresiones verbales fueron las más frecuentes (44%), seguidas de las físicas (28%) y las amenazas (26%). En cuanto al agresor y las causas de la agresión hay datos discordantes pero en líneas generales un 48% son pacientes y 30% familiares o acompañantes de pacientes, mientras que el resto lo formaron enfermos psiquiátricos (11%) y toxicómanos (10%), algunos estudios sitúan como principales agresores a pacientes con trastornos psíquicos agresivos (dependiendo del lugar donde se desarrolló la investigación). Se dice que entre el 30-58% de estas agresiones se han relacionado con una excesiva demora para ser atendido; otro 15% por la negativa a conceder o prorrogar una baja y un 10 por ciento a no prescribir medicamentos. Un avance muy importante de los últimos años ha sido la posibilidad de una denuncia y condena de cárcel²³.

En la Agencia Sanitaria Poniente

Existe un “Plan de Prevención y Actuación Ante la Violencia en la Agencia Sanitaria Poniente”, vigente desde el 2005, se registraron durante el año 2010: 59 agresiones, 83.1% de tipo verbal, en su mayoría fueron víctimas de la agresión el personal femenino: 81.4%; el servicio más afectado fue el de urgencias: 33.9%; la categoría profesional con mayor riesgo fue el personal de enfermería: 42.4%; seguida de la categoría de auxiliares de enfermería: 20.3%. Así tenemos en el 2010 los niveles más altos desde el 2006 (58), estos casos se pusieron en conocimiento de la empresa y alguno ha derivado en acciones judiciales; no contamos con datos de agresiones no registradas²⁴.

JUSTIFICACIÓN

Son variados los motivos que justifican la investigación en el tema de las agresiones en el personal sanitario.

1. Efectos de las agresiones en los profesionales sanitarios

Algunos autores como Gerberich y colaboradores encontraron que las consecuencias de las agresiones no físicas eran superiores que las físicas¹⁵. Estos resultados son compatibles con una investigación realizada en Zaragoza, en la cual no se encontraron diferencias estadísticas con respecto a los efectos psicológicos de las agresiones físicas, al contrario, las agresiones no físicas demostraron ocasionar ansiedad y desórdenes post estrés. Ambos tipos de agresión condicionaron un impacto negativo causante de burnout e insatisfacción laboral^{7, 15, 18, 22}.

Diversas investigaciones demuestran que los trabajadores afectados por la violencia laboral pueden verse inmersos en una secuencia de acontecimientos conocidas como el “síndrome de desgaste profesional” (“burnout”). En la primera manifestación, se acumula el cansancio de forma progresiva y se ven afectados los mecanismos básicos de recuperación, el profesional entra en una situación de riesgo, que lo lleva a responder con irritabilidad y cinismo ante las demandas de los pacientes y de la organización sanitaria; la segunda fase se caracteriza por el trato despersonalizado a los pacientes y a sus familiares; la fase final consiste en la incompetencia personal, en este punto, se pierde toda la motivación para el trabajo^{7, 15, 18, 22}.

2. Efectos de las agresiones en nuestras organizaciones sanitarias

La desmotivación del personal de salud, la sensación de humillación y la pérdida de confianza y autoestima, ocasionadas por la violencia laboral, deriva finalmente en diversos efectos en la esfera personal y sobre nuestras organizaciones de salud¹⁸. Aunque la mayoría de las agresiones físicas corresponden a lesiones menores, pueden ocasionar consecuencias psicológicas severas, llegando incluso al estrés postraumático⁶. El estrés laboral afecta a más del 25% de trabajadores de todos los ámbitos y es una de las principales causas de absentismo laboral y pérdida de productividad. En ocasiones origina entidades psicopatológicas bien definidas como: depresión, ansiedad o trastornos de adaptación. Estos efectos a nivel personal ocasionan finalmente efectos sobre toda la empresa: se incrementa el absentismo laboral y pérdida de horas de trabajo, desciende la calidad de la asistencia, se deteriora el ambiente laboral y la imagen institucional, se incrementan los costes por medicina defensiva, aumenta la insatisfacción de los usuarios, se deteriora la relación entre profesionales y usuarios, y aparecen conflictos laborales. Todos estos efectos afectan la eficiencia y el éxito de nuestras organizaciones sanitarias que ven deteriorada su imagen corporativa, la productividad, el ambiente laboral y la calidad de atención a los pacientes^{7, 15, 18}.

3. Escasa información sobre las agresiones en profesionales sanitarios

A pesar de la gran dimensión del problema, es muy difícil disponer de información real sobre las agresiones a las personas que trabajan en los servicios sanitarios, ya que sólo una pequeña porción de estas conductas sale a la luz, existiendo un gran volumen de incidentes que no constan en ninguna parte¹⁸. Diversas instancias trabajan en la implementación de registros de notificación de incidentes violentos, esto está permitiendo describir la tipología y la prevalencia de la violencia en el sector sanitario, identificar los factores de riesgo y comparar los datos obtenidos con los de otras investigaciones de referencia^{1, 18}.

La violencia laboral es un tópico muy sensible de investigar, pues toca temas emotivos para el sujeto de estudio; se examinan temas privados de cada trabajador dentro de un contexto de comportamiento público, las actitudes que toma y sus creencias. Los investigadores deben tener gran sensibilidad con los incidentes violentos, requieren mucha cautela al tratar con los trabajadores agredidos, especialmente cuando las víctimas tienen apoyo limitado o inexistente⁶.

También existen problemas metodológicos en cuanto a los procedimientos de registro de agresiones. La frecuencia y la severidad no pueden ser correctamente documentadas, porque no existen instrumentos de declaración estandarizados y secundariamente porque el registro representa, en la percepción de algunos trabajadores, un estigma dentro de su historial laboral. Varias investigaciones arrojan resultados no concordantes entre sí ante un mismo tema de investigación, debido a que se utilizan diferentes instrumentos de medición y definiciones distintas de agresión⁶.

4. Existe una gran infradeclaración de los hechos violentos en el ámbito sanitario

La cantidad de las agresiones no registradas varía de un autor a otro: Rippon establece 80%⁶, Gates 65%¹⁵, los registros sindicales 50%⁸ o la OMS (acerca de la situación de violencia en Portugal) un 15%²³, etc. Demostrando un claro desconocimiento de las cifras reales.

La alta frecuencia de usuarios agresivos y nerviosos en el ámbito sanitario crea en los trabajadores expuestos, la percepción que se trata de un hecho habitual y no asociado a un riesgo profesional determinado. A veces la resistencia al registro de las agresiones proviene de los mismos administradores sanitarios, si el número real de los incidentes fuera conocido, las autoridades hospitalarias tendrían que responder por las causas, y aún más importante, tomar medidas, establecer políticas de prevención y procedimientos para minimizar el impacto. La presión por parte de los compañeros de trabajo, puede

provenir al disuadir a sus colegas de hacer el registro de agresiones, ante el temor de las consecuencias negativas del mismo⁶.

Entre las causas por las cuales no se registran las agresiones sufridas, se pueden mencionar: procedimientos de registro poco claros; falta de apoyo a las víctimas de las agresiones por parte de los superiores; existe una aceptación de la violencia en el entorno sanitario como parte del trabajo normal, dado que muchas de las agresiones no resultan en lesiones considerables; falta de tiempo para rellenar los registros; creer que realizar el registro no supondrá ninguna diferencia en la realidad actual; debido a que muchos pacientes envueltos en los episodios son pacientes psiquiátricos o bajo un estrés extremo, corrientemente no son considerados violentos por los trabajadores o administradores sanitarios^{15, 25}.

El aumento de los registros condiciona un mejor entendimiento del problema y posibilita la aplicación de medidas de contención y prevención²⁰.

La derivación de mayores fondos para la investigación en materia de violencia en el trabajo de los profesionales sanitarios, proporcionaría datos para lograr mitigar los casos de agresiones⁶.

En nuestro hospital se han implementado en los últimos años medidas de contención contra la violencia: en las urgencias se habilitaron consultas adecuadas que permiten el tránsito del personal sanitario por vías totalmente distintas a la de los usuarios, existen niveles de iluminación adecuados, sistemas de vigilancia por cámaras de televisión, sistemas de aviso al personal de seguridad que se pueden activar de forma discreta por los profesionales sanitarios, estacionamientos para el personal sanitario con vías de acceso completamente diferentes a las de los usuarios, un plan de agresiones con un protocolo de registro de agresiones incluido en el sistema informático del hospital, asesoría jurídica y un sistema de comunicación al agresor y al profesional que ha sido víctima de violencia en el trabajo. Sin embargo, creemos que existe un elevado porcentaje de agresiones no registradas y esta investigación puede ayudar a conocer sus causas.

OBJETIVOS

- a) Conocer las agresiones no registradas hacia trabajadores sanitarios.
- b) Describir los factores que motivaron la no declaración.
- c) Comparar los grupos de trabajadores declarantes y no declarantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en la Agencia Pública Empresarial Hospital de Poniente durante los años 2009-2010. La investigación se centró en los servicios con mayor número de agresiones: Urgencias, Salud Mental, Consultas Externas y Medicina Interna.

Definición de términos¹

- Definición de **agresión**: “Se definen las agresiones como los sucesos violentos sufridos por los trabajadores de la Agencia Sanitaria Poniente, incluyendo como tales las conductas verbales o físicas, amenazantes, intimidatorias, abusivas y acosantes y que tengan relación directa con la actividad laboral propia del puesto de trabajo desempeñado¹¹”.
- Definición de **violencia física en el trabajo**: la violencia física hace referencia al uso de fuerza física contra otra persona o grupo de personas, que resulta en un daño. Puede incluir golpes, patadas, bofetadas, puñaladas, disparos, empujones, etc.¹

- Definición de **violencia verbal**: “Comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor de una persona, incluye amenaza de violencia física contra otra persona o grupo, que puede resultar en daño psicológico, mental, espiritual, moral o de su desarrollo social”. La **amenaza** se define como: “Promesa de utilización de la fuerza física o poder, resultando en miedo u otra consecuencia negativa dañando a un individuo o grupo”¹.

Plan de prevención y actuación ante la violencia de la Agencia Sanitaria Poniente de Almería

Nuestro propio plan de agresiones acorde con el plan de agresiones del Sistema Andaluz de Salud, se encuentra vigente desde el año 2005 y fue aprobado el 23 de Octubre del 2007 por el Comité de Seguridad y Salud de nuestro hospital, se basa en el compromiso de la dirección de la “No Violencia” y en la capacitación y competencias profesionales, formación e información a los trabajadores para la no aceptación de las conductas violentas. El plan de formación consiste en la realización de talleres de contenido eminentemente práctico y dirigido a los profesionales de nuestro hospital, fundamentalmente de aquellas áreas con mayor riesgo de agresiones, establecidas por nuestro mapa de riesgos. Brinda las recomendaciones en lo concerniente a las medidas de seguridad pasivas y activas. Recomienda dar apoyo a las víctimas de la agresión, mediante una respuesta rápida, profesional, multidisciplinar y emocional, física y legal a corto y a largo plazo.

Los distintos pasos a seguir por el profesional ante una situación de agresión verbal o física se explican detalladamente en nuestro plan de agresiones y de manera abreviada como sigue:

- Paso 1.** Actitud que debe adoptar un trabajador cuando trata con un agresor, estrategias de contención verbal y solicitud de ayuda.
- Paso 2.** Alertar a fuerzas y cuerpos de seguridad.
- Paso 3.** Comunicar el incidente al responsable del centro.
- Paso 4.** Traslado al Servicio de Prevención o Urgencia, donde se valoran las lesiones y el trabajador cumplimenta el registro de agresiones. Este es el paso previo a la realización de un mapa de riesgos. Todo este procedimiento se desarrollará salvaguardando en todo momento los principios básicos de intimidad y confidencialidad del profesional agredido.
- Paso 5.** Denuncia ante el órgano competente.

Población de estudio

Se ha seleccionado como población muestra a los trabajadores que hayan sufrido agresiones y éstas no hayan sido registradas, se analizaron las agresiones ocurridas 2 años previos al momento de la recogida de datos (Octubre y Noviembre de 2011). Se tuvo en cuenta los siguientes servicios: urgencias, consultas externas, salud mental y planta de medicina interna, de acuerdo al plan de agresiones, son los servicios en los cuales se registraron mayor cantidad de hechos violentos²⁴. Se elaboró una encuesta pilotada para la recogida de datos.

- Criterios de inclusión: Trabajador de la Agencia Sanitaria Poniente, que sufrió alguna agresión física o verbal durante los años 2009-2010 y que no haya realizado el registro de agresiones correspondiente.
- Criterios de exclusión: Situaciones de acoso sexual, agresiones entre compañeros de trabajo (“Mobbing”), agresiones que se hayan producido fuera del período de estudio, situaciones de agresión que deriven de problemas extralaborales previos, tales como riñas familiares, enemistades previas conocidas, etc. Trabajadores con menos de 3 meses en el lugar de trabajo.

Variables estudiadas

Variables dependientes:

- Agresiones producidas contra trabajadores sanitarios.- Para nuestra investigación se tendrá en cuenta las agresiones físicas y las agresiones verbales.

Variables independientes:

- Edad en años.
- Sexo: varón, mujer.
- Estado civil: soltero, casado, conviviente, viudo, divorciado.
- Desplazamiento de otro país a su lugar de trabajo actual.
- Tiempo que lleva en España en años.
- Categoría profesional: médico, enfermero, celador, técnico de radiodiagnóstico, administrativo, técnico de enfermería, otros.
- Servicio en el que trabaja: urgencias, salud mental, consultas externas, medicina interna.
- Antigüedad en el puesto de trabajo en años y meses.
- Tiempo de experiencia laboral en años.
- Tipo de jornada en la que trabaja: a tiempo completo o jornada reducida.
- Trabajo a turnos o en horario fijo.
- Trabajo en turnos nocturnos.
- Tipo de contrato: fijo o eventual.
- Contacto con pacientes en el trabajo: sí o no.
- Trabajo realizado sólo o con compañeros.
- Conocimiento del plan de agresiones: sí o no.
- Realizó o no realizó el registro de agresiones.
- Tipo de agresión de la cual fue víctima: verbal o física.
- Posibilidad de que la agresión hubiera sido realizada con algún objeto o arma.
- Considerar la agresión como un hecho habitual: sí o no.
- Frecuencia con que se produjeron las agresiones: una o más veces.
- Tipo de agresor: paciente, familiar u otro usuario.
- Edad aproximada del agresor en años.
- Sexo del agresor: varón o mujer.
- Lugar, hora, día y fecha en que ocurrió la agresión.
- Actitud que tomó el trabajador luego de la agresión: no tomó acciones, lo contó a los colegas, intentó que no volviera a ocurrir, intentó defenderse físicamente, dijo al agresor que se detuviera, lo contó a amigos o familiares, cambio de puesto en el trabajo, intentó calmar al agresor, otros.
- Creer si pudo ser prevenido el incidente: sí o no.
- Lesión sufrida como resultado del incidente.
- Necesidad de tratamiento luego de la agresión.
- Motivo por el cual no registró la agresión: no fue importante, sentir vergüenza, sentirse culpable, temor a consecuencias negativas, considerar el registro inútil, no saber donde comunicarlo, no tener tiempo, considerar normal que pasen éstas cosas en un trabajo como éste, otros.
- Situación que motivó los hechos: largo tiempo de espera, alcoholismo, indicio de sustancias tóxicas, patología psiquiátrica, ansiedad, otros.
- Intervención de las fuerzas de seguridad: sí o no.

Fuentes de Información

Encuesta acerca de agresiones en el centro de trabajo

Se ha elaborado una encuesta para la recogida de datos (Anexo 1), ante la dificultad para la validación de una encuesta propia, y la necesidad de utilizar un medio fidedigno de recolección de datos, se ha utilizado la encuesta del “Workplace Violence In The Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire 2003” propuesta por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Consejo internacional de enfermería (CIE), Organización Mundial de la Salud (OMS), Internacional de Servicios Públicos (ISP) y Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud (OIT/CIE/OMS/PSI) en las “Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra-2002”. De esta encuesta originalmente en idioma inglés, se han seleccionado aquellas preguntas consideradas de mayor interés, para lograr los objetivos de nuestra investigación, y que coincidieran con datos que pudiesen ser comparados con los registros de agresiones del hospital. Se aplicó ésta encuesta modificada y previamente “pilotada” en nuestro hospital.

“Pilotaje” del formulario de encuesta

Se seleccionaron aquellas preguntas que se consideraron de mayor interés, sobre todo por lo siguiente: primero, útiles para lograr los objetivos de nuestra investigación, y segundo, que se adaptasen o coincidieran con los datos de los registros de agresión, para lograr dos grupos comparables. Finalmente la encuesta se compuso de 41 preguntas, agrupadas en 3 partes: Datos personales y del centro de trabajo, detalles de la agresión y del agresor y opiniones acerca de la violencia laboral. Una sola pregunta fue abierta, dejando la posibilidad que el trabajador expresara con sus palabras, aquellos factores importantes que contribuirían a la violencia en el trabajo. Todas las demás preguntas fueron de tipo cerrado con opciones múltiples, en muchas de las cuales se podía marcar más de una alternativa y dejando la posibilidad de “otros” que podía rellenar el encuestado de acuerdo a su condición personal. La última pregunta es de nuestra autoría, siguiendo la metodología aplicada por otros investigadores¹⁵, y corresponde a la percepción personal del trabajador, con respecto a si la violencia en el trabajo va o no en aumento. La encuesta se compone también de una breve presentación, y recuerda la definición de violencia laboral, agresión física y verbal.

Antes de aplicar la encuesta a los trabajadores, se realizó un “pilotaje” durante 2 semanas, (entre el 3 al 15 de Octubre de 2011), con 15 profesionales de todas las categorías (de 4 a 5 por categoría profesional) rellenaron la encuesta, comentando si entendían o no el sentido de las preguntas, aportaron sugerencias de mejora, sobre todo con respecto a la organización de las preguntas y disposición de las alternativas.

Registro de agresiones

Como se ha comentado anteriormente, el “Plan de prevención y actuación ante la violencia de la Agencia Sanitaria Poniente”, tienen protocolizado, un registro de agresiones a disposición de cualquier trabajador que lo precise, los registros se encuentran archivados y en custodia del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Se utilizaron estos registros para comparar varias de las variables presentes en la encuesta.

Historia laboral-programa MEDTRA

Las historias Laborales de los trabajadores y la versión digital, utilizada por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (programa informático MEDTRA), fueron utilizadas para completar algunos datos de filiación que no fueron correctamente cumplimentados en los registros de agresión, por ejemplo edad del trabajador, estado civil, tipo de contrato con la empresa, servicio al que pertenecían, horarios laborales, etc. En todos los casos se guardó la confidencialidad de los registros.

Obtención de los grupos a comparar en la investigación

Los grupos de comparación se obtuvieron de la siguiente manera: de la encuesta se analizaron diversas variables de interés, independientemente de si habían sido o no registradas las agresiones, luego se seleccionaron las encuestas de agredidos que no habían realizado el registro y este grupo se comparó con los registros del Servicio de Prevención, de este registro se excluyeron los casos que no cumplieran con los criterios de inclusión.

Las variables que se compararon entre grupos de declarantes y no declarantes de las agresiones fueron:

- Edad en años.
- Sexo: varón, mujer.
- Estado civil: soltero, casado, conviviente, viudo, divorciado.
- Categoría profesional: médico, enfermero, celador, técnico de radiodiagnóstico, administrativo, técnico de enfermería, otros.
- Servicio en el que trabaja: urgencias, salud mental, consultas externas, medicina interna.
- Antigüedad en el puesto de trabajo en años y meses.
- Tiempo de experiencia laboral en años.
- Tipo de jornada en la que trabaja: a tiempo completo o jornada reducida.
- Trabajo a turnos o en horario fijo.
- Trabajo en turnos nocturnos.
- Tipo de contrato: fijo o eventual.
- Trabajo realizado sólo o con compañeros.
- Tipo de agresión de la cual fue víctima: verbal o física.
- Edad aproximada del agresor en años.
- Sexo del agresor: varón o mujer.
- Lugar, hora, día y fecha en que ocurrió la agresión.

Cálculo del tamaño de muestra

Para el cálculo del tamaño de muestra de las encuestas necesarias, se tuvo en cuenta el número de trabajadores en cada área de trabajo y no el total de la población, para el cálculo se utilizó una calculadora muestral virtual en la cual se introdujeron los siguientes parámetros: un nivel de confianza o seguridad ($1-\alpha$) del 95%, una precisión (d) del 3%, una proporción del 5% ($p=0.5$) y proporción esperada de pérdidas del 10%. Los resultados de estos cálculos fueron los siguientes: para el servicio de urgencias ($n=157$), era necesaria una muestra de 89 encuestados; para consultas externas ($n=85$), 60 encuestados; para medicina interna ($n=77$), 56 encuestados; y para salud mental ($n=31$), 27 encuestados. En total se necesitaba encuestar a 232 trabajadores, que con la proporción de pérdidas se elevó a 256.

Procedimiento de recolección de los datos

Entre el 24 de Octubre y el 30 de Noviembre del año 2011 se realizó la encuesta en los servicios de medicina interna, salud mental, consultas externas y urgencias, en ese mismo orden cronológico, siguiendo la metodología utilizada en investigaciones previas²¹, el investigador entregaba el cuestionario a todos los trabajadores que cumplieran con los criterios de inclusión al inicio de la jornada, y recogía las encuestas al final de la misma, los trabajadores que habían tenido dificultades para rellenar la encuesta la podían entregar al día siguiente. Toda la recolección de datos se hizo en horario de mañana, entre 8:00 a 15:00h y de lunes a viernes, teniendo en cuenta el trabajo a turnos de los diversos profesionales, se logró encuestar a la mayor cantidad de trabajadores. En algunos

servicios, debido el escaso número de encuestas recuperadas al final de la jornada, fue necesaria una aplicación más cercana y personalizada de la encuesta.

Paralelamente a la aplicación de las encuestas, se analizaron los datos de los registros de agresiones del Servicio de Prevención, se investigaron los años 2009 y 2010. Los datos no cumplimentados se completaron utilizando las historias de los trabajadores.

Consideraciones éticas

La participación en la encuesta, fue completamente anónima y voluntaria²⁵, esto se indicaba en el formulario de encuesta, y también se explicó a los trabajadores de forma verbal. Los datos fueron tratados y serán publicados por los investigadores de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1996, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Análisis de los datos

Se utilizó el programa SPSS versión 18 para el procesamiento de los datos, tanto para la estadística descriptiva como para el cálculo de asociación entre variables. También se utilizó el programa Excel correspondiente al paquete Office 2007 Home and Student, para el cálculo de la estadística descriptiva de algunos datos.

RESULTADOS

Encuesta de agresiones

Para tener un tamaño de muestra válido se necesitaban 232 encuestas, repartidas del siguiente modo: 89 (urgencias), 56 (medicina interna), 60 (consultas externas) y 27 (salud mental). Se obtuvieron 258 cuestionarios, de los cuales se excluyeron 8 por no cumplir con los criterios de inclusión, resultando válidas 250 encuestas, sólo en el servicio de salud mental no se consiguieron el mínimo de encuestas requeridas (tabla I).

Tabla I. Población de trabajadores hospitalarios incluidos en la investigación, agrupados por servicios y cantidad de trabajadores encuestados

Servicio	Población	Tamaño de muestra necesario	Trabajadores encuestados
Urgencias	157	89	110
Medicina interna	77	56	56
Consultas externas	85	60	61
Salud mental	31	27	18
TOTAL	350	232	245

El 40.8% (102/250) de los encuestados habían sido agredidos. De estas 102 agresiones, 33 habían sido registradas en la base de datos del hospital, y el resto 69 no se habían declarado (67 de las cuales fueron agresiones verbales y 2 físicas). Del total de agresiones un 67.6% (69/102) de ellas no habían sido registradas. El 64% de los encuestados (160) mencionaban haber sufrido algún hecho violento en algún momento de su vida laboral.

Con respecto al sexo de los trabajadores en su mayoría fueron mujeres 191 (78.3%). En cuanto al estado civil 165 eran casados (67.3%), solteros 54 (22%). Fueron pocos los profesionales que se habían desplazado de otro país para trabajar en España 14 (5.6%), la mayoría eran españoles 235 (94.4%).

Sobre la categoría profesional, se destacaron las siguientes: enfermera 80 (33.9%) y técnico auxiliar de enfermería 63 (26.7%). Los profesionales que trabajaban a tiempo completo representaron la mayoría 229 (92.7%). Un porcentaje muy importante realizaba trabajo a turnos 158 (64%). Más de la mitad realizaba turnos nocturnos 149 (59.6%).

El tipo de contrato era fijo en 154 (62.9%). Casi todos tenían contacto con pacientes durante su jornada laboral 240 (96%).

Algo más de la mitad de trabajadores 130 (53.1%) mencionaban conocer el plan de agresiones de la empresa. Al mismo tiempo 158 (67.2%) profesionales sabían donde comunicar las agresiones.

La edad media de los encuestados fue de 38.6 años, IC 95% (37.5-39.6), la experiencia laboral de 11.4 años IC 95% (10.6-12.1) y la antigüedad en el puesto de trabajo en el cual se encontraban trabajando en el momento de ser encuestados 5.9 años IC 95% (5.4-6.5).

La edad media del agresor fue de 43.1 años IC 95% (40.7-45.3) (tabla II).

Tabla II. Valores descriptivos de edad, experiencia laboral, antigüedad en el puesto de trabajo y edad del agresor en el grupo de trabajadores agredidos

Valores en años	Media	IC	
Edad del trabajador	38,23	37,04	39,42
Experiencia laboral	11,56	10,14	12,98
Antigüedad en el puesto	5,36	4,77	5,95
Edad del agresor	42,55	40,22	44,87

IC = 95%

En el grupo de trabajadores agredidos la edad media fue de 37.2 años IC 95% (35.6-38.4); mientras que en los no agredidos fue de 39.8 años IC 95% (38.3-41.2 años)

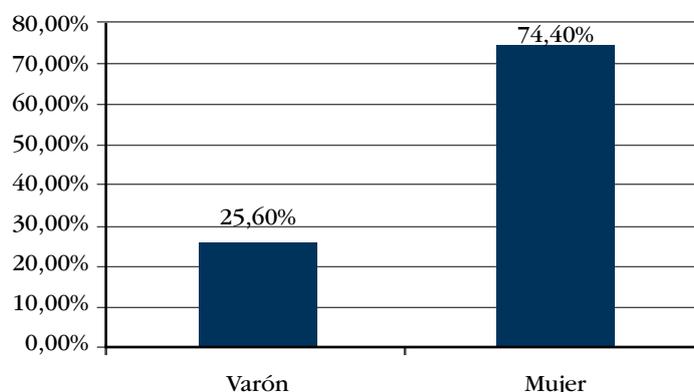
La experiencia laboral de los trabajadores agredidos fue de 11.4 años IC 95% (10.2-12.5); y en los no agredidos de 11.5 años IC 95% (10.5-12.4 años) (tabla II).

La antigüedad del puesto de trabajo para éstos profesionales era de 5.63 años IC 95% (4.9-6.4 años), los no agredidos tuvieron una antigüedad de 6.2 años IC 95% (5.3-6.9 años).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y las agresiones sufridas, los trabajadores con media de edad de 37.2 años sufren más agresiones que los de 39.8 años ($p = 0.008$), no se encontró relación estadística con el tiempo de experiencia laboral ($p = 0.945$) ni con la antigüedad en el puesto de trabajo ($p = 0.359$).

La mayoría de las agresiones ocurrieron en mujeres 82 (80.3%). Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo, dado que la mayoría del personal en la empresa son mujeres ($p = 0.869$) (figura 1). Tampoco se encontró relación estadísticamente significativa entre la categoría profesional y las agresiones sufridas ($p = 0.236$).

Figura 1. Porcentajes de agredidos en relación al sexo del trabajador



No hubo relación estadísticamente significativa entre ser agredido y el servicio en el cual trabajaba el personal ($p = 0.129$), trabajo a turnos nocturnos ($p = 0.089$), o con respecto a trabajar sólo o acompañado ($p = 0.412$).

Motivos de no declaración de las agresiones

Entre los motivos por los cuales no se registraron las agresiones destacan: por considerar la poca utilidad del registro 22 (32.8%), un apartado muy heterogéneo de “otros motivos” 20 (29.9%), creer que es normal que pasen estas cosas 17 (25.4%), por no tener tiempo para hacerlo 16 (23.9%) y considerar que la agresión no fue importante 12 (17.9%) (figura 2).

Figura 2. Distribución porcentual de los motivos por los cuales no se realizó el registro de agresiones



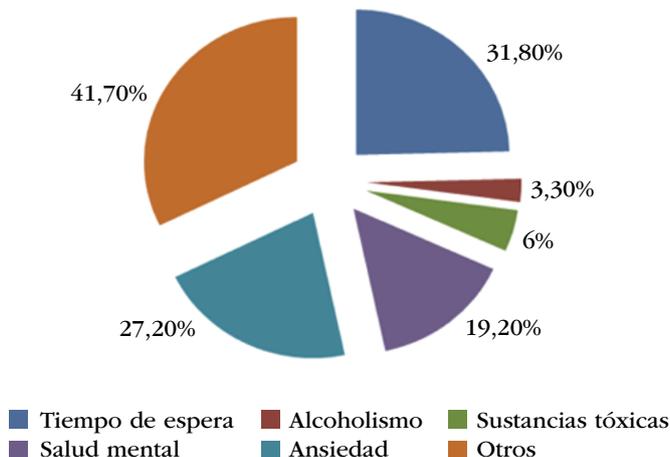
Al unir las causas: “creer que es normal que pasen estas cosas” y la “agresión no fue importante” (25.4% + 17.9%) resulta 43.3% de trabajadores que minimizarían las agresiones.

Comparación entre grupos de trabajadores declarantes y no declarantes

Se compararon las encuestas de los trabajadores agredidos que no habían registrado las agresiones (69) y los registros hospitalarios de los trabajadores agredidos que sí las habían declarado. En este último grupo se analizaron 108 registros de los cuales se descartaron 18 por no cumplir con los criterios de inclusión, resultando 90. Finalmente se obtuvo una muestra de 159 trabajadores, de ellos 27 (16.9%) fueron agredidos físicamente, 25 (92.6%) de éstas agresiones se habían declarado.

El agresor fue un paciente en 57 casos (64.8%), seguido de un familiar u otro acompañante en 31 de las situaciones (35.2%). Fue varón en 107 casos (69%). Todas las agresiones se produjeron dentro del recinto hospitalario.

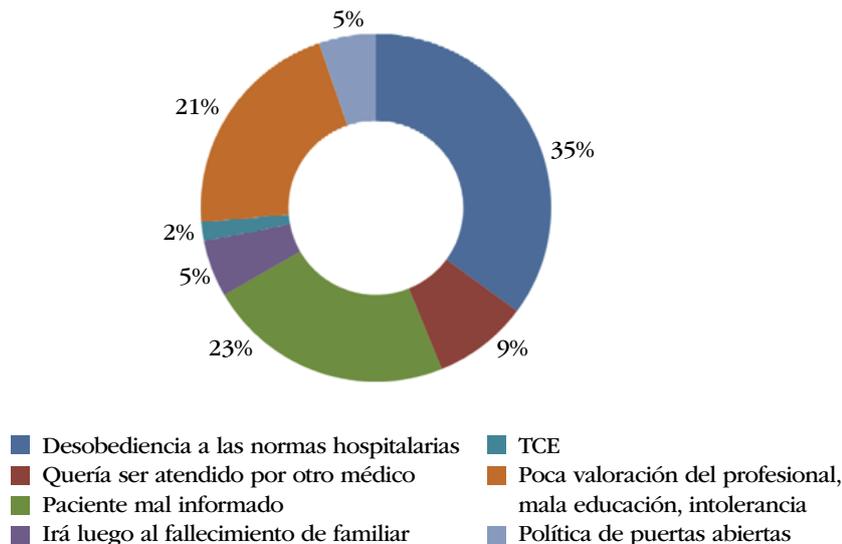
Figura 3. Distribución porcentual de los motivos por los cuales se produjeron las agresiones



Ante las agresiones la mayoría de los profesionales intentaron calmar al agresor 94 (63.5%), seguido de 43 que no tomaron ninguna acción (29.1%). La mayoría de los profesionales consideraron que el incidente no podía ser prevenido (73.4%), 143 (91.1%) no habían sufrido lesiones y sólo 5 (3.2%) precisaron tratamiento.

Los trabajadores atribuyeron las agresiones principalmente a un grupo muy heterogéneo de razones agrupadas en el ítem "otros" 63 (41.7%), y a continuación por considerar largos tiempos de espera 48 (31.8%); se contabilizaron 29 (19.2%) pacientes psiquiátricos implicados en hechos violentos (figura 3). Dentro del apartado "otros" destacaron: desobediencia a las normas hospitalarias (35%) y paciente mal informado (23%) (figura 4).

Figura 4. Desglose y distribución porcentual del ítem "otros", mostrado en la figura 5, al respecto de motivos de la agresión



En 70 casos (45.2%) intervinieron las fuerzas de seguridad del hospital; 53 de los encuestados (82.8%) tuvieron la sensación de que las agresiones iban en aumento.

Durante el turno de mañana se produjeron la mayor cantidad de agresiones 73 (53.3%), seguido del turno tarde 47 (34.3%) y noche 17 (12.4%).

En cuanto al servicio en el cual trabajaban los profesionales agredidos, predominaron urgencias 79 (52.3%) y medicina interna 33 (21.9%) (figura 5). Las categorías profesionales más implicadas fueron enfermeras 62 (39%) y médicos 32 (20.1%) (figura 6).

Figura 5. Distribución porcentual de trabajadores agredidos, de acuerdo a servicio en el cual trabajan

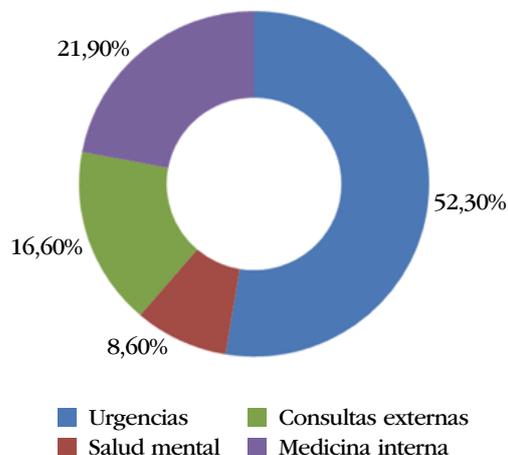
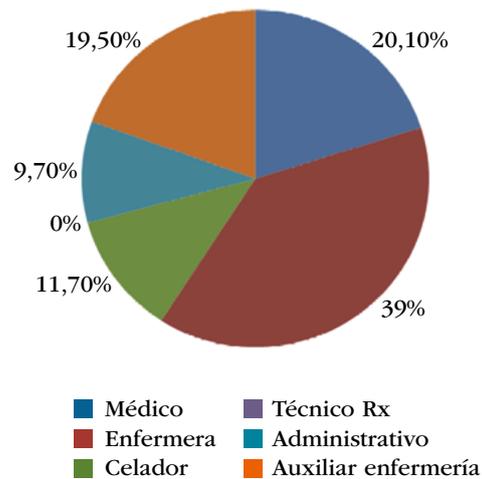


Figura 6. Distribución porcentual de trabajadores agredidos de acuerdo a categoría profesional



No hubo relación estadísticamente significativa entre la edad y no declarar las agresiones sufridas ($p = 0.728$), tampoco con la antigüedad en el puesto ($p = 0.738$), sexo del trabajador ($p = 0.368$), categoría profesional ($p = 0.206$), tipo de contrato ($p = 0.615$) o intervención de las fuerzas de seguridad ($p = 0.567$).

Se encontró relación estadísticamente significativa entre el trabajo a turnos y declarar las agresiones ($p < 0.005$), igualmente con el trabajo en turnos nocturnos ($p < 0.005$), los trabajadores a turnos y a turnos nocturnos realizan con mayor frecuencia el registro de agresiones (tabla III y IV).

Tabla III. Asociación de variables con respecto al trabajo a turnos y realizar o no el registro de agresiones, en el grupo de trabajadores agredidos

	Realizó el registro de agresión	No realizó el registro de agresión	Total	
Realiza trabajo a turnos	Sí	71	45	116
	%	61,2	38,8	100
	no	7	24	31
	%	22,6	77,4	100
Total	78	69	147	
	%	53,1	46,9	100
IC = 95%			< 0,005	

Tabla IV. Asociación de variables en el grupo de trabajadores agredidos, con respecto al trabajo en turnos nocturnos y realizar o no el registro de agresiones

	Realizó el registro de agresión	No realizó el registro de agresión	Total	
Realiza trabajo a turnos	Sí	71	40	111
	%	64	36	100
	no	7	29	36
	%	19,4	80,6	100
Total	78	69	147	
	%	53,1	46,9	100
IC = 95%			< 0,005	

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre trabajar acompañado y realizar el registro de agresiones ($p = 0.018$), los trabajadores que desempeñan jornadas en compañía realizan con mayor frecuencia el registro de agresiones (tabla V).

Tabla V. Asociación de variables en el grupo de trabajadores agredidos, con respecto a trabajar solo o en compañía y realizar o no el registro de agresiones

		Realizó el registro e agresión	No realizó el registro de agresión	Total
Trabaja solo o con compañía	Solo	4	12	16
	%	25	75	100
	Acompañado	84	57	141
	%	59,6	40,4	100
	Total	88	69	157
	%	56,1	43,9	100
IC = 95%				0,018

También se encontró relación estadísticamente significativa entre el estado civil y no declarar las agresiones ($p = 0.018$), los viudos, divorciados y solteros realizan con mayor frecuencia el registro de agresiones (tabla VI).

Tabla VI. Asociación de variables en el grupo de trabajadores agredidos, con respecto al estado civil y realizar o no el registro de agresiones

		Realizó el registro de agresión	No realizó el registro de agresión	Total
Estado civil	Soltero	39	17	56
	%	69.6	30.4	100
	Casado o convive	40	46	86
	%	46.5	53.5	100
	Viudo o divorciado	10	5	15
	%	66.7	33.3	100
Total	89	68	157	
%	56.7	43.3	100	
IC = 95%				0,018

DISCUSIÓN

Se encontró un elevado porcentaje de agresiones no registradas (67.6%), este porcentaje es similar al hallado por otros autores (Gates et. al. 65%)^{15, 21}. Sin embargo es muy grande la variabilidad encontrada entre los resultados de las investigaciones que abordan este tema, se podría deber a la falta de un concepto universal en materia de agresiones, y a la percepción por parte de unos y otros de hechos como violentos o no violentos, de acuerdo a su propia idiosincrasia y subjetividad, por ejemplo casos de pacientes “agresivos” de salud mental o traumatismos craneoencefálicos con agitación psicomotora, son incluidos en algunos estudios y en otros no.

Un elevado porcentaje de los encuestados manifiestan haber sido agredido alguna vez a lo largo de su vida laboral (64%).

Con respecto a la edad media de los trabajadores encuestados (38.6 años), fue similar al estudio de Fernández M. et. al. en otro hospital español (40.6 años)²¹, aunque es inferior al hallado por otros autores: Moylan L. et. al. 48.4 años²⁶, Franz S. et. al. entre 40-50 años²⁵ y Oostrom J. et. al. por encima de 50 años⁷, en Estados Unidos, Alemania y Holanda respectivamente.

Se ha encontrado que los trabajadores de más edad sufren menos agresiones, esto podría indicar que el agresor evita ser violento con el personal de mayor edad.

Las categorías profesionales que se asociaron a mayor cantidad de hechos violentos fueron las enfermeras y los médicos^{15, 21, 26}, pero no estuvieron exentas otras categorías profesionales como auxiliares de enfermería, celadores o administrativos, estos datos coinciden con otros estudios¹⁵.

A diferencia de otros investigadores que hallaron relación estadísticamente significativa entre el sexo de los trabajadores y la posibilidad de ser agredidos^{6, 17}, no se ha encontrado dicha relación en este estudio.

La cantidad de trabajadores extranjeros obtenida es pequeña para afirmar con seguridad alguna asociación entre variables (tan sólo el 13.9% de nuestra muestra).

En cuanto a la edad de los agresores, se encuentra cercano a los 43 años, difiere del promedio para otros países⁸, La mayoría fueron varones, lo cual concuerda con investigaciones previas⁵.

Dentro de los motivos por los que se producen las agresiones apenas se cuenta el alcohol, sin embargo en otros estudios fue una de las principales causas^{8, 15}. Al igual que otros investigadores los pacientes mal informados, el largo tiempo de espera y la ansiedad fueron causas muy importantes para las agresiones¹⁴.

La mayor cantidad de agresiones no registradas se produjeron por minimizar los eventos violentos, este resultado coincide con otros investigadores que encuentran que las agresiones no se registran por considerarlas como parte del trabajo cotidiano^{6, 26}.

Considerar de poca utilidad el registro de agresiones es uno de los principales motivos para no documentarlas y algunos investigadores lo han relacionado a la sensación de abandono por parte de la administración sanitaria^{6, 15, 25}.

La mayoría de los trabajadores consideran que las agresiones no se podían haber prevenido, este dato se podría explicar por la sensación por parte del trabajador, de no tener control sobre el sistema. La mayoría de actos violentos no ocasionó lesiones graves ni precisó tratamiento; este dato coincide con otros investigadores al respecto de que en su mayor parte las agresiones no provocan lesiones físicas graves, motivo por el cual no se toman con la debida importancia y se estarían subestimando sus consecuencias a largo plazo^{15, 25}.

Hubo relación entre trabajar en compañía y registrar las agresiones, al parecer el compañero de trabajo juega un papel persuasivo en el momento de hacer el registro, este resultado difiere de los hallados en otras investigaciones, que indican como causa de sub-registros la disuasión por parte de los compañeros^{6, 21}.

Al relacionar el estado civil, se encuentra que los casados y convivientes registran menos que los solteros, divorciados y viudos. Se considera que quienes viven en familia, cuentan con un apoyo social importante que restaría importancia a eventos desagradables ocurridos en el trabajo y al minimizarlos no realizan los registros.

No se ha encontrado relación entre las variables relacionadas con el tipo de contrato en la empresa, trabajadores con contratos fijos y eventuales realizan el registro de agresiones con la misma frecuencia, este dato no coincide con otras investigaciones y comunicaciones^{1, 5, 14}.

Entre las limitaciones de esta investigación se encuentran:

- Dificultad para recordar el evento de agresión (sesgo de memoria), en los encuestados.
- Sobredimensión de las agresiones, motivadas por la encuesta.
- Encuesta pilotada, y no validada.
- Escaso tamaño de muestra en el servicio de salud mental.
- La relación estadísticamente significativa encontrada entre agresiones y grupos de trabajadores de 37 y 40 años, se debería investigar entre grupos de trabajadores con diferencias de edades más amplias.

CONCLUSIONES

- Una importante cantidad de agresiones no son declaradas porque el profesional minimiza el hecho violento (67.6%).
- Aquellos trabajadores que realizan trabajo a turnos y turnos nocturnos, notifican las agresiones con mayor frecuencia que los que trabajan en turnos fijos.
- Los profesionales casados y convivientes agredidos realizan menos registros que los solteros, divorciados y viudos.
- Aquellos trabajadores víctimas de hechos violentos que trabajan en equipo realizan con mayor frecuencia el registro de agresiones.
- Los trabajadores jóvenes presentan mayor cantidad de agresiones que los de mayor edad.
- Los motivos más importantes de las agresiones, fueron un apartado denominado “otros” (que es muy heterogéneo como para poder catalogarlos en una causa concreta, sin embargo se puede desglosar en: Desobediencia y desconocimiento de las normas sanitarias, pacientes mal informados y poca valoración del profesional) y considerar excesivo tiempo de espera.
- En base a los datos mencionados se ha construido el “perfil del trabajador agredido”, se trataría de una trabajadora de urgencias, en turno de mañana, enfermera, con un promedio de edad de 38 años, trabajadora a turnos. En cuanto al “perfil del agresor”, se trataría de un varón con 42 años de promedio y que considera que lleva esperando demasiado tiempo para ser atendido.

RECOMENDACIONES

- Se podría incrementar la información a los pacientes mediante pantallas informativas, cartelera con mensajes claros, mensajes por vía electrónica, telefónica y de forma verbal (la conversación del “tú a tú”) al respecto de la gestión y/o cancelación de las citas, las nuevas programaciones, tiempos de espera en atención de urgencias y consultas externas, zonas y horarios restringidos, etc. En definitiva, evitar que el paciente permanezca demasiado tiempo sin recibir información de ningún tipo por parte de los profesionales del centro donde se les presta asistencia, pues esta demora les genera ansiedad y sensación de abandono, aumentando así las probabilidades de agresión.
- Orientar y focalizar los esfuerzos y recursos a la formación en prevención de agresiones a los grupos de mayor riesgo: personal de enfermería y médicos jóvenes de los servicios de urgencias y medicina interna, también concienciarlos acerca de la importancia de la declaración, pues es la única forma de aplicar medidas de prevención.
- Plantear políticas institucionales de disminución de los tiempos de espera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Internacional del Trabajo OIT, Consejo internacional de enfermeras CIE, Organización Mundial de la Salud OMS, Internacional de Servicios Públicos ISP, Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud (ILO/ICN/WHO/PSD). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra-2002.
2. Musayón F, Caufield C. Workplace violence and drug use in women workers in a Peruvian Barrio. *International Nursing Review* 54, 339-345, 2007.
3. Hoel H, Sparks K, Cooper CL. The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment, Report commissioned by the International Labour Office (ILO). Geneva: ILO; 2001.
4. Duncan Ch, Di Martino V. Violencia en el Trabajo, disponible en www.losrecursoshumanos.com/contenidos/1964-violencia-en-el-trabajo.html, Geneve-Switzerland 1996.

5. Palácios, M.; Loureiro dos Santos, M. Barros do Val, M.; Medina, M.I.; de Abreu, M.; Soares Cardoso. Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study-Brazil, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003.
6. Rippon T. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31(2), 452-460.
7. Oostrom J, Mierlo H. An Evaluation of an Aggression Management Training Program to Cope with Workplace Violence in the Healthcare Sector. *Research in Nursing and Health*, 2008, 31, 320-328.
8. Mayhew C, Chappell D. Workplace Violence in the Health Sector-A Case Study in Australia. *Journal of Occupational Health and Safety — Australia and New Zealand*, vol 19(6), 2003.
9. Deeb M. Workplace Violence in the Health Sector LEBANON Country Case Study, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003.
10. Steinman S. WORKPLACE VIOLENCE IN THE HEALTH SECTOR Country Case Study: South Africa, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003.
11. Plan de prevención y actuación ante la violencia en la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente-Almería. Octubre, 2005.
12. Cooper C, Swanson N. Workplace Violence in the Health Sector. OMS 2000.
13. Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing* 14, 44-53, 2005.
14. Braga F., Prats M., Luna D., Melamud A., Flichtentrei D. Agresiones contra Médicos, www.intramed.net-2006.
15. Gates D, Ross C, Mc Queen L. Violence Against Emergency Department Workers. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 31, Nº 3, 331-337, 2006.
16. Tomev L., Daskalova N., Michailova T., Naydenova Z., Ivanova V., Trakieva D., WORKPLACE VIOLENCE IN THE HEALTH SECTOR CASE STUDY-BULGARIA, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003.
17. Ferrinho P, Antunez A, Biscaia A, Conceição C, Fronteira I, Craveiro I. Workplace Violence in the Health Sector Portuguese Case Studies. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003.
18. Miret C, Martínez A, El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol 33, Suplemento 1, 2010.
19. Defensor del Pueblo de Navarra. La violencia en el ámbito de la administración sanitaria. Informe especial al Parlamento de Navarra. Institución del Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral del Navarra, 2008.
20. Observatorio de agresiones al personal de la gerencia regional de salud de Castilla y León. Análisis de los datos contenidos en el registro de Agresiones en los periodos 1 de Junio 2008 a 30 de Junio de 2009 y 1 de Julio de 2009 a 30 de Junio de 2010. Junta de Castilla y León.
21. Fernández M, Camacho M, Olmos C, Ruiz S, Sanjuán M. Análisis y registro de las agresiones en UCI. *Enfermería Intensiva*, 17(2): 59-66, 2006.
22. Gascón S, Casalod Y, Martínez B, Abecia E, Luna A. Aggressions against healthcare workers: An approach to the situation in Spain and the victims psychological effects. *Legal Medicine* 2009, S366-S367.
23. Registro de Atención a los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía-2010; ABC de Sevilla / Andalucía : Actualidad : 27 de Setiembre de 2010.
24. Informe de Agresiones, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Agencia Sanitaria Poniente, 2010.
25. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research* 2010, 10:51.
26. Moylan L, Cullinan M. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011, 18, 526-534.
27. Ayrançi U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med*. 2005 Apr;28(3):361-5.
28. Kansagra SM, Rao SR, Sullivan AF, Gordon JA, Magid DJ, Kaushal R. A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med*. 2008 Dec;15(12):1268-74.
29. Horwitz IB, McCall BP, Horwitz SK. Surveillance and assessment of workplace assault injuries: analysis of Rhode Island workers' compensation claims 1998-2002. *Prev Med*. 2006 Nov;43(5):429-32.
30. Tak S, Sweeney MH, Alterman T, Baron S, Calvert GM. Workplace assaults on nursing assistants in US nursing homes: a multilevel analysis. *Am J Public Health*. 2010 Oct;100(10):1938-45.
31. Jarrett P, Milavic G, Roy A. Vulnerable Patients, Safe Doctors. Good practice in our clinical relationships, The Royal College of Psychiatrists 2007.
32. Zarola A, Leather P, Barklamb K. Work-related violence, an RCN tool to manage risk and promote safer working practices in health care. *Royal College of Nursing* 2008.
33. Loomis D, Marshall SW, Wolf SH, Runyan CW, Butts JD. Effectiveness of safety measures recommended for prevention of workplace homicide. *JAMA*. 2002 Feb 27;287(8):1011-7.

ANEXO

Encuesta acerca de agresiones en el centro de trabajo: Agencia Sanitaria Hospital de Poniente.

Esta encuesta es **completamente anónima** y los datos serán utilizados estrictamente para la valoración científica del proyecto de investigación: **“ESTUDIO DE AGRESIONES EN TRABAJADORES SANITARIOS HOSPITALARIOS”**.

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

Por favor complete la encuesta marcando con un aspa (X) dentro del recuadro, o escribiendo en los espacios provistos. Por favor refiérase a agresiones infligidas únicamente por pacientes o su entorno, **quedan exentas las agresiones entre compañeros de trabajo**. Fecha de la encuesta: _____

A. Datos personales y del centro de trabajo:

1. Edad: _____, Sexo: V M, Estado civil?: soltero casado convive viudo divorciado
2. ¿Se ha desplazado de otro país a su lugar de trabajo actual?: SI NO
3. Si la respuesta anterior fue “SI”, ¿Hace cuánto tiempo?: _____
4. Categoría profesional: médico enfermera(o) celador técnico de rayos x administrativo tcae
otros: _____
5. Servicio en el que trabaja: urgencias salud mental consultas externas medicina interna
otros: _____
6. ¿Cuál es su antigüedad en el puesto de trabajo actual?: _____
7. ¿Cuánto tiempo de experiencia laboral posee en su categoría profesional?: _____
8. En su trabajo principal, usted trabaja: tiempo completo jornada reducida
9. ¿Realiza trabajo a turnos?: SI NO
10. ¿Trabaja usted en turnos nocturnos?: SI NO
11. Es trabajador: fijo eventual
12. ¿Durante su trabajo tiene contacto con los pacientes?: SI NO
13. Habitualmente desempeña sus labores: solo con compañeros
14. ¿Se encuentra preocupado por la violencia actual en su centro de trabajo?: (1=nada preocupado; 5=muy preocupado): 1 2 3 4 5
15. ¿Conoce el plan de agresiones de la EPHP?: SI NO
16. ¿En caso de agresión a donde debe comunicarlo?: _____
17. ¿Ha sufrido algún tipo de agresión (física o verbal) a lo largo de su vida laboral en el Hospital de Poniente?:
 SI NO
18. **¿En los últimos 2 años** ha sido víctima de agresión en su centro de trabajo?: SI NO *(Si su respuesta es NO, puede terminar aquí su encuesta. Muchas gracias por su colaboración).*
19. ¿Realizó el registro de la agresión de la cual fue víctima? (en el servicio de prevención): SI NO *(Si su respuesta es SI, puede terminar aquí su encuesta. Muchas gracias por su colaboración), No obstante, si ha sufrido alguna otra agresión de la que no dio parte, por favor continúe la encuesta refiriendo sus respuestas al episodio no registrado.*

Violencia física en el trabajo: la violencia física hace referencia al uso de fuerza física contra otra persona o grupo de personas, que resulta en un daño. Puede incluir golpes, patadas, bofetadas, puñaladas, disparos, empujones, mordeduras, pellizcos, entre otros; ¿Ha sufrido este tipo de violencia? ⁽²⁰⁾: SI NO en su caso se trató de violencia física (puede marcar más de una alternativa): ⁽²¹⁾ sin un arma con un arma u objeto
 se acompañó de agresión al mobiliario se acompañó de violencia verbal hubo amenazas

La encuesta continúa en la cara posterior

1

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

¿Ha sido víctima de agresión verbal en su centro de trabajo?: SI NO

DETALLES DE LA AGRESION Y EL AGRESOR. (Si ha sufrido más de una agresión refiérase al evento que considere más importante).

22. ¿Considera lo ocurrido como un hecho habitual?: SI NO

23. ¿Con qué frecuencia ha sido agredido en los últimos 2 años?:

todo el tiempo algunas veces una vez

24. ¿Quién fue el agresor? (puede responder más de uno): paciente familiar de paciente otros usuarios

25. Edad del agresor (de no conocer con exactitud, no ponga un intervalo, aproxime una edad): _____

26. Sexo del agresor: varón mujer

27. ¿Dónde fue el lugar del incidente?: dentro del hospital camino al o del trabajo

28. ¿A qué hora ocurrió?: _____,

29. ¿En qué día y fecha ocurrió?: _____, no recuerdo

30. ¿Cómo respondió? señale los que considere relevantes (puede ser más de uno):

no tomé ninguna acción lo conté a los colegas intenté que no volviera a ocurrir
 intenté defenderme físicamente dije al agresor que se detuviera lo conté a amigos o familiares
 me cambié de ubicación de trabajo intenté calmar al agresor

otros: _____

31. ¿Cree que el incidente pudo ser prevenido?: SI NO

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

33. ¿Requirió tratamiento?: SI NO

34. ¿Por qué no registró la agresión?: señale los que considere relevantes (puede ser más de uno):

no fue importante sentía vergüenza se sentía culpable
 temor a consecuencias negativas el registro es inútil no sabía donde comunicarlo
 no tuve tiempo es normal que pasen estas cosas en un trabajo como este

otros: _____

35. ¿Qué cree que motivó los hechos? (puede contestar más de una alternativa):

largo tiempo de espera alcoholismo indicio de sustancias tóxicas
 patología psiquiátrica ansiedad

Otros: _____

¿Hubo intervención de las fuerzas de seguridad?: SI NO

Opiniones acerca de la violencia laboral:

37. En su opinión, ¿Cuáles serían los factores más importantes que contribuyen a la violencia en el trabajo?:

38. ¿De acuerdo a su percepción, la violencia en el trabajo va en aumento?: SI NO

La encuesta ha finalizado, muchas gracias por su colaboración, deposite la encuesta en el sobre, pasaremos a recogerlo al final de la jornada.