



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Violencia de los Usuarios hacia el Personal
de Enfermería.
Evaluación del Riesgo Laboral y Análisis de
las Consecuencias Psicológicas

Dña. Inmaculada Galián Muñoz
2015



**UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería.

**Evaluación del riesgo laboral y análisis de las consecuencias
psicológicas**

POR

DÑA. INMACULADA GALIÁN MUÑOZ



2015

Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de
la Región de Murcia

TESIS DOCTORAL POR COMPENDIO DE PUBLICACIONES

FACULTAD DE ENFERMERIA

Autor:

Dña. Inmaculada Galián Muñoz

Dirigida por:

Dr.D. Bartolomé Llor Esteban
Dr. D. José Antonio Ruíz Hernández

Murcia, 2015

A mis directores de tesis, por su paciencia y comprensión. Gracias por ayudarme a cambiar mi mentalidad práctica hacia una más científica. Será difícil olvidar esos miércoles por la tarde.

A los colaboradores que han ayudado en la recogida de cuestionarios y a los coautores que han participado en el estudio, gracias por vuestro trabajo y ayuda.

A los todos los profesionales de enfermería que han contestado al cuestionario, sin los cuales no hubiera sido posible llevar a cabo este trabajo, y a todas las direcciones de los centros donde se ha llevado a cabo el estudio, gracias a todos por vuestra colaboración.

A todos mis familiares y amigos por sus palabras de apoyo y ánimo en aquellos momentos en los que flaqueaba mi motivación.

Pero sobre todo, gracias a mis dos “hombres”. Al padre por su comprensión y ayuda, sin la cual no hubiera podido terminar este proyecto, al niño, que dificultó la última etapa, pero a la vez, aportó una motivación extra para seguir avanzando.

Gracias a todos

INDICE

RESUMEN.....	11
CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS GENERALES.....	15
Definición de violencia como riesgo laboral psicosocial	17
La violencia laboral en el sector sanitario	19
Consecuencias de la exposición a violencia.....	21
La satisfacción laboral	22
El síndrome de burnout o síndrome de “estar quemado”	24
Relación entre de la exposición a violencia laboral, satisfacción laboral y burnout	25
Situación actual de la prevención del riesgo de violencia laboral en España	27
El papel de la Enfermería de Empresa o Especialista en Trabajo frente al riesgo de violencia laboral.....	30
Objetivos generales.....	31
CAPITULO 2. VIOLENCIA DE LOS USUARIOS HACIA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA.....	33
CAPITULO 3. VIOLENCIA DE LOS USUARIOS HACIA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS. FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS.....	35
CAPITULO 4. USER VIOLENCE AND NURSING STAFF BURNOUT: THE MODULATING ROLE OF JOB SATISFACCIÓN.....	37
CAPITULO 5. DISCUSIÓN GENERAL, PROPUESTAS PARA INVESTIGACIÓN POSTERIORES Y CONCLUSIONES.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXOS.....	77

RESUMEN

La presente tesis doctoral se centra en el estudio de la exposición a la violencia de los usuarios del personal de enfermería de los hospitales públicos de la Región de Murcia, ya que el riesgo de violencia laboral presenta una especial importancia en el ámbito sanitario, siendo el colectivo de enfermería uno de los más afectados tal y como se refleja en distintos estudios (Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert y Nienhaus, 2010; Kling, Yassi, Smailes, Lovato y Koehoorn, 2009; Roche, Diers, Duffield y Catling-Paull, 2010; Shields y Wilkins, 2009).

Los objetivos de este estudio son conocer la exposición a manifestaciones hostiles de los usuarios hacia los profesionales de enfermería hospitalaria dependientes del Servicio Murciano de Salud (SMS) según variables sociodemográficas y laborales; profundizar en el análisis de la exposición a violencia en el servicio detectado en el capítulo dos como más expuesto (urgencias), valorando, igualmente, la exposición a conductas hostiles según variables sociodemográficas y laborales, e incluyendo la presencia de posibles consecuencias psicológicas, así como una comparativa con los resultados de la muestra total de profesionales de enfermería hospitalaria; y por último, estudiar la relación entre la exposición a violencia y el nivel de burnout, valorando el papel de la satisfacción laboral como variable moduladora entre ambas.

Para realizar el estudio se ha llevado a cabo un cuestionario autoaplicado y anónimo en 2010 en el personal de enfermería de todos los hospitales del SMS, para la que se realizó un muestreo aleatorio y estratificado por centros y servicios (30% de los profesionales de enfermería), obteniendo finalmente un tamaño muestral de 1.489 sujetos (nivel de confianza 99%; error muestral 1,75%).

De los resultados obtenidos destacar que el 22,8% de los profesionales de enfermería sufrieron semanal o diariamente al menos una de las manifestaciones de violencia verbal o no física recogida en la escala, alcanzando el 71% si consideramos una frecuencia al menos anual. Se han hallado diferencias significativas en las

agresiones recibidas según estado civil, edad, hospital, profesión, tipo de contrato, turno, antigüedad en la profesión y servicio, siendo los trabajadores de urgencias los que obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en la escala. En estos últimos trabajadores se ha detectado que las manifestaciones de violencia más frecuentes a las que han estado expuestos han sido los enfados por la demora de asistencia y por la falta de información, siendo significativamente mayor la exposición en los hospitales de mayor tamaño, enfermeras respecto a auxiliares, y entre las personas que trabajan más horas, existiendo una correlación entre la violencia no física con el grado de burnout, la satisfacción laboral y el bienestar psicológico. Por último, profundizando en la relación entre esta exposición a la violencia y el nivel de burnout, hemos obtenido que el nivel de cinismo de los trabajadores se correlaciona directamente con la frecuencia de exposición a violencia no física cuando los niveles de satisfacción son bajos, pero cuando la satisfacción es alta, sea cual sea la exposición a violencia, se obtienen puntuaciones similares en cinismo.

De estos resultados podemos concluir que la distribución del riesgo de exposición a violencia no es homogénea dentro del colectivo de enfermería y por ello es importante detectar aquellos grupos con una mayor exposición, para poder establecer y priorizar las medidas preventivas. Para establecer estos grupos recomendamos detectar donde existe un porcentaje de trabajadores mayor con una exposición alta respecto a una población de referencia. Igualmente aconsejamos incluir, en la planificación de actividades preventivas, actividades no solo dirigidas a una prevención primaria del riesgo, sino también secundaria, que disminuyan las consecuencias psicológicas de la violencia en el trabajador, como puede ser el aumento de la satisfacción extrínseca.

Palabras clave: Salud laboral, Violencia laboral, Servicio de Enfermería en Hospital, Satisfacción Laboral, Síndrome de Burnout.

ABSTRACT

This doctoral thesis focuses on the study of the exposure to user violence of the nurses of public hospitals in the Region of Murcia. The risk of workplace violence is especially relevant in the health sector, because the nursing collective is one of the most affected ones, as reflected in various studies (Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert, & Nienhaus, 2010; Kling, Yassi, Smailes, Lovato, & Koehoorn, 2009; Roche, Diers, Duffield, & Catling-Paull, 2010; Shields & Wilkins, 2009).

The objectives of this study are: to determine the exposure to hostile user demonstrations of the nursing staff of the Servicio Murciano de Salud (SMS; in English, the Health Service of Murcia), considering socio-demographic and work variables; to analyze in depth the exposure to violence in the service detected as the most exposed (emergencies), also appraising the exposure to hostile behaviors according to socio-demographic and work variables, and including the presence of possible psychological consequences, as well as a comparison with the results of the total sample of hospital nurses; and finally, to study the relationship between exposure to violence and the level of *burnout*, appraising the role of job satisfaction as a modulating variable between the two.

For this purpose, a self-applied, anonymous questionnaire was administered to the nursing staff in all the SMS hospitals, and a randomized, stratified sampling by centers and services (30% of nurses) was conducted, finally obtaining a sample size of 1,489 subjects (99% confidence level; 1.75% sampling error).

Among the results obtained, we highlight that 22.8% of the nurses suffered weekly or daily at least one of the expressions of verbal or non-physical violence collected by the scale, reaching 71% if the past year is considered. Significant differences were found in aggressions received according to marital status, age, hospital, profession, type of contract, shift, seniority in the profession and service, with the emergency unit staff obtaining significantly higher scores on the scale. In these latter workers, we detected that the most frequent expressions of violence to which

they have been exposed are anger due to the delay in assistance and the lack of information. Exposure was significantly higher in larger hospitals, in nurses compared with auxiliary staff, and among staff who worked more hours, and a correlation between non-physical violence and the degree of *burnout* job satisfaction, and psychological well-being was found. Finally, examining in greater depth the relationship between exposure to violence and the level of *burnout*, we found that workers' level of cynicism directly correlates with the frequency of exposure to non-physical violence when job satisfaction levels are low, but when these are high, regardless of exposure to violence, similar scores were obtained in cynicism.

On the basis of these results, we can conclude that the distribution of the risk of exposure to violence is not homogenous within the nursing collective and for this reason, it is important to detect the groups with greater exposure in order to establish and prioritize preventive measures. To establish these groups, we recommend detecting workplaces in which there is a greater percentage of workers with high exposure to violence compared to a reference population. We also recommend including in the planning of preventive activities not only activities aimed at primary risk prevention, but also secondary prevention, such as the increase of the extrinsic job satisfaction, which would decrease the psychological consequences of violence in the worker.

Keywords: Occupational health, patient violence, nursing staff, job satisfaction, burnout.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS GENERALES

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA COMO RIESGO LABORAL PSICOSOCIAL

En la NTP (Nota Técnica de Prevención) 443, el INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) define los factores psicosociales como “Aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo. Así pues, unas condiciones psicosociales desfavorables están en el origen de la aparición tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador” (INSHT, 1999), entre los que se incluye la violencia laboral (CCOO Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Castilla y León, 2011).

No existe una definición estandarizada de violencia en el trabajo, aunque una de las más utilizadas internacionalmente la describe como "Acto que incluye violencia física tales como bofetadas, puñetazos, patadas y mordiscos, el uso de un objeto como un arma, comportamientos agresivos, como escupir, arañar y pellizcar, o una amenaza verbal que no implica un contacto físico " (Nolan, Soares, Dallender, Thomsen y Arnetz, 2001)

Otra definición universalmente extendida es la desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto al Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Internacional de Servicios Públicos (ISP) que define violencia laboral como “incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo –incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo -que pongan en peligro, implícita o explícitamente su seguridad, su bienestar o su salud” (OIT/CIE/OMS/ISP, 2002).

Ambas definiciones recogen como violencia, no sólo aquellas conductas que pueden producir un daño físico, sino también todas aquellas acciones que pueden

tener unas consecuencias psicológicas para el trabajador. Por tanto, se puede clasificar las conductas violentas según su forma de manifestarse (OIT/CIE/OMS/ISP, 2002) en:

- Violencia física: “el empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos”.

- Violencia psicológica, “el uso deliberado del poder o amenazas al recurso de la fuerza física, contra una persona o grupo, que pueden dañar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas”.

Es importante diferenciar los tipos de violencia, pues aunque casi todos los profesionales están expuestos a insultos, la distribución no es igual en cuanto a agresiones físicas y tampoco en cuanto a la exposición a comportamientos amenazantes (Martinez-Jarreta, Gascón, Santed y Goicoechea, 2007)

Otro aspecto importante a tener en cuenta sobre la violencia sería la persona de quien procede, determinante para establecer tanto las causas como las medidas preventivas. En este caso, la violencia laboral puede dividirse en (CCOO Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Castilla y León, 2011):

- Violencia procedente de usuarios, pacientes y familiares, en cuya base está la escasez de personal, los tiempos y listas de espera, la deficiente información, la mala educación, la mala atención...

- Violencia producida por superiores (jefes “tóxicos”), compañeros y subordinados, debida a una organización que favorece la división y el enfrentamiento entre los trabajadores y las trabajadoras y puede llegar a producir, además de mucho sufrimiento, acoso psicológico (mobbing) y acoso sexual.

Nuestro trabajo de investigación recoge ambos tipos de manifestaciones de la violencia, pero se centrará sólo en el análisis de la violencia procedente de personas ajenas a las organizaciones.

LA VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO

La violencia en el lugar de trabajo ha sido, en los últimos años, un tema de creciente preocupación en muchos países (Di Martino, 2003), ya que puede suponer un importante riesgo para la salud y seguridad de los trabajadores (INSTH, 1998). Existen numerosos estudios descriptivos sobre el riesgo de violencia (Ayranci, 2005; Mc Guire y Ryan, 2007; Sanuzun y Karadokovan, 2005; Winstanley y Whiltintogn, 2004), muchos de ellos centrados en las profesiones del sector servicios. Según la OIT, estos profesiones tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los ciudadanos debido al estrecho contacto que mantienen con ellos. (OIT/CIE/OMS/ISP, 2002).

Dentro del sector servicios, el ámbito sanitario ocupa un lugar destacado, aunque es difícil dar una cifra de incidencia/prevalencia de actos violentos en este ámbito, debido a la gran variabilidad de datos que encontramos en la literatura científica (Ayranci, 2005; British Medical Association, 2003; Crilly, Chaboyer y Creedy, 2004; Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert y Nienhaus, 2010; King, Yassi, Smailes, Lovato y Koehoorn, 2009; Roche, Diers, Duffield y Catling-Paull, 2010; Saarela y Isotalus, 1999; Sanazun y Keradokovan, 2005; Winstanley y Whittington, 2004). Así por ejemplo, mientras que Franz y colaboradores nos dicen que el 70,7% de los trabajadores de una muestra alemana había sufrido una agresión física en los últimos 12 meses (Franz et al, 2010), otros trabajos, como el de Saarela e Isotalus en Finlandia (1999), encuentran que sólo uno de cada diez trabajadores del ámbito de la de salud había experimentado un incidente violento relacionado con el trabajo en el último año, o Di Martino que nos refiere que la mitad de los trabajadores de este sector han experimentado al menos un incidente de violencia física o psicológica en el último año (Di Martino, 2002). Esta gran

variabilidad de datos puede ser debida al uso de diferentes metodologías y a la diversidad de instrumentos y criterios de evaluación utilizados en los diferentes estudios.

En España, también encontramos numerosos estudios que avalan la importancia de este riesgo en el ámbito sanitario como el estudio realizado por el Colegio de Médicos de Barcelona (Cantera, Cerverter y Blanch, 2008) que destaca que casi un tercio de los médicos han sufrido situaciones violentas en algún momento de su ejercicio laboral.

Existe consenso a la hora de indicar que el personal de enfermería es uno de los grupos profesionales con mayor incidencia de agresiones dentro del sector sanitario (Franz et al, 2010; Kling et al, 2009; Roche et al, 2010; Shields y Wilkins, 2009). Sibbald (1998), existiendo estudios como el realizado en la Columbia Británica, que refieren que la incidencia de violencia en este colectivo es casi cuatro veces la de cualquier otra profesión. En este caso, de nuevo encontramos cifras variadas de incidencia, pero un ejemplo de cifras generales, lo encontramos en Arnetz y colaboradores que detectaron que un tercio de los profesionales de enfermería habían sufrido violencia en algún momento de su carrera (Arnetz, Arnetz y Petterson, 1996); o si nos centramos en estudios en servicios concretos como puede ser urgencias, podemos hallar estudios como el de Mayer y colaboradores que realizaron una encuesta en Florida, encontrando que el 72% de los entrevistados había sido físicamente asaltado durante su carrera y de estos, el 42% había sido atacado en el último año (Mayer, Smith y King, 1999).

En los diferentes trabajos revisados, se nos enumeran distintos factores de riesgo que podrían estar influyendo en la frecuencia de exposición a la violencia del personal sanitario en general, y de enfermería en particular (Ayranci et al, 2006; Crilly et al, 2004; Di Martino, 2003; Ergün y Karadakovan, 2005; Kling et al, 2009; Landau y Bendalak, 2010; May y Grubbs, 2002; Winstanley y Whittington, 2004). Waschgler, Ruiz, Llor y García-Izquierdo en 2012 realizan una clasificación de estos factores en:

- Factores individuales de los pacientes: sexo masculino, edad, alteraciones y patologías físicas, el estado mental, su psicopatología, o sus perspectivas y atribuciones; o factores del propio personal de enfermería, como el nivel de burnout.
- Factores ambientales o factores organizacionales: el tipo de servicio como emergencias o psiquiatría, número inadecuado de personal, la presión asistencial, la falta de privacidad o el clima de tensión.
- Factores relacionados con el tratamiento, como el cambio de medicación y la aplicación de sujeción mecánica.
- Factores dependientes de la interacción entre los protagonistas y factores sociales.

Es importante tener en cuenta que a pesar de los conocimientos actuales de los factores desencadenantes de sucesos violentos, las estrategias de evaluación sobre la base de este conocimiento han tenido un éxito limitado (Nachreiner, Gerberich, McGovern, Church, Hansen, Geisser et al, 2005), por lo que la violencia hacia las enfermeras es un problema creciente en todos los ámbitos de la práctica, existiendo evidencia de un aumento de la frecuencia y gravedad de la misma en las zonas de alto riesgo como pueden ser los servicios de urgencias (Fernandes, Rabuod, Christenson, Bouthillette, Bullock, Oullet y Moore, 2002)

CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN A VIOLENCIA

La importancia de este riesgo no sólo radica en la frecuencia con la que se presenta, sino también por la gravedad de las posibles secuelas asociadas a él. Las consecuencias para el trabajador pueden ser muy diversas y pueden incluir desde una contusión hasta una fractura de hueso en las agresiones físicas, pero también afecciones psicológicas de diversa índole. Según la Agencia Europea para la Seguridad y

la Salud en el Trabajo la variabilidad de estas consecuencias dependerán tanto de la agresión como de las características personales de cada víctima (OSHA, 2004).

Centrándonos en el ámbito sanitario y en las consecuencias psicológicas para el trabajador, se puede decir que la violencia en el lugar de trabajo puede tener como resultado el desarrollo del síndrome de burnout, dolencias psicológicas y somáticas, ansiedad, depresión, insatisfacción laboral y estrés laboral. Estas alteraciones psicológicas pueden derivar en consecuencias económicas, pues pueden asociarse con un abuso de sustancias, al aumento del absentismo, o incluso el abandono de la profesión (Estryn-Behar, Van del Heijden, Camerino, Fry, Le Nezet, Conway, et al, 2008; Frank et al, 2010; Quine, 2001; Roche et al, 2010; Tak y Sweeney, 2010; Winstanley et al, 2004; Wittington, 2002; Zampieron, Galeazzo, Turra y Buja, 2010).

Así mismo, debemos tener en cuenta, que las consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo no sólo repercuten en el trabajador, sino que pueden tener una fuerte influencia sobre la propia empresa, pues puede afectar a la forma en la que el profesional presta sus servicios, dando lugar a un deterioro de la calidad de los cuidados dispensados. Igualmente puede llevar al trabajador a decidir abandonar su profesión, con la pérdida para la empresa de profesionales formados y con experiencia (Farrell, Bobrowski y Bobrowski, 2006).

LA SATISFACCIÓN LABORAL

En la actualidad no existe una definición unánimemente aceptada sobre el concepto de satisfacción laboral, pero la mayoría de ellas pueden agruparse en dos grandes bloques. Por un lado, se encuentran las que se refieren a la satisfacción laboral como un estado emocional o afectivo (Crites, 1969; Locke, 1976; Muchinsky, 1993; Mueller y McCloskey, 1990; Price y Mueller, 1986). Por otro lado, están las definiciones que consideran la satisfacción laboral como una actitud generalizada ante el trabajo (Beer, 1964; Salancik y Pfeffer, 1977). Estas últimas se dividen a su vez según las dimensiones que configuran la satisfacción laboral en: unidimensional y

multidimensional. La primera hace referencia a la satisfacción laboral como una actitud o estado emocional general hacia el trabajo (Arnold, Robertson y Cooper, 1991; Beer, 1964; Salancik y Pfeffer, 1977). La segunda considera diferentes facetas en la misma (Cook, Hepwoorth, Wall y Warr, 1981) como el pago, el trabajo, la supervisión las oportunidades profesionales, los beneficios, las prácticas organizacionales y las relaciones con los demás trabajadores.

La multidimensionalidad de la satisfacción laboral queda reflejada en la mayoría de las teorías e instrumentos de medida. Así, muchos de los cuestionarios, basándose en las teorías de Herzberg (1959), señalan que existen factores de motivación intrínsecos del trabajo (satisfacción con el contenido del trabajo, es decir con el tipo de trabajo o con las tareas propias del puesto) tales como el trabajo mismo, los logros, el reconocimiento recibido por el desempeño, la responsabilidad y los ascensos; así como factores extrínsecos (satisfacción con las condiciones de trabajo) que no pueden ser controlados o modificados directamente por el trabajador, y están relacionados con la higiene, las políticas de organización, la supervisión, la disponibilidad de recursos, el salario y la seguridad. Dentro de estos instrumentos encontramos el utilizado en este estudio: la adaptación al castellano de la Overall Job Satisfaction (OJS) (Warr, Cook y Wall, 1979) que permite obtener una puntuación específica para cada una de las dimensiones (satisfacción laboral extrínseca y satisfacción laboral intrínseca) y una puntuación global de la satisfacción laboral.

La preocupación por el estudio de la satisfacción en el trabajo no solo conlleva beneficios para el trabajador. Numerosos trabajos han demostrado también su rentabilidad para la empresa, ofreciendo cifras sobre el aumento de los ingresos. Entre ellos encontramos un estudio del ámbito sanitario realizado en el Memorial Medical Center, Inc., en Las Cruces, Nuevo México, que se comprometió a mejorar la cooperación, la comunicación y el rendimiento académico entre sus empleados, de forma que la satisfacción de estos aumentó, y el acceso a la atención de los pacientes mejoró consiguiendo un aumento de 40% en la productividad de los empleados (Muchinsky, 1993; Mueller y McCloskey, 1990).

Por último indicar que los profesionales que están satisfechos con su trabajo han resultado ser más saludables que aquellos que no lo están, existiendo trabajos en los que se ha llegado a detectar que la insatisfacción laboral era un predictor independiente de la morbilidad y la salud mental (Abramson, Gofin, Habib, Noam y Kark, 1994; Sharma, Sharp, Walker y Monson, 2008).

EL SÍNDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DE “ESTAR QUEMADO”

El burnout es considerado en la actualidad como uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importante. Surge como consecuencia del estrés laboral crónico en el cual se combinan variables de carácter individual, social y organizacional. Una definición actualizada y ampliamente aceptada del término es la propuesta por Maslach, Schaufeli y Leiter en el año 2001; quienes definen el burnout como "una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional". Estas autoras abogan por un modelo complejo de múltiples facetas del burnout y describen el concepto en tres dimensiones: el primero de los componentes es el cansancio emocional el cuál se ha definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física, psicológicamente o como una combinación. El segundo aspecto relatado es la tendencia a la despersonalización, por la que aparece un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, en grado excesivo, demostrando sentimientos patológicos hacia los otros, de insensibilidad y cinismo. Y el tercer componente del burnout sería el sentimiento de falta de realización personal, por el que aparecen una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y su trabajo, que son típicas de depresión, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y baja autoestima (Maslach, Jackson, Leiter, 1986).

En base a esta definición, Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996) elaboraron una escala que permite evaluar este síndrome en cualquier tipo de trabajador, el Maslach Burnout Inventory-GS, utilizado en este estudio para valorar la prevalencia de este síndrome. El MBI ha sido utilizado en numerosos estudios de prevalencia, algunos de ellos centrados en el personal de enfermería. Entre los estudios realizados con esta misma escala en personal sanitario, encontramos una prevalencia que varía entre 17,83% (Del Rio y Perezagua, 2003) hasta un 30% (Román, 2003).

Cada vez más, la literatura científica actual parece poner más énfasis en el medio ambiente de trabajo y la estructura organizativa, como los principales contribuyentes al estrés y a nivel de burnout (Maslach y Leiter, 1998b; Maslach y Leiter, 1999). Entre los factores de riesgo estudiados, encontramos una alta carga de trabajo, el trabajo monótono, los conflictos con los superiores o compañeros de trabajo, y la exposición a la conducta agresiva de los clientes (Klink y Van der Terluin, 2005).

RELACIÓN ENTRE EXPOSICIÓN A VIOLENCIA LABORAL, SATISFACCIÓN LABORAL Y BURNOUT

Como hemos visto, las consecuencias psicológicas por la exposición a violencia pueden ir desde la disminución de la satisfacción laboral y el aumento del absentismo, hasta el deterioro del bienestar psicológico, la aparición del síndrome de burnout, e incluso el desarrollo de cuadros psicopatológicos reactivos, habitualmente de tipo ansioso-depresivo (Chung y Harding, 2009; Hensel, Lunskey y Dewa, 2012; Howard, Rose y Levenson, 2009; Isaksson, Graneheim, Richter, Eisemann y Åström, 2008; Mills y Rose, 2011). Estas consecuencias pueden derivarse tanto de las manifestaciones de violencia física como psicológica, ya que incluso las amenazas y la agresión verbal podría ser igualmente preocupantes y afectar a los niveles de burnout (Winstanley y Whittington, 2003) y de satisfacción laboral (Dougherty, Bolger, Preston, Jones, Payne, et al, 1992).

Respeto a la asociación entre burnout y violencia, Isaksson, Graneheim, Richter, Eisemann y Åström (2008) encontraron que entre los cuidadores, aquellos que habían estado expuestos a violencia tenían puntuaciones más altas de burnout. Otros estudios matizan estos datos y nos dicen que existe una asociación positiva entre la exposición a agresión de clientes y el desgaste, especialmente con el cansancio emocional y la despersonalización, según las dimensiones del MBI (Chung y Harding 2009; Hastings, 2002; Hastings y Brown, 2002; Howard et al, 2009; Mills Y Rose, 2011). Es importante indicar que a pesar de que exista una alta frecuencia de exposición a agresiones de usuarios, la mayor parte del personal la gestiona razonablemente bien. Sin embargo, entre el 7% y el 24% del personal se “quema o tiene un alto riesgo de quemarse” (Hensel, Lunsky y Dewa, 2011). Se desconoce la causa de porqué unos trabajadores “se queman” y otros no, pero entre los posibles motivos puede encontrarse el nivel de satisfacción laboral.

El papel de la satisfacción en el trabajo como factor protector del burnout y la morbilidad psiquiátrica ha sido descrito por algunos autores, identificando la existencia de una relación entre insatisfacción laboral y niveles altos de burnout (Appleston, House y Dowell, 1998; Hidalgo Rodríguez y Díaz Gonzales, 1994). Faragher, Cass y Cooper (2005) nos proponen como hipótesis explicativa que muchas personas pasan un proporción considerable de sus horas de vigilia en el trabajo. Si éste no les proporciona la satisfacción personal adecuada o incluso les provoca una insatisfacción real es probable que se sientan infelices o insatisfechos durante largos períodos de tiempo. Estas personas tendrían un mayor riesgo de experimentar un descenso del estado de ánimo general y sentimientos de baja autoestima en el trabajo, culminando con niveles leves de depresión y / o ansiedad. Si estas emociones se mantienen durante mucho tiempo, eventualmente podrían conducir a un agotamiento emocional, sobre todo si el individuo es incapaz de evitar que estos sentimientos se extiendan a su ámbito familiar y vida social. Estos mismos autores encontraron, una modesta disminución en los niveles de satisfacción en el trabajo se asociaba con un incremento del riesgo de sufrir agotamiento suficientemente grande como para ser considerado clínicamente relevante (Faragher, Cass y Cooper, 2005).

Por otro lado, Wolpin, Burke y Greenglass (1990) demostraron que el Burnout causa bajos niveles de satisfacción laboral y no a la inversa, siendo la insatisfacción, según estos autores, una consecuencia más del síndrome.

Para completar la relación entre la violencia y el burnout, debemos tener en cuenta que el personal emocionalmente agotado tienen dificultades para entender los el punto de vista de los pacientes, y que sienten que no son eficaces en el trabajo, tendiendo a reflejar sus dificultades en tolerar el comportamiento agresivo, lo que les puede llevar a un inadecuado manejo de un nuevo episodio agresivo (Wittington, 2002).

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA LABORAL EN ESPAÑA

Según las Notas Técnicas de Prevención (NTP) 891 y 892: Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (I) y (II) (INSTH, 2011a; INSTH, 2011b), las prácticas más extendidas para hacer frente a estas situaciones de violencia y acoso en el trabajo carecen normalmente de la necesaria visión sistémica, y no resultan suficientemente preventivas. Las soluciones tradicionales que se suelen plantear para abordar el problema de violencia en el trabajo parten de dos vías: la preventiva y la judicial. En la vía preventiva, hasta ahora, las formas más frecuentes de actuación han sido tres:

- a. La actuación sobre las personas implicadas en la situación conflictiva;
- b. La instauración de un protocolo, limitado a tratar los cuadros graves de violencia (p.ej., acoso psicológico).
- c. La evaluación de riesgos psicosociales.

Respecto a las dos primeras indicar que responden a una visión reactiva, tardía y puntual del problema; no constituyen métodos preventivos de actuación, y además,

las soluciones que promueven son individuales y puntuales, evitando entrar a fondo sobre la auténtica causa del problema: la organización del trabajo (INSTH, 2011b). Ejemplos de este tipo de actuaciones las encontramos en los distintos procedimientos y jornadas organizadas por las Administraciones Sanitarias de diversas Comunidades Autónomas y Colegios Profesionales. Algunos ejemplos de ello son:

- La Comunidad Autónoma de Madrid, en la Orden 212/2004 de la Consejería de Sanidad y Consumo reguló las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros e instituciones sanitarias públicas y creó una Comisión Central de seguimiento.

- La Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, a través de su servicio de salud, ha puesto en marcha un plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio denominado Plan *Perseo* con el que se pretende abordar el problema de la violencia y las agresiones en el ámbito de los centros sanitarios (SESCAM, 2005).

- La Comunidad Autónoma Valenciana ha desarrollado un Plan integral de prevención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat que regula la prevención y actuación ante agresiones, el procedimiento de notificación e investigación y la asistencia jurídica a las víctimas (Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Conselleria de Sanidad, 2010).

- La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha elaborado el Plan de Prevención de las Agresiones a los profesionales de la sanidad, con medidas enfocadas tanto a la prevención de las agresiones como a la actuación en caso de que se produzca, dándole especial importancia a la asistencia y apoyo a los profesionales afectados (Servicio Murciano de Salud, 2005).

Estos planes preventivos incluyen el desarrollo de una serie de consejos que deben tenerse en cuenta para la disminución de este tipo de incidentes, como es el

desarrollo de políticas de aceptación cero de la violencia o la presencia de personal de seguridad en los centros más conflictivos, pero fundamentalmente se basan en el desarrollo de un medio de comunicación de los incidentes-accidentes de este tipo. De esta forma, las actuaciones preventivas son reactivas, basándose en el análisis de los accidentes-incidentes declarados, no permitiendo determinar el nivel de riesgo previo a la ocurrencia de los hechos y las medidas preventivas que se llevaban a cabo, se implantan una vez ocurridos los hechos.

Estos planes de prevención de la violencia, suelen incluir la realización de un Mapa de Riesgo, pero para ello se basan en incidentes declarados, pero debemos tener en cuenta que “muchos actos violentos no son registrados por sus víctimas por el miedo de disgustar al supervisor o director, por la presión en el grupo de trabajo, por el miedo de perder el trabajo, por la excesiva burocracia que conlleva un registro o simplemente porque el personal de enfermería ha llegado a estar “entumecido” por la frecuencia de agresiones e insultos” (Rippon, 2000). Por lo tanto, estos métodos pueden llevar a una priorización equivocada a la hora de establecer las medidas preventivas.

Respecto al tercer punto, la evaluación de riesgos psicosociales sí es un proceder preventivo de obligado cumplimiento; sin embargo, no está extendida en las empresas (INSTH, 2011b). Además, si revisamos los principales métodos de evaluación de riesgos psicosociales en el ámbito laboral como el Método AIP (Generalitat de Catalunya, 2010) o el ISTAS (INSHT, 1997) podemos observar que, aunque valoran aspectos que pueden influir en la aparición de situaciones violentas como pueden ser una mala definición de las funciones del personal sanitario, sobrecarga de trabajo, falta de información y atención a los derechos y deberes de los usuarios, a los trabajadores sobre sus derechos y deberes, a los trabajadores en el trato con los usuarios,...), no permiten la identificación de situaciones o servicios con un mayor riesgo.

En base a esta situación y a las notas técnicas anteriormente nombradas que plantean la necesidad de un Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de

violencia laboral que incluya la detección temprana de situaciones de riesgo de violencia, nuestro equipo de investigación se planteó la aplicación de un cuestionario sobre percepción de violencia laboral de baja intensidad, el cual permitiría la identificación de los centro/servicios expuestos a un mayor nivel de violencia, favoreciendo la planificación y priorización de las medidas organizativas a tomar por la empresa, para disminuir la incidencia de futuros episodios de violencia en el trabajo de mayor gravedad. Resultando este aspecto innovador, frente a los planes de prevención de agresiones y mediación de conflictos desarrollados hasta ahora basados en la declaración y cuantificación de accidente/incidentes ya ocurridos. De esta forma su aplicación facilitaría la reducción de incidentes y accidentes, objetivo de este mismo plan.

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA DE EMPRESA O ESPECIALISTA EN TRABAJO FRENTE AL RIESGO A LA VIOLENCIA LABORAL

Según el Real decreto de los Servicios de Prevención en su art. 37, entre las funciones del personal sanitario de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (Médico y Enfermeros Especialistas en Trabajo o Diplomados de Empresa), se encuentra el análisis de los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de los riesgos, con criterios epidemiológicos y la colaboración con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y la propuesta de medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo. Esta evaluación de los riesgos laborales deben contemplarse todos los factores de riesgo, incluidos los de carácter psicosocial (INSTH, 1999).

Cuando se realiza una evaluación de riesgos psicosocial deben tenerse en cuenta todos los elementos que entran en juego, es decir, por un lado debe incluir las condiciones de trabajo que pueden provocar el daño, y por otro, los factores moderadores del riesgo, sin olvidar las consecuencias que pueda tener para la persona

o la organización (INSTH, 1999). En el presente trabajo, nos centraremos en el estudio de la violencia ejercida por los usuarios hacia el personal de enfermería como condición de trabajo que puede provocar un daño. Estudiaremos las consecuencias psicológicas sobre el trabajador, a través de la medición del nivel de burnout y bienestar psicológico, valorando la satisfacción como posible moderador del riesgo.

Dicho de otra forma, y utilizando el lenguaje enfermero, plasmado en el modelo de Valoración Enfermera de los Patrones funcionales de Marjory Gordon, estaríamos estudiando cómo influye una alteración en el Patrón 8 Rol Relaciones (las relaciones de las personas con los demás), sobre el Patrón 1 Percepción-Manejo de la salud, que entre otros aspectos valora como percibe el individuo su salud y su bienestar tanto físico como psicológico y sobre el Patrón 7 Autopercepción-Autoconcepto que incluye el patrón emocional de la persona y los problemas consigo mismo y conductuales. (Álvarez Suarez, Castillo Arevalo, Fernández Fidalgo y Muñoz Meléndez, 2010).

OBJETIVOS

El objetivo general del proyecto de investigación que da soporte al presente trabajo es evaluar la exposición a violencia de usuarios en el ámbito sanitario, de forma más específica en nuestra población de estudio, el personal de enfermería de todos los hospitales públicos de la Región de Murcia, así como conocer las características sociodemográficas y laborales y el estado de salud psicosocial del trabajador con una alta exposición, para poder proponer así, una serie de medidas preventivas que disminuyeran este riesgo psicosocial y sus consecuencias en la salud y bienestar del trabajador.

Para ello nos planteamos tres objetivos específicos:

1. Conocer la frecuencia de exposición a manifestaciones hostiles de baja intensidad de los usuarios hacia los profesionales de enfermería en los hospitales dependientes del Servicio Murciano de Salud (SMS), para

detectar aquellas características sociodemográficas y laborales de los trabajadores asociadas a una mayor exposición a este tipo de conductas.

2. Profundizar en el estudio de las manifestaciones hostiles de los usuarios hacia los profesionales de enfermería en los servicios de los hospitales públicos dependientes del Servicio Murciano de Salud con una exposición alta a violencia, determinando la frecuencia de exposición a determinadas conductas violentas por parte de los usuarios, las características sociodemográficas y sociolaborales asociadas a una mayor exposición y analizando la relación entre esta exposición y los niveles de satisfacción laboral, burnout y bienestar psicológico en estos trabajadores.
3. Estudiar el nivel de satisfacción laboral y burnout de nuestra población de estudio (personal de enfermería del SMS) en relación al nivel de exposición a situaciones hostiles por parte de los usuarios, valorando, si la satisfacción laboral podría modular la relación entre la exposición a agresiones y el nivel de burnout, en estos profesionales.

CAPITULO 2:

**VIOLENCIA DE LOS USUARIOS HACIA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS
HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA**

Galián Muñoz, I., Llor Esteban, B., Ruiz Hernández, J.A

Revista Española de Salud Pública, 2012, 86, 279-291

DOI:10.1590/S1135-57272012000300007

Disponible en:

http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol86/vol86_3/RS863C_279.pdf

RESUMEN

Fundamentos: El riesgo de violencia laboral presenta una especial importancia en el ámbito sanitario, siendo el colectivo de enfermería uno de los más afectados. El objetivo es conocer la prevalencia de manifestaciones hostiles de los usuarios hacia los profesionales de enfermería hospitalaria dependientes del Servicio Murciano de Salud (SMS) y detectar aquellas características sociodemográficas y laborales de los trabajadores asociadas a una mayor exposición.

Métodos: Estudio descriptivo transversal llevado a cabo en 2010 en el personal de enfermería de todos los hospitales del SMS a través de una encuesta autoaplicada y anónima que contenía la escala ECOH-U. El muestreo fue aleatorio y estratificado por hospitales y servicios (30% de los trabajadores), obteniendo finalmente un tamaño muestral de 1.489 sujetos (nivel de confianza 99%; error muestral 1,75%). Se comparó la media de puntuación obtenida en la escala según variables sociodemográficas y laborales, utilizando la prueba t de Student en variables dicotómicas y ANOVA y Tukey en variables multirrespuesta.

Resultados: El 21,8% de las personas encuestadas refirió haber sufrido “Enfados por la demora asistencial” con una frecuencia al menos mensual. Los trabajadores del hospital psiquiátrico (19,7), los de urgencias (20,60), los que tienen contratos temporales (16,38) y una antigüedad 6-10 años (17,20) obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en la escala.

Conclusiones: La distribución del riesgo no es homogénea dentro del colectivo. Se han hallado diferencias significativas en las agresiones recibidas según estado civil, edad, hospital, servicio, profesión, tipo de contrato, turno y antigüedad en la profesión

Palabras clave: Agresión. Escala. Violencia laboral. Salud laboral. Servicio de enfermería en hospital.

CAPITULO 3.

**VIOLENCIA DE LOS USUARIOS HACIA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS
SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS. FACTORES DE RIESGO Y**

CONSECUENCIAS.

Galián Muñoz, I., Llor Esteban, B., Ruiz Hernández, J.A
Emergencias, 2014, 26, 163-170

Disponible en:

http://www.semes.org/revista_EMERGENCIAS/numeros-anteriores/volumen-26/numero-3/violencia-de-los-usuarios-hacia-el-personal-de-enfermeria-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios-factores-de-riesgo-y-consecuencias/

RESUMEN

Objetivos: Estudiar las manifestaciones hostiles de usuarios hacia los profesionales de enfermería de los servicios de urgencia de los hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud (SMS), determinando la frecuencia de exposición a diversas conductas violentas de los usuarios, así como las características sociodemográficas y laborales del trabajador asociadas a una mayor exposición. Analizar la relación de la exposición a conductas hostiles con la presencia de posibles consecuencias psicológicas sobre el trabajador, como variaciones en la satisfacción laboral, burnout y bienestar psicológico.

Método: Se trata de un estudio descriptivo transversal llevado a cabo en el personal de enfermería de los servicios de urgencias de los hospitales del SMS en el año 2010. Los participantes rellenaron un cuestionario anónimo autoaplicado, estando la muestra compuesta por el 30% de estos profesionales de urgencias, siendo estratificada por hospital.

Resultados: La manifestación de violencia más frecuente a la que están expuestos estos enfermeros son los enfados por la demora de asistencia o por falta de información. Hemos encontrado diferencias significativas de puntuación en la escala de violencia no física según las variables tamaño del hospital, profesión y realización de otra actividad y de violencia física según antigüedad en el puesto. En estos profesionales, la violencia no física se correlaciona con el nivel de burnout, satisfacción laboral y bienestar psicológico.

Conclusiones: Existe un número mayor de agresiones en los SUH respecto a otros servicios de enfermería hospitalarios. Reducir la frecuencia de las agresiones llevaría a una mejora de la salud psicológica de los trabajadores.

Palabras clave: agresión, violencia laboral, personal de enfermería hospitalaria, urgencias

CAPITULO 4.

**USER VIOLENCE AND NURSING STAFF BURNOUT: THE MODULATING ROLE OF JOB
SATISFACCIÓN.**

Galián Muñoz, I., Ruiz Hernández, J.A, Llor Esteban, B., López García, C.

Journal of Interpersonal Violence.

DOI: 0886260514555367

Disponible en:

<http://jiv.sagepub.com/content/early/2014/11/11/0886260514555367.refs>

ABSTRACT

Exposure to patient violence in health staff can lead to the onset of burnout in these workers. The main goal of this investigation is to study how exposure to this kind of violence affects onset of burnout and to appraise the role of job satisfaction as a modulating variable. A descriptive, cross-sectional study was carried out using a self-administered anonymous questionnaire with the nursing staff of all the public hospitals of the Region of Murcia (Spain), obtaining a sample of 1,489 health professionals. From the results obtained, we underline the modulating role of extrinsic job satisfaction in the relationship between nonphysical violence and emotional exhaustion, and the protective effect of job satisfaction on the impact of nonphysical violence and the level of cynicism. No effects of job satisfaction in the relationship between physical violence and burnout were observed. We therefore conclude that experiencing nonphysical aggression has a lower impact on the psychological health of workers who are satisfied with their job, and interventions aimed at increasing these workers' extrinsic job satisfaction are highly recommended.

Keywords: job satisfaction, burnout, patient violence, nursing staff

CAPITULO 5

DISCUSIÓN, PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES POSTERIORES Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

Respecto a los resultados de exposición a violencia, queremos comenzar destacando que las agresiones detectadas entre el personal de enfermería del SMS son inferiores a las de otras investigaciones, si consideramos que sólo el 3% ha respondido afirmativamente ante la pregunta si han sufrido agresiones físicas en los últimos 6 meses, frente a otros estudios donde hablan de un 14,4% de agresiones físicas en los últimos 5 turnos de trabajo (Roche et al, 2010) o un 44,8% de agredidos físicamente al mes, subiendo al 70,7% cuando hablan del último año (Franz et al, 2010), aunque debemos indicar que no se han utilizado la misma metodología de estudio. Coincidimos con estos estudios (Roche et al, 2010; Franz et al, 2010; Winstanley y Whittington, 2004) en afirmar que son más frecuentes las manifestaciones verbales de violencia que las físicas.

Se han hallado diferencias significativas de exposición a violencia según algunas variables sociodemográficas y laborales como el estado civil, edad, hospital, servicio, profesión, tipo de contrato, turno y antigüedad en la profesión. Conocer estas diferencias nos permite por un lado, establecer prioridades de actuación en la planificación de actividades preventivas, y por otro, nos orientan sobre las posibles medidas preventivas más adecuadas.

De entre estas variables sociodemográficas y laborales estudiadas, queremos comenzar hablando del servicio u hospital donde trabaja el profesional como factor de riesgo. Como en otros estudios (Saarela et al, 1999; Winstanley et al, 2004) hemos obtenido que los servicios de urgencias y psiquiatría son los que tienen una mayor exposición.

Respecto a las unidades de psiquiatría, añadir que el tipo de paciente puede ser el factor de riesgo presente en este caso según la OSHA (Occupational Safety and Health Administration, 2004). La violencia ejercida por enfermos mentales fuera del hospital es escasa y equiparable a la de la población general, pero aumenta cuando sufren una descompensación de su enfermedad. Es en esta situación cuando suelen estar ingresados en las unidades psiquiátricas, donde los pacientes son atendidos a

petición propia o, más frecuentemente, de terceros (Gascón, Rojo, Salazar y Tomás, 2004). Desde la prevención, más allá del diagnóstico psiquiátrico, nos interesa entender por qué un paciente determinado se agita en un momento y circunstancias concretas y no en otras, pues el conocimiento de los factores involucrados tanto en el desencadenamiento (riesgo), como en la inhibición (protección) de los episodios de agitación nos ayudará, en la valoración y prevención del riesgo de violencia futura. El conocimiento de estos factores nos permitiría llevar a cabo una formación específica para los profesionales de estos servicios, pues como indica Mill y Rose (2011) cuando los niveles de comportamientos desafiantes no se pueden reducir, como sería este caso, las intervenciones deben centrarse en el personal, con la puesta en marcha de programas que les ayuden a hacer frente a estas situaciones.

Respecto a los servicios de urgencias, destacar que el ítems de la escala HABS-U más referido han sido “Enfadados por la demora asistencial” seguida por los “Enfadados por la falta de información”. Los tiempos de espera han sido frecuentemente citados como un desencadenante de la violencia en urgencias (Lavoie, Carter, Danzi y Berg, 1988; Lyneham, 2000; May y Grubbs, 2002). Una posible explicación a este hecho podría ser la generalización, en los últimos años, de la clasificación de los pacientes que acuden a urgencias a través de un sistema de triage. Aunque este método facilita la organización del trabajo y es satisfactorio para los profesionales (Sánchez Bermejo, Cortes Fadrique, Rincón Fraile, Fernández Centeno, Peña Cueva y de las Heras Castro, 2003), puede que no sea bien comprendido por los usuarios cuya definición de una emergencia puede ser diferentes a las de los profesionales que les atienden. Aportar información a los pacientes con técnicas de comunicación adecuadas (Estryn-Behar et al, 2008; Senezun-Ergün y Karadokovan, 2005), sobre el sistema de clasificación y tiempos de espera aproximados podrían disminuir la incidencia de hechos violentos.

Queremos destacar, que por un lado, en el estudio del segundo capítulo, identificamos como posibles factores de riesgo para la exposición a violencia de usuarios, la baja experiencia en la profesión y tener una menor edad, igual que en los estudios de Roche (2010) o Shields (2009). Sin embargo, en el estudio específico del

servicio de urgencias, encontramos que la edad o antigüedad en la profesión no era significativa, aunque sí la antigüedad en el puesto en relación con la puntuación en violencia física, siendo mayor la media entre los más experimentados, coincidiendo en este aspecto con Senuzun Ergün y Karadakovan (2005). Whittington (2002) refiere que el personal con más de 15 años de antigüedad muestran una mayor tolerancia a los comportamientos violentos de los pacientes, posiblemente por el desarrollo de una “sabiduría profesional”, lo que puede justificar la menor declaración en general, pero a su vez indica que también se da un aumento de la confianza en el trato con los pacientes agresivos lo que puede llevar a ese aumento de las agresiones en urgencias en los más experimentados. Por todo ello, consideramos que el factor de riesgo no sería la antigüedad *per se*, sino a la capacidad de comunicación de los profesionales, por ello, creemos que la formación en el manejo adecuado de estas situaciones conflictivas y/o el trato con el paciente, podrían llevar a una reducción de las agresiones (OSHA, 2004; OIT/CIE/OMS/ISP, 2002; Roche, 2010).

Asociada al punto anterior, aparece también como factor de riesgo el estado civil, pero consideramos que esto puede ser debido a que este factor se encuentre anidado con la edad (edad media en solteros: 36,19, en trabajadores con pareja: 44,01 y en viudos y divorciados: 47,27).

En relación a los turnos, Gacki-Smith (2009) nos habla del turno de noche y Shields (2009) del rotatorio como factores de riesgo. En nuestros dos estudios hemos encontrado diferencias significativas entre los diferentes tipos de turno, en las manifestaciones de violencia física, pero no así en las manifestaciones verbales. Consideramos que el aumento de este tipo de manifestaciones se puede deber a la tendencia general de la mayoría de servicios, de tener menos personal en los turnos de tarde y noche. Esto por un lado tendría un doble efecto, pues por un lado la presencia de más personal puede ser disuasorio para que una situación de violencia verbal pase a ser una situación de violencia física, pero además, a menos personal y mismas situaciones violentas, aumenta la incidencia para cada profesional. Otra razón asociada al aumento de exposición a violencia en los turnos de tarde/noche en algunos servicios como urgencias, podría ser el tipo de pacientes atendidos, pues, por ejemplo, por la

noche suele haber un consumo mayor de sustancias psicotrópicas. Teniendo en cuenta ambos factores, nuestra recomendación para prevenir las situaciones violentas asociadas a turnos, sería el aumento de personal en los turnos más conflictivos, sobre todo en aquellos servicios con una mayor exposición.

En otros trabajos donde se ha evaluado la exposición de violencia a través de la medición de agresiones se habla de una menor declaración de agresiones en el género femenino (Gacki-Smith et al 2009; Shields et al 2009), sin embargo, en nuestro estudio no hemos obtenido diferencias significativas según el sexo del profesional. Esta diferencia puede ser debida al uso de métodos de recogida de datos diferentes (cuantificación de sucesos declarados vs recogida de datos a través de una encuesta), porque en algunos estudios se habla de una infradeclaración de hechos violentos entre el personal femenino, por ello recomendamos los métodos de encuesta para evaluar el riesgo de violencia frente a la declaración de sucesos.

Hemos detectado una diferencia significativa en la puntuación en la escala de violencia entre las enfermeras y las auxiliares. Este factor se podría relacionar con la posición de autoridad que indican algunos autores como factor de riesgo (Landay y Bendalak, 2010), es decir, al tener más responsabilidad y autoridad las enfermeras reciben mayor número de agresiones que las auxiliares. En relación a este factor de riesgo, Gascon (2009) en su estudio sobre agresiones, analizó la categoría profesional detectando una asociación directa entre el nivel de responsabilidad y la exposición a violencia no física, de tal forma que los médicos y directivos eran el personal más expuesto. Con nuestro proyecto centrado en el personal de enfermería no hemos podido valorar la diferencia de exposición respecto a otras categorías, por ello, sugerimos, para próximas investigaciones ampliar el estudio al resto de profesionales de la salud.

Aquellos profesionales que realizan un número mayor de horas de trabajo, ya sea por realizar otra actividad profesional (en el estudio centrado en urgencias) o por la realización de horas extra (en el estudio de los trabajadores hospitalarios) tienen una puntuación significativamente mayor en la escala de violencia. Esto puede ser

debido a un mayor tiempo de exposición, pero también podría deberse a un mayor cansancio en el trabajo que puede afectar a su trato con el paciente y a la capacidad de comunicación del profesional (National Audit Office, 2003). Por ello, consideramos que la limitación de las horas de trabajo a jornadas no superiores a lo legalmente establecido (8h), sería una medida a tener en cuenta para aquellos servicios en los que se detecte un riesgo alto de violencia.

Por último, en el capítulo tres dedicado exclusivamente a urgencias estudiamos la variable tamaño del hospital, obteniendo una diferencia significativa en violencia no física, de forma que los centros con más de mil trabajadores, que en nuestro caso, coinciden con aquellos que se encuentran en las ciudades más grandes, tienen un nivel de violencia mayor. En el estudio de Landau y Bendalak (2008) nos dice que los trabajadores de hospitales de tamaño mediano son los que sufren una mayor violencia aunque no nos indica la posible causa. En nuestra opinión podría deberse al mayor número de pacientes atendidos cuanto mayor es el hospital, lo cual dificultaría la organización de estos servicios (servicios más complejos, con más personal, con tareas muy delimitadas...) y la comunicación con los pacientes (en hospitales pequeños es más fácil que los profesionales conozcan a los pacientes, sobretodo si son reincidentes, y esto facilite el trato entre ambos). Estos dos factores de riesgo han sido identificados por otros autores (Adib, Al-Shatti, Kamal, El-Geres y Al-Raquum, 2002; Lavoie, Carter, Danzi y Berg, 1988).

Del análisis de los datos sociodemográficos y laborales, podemos ver que la distribución de la exposición a violencia no es homogénea, sino que varía según estas características. Por ello, y siguiendo los principios generales indicados en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su art.15, consideramos que los programas y políticas de prevención de la violencia deberían iniciarse con una evaluación que permitiera establecer un nivel de riesgo de cada grupo, de forma que permitiera la priorización y selección de las medidas preventivas colectivas e individuales a desarrollar en los programas de prevención de la violencia laboral, antes de la ocurrencia de las agresiones. Obtendríamos, de esta forma, un beneficio mayor que con los actuales programas de prevención de la violencia, al disminuir el riesgo de

infradeclaración y permitir una detección temprana del riesgo antes de la aparición de los daños, pues, como se ha puesto de manifiesto en nuestro estudio, aquellos trabajadores que han sufrido agresiones físicas o han visto agredir físicamente a compañeros en los últimos 6 meses han estado más expuestos a violencia tanto física como verbal de baja intensidad en el último año. Por tanto, proponemos la inclusión de la valoración temprana del riesgo de violencia de los usuarios a través del uso de una escala que mida percepción de hostilidad de baja intensidad, en la evaluación de riesgos psicosociales de todos los puestos de trabajo con atención al público.

Centrándonos ahora en las consecuencias de esta exposición a violencia, podemos ver que puede tener diversas consecuencias psicológicas en el trabajador, que pueden ir desde la disminución de la satisfacción laboral y aumento del absentismo, hasta el deterioro del bienestar psicológico, la aparición del síndrome de burnout, e incluso el desarrollo de cuadros psicopatológicos reactivos, habitualmente de tipo ansioso-depresivo (Franz et al, 2010; Lyneham, 2000; Whittington, 2002). En esta tesis nos hemos centrado en el estudio de la relación de la exposición a violencia con el nivel de burnout y la satisfacción laboral.

Si comparamos los resultados obtenidos en nuestra muestra de profesionales de enfermería en la escala de satisfacción con los datos de referencia indicada por los autores (Warr y cols, 1979), podemos ver que nuestras puntuaciones son más bajas que las de referencia, tanto a nivel de satisfacción general, como a nivel de satisfacción extrínseca como intrínseca. Este hecho concuerda con diferentes artículos y estudios actuales realizados en personal de enfermería, como el llevado a cabo por la *American Association of Critical Care Nurses* (2005) que habla de los altos niveles de insatisfacción en los profesionales de la enfermería y del abandono de la profesión. Estaríamos por tanto, ante una profesión conocida como vocacional, que con los años de experiencia, llega a general una insatisfacción tal, que suele degenerar en muchos casos, en un abandono de la profesión. Consideramos que deberían analizarse los factores asociados a esta insatisfacción, teniendo en cuenta la exposición a violencia,

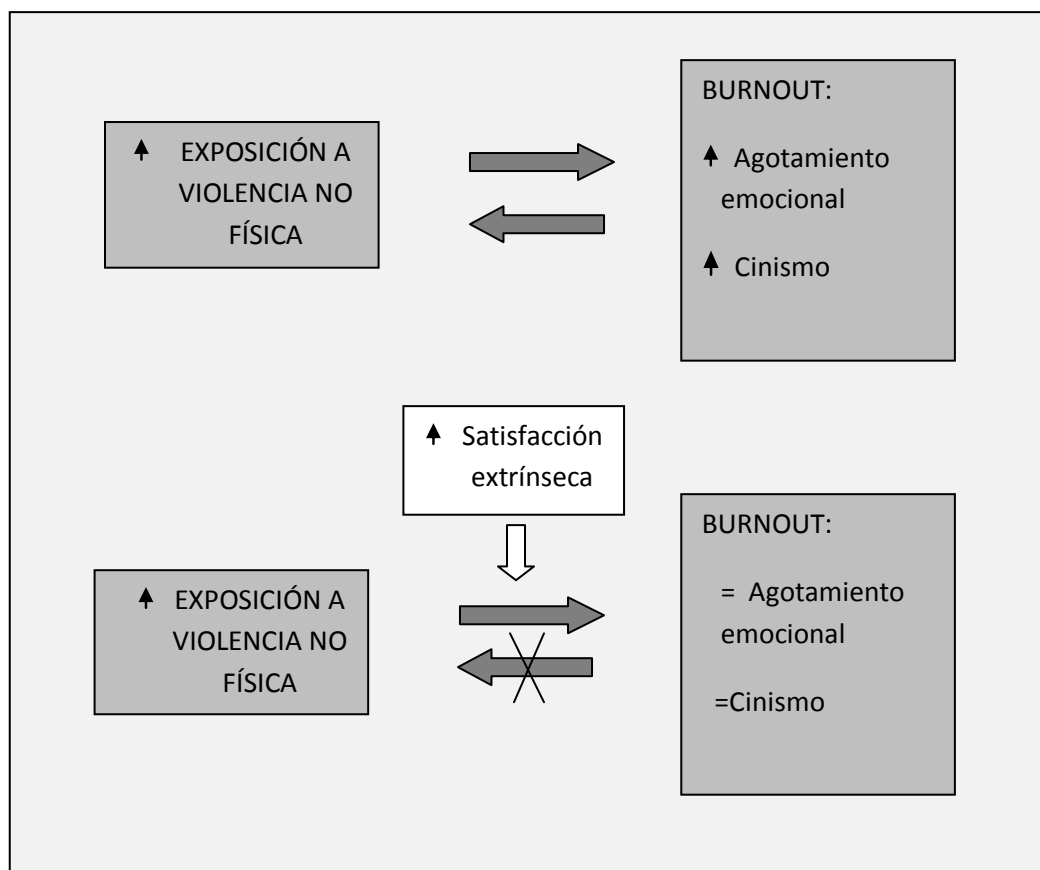
ya que podría ser uno de los factores que están favoreciendo este abandono, entre otros factores psicosociales.

Por otro lado, si comparamos los medias de puntuación obtenidas en nuestra muestra en las diferentes dimensiones de burnout, con los datos obtenidos por Ibañes, Vilaregut y Abio (2004) en un estudio con enfermeras de un hospital de Barcelona o el realizado por Pera y Serra (2002) en los profesionales de un hospital, vemos que se repite el mismo patrón: la puntuación media obtenida en cansancio emocional y realización profesional en nuestro estudio es menor que la de estos trabajos, en cambio, la puntuación media en cinismo es mayor. Por tanto, estaríamos ante una población con un nivel mayor de cinismo o despersonalización, factor de riesgo, que podría estar influyendo en el nivel de violencia a los que están expuestos.

Con el análisis de datos realizado, hemos obtenido que, tanto la exposición a manifestaciones de violencia física como de no física, se correlacionan positivamente con el nivel de agotamiento emocional y despersonalización, siendo este resultado acorde con otros estudios (Chung y Harding, 2009; Howard et al, 2009 y Mills y Rose, 2011). La literatura científica existente nos explicaría esta correlación en ambos sentidos. Por un lado, hay autores que señalan que la exposición frecuente a situaciones de violencia no física aumentarían los niveles de cinismo y agotamiento emocional (Chung y Harding, 2009; Howard, Rose y Levenson, 2009; Mills y Rose, 2011). Por otro lado, autores como Wittington en su estudio del 2002, nos dice que el personal emocionalmente agotado tiene dificultades para entender el punto de vista de los pacientes y para tolerar el comportamiento agresivo. Esto puede llevar a un inadecuado manejo de los episodios agresivos y a la aparición de nuevas agresiones, que a su vez llevaría a un mayor nivel agotamiento emocional. De esta forma, se nos revela el agotamiento emocional no sólo como consecuencia, sino también como posible causa de una mayor puntuación en la escala de violencia. En base a esto, y a los resultados obtenidos, consideramos que un posible modelo explicativo de la correlación encontrada entre la exposición a violencia y el nivel de burnout, sería que ambos conceptos mantienen una relación cíclica, de tal forma, que la exposición a violencia aumentaría los niveles de cinismo y agotamiento emocional, y estos a su vez,

favorecerían la aparición de nuevas agresiones, aumentando, a su vez, más el cinismo y el agotamiento existente.

Gráfico 4.1. Modelo explicativo de la relación de la exposición a violencia y el nivel de burnout y el papel modulador de la satisfacción laboral.



Igualmente, hemos detectado que las dos dimensiones de la satisfacción laboral se correlacionan significativa y negativamente con el burnout, por lo que coincidimos con Figueiredo-Ferraz, Grau-Alberola, Gil-Monte y García-Jueas (2012), al afirmar que existe una relación entre ambas variables. También hemos obtenido una correlación en el mismo sentido entre la satisfacción y la exposición a violencia. De esta forma podemos afirmar que estas tres variables estarían relacionadas entre sí. Para profundizar en el carácter de esta relación, hemos realizado un análisis de regresión, detectando que la satisfacción extrínseca modularía la relación entre la violencia no física y el agotamiento emocional y el cinismo, y la satisfacción intrínseca influiría en la relación violencia no verbal/cinismo, aunque no explicarían totalmente la aparición del

síndrome de burnout (valores de $R^2 < 0,2$). Se ha mostrado que las personas con bajos niveles de satisfacción poseen niveles de agotamiento y cinismo mayor, a igual exposición a violencia no física. En nuestro estudio, se ha observado que trabajadores expuestos a altos niveles de violencia, cuando tienen niveles altos de satisfacción extrínseca, su nivel de agotamiento emocional y cinismo es menor, ocurriendo lo mismo para la satisfacción intrínseca con el cinismo. Por todo esto, consideramos que la satisfacción, sobre todo extrínseca, ejercería un papel protector de la salud psicológica en los trabajadores expuestos a violencia no física. Siguiendo nuestro modelo explicativo cíclico en el que la violencia lleva a un mayor cinismo y agotamiento emocional, y este a su vez favorece la aparición de nuevas situaciones violentas que a su vez llevan a un mayor cinismo y agotamiento, la mejora de la satisfacción se presenta como una posible intervención que rompería el círculo, sobre todo la satisfacción extrínseca. Este resultado concuerda con otros estudios como los de Blegen (1993), Irvine y Evans (1995) y McVicar (2003) que sugieren como medidas para contrarrestar el estrés crónico de los enfermeros, aumentar del apoyo de sus compañeros, superiores y altos cargos (factores valorados en la satisfacción extrínseca), pues piensan que si los profesionales se encuentran satisfechos con dicho apoyo, ante la vivencia de una agresión, el impacto sobre su salud psicológica será menor.

Singh, Lancioni, Singh, Adkins y Singh en 2009 propusieron que los programas de prevención del burnout, deberían abordar el problema en varios niveles. En un primer paso debería actuarse sobre la organización y el entorno, eliminándose o reduciendo al mínimo los factores estresantes, a través de estrategias de gestión proactivas, y en un segundo lugar, las intervenciones se deberían centrar en el personal, luchando contra los efectos del estrés. Aplicando este concepto a nuestro trabajo y en base a los resultados obtenidos, consideramos que la reducción del factor estresante pasaría por una identificación precoz de los profesionales con mayor exposición a violencia a través de escalas como la HABS-U, que permiten una detección precoz de situaciones de hostilidad de baja intensidad, y el establecimiento de medidas preventivas proactivas dirigidas a reducir las conductas desafiantes de los usuarios con políticas de

tolerancia cero a la violencia y modificando aquellos factores del entorno y la organización del trabajo que pueden estar favoreciendo las situaciones de violencia (INSHT, 2011). En un segundo lugar actuaríamos, centrándonos en el personal, a través de un programa de gestión y resolución interna de los conflictos (INSTH, 2011), pero también, tratando de disminuir los efectos psicológicos de la exposición a violencia, lo cual debería incluir, según los resultados obtenidos en nuestro estudio, el aumento de la satisfacción del trabajador por parte de la organización.

Entre las limitaciones del nuestro trabajo, destacar que en el último artículo, sólo hemos detectado datos significativos cuando hablamos de violencia no física. Realizamos el mismo planteamiento que en el capítulo cuatro, pero sustituyendo el burnout por bienestar psicológico, utilizando para ello la escala GHQ. Donde se perfilaba que trabajadores expuestos a altos niveles de violencia física, cuando tienen niveles altos de satisfacción intrínseca, su nivel de bienestar psicológico era mejor, pero los resultados eran poco significativos. Esto pudo ser debido al menor número de ítems dedicados a valorar la violencia física, así como a la menor frecuencia de aparición de estos hechos, lo que ha disminuido la variabilidad de puntuaciones.

A este aspecto debemos añadir que, como en todo estudio basado en cuestionarios autoaplicados, podríamos haber cometido un sesgo de autoselección, pero se ha aleatorizado la selección de los participantes y se ha asegurado su anonimato para minimizar este problema.

Igualmente el estudio está limitado por el hecho de que los datos fueron recogidos por medio de un cuestionario retrospectivo. Esto, inevitablemente, se basa en la memoria de los participantes de los eventos, que puede no siempre ser precisa.

Se debe tener también en cuenta, como señalan Lanza y Campbell (1991) que la violencia no es un fenómeno objetivo y que la gente lo interprete en diferentes maneras y, en consecuencia experiencias o situaciones que implica conflicto interpersonal están envueltas en subjetividad.

PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES POSTERIORES

Este estudio se ha centrado en los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario, pero este riesgo no se limita a estos trabajadores, sino que también se da en otros profesionales sanitarios y no sanitarios, y en los centros no hospitalarios, por lo tanto nuestra primera propuesta incluye la ampliación del trabajo primero al resto de profesionales sanitarios y al resto de tipo de asistencias y posteriormente, al resto del sector servicios, incluyendo todos aquellos puestos que requieren el contacto directo con público. Es decir, proponemos la inclusión de la evaluación de la exposición de violencia dentro de la evaluación de riesgos psicosociales en todos aquellos trabajos con atención al público.

Proponemos la creación de una base de datos de referencia para establecer niveles de riesgo, y la creación de una aplicación informática que alimente esta base, de forma que el resto de investigadores interesados en el tema, puedan realizar la evaluación del riesgo de forma fácil y eficaz.

Igualmente, sugerimos el desarrollo de programas experimentales de disminución del riesgo de violencia en aquellos servicios en los que hemos detectado un mayor riesgo. Este programa debería incluir, tanto medidas proactivas centradas en la organización de la empresa propuestas en base a los resultados obtenidos por variables sociodemográficas y laborales (prevención primaria), así como medidas que mejoren la salud psicológica de los trabajadores afectados por violencia de usuarios (prevención secundaria), incluyendo entre otros aspectos la mejora de la satisfacción laboral de los trabajadores.

Por último consideramos que también sería interesante el desarrollo de estudios sobre violencia laboral que no sólo tuvieran en cuenta la visión del trabajador, sino también de los usuarios, ya que esto aportaría un nuevo enfoque, el de la denominada violencia institucional, que ayudaría en la toma de decisiones sobre el abordaje de esta problemática.

CONCLUSIONES

1. La distribución del riesgo de violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería del SMS no ha sido homogénea, existiendo diferencias tanto en la frecuencia de exposición (violencia total) como en el tipo de manifestación (violencia física/violencia verbal) según variables laborales y personales del profesional.

2. Los trabajadores han referido que las conductas de violencia más frecuentes han sido los “enfados por la demora asistencial” y las “malas caras y las miradas de desprecio”. Las manifestaciones menos habituales han sido las “destrucciones de puertas y cristales” y los “empujones y zarandeos”.

3. La exposición a situaciones agresivas ha sido significativamente mayor entre los solteros, los trabajadores más jóvenes (>30 años), entre los contratados temporalmente y entre los que tenían una antigüedad en la profesión de entre 6-10 años. También hemos hallado que la exposición a violencia era mayor entre las enfermeras respecto a las auxiliares, entre los que trabajaban de noche, en el hospital psiquiátrico y entre los que hacían más horas extra

4. El servicio con mayor riesgo de exposición a violencia laboral entre los profesionales de enfermería hospitalaria del SMS ha sido urgencias, siendo, en este servicio las manifestaciones de violencia más frecuentes los “enfados por la demora” y “enfados por la falta de información”.

5. Entre los profesionales de enfermería de urgencias ha sido significativamente mayor la exposición a violencia de los usuarios en los hospitales de mayor tamaño, enfermeras respecto a auxiliares, y entre las personas que trabajan más horas.

6. La proporción de trabajadores con una alta exposición a violencia total, no física y física ha sido significativamente mayor entre el personal de urgencias respecto al total de personal de enfermería hospitalaria. También ha sido mayor la proporción de profesionales con un nivel medio de agotamiento.

7. Hemos hallado que la exposición a manifestaciones de violencia física como de no física, se correlacionan positivamente con el nivel de agotamiento emocional y despersonalización de sus trabajadores, y negativamente con el nivel de satisfacción laboral, en los profesionales de enfermería del SMS

8. Hemos detectado que la satisfacción extrínseca modularía la relación entre la exposición a violencia no física y el nivel de cinismo y agotamiento emocional, por lo que consideramos que la exposición a violencia no física tendría un menor impacto sobre la salud psicológica de los profesionales, si éstos están satisfechos con su trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson, J.H., Gofin, J., Habib, J., Noam, G. y Kark, J.D. (1994). Work satisfaction and health in the middle-aged and elderly. *International Journal of Epidemiology*, 1, 98–106.
- Adib, S.M., Al-Shatti, A.K., Kamal, S., El-Geres, N. y Al-Raqem, M. (2002). Violence Against Nurses in Healthcare Facilities in Kuwait. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 469-478.
- Alvarez Suarez, J.L., Castillo Arevalo, F., Fernández Fidalgo, D. y Muñoz Meléndez, M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Dirección Enfermería de Atención Primaria Área V Gijón. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias.
- Alexander C., Fraser J. y Hoeth R. (2004). Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *Journal of Healthcare Management* 49(6), 377–390.
- American Medical Association (AMA) (1995). *Violence in the medical workplace: Prevention Strategies*. Chicago, IL: AMA.
- American Association of Critical Care Nurses (AACN) (2005). *AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments*. Aliso Viejo: AACN.
- American Nurses Association (ANA) (2002). *Preventing Workplace Violence*. Washinton D.C.
- Anderson, C. y Parish, M. (2003). Report of Workplace Violence by Hispanic Nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 14, 237-243.
- Anglin, D., Kyriacou, D.N. y Huston, H.R. (1999). Residents' Perspectives on Violence and Personal Safety in the Emergency Department. *Journal of Emergency*

- Nursing, 25, 1082-1084.
- Appleton, K., House, A. y Dowell, A. (1998). A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *British Journal of General Practice*, 48, 1059-1063.
- Arnetz, J.E. y Arnetz, B.B. (2001). Violence toward health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine*, 52, 417-427.
- Arnetz, J.E., Arnetz, B.B. y Peterson, I.L. (1996). Violence in the nursing profession: Occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work Stress*, 10, 119-127.
- Arnetz, J.E., Arnetz, B.B. y Soderman, E. (1998). Violence toward health care workers. *American Association of Occupational Health Nurses*, 46, 107-114.
- Arnold, J., Robertson, I y Cooper, C. (1991). *Work psychology understanding human behavior in the work place*. London: Pitman Publishing.
- Asociación Nacional para la seguridad integral en centros hospitalarios (ANSICH) (2011). *Manual de prevención ante las agresiones al personal sanitario*. Barcelona: Alternativa Group.
- Åström, S., Karlsson, S., Sandvide, Å., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A. y Saveman, B. I. (2004). Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(4), 410-416.
- Ayranci, U. (2005). Violence toward Health Care Workers in Emergency Department in west Turkey. *European Journal of Emergency Medicine*, 28 (3), 361-365.
- Barlow, C.B. y Rizzo, A.G. (1997). Violence against surgical residents. *Western Journal of Medicine*, 167: 74-78.
- Beer, M. (1964). Organizational size and job satisfaction. *Academy of Management*

Journal, 7, 34-44.

Berrios Martos, M.P., Augusto Landa, J.M. y Aguilar Luzón M.C. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios: Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index Enferm: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 15 (54), 30-34.

Beteckek, G.M., Butcher, H.K., Dochlerman, J.M. y Wagner, C.M. (2014). *Clasificación de Intervenciones en Enfermería (NIC) 6ª Ed.* Barcelona: Elsevier España, SL.

Bleetman, A. y Fayeye, O.O. (2003) Preventing and managing aggression and violence in the NHS. *Hospital Medicine*, 64, 728–731.

Blegen, M.A. (1993). Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36-41.

Brady, C., Dickson, R. (1999). Violence in health care settings. En T. Cox (Ed.), *Work-Related Violence: Assessment and Intervention* (pp 166–182). London: Routledge.

British Medical Association (2003). *Violence at Work: The Experience of UK Doctors*. London: Health Policy and Economic Research Unit British Medical Association.

Cantera, L.M., Cerverter, G., y Blanch, J.M (2008). Violencia ocupacional: el acoso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 49-58.

Carroll, V. y Goldsmith, J. (1999). One-third of nurses are abused in the workplace. *Reflections*, 25, 24–27.

CCOO Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios (2011). *Guía Básica de Riesgos Laborales específicos para el Sector Sanitario*. Valladolid: Secretaria de Salud Laboral CCOO Castilla y León.

Celik, S.S. y Bayraktar, N. (2004). A study of Nursing Student Abuse in Turkey. *Journal*

- of Nursing Education, 43 (7), 331–336.
- Cembrowicz, S., Ritter, S. and Wright, S. (2001). Attacks on Doctors and Nurses. En J. Shepherd (Ed.), *Violence in Health Care: Understanding, Preventing and Surviving Violence; a Practical Guide for Health Professionals* (pp. 118-154). Oxford: Oxford University Press.
- Chang, E. M., Hancock, K. M., Johnson, A., Daly, J., y Jackson, D. (2005). Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing & Health Sciences*, 7(1), 57-65.
- Chappell, D. y Di Martino, V. (1998). *Violence at Work*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Chung, M.C. y Harding, C. (2009). Investigating burnout and psychological well-being of staff working with people with intellectual disabilities and challenging behavior: the role of personality. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 549–560.
- Cohen, J. y Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) (2007). Documento Marco para la prevención de la violencia hacia los facultativos. Madrid: Confederación Estatal de Sindicatos Médicos.
- Cook, J. D., Hepworth, S., Wall, T. D. y Warr, P (1981). *The experience of work*. London: Academic Press.
- Cooper, C.L. and Swanson, N. (eds) (2002). *Workplace Violence in the Health Sector: State of the Art*. Genova: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. World Health Organization.
- Crilly, J., Chaboyer, W. y Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department:

nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12(2), 67–73.

Crites, J.O. (1969). *Vocational Psychology. The study of vocational behavior and development*. New York: McGraw-Hill.

Del Río Moro, O., Perezagua García, M.C. y Vidal Gómez, B. (2003). El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enfermería en Cardiología*, 10(29), 24-29.

Derazon, H., Nisimian, S., Yosefi, H., Peled, R. y Hai, E. (1999). Violence in an Emergency Ward, *Harefua*, 137, 95-101.

Derlet, R.W. y Richards, J.R. (2000). Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: Complex Causes and Disturbing Effects. *Annals of Emergency Medicine*, 35, 63-68.

Di Martino V. (2002). *Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study*. Ginebra: World Health Organization.

Di Martino V. (2003). "Relationship of Work Stress and Workplace Violence in the Health Sector." Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. World Health Organization.

Doty, D.H. y Glick, W.H. (1998). Common methods bias: does common methods variance really bias results?. *Organizational Research Methods*, 1, 374–406.

Dougherty L.M., Bolger J.P., Preston D.G., Jones S.S. y Payne H.C. (1992). Effects of exposure to aggressive behavior on job satisfaction of health care staff. *Journal of Applied Gerontology*, 11, 160–172.

Doyle, M. y Dolan, M. (2002). Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and

- management of risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 649–657.
- Early, M.R. y Williams, R. A. (2002). Emergency nurse' experience with violence: does it affect nursing care of battered women? *Journal of Emergency Nursing*, 28, 199–204.
- Ellis, M. (1999). Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in emergency department. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22, 27–41.
- Empie, K.M. (2003). *Workplace Violence and Mental Illness*. New York: LFB Scholarly Publishing.
- Erickson, L. y Williams-Evans, A. (2000). Attitudes of emergency nurses regarding patients assaults. *Journal of Emergency Nursing*, 26, 210–215.
- Esteva, M., Larraz, C. y Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista Clínica Española*, 206(2), 77-83.
- Estryn-Behar, M., Van del Heijden, B., Camerino, D., Fry, C. Le Nezet, O., Conway, P.M. y Hasselhom, H.M. (2008). Violence risks in nursing-results from the European "NEXT" Study. *Occupational Medicine*, 58, 107-14.
- Faragher, E.B., Cass, M. y Cooper, C.L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 105–112.
- Farrell, G.A., Bobrowski, C. y Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 778–787.
- Fernandes, C.M.B., Bouthillette, F., Rabuod, J.M., Bullock, L., Moor, C.F., Christenson, J.M., Grafstein, E., Rae, S., Oullet, L., Gillrie, C. y Way, M. (1999). Violence in the

Emergency Department: A Survey of Health Care Workers. *Canadian Medical Association Journal*, 161, 1245-1248.

Fernandes, C.M.B., Rabuod, J.M., Christenson, J.M., Bouthillette, F., Bullock, L., Oullet, L. y Moore, F. (2002). The Effects of an Education Program on Violence in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 39, 47-55.

Ferns, T., Stacey, C., y Cork, A. (2006). Violence and aggression in the emergency department: Factors impinging on nursing research. *Accident and emergency nursing*, 14(1), 49-55.

Figueiredo-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte P.R. y García-Jueas, J.A. (2012) Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24, 271-276.

Forrester, K. (2002). Aggression and assault against nurses in the workplace: practice and legal issues. *Journal of Law and Medicine*, 9(4), 386-391.

Francis, S. (2001). Limiting Violence Through Good Design. En J. Shepherd (Ed.), *Violence in Health Care. Understanding, Preventing and Surviving Violence: A Practical Guide for Health Professionals* (pp. 94-117). Oxford: Oxford University Press.

Franz, S., Zeh, A., Schablon A., Kuhnert y S. Nienhaus, A (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany -a cross sectional retrospective surve. *BMC Health Services Research* [edición electrónica]. 2010 [publicado 25 febrero 2010]; 10:[aprox. 8 pág.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/51>.

Freeborn, D.K. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal of Medicine*, 174, 13-18.

Gacki-Smith, J., Juarez, A.M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L. y MacLean S.L.

- (2009). Violence Against Nurses Working in US Emergency Departments. *Journal of Nursing Administration*, 39(7/8), 340-349.
- García Izquierdo, M., Llor Esteban, B., García Izquierdo, A.L. y Ruiz Hernández, J.A. (2006). Bienestar psicológico y mobbing en una muestra de profesionales de los sectores educativo y sanitario. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 22(3), 381-395.
- Gascón, J., Rojo, J.E., Salazar, A. y Tomás S. (2004). *Guía Práctica de Manejo Terapéutico y Prevención en el Paciente Agitado*. Madrid: Master Line & Prodigio, S.L.
- Gascón, S., Martínez-Jarreta, B., González-Andrade, J.F., Santed, M.A., Casalod, Y. y Rueda, M.A. (2009). Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multi-facility Study to Evaluate the Distribution of a Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15(1), 30-36.
- Gates, D., Ross, C. y McQueen, L. (2006). Violence against Emergency Department Workers. *Journal of Emergency Medicine*, 31, 331-337.
- Generalitat de Catalunya (2010). *Manual del Método PSQ CAT21 COPSQ (Versión 1.5) para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en las empresas de menos de 25 trabajadores y trabajadoras*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Trabajo. Dirección General de Relaciones Laborales.
- Generalitat Valenciana (2010). *Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat*. Valencia: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.
- Gerberich, S.G., Church, T.R., McGovern, P.M., Hansen, H.E., Nachreiner, N.M.,

- Geiser, M.S., Ryan, A.D., Mongin, S.J. y Watt, G.D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota nurses' study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 495–503.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. *Salud Pública de Mexico*, 44, 33-40.
- Gittell, J. (2003) *The Southwest Airlines Way: Using the Power of Relationships to Achieve High Performance*. New York: McGraw-Hill.
- González, J.L. y Rodríguez-Abuin, M.J. (2005). Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. *El LIPT-60*. Madrid: Editorial EOS.
- Gorter, R.C. y Freeman, R. (2011). Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community dentistry and oral epidemiology*, 39, 87–95.
- Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A. y Burnard, P. (2000). Burnout in community mental health nurses. Findings from the all-Wales stress study. *Journal of Psychiatric and Mental health nursing*, 7(2), 127-134.
- Hastings, R.P. (2002). Do challenging behaviors affect staff psychological well-being? Issues of causality and mechanism. *American Journal of Mental Retardation*, 107, 455–467.
- Hastings, R.P. y Brown, T. (2002). Coping strategies and the impact of challenging behaviors on special educators' burnout. *Mental Retardation*, 40, 148–156.
- Hensel, J.M., Lunskey, Y. y Dewa, C.S. (2012). Exposure to client aggression and burnout among community staff who support adults with intellectual disabilities in Ontario, Canada, 56(9), 910-905.

- Herzberg, F., Mausner, B. y Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Hesketh, K.L., Duncan, S.M., Estabrooks, C.A., Reimer, M.A., Giovannetti, P., Hyndman, K. y Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, 63, 311–321.
- Hidalgo Rodrigo, I. y Díaz González, R.J. (1994). Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Ávila. *Medicina Clinica*, 103, 408-412.
- Hislop, E. y Melby, V. (2003) The lived experience of violence in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 5–11.
- Howard, R., Rose, J. y Levenson, V. (2009) The psychological impact of violence on staff working with adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 538–548.
- Ibañez Martínez, N., Vilaregut Puigdesens, A. y Abio Roig, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14(3), 142-151.
- ILO, WHO, ICN, PSI (2002). *Guidelines to manage work violence in the health sector*. Geneva: International Labour Organisation.
- INSHT (1984). NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- INSHT (1997a). NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración.

- INSHT (1997b). NTP 450: Factores psicosociales: fases para su evaluación. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- INSHT (1998). NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- INSHT (2000). NTP 702: El proceso de evaluación de los factores psicosociales. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- INSHT (2004). V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INSHT (2011a). NTP 891: Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (I). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- INSHT (2011b). NTP 892: Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (II). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo. Sindicato ANPE Madrid. (2006). Libro blanco sobre los riesgos psicosociales en el profesorado de la enseñanza pública de la Comunidad de Madrid. La incidencia del Estrés, el Burnout y el Mobbing en los docentes de la enseñanza pública de Madrid. Resultados del barómetro Cisneros IX. Madrid: Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo.
- Irvine, D.M., y Evans, M.G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44(4), 246-263.
- Isaksson, U., Graneheim, U.H., Richter, J., Eisemann, M. y Åström, S. (2008). Exposure

- to violence in relation to personality traits, coping abilities, and burnout among caregivers in nursing homes: A case-control study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 551–559.
- Ito, H., Eisen, S.V., Sederer, L.I., Yamada, O. y Tachimori, H. (2001). Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatric Services*, 52(2), 232-234.
- Jaccard, J., Turrisi, R. y Wan, C. (1990). *Interaction effects in multiple regression*. Beverly Hill: Sage.
- Jackson, D., Clare, J. y Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal Nursing Manage*, 10, 13–20.
- Jansen, G., Dassen, T. y Jebbink, G. (2004). Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 3-13.
- Jones, J. y Lyneham, J. (2000). Violence: part of the job for Australian nurses? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 27–31.
- Keely, B.R. (2002). Recognition and prevention of hospital violence [miscellaneous article]. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21(6), 236–241.
- Kling, R.N., Yassi, A.N., Smailes, E., Lovato, C.Y. y Koehoorn, M. (2009). Characterizing violence in health care in British Columbia. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1655-1663.
- Klink, J.J.L., Van der Terluin, B. (2005). *Psychische problemen en werk, Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts*. Bohn: Stafleu van Loghum.
- Kowalenko, T., Walters, B.L., Khare, R.K. and Compton, S. (2005). *Workplace*

Violence: A Survey of Emergency Physicians in the State of Michigan. *Annals of Emergency Medicine*, 46, 142-147.

Kramer, A. (2002). Domestic violence. *Nursing Clinic North America*, 37, 189–210.

Krug, E. (Eds) (2002). *World Report and Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

Kuhn, W. (1999). Violence in the Emergency Department: Managing Aggressive Patients in a High-stress Environment. *Postgraduate Medicine*, 105, 143-148.

Landau, S. y Bendalak, Y. (2010). The role of individual, situational and interactional factors in violence: The case of personnel victimization in hospital emergency wards. *International Review of Victimology*, 17, 97-130.

Landau, S.F. (2004). *Violence Against Medical and Non-Medical Personnel in Hospital Emergency Wards in Israel*. Tel Aviv: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.

Landau, S.F. y Bendalak, J. (2008). Personnel Exposure to Violence in Hospital Emergency Wards: A Routine Activity Approach. *Aggressive Behavior*, 34, 88-103.

Landau, S.F. y Bendalak, J. (2008). Personnel Exposure to Violence in Hospital Emergency Wards: A Routine Activity Approach. *Aggressive Behavior*, 34, 88-103.

Lau J.B.C., Magarey J. y McCutcheon H. (2005). Violence in the emergency department: A literature review. *Australian Emergency Nursing Journal*, 7(2), 27–37.

Lavoie, F., Carter, G., Danzi, D. y Berg, R. (1988). Emergency department violence in United States teaching hospitals. *Annals of Emergency Medicine*, 17, 1227–

1233.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer Publishing Company, Inc. Ed. Española (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, S. A.

Lee, F. (2001). Violence in A & E: the role of training and self-efficacy. *Nursing Standard*, 15, 33–38.

Leyman, C.H. (1996). The content and Development of Mobbing at Work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184.

Leymann, H. y Gustafsson, A. (1996). Mobbing and the development of PTSD. *European Journal of Work and Organisational Psychology*, 5 (2), 251-275.

Leymann. H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5, 119-126.

Leymann. H. (1993). Silencing of a skilled technician. *Working Environment*, 28-28.

Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.

Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En M.D. Dunnette (ed.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley & Sons: 1297-1349.

López Montesinos, M.J. (2009). *Consecuencias psicosociales del trabajo en el personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de recursos humanos (Doctoral thesis)*. Murcia: Universidad de Murcia.

López-Araujo, B., Ose-Segovia, A. y Peiró, J.M. (2007). El papel modulador de la

implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema*, 18, 81-87.

Lorente Gironella, F. (2010). *Violencia en urgencias. Prevención y afrontamiento de las situaciones de agresividad y conflictividad en las urgencias hospitalarias*. Barcelona: Ediciones de crisis.

Lorenz, K. (1991). *Hier bin ich-wo bist Du? Ethologie der grauganz (Here I am-where are you? The behaviour of geese*. München: Piper.

Luck, L., Jackson, D. y Usher, K. (2006a). Case study: a bridge across the paradigms. *Nursing Inquiry*, 13(2), 103–109.

Luck L., Jackson D. & Usher K. (2006b). Survival of the fittest, of socially constructed phenomena? Theoretical understandings of aggression and violence towards nurses. *Contemporary Nurse*, 21(2), 261–263.

Luck, L., Jackson, D. y Usher, K. (2007) STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 11–19.

Lui, J. y Wuerker, A. (2005). Biosocial bases of aggressive and violent behaviour - implications for nursing studies. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 229–241.

Lynch, J., Appelbaum, R. y McQuillan, P.J. (2003). Survey of Abuse and Violence by Patients and Relatives toward Intensive Care Staff. *Anesthesia*, 58, 893-897.

Lyneham, J. (2000). Violence in new south wales emergency department. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18 (2), 8–17.

Martínez Jarreta, B., Gascón, S., Santed, M.A. y Goicoechea, J. (2007). Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios: aproximación a una

- realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Medicina Clínica*, 128(8), 307-310.
- Maslach, C., Jackson, S. y Leiter, M.P. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C., y Leiter, M. (1998). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- May, D.D. y Grubbs, L.M. (2002). The extent, nature, and precipitating factors of nurses assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing*, 28, 11–17.
- Mayer, B.Y., Smith, F.B. y King, C.A. (1999). Factors Associated with Victimization of Personnel in Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*, 26, 361-366.
- Mayhew C. y Chappell D. (2001). *Occupational Violence: Types, Reporting Patterns, and Variations between Health Sectors*. Sydney: The University of New South Wales.
- Mc Guire, J. y Ryan, D. (2007). Aggression and Violence in Mental Health Services. Categorising the Experiences of Irish Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 120-127.
- McPhaul, K.M. y Lipscomb, J.A. (2004). Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *The Online Journal of Issues in Nursing* 9(3). Disponible en http://www.nursingworld.org/oijn/topic25/tpc25_6.htm on 20 January 2005.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633–642.

- Meseguer, M., Soler, I., García, M., Sáez, C., Sánchez, J. (2007). Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo como predictores de mobbing. *Psicothem*, 19(2), 225-230.
- Mills, S. y Rose, J. (2011) The relationship between challenging behaviour, burnout and cognitive variables in staff working with people who have intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 844–57.
- Ministry of Health (1999). Report of the Committee for the Evaluation of Strategies For Dealing with Violence in the Health System. Jerusalem: Ministry of Health, Security.
- Misener, T., Haddock, K., Gleaton, J.U. y Ajamieh, A.R.A. (1996). Toward and international measure of job satisfaction. *Nursing Research*, 45, 87-91.
- Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A.C. y Kristensen, T.S. (2005). ISTAS21: Versión en lengua castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 8, 18-29.
- Morgan, S. (2001). The problems of aggression and violence for healthcare staff. *Professional Nurse*, 17, 107–110.
- Muchinsky, P.M. (1993). *Psychology applied to work*, (4ª ed.). California: Pacific Grove Publishing Company.
- Mueller, C.W. y McCloskey, J.C. (1990). Nurses' job satisfaction. A proposed measure. *Nursing Research*, 39, 113-117.
- Munro, V. (2002). Why do nurses neglect to report violence incidents. *Nursing Times*, 98, 38–39.
- Murphy, N. (2004). An investigation into how community mental health nurses assess the risk of violence from their clients. *Journal of Psychiatric and Mental*

- Health Nursing, 11(4), 407–413.
- Nachreiner, N.M., Goodwin Gerberich, S., McGovern, P.M., Church, T.R., Hansen, H., Geisser, M.S. y Ryan, A.D. (2005). Impact of training on work-related assault. *Research in Nursing & Health*, 28(1), 67–78.
- Nanda Internacional (2013). *Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier España, SL.
- National Audit Office (NAO) (2003). *A safer place to work-protecting NHS hospital and ambulance staff from violence and aggression*. London: NAO.
- Nelson, H.W. y Cox, D.M. (2004). The causes and consequences of conflict and violence in nursing homes: working toward a collaborative work culture. *The health care manager*, 22(4), 349-360.
- Nolan, P., Soares, J., Dallender, J., Thomsen, S. y Arnetz, B., (2001). A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 38(4), 419-426.
- Nunnaly, J.C. y Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.), New York: McGraw-Hill.
- O’Connell, B., Young, J., Brooks, J., Hutchings, J. y Lofthouse, J. (2000). Nurses’ perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 602–610.
- Oramas, A., González, A. y Vergara, A. (2007). El desgaste profesional. Evaluación y factorización del MBI-GS. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 8(1), 37-45.
- Orden 212/2004 por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas y se crea la comisión central de seguimiento. (2004). En

BOCM de 15 de marzo de 2004. Consejería de Sanidad y Consumo.

Organización Internacional del Trabajo / Consejo Internacional de Enfermeros / Organización Mundial de la Salud / Internacional de Servicios Públicos (OIT/CIE/OMS/ISP)(2002). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Programa Conjunto de la Violencia Laboral en el Sector de la Salud.

Ortells Abuyé, N., Muñoz Belmonte, T., Paguina Marcos, M. y Morató Lorente, I. (2013). Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global*, 30, 198-207.

OSHA (2004). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers*. Washington: OSHA. U.S. Department of Labor.

Otto, R.K. (2000). Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1239–1262.

Pando, M., Aranda, C., Preciado, L., Franco, S.A. y Salazar, J.G. (2006). Validez y confiabilidad del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT-PANDO). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2), 319-332.

Peek-Asa, C., Cubbin, L. and Hubbell, K. (2002). Violent Events and Security Programs in California Emergency Departments Before and After the 1993 Hospital Security Act. *Journal of Emergency Nursing*, 28, 420-426.

Pera, G. y Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16, 480-486.

Piñuel, I. y Fidago, A.M. (2004). La escala CISNEROS como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 16(4), 615-624.

- Presley, D. y Robinson, G. (2002). Violence in the emergency department. *Nursing Clinic North America*, 37, 161–169.
- Price, J.L. y Mueller, C.W. (1986). Absenteeism and turnover among hospital employees. Greenwich: Jai Press Inc.
- Privitera, M., Weisman, R., Cerulli C Tu, X., y Groman, A. (2005). Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occupational Medicine*, 55(6), 480-486.
- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318, 228-232.
- Rayner, C. y Höel, H. (1997). A summary review of literature relating to workplace bullying. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7(3), 181–191.
- Rippon, T.J. (2000). Aggression on violence in health care profession. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 452–460.
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C. y Catling-Paull, C. (2010). Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42, 13–22.
- Román, J. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-110.
- Rucci, A., Kirn, S. y Quinn, R. (1998) The employee-customer-profit chain at Sears. *Harvard Business Review*, 76, 82–97.
- Runsey, M., Foley, E.H., Crrigan, R. y Dakin, S. (2007). National Overview of Violence in the Workplace. Australia: Royal College of Nursing.
- Ryan, D. y Mc Guire, J. (2006). Aggression and Violence. A Problem in Irish Accident

- and Emergency Department. *Journal of Nursing Management*, 14(2), 106-115.
- Saarela, K.L. y Isotalus, N. (1999). Workplace violence in Finland: High-risk groups and preventive strategies. *American journal of industrial medicine*, 36(S1), 80-81.
- Salancik, G. y Pfeffer, J. (1977). An examination of need-satisfaction models of job attitudes. *Administrative Science Quarterly*, 22, 427-456.
- Sánchez Bermejo, R., Cortés Fadrique, C., Rincón Fraile, B., Fernández Centeno, E., Peña Cueva, S. y De las Heras Castro, E.M. (2013). El "Triage" en Urgencias en los Hospitales Españoles. *Emergencias*, 25, 66-70.
- Sanuzun, F. y Karadokovan, A. (2005). Violence Towards Nursing Staff in Emergency Department in one Turkish City. *International Nursing Review*, 52 (2), 154-160.
- Schaufeli, W.B., Leiter M.P., Maslach, C. & Jackson, S.E. (1996). The Maslach Burnout Inventory: General Survey (MBI-GS). En: Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, ed. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 30 editions. (19-26). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press
- Senuzun Ergün, F. y Karadokovan, A. (2005). Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Mersin Revide* 52, 154-160.
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Conselleria de Sanidad (2010). *Plan Integral de Prevención de las agresiones a los trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat*. Valencia: Conselleria de Sanidad. Subsecretaria.
- Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM) (2005). *Perseo, Plan Director de Seguridad Corporativa y Protección del Patrimonio del SESCAM*. Castilla la Mancha: Servicio de Salud de Castilla la Mancha.
- Servicio Murciano de Salud (2005). *Plan de prevención de las agresiones a los*

profesionales de la sanidad de la Región de Murcia. Murcia: Servicio Murciano de Salud. Dirección General de Recursos Humanos.

Sharma, A., Sharp, D. M., Walker, L. G., y Monson, J. R. T. (2008). Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Colorectal Disease*, 10(4), 397-406.

Shields, M. y Wilkins, K. (2009). Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. *Health Reports*, 20(2), 1-14.

Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N. y Nagata, S. (2003). Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: a pilot study. *Journal of Occupational Health* 45(3), 185–190.

Sibbald, B. (1998). Physician, protect thyself. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 159(8), 987-989.

Singh, N.N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Singh, A.N., Adkins, A.D. y Singh, J. (2009). Mindful staff can reduce the use of physical restraints when providing care to individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22: 194–202.

Sofield, L. y Salmond, S.W. (2003). Workplace violence. A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopaedic Nursing*, 22(4), 274-283.

Sterling, G., Higgins, J.E. y Cooke, M.W. (2011). Violence in A&E departments: A systematic review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 9(2), 77-85.

Tak, S. y Sweeney, M.A. (2010). Workplace Assaults on Nursing Assistants in US Nursing Homes: A Multilevel Analysis. *American journal of public health*, 100(10), 1938-1945.

Trenoweth, S. (2003). Perceiving risk in dangerous situations: Risks of violence

among mental health inpatients. *Journal of Advanced Nursing* 42(3), 278–287.

Turnbull, J. (1999). Violence to Staff: Who is at Risk?. En J. Turnbull and B. Paterson (Eds), *Aggression and Violence: Approaches to Effective Management* (pp. 5-30). London: Macmillan.

Uzun, Ö. (2003). Profession and Society. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 81–85.

Warr, P., Cook, J. y Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148.

Waschgler, K., Ruiz, J.A. y Llor, B., García-Izquierdo, M. (2013). Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale-users. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 1418-1427.

Weiler, A. (2006). *Quality of Work and Employment, 2006*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Wells, J. y Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurse working in general hospital in UK. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 230–240.

Winstanley S. y Whittington R. (2002). Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(S412), 144–147.

Winstanley S. y Whittington R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 3–10.

Winstanley, S. and Whittington, R. (2004). *Aggressive Encounters Between Patients and General Hospital Staff: Staff Perception of the Context and Assailants'*

Levels of Cognitive Processing. *Aggressive Behavior*, 30, 534-543.

Winstanley, S. y Whittington, R. (2003). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work and Stress*, 16, 302–315.

Wittington, R. (2002). Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 819–825.

Wolpin, J., Burke, R.J. y Greenglass, E.R. (1990) Golembieski's phase model of psychological Burnout: some issues. *Psychological Reports*, 66, 451-457.

World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders. Effective Interventions and Policy Options'*. Geneva: World Health Organization.

Zahid, M.A., Al-Sahlawi, K.S., Shahid, A.A., Awadh, J.A. and Abu-Shammah, H. (1999). Violence Against Doctors: 2. Effects of Violence on Doctors Working in Accident and Emergency Departments. *European Journal of Emergency Medicine*, 6, 305-309.

Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S. y Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2329-2341.

Zapf, D., Knorz, C. y Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, the social work environment and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 215-237.

ANEXOS

ANEXO 1: RESUMEN DE COMUNICACIÓN ORAL**EXPOSICIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA DEL SMS A
VIOLENCIA DE USUARIOS Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE BURNOUT***OBJETIVO*

Los objetivos de este estudio son conocer la frecuencia de aparición de diferentes manifestaciones hostiles de los usuarios hacia los profesionales de enfermería en los hospitales del Servicio Murciano de Salud (SMS), para valorar el clima de violencia laboral de baja intensidad, detectar aquellas características sociodemográficas y laborales de los trabajadores asociadas a una mayor exposición, así como valorar la relación de esta exposición con el nivel de burnout de los trabajadores.

METODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal a través de un cuestionario autoaplicado, individual y anónimo, llevado a cabo en el personal de enfermería de todos los hospitales públicos de la Región de Murcia durante el año 2010. El muestreo se estratificó en función del tamaño de las unidades y de la plantilla de los hospitales, obteniendo una muestra total de 1.489 sanitarios hospitalarios de la Región (nivel de confianza del 99% y error muestral del 1,75%). Los instrumentos de medida utilizados han sido: la escala Ecoh-U para medir exposición a violencia y el MBI para la cuantificar el nivel de burnout. Junto a este cuestionario se registraron una serie de variables sociodemográficas y laborales del trabajador.

RESULTADOS

Las manifestaciones de violencia verbales de los usuarios son más frecuentes que las físicas, siendo la conducta de violencia más referida “los enfados por la demora asistencial” (en un 21,8% de los encuestados se da al menos mensualmente).

No se constatan diferencias significativas de exposición a violencia según género, antigüedad en el puesto y el realizar otra actividad laboral, sin embargo sí se hallaron diferencias significativas en los tres resultados (violencia total, física y verbal) al observar las variables estado civil, edad, servicio y antigüedad en la profesión. El hospital, las horas extra y el turno influyen en la puntuación de manifestaciones físicas, mientras que la profesión y la formación continuada son más relevantes en las manifestaciones verbales.

Se ha detectado una correlación positiva entre la exposición a violencia de usuarios, tanto física como verbal, con el cansancio emocional y la despersonalización ($p < 0,001$), aunque es mayor para las manifestaciones verbales que las físicas.

DISCUSION

Aunque el personal sanitario ocupa un lugar destacado entre las profesiones más expuestas a violencia por parte de los usuarios, este estudio pone en evidencia que la distribución de este riesgo no es homogéneo, existiendo diferencias tanto en la frecuencia de exposición (violencia total) como en el tipo de manifestación (violencia física/violencia verbal).

Respecto a la relación entre la exposición a violencia y el nivel de burnout consideramos que la relación entre ellos podría ser cíclica, de forma que la exposición a violencia por parte de los usuarios podría aumentar el nivel de agotamiento emocional y cinismo del personal, pero a su vez, el personal emocionalmente agotado tendería a tolerar peor los comportamientos agresivos de los pacientes, lo que le llevaría a un inadecuado manejo de nuevos episodios de violencia, y a la aparición de nuevas agresiones, y esto a su vez llevaría a un mayor nivel de despersonalización y agotamiento emocional.

ANEXO 2: RESUMEN DE COMUNICACIÓN ORAL**AGRESIONES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO ROMÁN ALBERCA 2006/2010***INTRODUCCIÓN*

El riesgo de violencia en pacientes psiquiátricos es equiparable normalmente al de la población general, pero se ve aumentado cuando sufren una descompensación de su enfermedad. Es precisamente en esta situación en la que suelen ser atendidos en los servicios de Urgencias y en las unidades psiquiátricas. Desde la prevención, más allá del diagnóstico psiquiátrico, nos interesa entender por qué un paciente determinado se agita en un momento y circunstancias concretas y no en otras. El conocimiento de los factores involucrados tanto en el desencadenamiento (riesgo), como en la inhibición (protección) de los episodios de agitación nos ayudará, en la valoración y prevención del riesgo de violencia futura.

OBJETIVO

- Conocer la incidencia de agresiones en el hospital psiquiátrico Román Alberca, así como su distribución según factores sociodemográficos del paciente y trabajador
- Conocer los factores favorecedores ambientales y de interacción presentes en las agresiones declaradas en el hospital.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de las agresiones declaradas en la web de agresiones del SMS por el personal del Hospital Psiquiátrico Román Alberca entre 2006/2010

- Factores personales del trabajador: obtenidos de la revisión de las historias clínicas de los reconocimientos.
- Factores personales del paciente: Obtenidos de las historias clínicas de los pacientes en Selene.
- Datos ambientales y de las condiciones de trabajo: datos obtenidos de la evaluación técnica sobre el lugar donde ocurrió y de la web de agresiones

- Factores de la interacción: datos recogidos en la web de declaración de agresiones e historia clínica del paciente
- Ejemplos de disparo: obtenida de la web de declaración de agresiones e historia clínica en Selene

RESULTADOS

En la web de agresiones se han registrado 58 agresiones con la implicación de 76 trabajadores

Tenemos una media de 15 trabajadores agredidos/año y un índice de incidencia medio del 83,33 por cada 1000 trabajadores/año

- Los agresores masculinos suelen agredir por igual a trabajadores masculinos (48,4%) y femeninos (51,6%), además suelen agredir los primeros días de ingreso (hasta el primer mes 64,5%).
- Las mujeres suelen agredir mayoritariamente a otras mujeres (82,4%), mientras que las trabajadoras realizaban tareas de vigilancia y control de pacientes (76,5%), cuando llevan más de un mes de ingreso (70,6%).
- Los pacientes entre 35 y 50 años en un 54,5% han agredido porque han pedido algo que no se les concede, mientras que los jóvenes (entre 18 y 35) en un 47,2%, porque no desean cumplir una norma.
- En todas las agresiones menos en aquellas agresiones donde no había una causa aparente, los agresores tenían historia previa de agresividad.
- Cuando los pacientes llevan más de 6 meses el 66,7% de las agresiones son porque no desean cumplir una norma, mientras que al ingreso, el 75% son porque han pedido algo que no se les ha concedido.
- El 79,3% de las agresiones han sido llevadas a cabo por pacientes con diagnóstico principal de retraso mental o trastorno de la personalidad. Los pacientes con retrasos mentales suelen agredir verbal o gestualmente, para “obtener una prestación” (60%) mientras que los trabajadores realizaban tareas de vigilancia y control de los pacientes (63,3%). Los pacientes con diagnóstico de trastornos de la

personalidad en un 62,5% han agredido cuando se les informaba de una norma que no querían cumplir.

○ Los auxiliares han sido agredidos principalmente en las plantas de hospitalización especialmente en las URME'S (80,6%). En la URME I El 52,2% de las agresiones han sido durante una contención mecánica, mientras que en la URME II-III, en un 55% han sido porque el paciente ha pedido algo que no se le ha concedido.

CONCLUSIONES

La prevención de las agresiones a trabajadores del hospital debe basarse:

- Identificación de los pacientes potencialmente agresivos, apoyándonos en el hecho de que los agresores presentan en un 95,8% una historia de agresividad previa.

- Identificación de las situaciones potencialmente peligrosas (patrones identificados más signos prodrómicos).

- Concreción de las medidas de actuación correctas (factores inhibitorios), indicando el orden y personas que deben llevarlas a cabo, para facilitar y unificar la toma de decisiones.

- Formación de todos los trabajadores, pero sobre todo de aquellos trabajadores identificados como de grupos de mayor riesgo

ANEXO 3: RESUMEN EN ESPAÑOL DE ARTÍCULO 3**EL PAPEL MODULADOR DE LA SATISFACCION LABORAL ENTRE LA EXPOSICIÓN
A VIOLENCIA LABORAL Y EL BURNOUT****INTRODUCCION**

El riesgo de violencia presenta una especial importancia en el sector servicios ya que los trabajadores tienen una mayor probabilidad de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los usuarios y clientes, debido al estrecho contacto que mantienen ellos (OMS, CIE, OIT y ISP, 2002). Dentro de este sector, el sanitario ocupa un lugar destacado (Di Martino, 2002).

La importancia del riesgo de violencia laboral no sólo radica en la frecuencia sino también en la gravedad de las posibles consecuencias que pueden derivarse de él. Estas consecuencias pueden ser tanto física como psicológicas, que pueden ir desde la disminución de la satisfacción laboral y aumento del absentismo, hasta el deterioro del bienestar psicológico, la aparición del síndrome de burnout, e incluso el desarrollo de cuadros psicopatológicos reactivos, habitualmente de tipo ansioso-depresivo (Diers, Duffield y Catling-Paull, 2010; Estry-Behar, Van del Heijden, Camerino, Fry, Le Nezet, Conway et al, 2008; Quine, 1999; Roche, Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert y Nienhaus, 2010; Winstanley y Whittington, 2004).

Isaksson, Graneheim, Richter, Eisemann y Åström (2008) encontraron que entre los cuidadores, aquellos que habían estado expuesto a violencia había más puntajes altos de burnout. Otros estudios matizan este dato y nos dicen que existe una asociación positiva entre la exposición a agresión de clientes con el cansancio emocional y la despersonalización (Chung y Harding 2009; Hastings 2002; Hastings y Brown, 2002; Howard, Rose y Levenson, 2009; Mills y Rose, 2011).

Es importante indicar que a pesar de una alta frecuencia de exposición a agresiones de los pacientes la mayoría del personal la gestión razonablemente bien. Hay, sin embargo, entre el 7% y el personal del 24% que se “quemaron o que tienen un

alto riesgo de quemarse (Hensel, Lunsky y Dewa, 2011) En este sentido, hay estudios que han demostrado que los aumentos en la satisfacción laboral fueron relacionados con mejoras en el bienestar (Faragher, Cass y Cooper, 2005)

El presente estudio tiene como objetivo analizar de qué modo las agresiones de los usuarios y la satisfacción en el trabajo influyen en el nivel de burnout de los trabajadores, y en concreto si la satisfacción laboral modula la relación entre sufrir muestras de hostilidad de los usuarios y la aparición de burnout en una muestra de profesionales de enfermería.

METODO

Procedimiento

Se trata de un estudio descriptivo transversal a través de un cuestionario autoaplicado, individual y anónimo, llevado a cabo en el personal de enfermería de todos los hospitales públicos de la Región de Murcia durante el año 2010. Ese año el Servicio Murciano de Salud disponía de 11 hospitales con una plantilla total de 19550 de los cuales 6103 eran personal de enfermería (enfermeros y auxiliares de enfermería) en atención especializada. El muestreo se estratificó en función del tamaño de las unidades y de la plantilla de los hospitales, obteniendo una muestra total de 1.489 sanitarios que cumplieron el protocolo de investigación. El cuestionario se entregó de forma aleatoria al 30% del personal de enfermería. La tasa de respuesta global fue del 70,48%. De esta muestra se deriva un nivel de confianza del 99% y error muestral del 1,75%.

MUESTRA

La muestra está compuesta por 1489 profesionales de enfermería con un rango de edad que oscila entre 20 y 67 años, siendo la edad media de 42,09. La mayoría son mujeres (82,7% vs. 16,4%) y el 67,8% está casado o con pareja de hecho. El 62,1% de la muestra eran profesionales de enfermería y el 36,7% eran auxiliares de enfermería Los profesionales tenían una media de antigüedad en el puesto actual de 7 años y 5 meses.

Instrumento

El instrumento utilizado para evaluar la exposición a violencia ha sido la escala HABS-U (Hospital Aggressive Behaviour Scale-Users) (Waschglar et al, 2012) cuyo objetivo es medir manifestaciones hostiles no físicas y físicas de baja intensidad procedentes de los usuarios y percibidas por el trabajador como violentas. El cuestionario está configurado por 10 ítems, con un alfa de 0,839, explicando el 57,36% de la varianza. Se divide en dos factores: Violencia no física con 7 ítems y Violencia física de 3 ítems. Para valorar la frecuencia de exposición utiliza una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta que oscilan desde 1 (nunca en el último año) a 6 (diariamente).

Para valorar en nivel de satisfacción se utilizó la Escala General de Satisfacción Overall Job Satisfaction (OJS) desarrollada por Warr, Cook y Wall en 1979, adaptada al español por Pérez e Hidalgo. Esta escala está formada por 15 ítems, cada uno de los cuales presenta un formato de respuesta tipo Likert con un rango de puntuación entre 0 (muy insatisfecho) y 6 (muy satisfecho). La OJS se divide en dos subescalas: Subescala de factores intrínsecos: formada por siete ítems y la subescala de factores extrínsecos constituida por ocho ítems. Con respecto a la consistencia interna del cuestionario, encontramos que el índice Alfa de Cronbach es de 0,88, la subescala de factores extrínsecos de 0,72 y la subescala de factores intrínsecos tiene una fiabilidad de 0,85. (Berrios, Augusto y Aguilar, 2006)

Para el análisis de los niveles de burnout utilizamos el Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS) traducido a castellano y validado por Gil Monte (2002). El MBI-GS consta de 16 ítems y está dividida en tres subescalas: eficacia profesional (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y cinismo (5 ítems). Los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert en la que indican la frecuencia con la que han experimentado el ítem (desde 0= "nunca" a 6="todos los días). Los valores de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach en el estudio de Gil Monte (2002) fueron 0,85 para eficacia profesional, 0,83 para agotamiento y 0,74 para cinismo.

Análisis de datos

Se calcularon los estadísticos descriptivos y las consistencias internas (alfa de Cronbach) de las variables consideradas en el estudio y se hallaron sus correlaciones. Para determinar el efecto de la interacción, se realizaron análisis de regresión jerárquico (Cohen y Cohen, 1983), uno por cada una de las posibles combinaciones entre las manifestaciones de violencia y las dimensiones de satisfacción con los distintos componentes del burnout (variable dependiente).

Las variables independientes se han introducido en las ecuaciones de regresión en dos pasos sucesivos (Jaccard, Turrisi y Wan, 1990). En el primero se ha incluido una de las dimensiones de la violencia de los usuarios (violencia no física- violencia física) y una de las dimensiones de la satisfacción laboral (satisfacción extrínseca-satisfacción intrínseca). En el segundo paso, se han introducido la interacción de las variables independientes utilizadas.

RESULTADOS

De los resultados obtenidos destacar que la puntuación media de violencia ha sido 15,18, de satisfacción extrínseca 30,11, de agotamiento emocional 14,07 y cinismo 11,81. Respecto a los coeficientes de correlación, indicar que en todas las escalas son iguales o superiores al criterio de 0,70 recomendado por Nunnaly y Bernstein (1994). Igualmente, podemos observar que la satisfacción y sus dimensiones correlacionan negativamente con la violencia y sus dimensiones, el agotamiento emocional y el cinismo, pero positivamente con la realización profesional. Así mismo, la violencia correlaciona significativamente con el agotamiento emocional y el cinismo de forma positiva, no siendo significativa su relación con la realización profesional.

Se ha analizado la dimensión de agotamiento emocional a través de un análisis de regresión donde el primer bloque de variables, corresponde a la violencia no física y la satisfacción extrínseca, obteniéndose en ambas una relación significativa con el agotamiento, aunque en el caso de la violencia tiene un carácter positivo y en la satisfacción un carácter negativo ($\beta=0,429$; $p<0,001$; $\beta=-0,237$; $p<0,001$). Estos factores

explicarían un 18,1% de la varianza del agotamiento. En un segundo paso, se han introducido la interacción entre estas variables, siendo negativamente significativa ($\beta=-0,23$; $p<0,05$), llevando asociado un incremento de explicación de la varianza de 0,003.

Por lo que se refiere a los resultados de este mismo análisis de regresión respecto al cinismo, podemos ver que se relaciona con la violencia no física positivamente ($\beta=0,530$; $p<0,001$), mientras que en la satisfacción extrínseca tiene un efecto principal negativo ($\beta=-0,150$; $p<0,01$). Estas variables explican el 14,8% de su varianza, aumentando al 15,5% con la interacción ($\beta=-0,370$; $p<0,001$). (Tabla 3)

La tabla 3 muestra que, por un lado la violencia no física tiene un efecto principal positivo sobre el nivel de cinismo ($\beta=0,530$; $p<0,001$), mientras que la satisfacción intrínseca tiene un efecto principal negativo ($\beta=-0,270$; $p<0,001$), explicando en este caso el 18,1% de la varianza. Se han encontrado efectos negativos de las interacción sobre la variable dependiente ($\beta=-0,173$; $p<0,05$), con un incremento de R2 de 0,2%.

Hemos hallado que con niveles de satisfacción bajos la puntuación media en agotamiento emocional y en cinismo es mayor, a igual nivel de violencia. Este aspecto se acentúa más en el cinismo, donde con niveles altos de satisfacción intrínseca como extrínseca, aunque aumente el nivel de violencia no física, la puntuación media de cinismo es muy similar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en una muestra de profesionales de enfermería indican que las puntuaciones de satisfacción son más bajas que las dadas por los autores de la escala como referencia (Warr y cols, 1979). Este hecho concuerda con diferentes artículos y estudios recientes en enfermeras, como el de la American Association of Critical Care Nurses (2005).

Por otro lado, si comparamos las medias de puntuación obtenidas en nuestra muestra en las diferentes dimensiones de burnout, con los datos obtenidos por Ibañes,

Vilaregut y Abio (2004) en un estudio en enfermeras de un hospital de Barcelona o el realizado por Pera y Serra (2002) en los trabajadores de un hospital, vemos que se repite el mismo patrón: nuestra puntuación media en cansancio emocional y realización profesional es menor, siendo mayor en cinismo.

Respecto a la exposición a violencia, no hemos podido establecer una comparación de los resultados obtenidos debido a la novedad del uso de la escala HABS-U como instrumento para su evaluación.

En los análisis realizados para predecir el burnout a partir de la exposición a violencia de los usuarios se encuentra que, tanto la exposición a manifestaciones de violencia física como de no física, se correlacionan positivamente con el nivel de agotamiento emocional y despersonalización, siendo este resultado acorde con lo esperado (Chung y Harding, 2009; Howard et al. 2009 y Mills y Rose, 2011).

Igualmente, las dos dimensiones de la satisfacción con el trabajo se correlacionan significativa y negativamente con el burnout. Coincidimos con Figueiredo-Ferraz, Grau-Alberola, Gil-Monte y García-Juesas (2012), al afirmar que existe una relación entre ambas variables.

Con los análisis de regresión se ha detectado que la satisfacción extrínseca modularía la relación entre la violencia no física y el agotamiento emocional y el cinismo, y la satisfacción intrínseca influiría en la relación violencia no verbal/cinismo, aunque la varianza explicada es baja en todos los casos (valores de $R^2 < 0,2$). Esto nos indica que estas dimensiones del burnout estarían influenciadas también por otros estresores.

Se ha mostrado que las personas con bajos niveles de satisfacción poseen niveles de agotamiento y cinismo mayores a igual exposición a violencia no física. Igualmente se ha observado que trabajadores expuestos a altos niveles de violencia, cuando tienen niveles altos de satisfacción extrínseca, su nivel de agotamiento emocional y cinismo es menor, ocurriendo lo mismo para la satisfacción intrínseca con el cinismo. Por todo esto, consideramos que la satisfacción, sobretudo extrínseca,

ejercería un papel protector de la salud psicológica en los trabajadores expuestos a violencia no física. Este resultado concuerda con otros estudios como los de Blegen (1993), Irvine y Evans (1995) y McVicar (2003) que sugieren como medidas para contrarrestar el estrés crónico en los enfermeros, aumentar del apoyo de sus compañeros, superiores y altos cargos (factores valorados en la satisfacción extrínseca).

Consideramos que la violencia no física y el burnout mantendrían una relación cíclica, de tal forma que, la exposición frecuente a situaciones de violencia no física aumentarían los niveles de cinismo y agotamiento emocional (Chung y Harding 2009; Howard, Rose y Levenson, 2009; Mills y Rose, 2011), pero a su vez este cinismo y agotamiento favorecerían la aparición de nuevas agresiones (Wittington, 2002), pero la satisfacción extrínseca podría amortiguar esta relación.

En base a los resultados obtenidos, a nivel de prevención de riesgos laborales, sugerimos el desarrollo de programas de la salud psicológica que incluya la mejora de la satisfacción laboral, en aquellas empresas cuyos trabajadores se vean afectados por violencia de usuarios. Según Singh, Lancioni, Singh, Adkins y Singh (2009), estos programas de intervención y prevención del burnout, debería abordar el problema en varios niveles. En un primer paso debería actuarse sobre la organización y el entorno, eliminándose o reduciendo al mínimo los factores estresantes, a través de estrategias de gestión proactivas; que en el caso del riesgo de violencia supondrían una identificación precoz de los trabajadores con mayor exposición y el establecimiento de medidas preventivas dirigidas a reducir las conductas desafiantes de los usuarios. En un segundo nivel, las intervenciones deberían centrarse en el personal, luchando contra los efectos del estrés, aumentando la satisfacción del trabajador por parte de la organización, para disminuir los efectos psicológicos de la exposición a violencia.

Los resultados encontrados en este estudio deben considerarse teniendo en cuenta las limitaciones asociadas a todo estudio llevados a cabo mediante cuestionarios autoaplicados.