

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/262643359>

Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y cons....

Article in *Emergencias* · January 2014

CITATIONS

4

READS

744

3 authors:



Inmaculada Galián Muñoz
Servicio Murciano de Salud

7 PUBLICATIONS 49 CITATIONS

SEE PROFILE



Bartolomé Llor-Esteban
University of Murcia

49 PUBLICATIONS 387 CITATIONS

SEE PROFILE



José Antonio Ruiz Hernández
University of Murcia

111 PUBLICATIONS 297 CITATIONS

SEE PROFILE

Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias

INMACULADA GALIÁN-MUÑOZ, BARTOLOMÉ LLOR-ESTEBAN, JOSÉ ANTONIO RUIZ-HERNÁNDEZ

Universidad de Murcia, España.

CORRESPONDENCIA:

Inmaculada Galván-Muñoz
Servicio de Prevención de
Riesgos Laborales.
Servicio Murciano de Salud
C/Central, s/n. Edificio Habitamia
30100 Espinardo, Murcia, España
E-mail: igm13d@hotmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN:

8-3-2013

FECHA DE ACEPTACIÓN:

3-10-2013

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener
conflictos de interés en relación
al presente artículo.

AGRADECIMIENTOS:

Financiado por el Ministerio de
Trabajo y Asuntos Sociales,
Secretaría General de Políticas
de Igualdad, Instituto de la
Mujer (Expediente 152/07).

Objetivos: Estudiar las manifestaciones hostiles de usuarios hacia los profesionales de enfermería de los servicios de urgencia de los hospitales (SUH) públicos del Servicio Murciano de Salud (SMS) y determinar 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, el *burnout* y el bienestar psicológico.

Método: Se trata de un estudio descriptivo transversal llevado a cabo en el personal de enfermería de los SUH del SMS en el año 2010. Se entregó un cuestionario autoaplicado y anónimo al 30% de estos profesionales de urgencias, y estratificada por hospitales.

Resultados: La manifestación de violencia más frecuente a la que están expuestos estos enfermeros son los enfados por la demora de asistencia o por la 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 la antigüedad en el puesto. En estos profesionales, la violencia no física se correlaciona con el grado de *burnout*, la satisfacción laboral y el bienestar psicológico.

Conclusión: Existe un número elevado de agresiones al personal de enfermería en los SUH, que en algunos aspectos es mayor respecto a otros servicios de enfermería hospitalarios. Reducir la frecuencia de las agresiones podría mejorar la salud psicológica de los trabajadores. [Emergencias 2014;26:163-170]

Palabras clave: Agresión. Violencia laboral. Personal de enfermería hospitalaria. Urgencias.

Introducción

La violencia en el lugar de trabajo en el ámbito sanitario se ha convertido en un tema de creciente preocupación en muchos países¹. No existe una definición estandarizada de violencia laboral, aunque internacionalmente se describe como "Acto que incluye desde el uso de la fuerza física (bofetadas, puñetazos, patadas y mordiscos, el uso de un objeto como arma y comportamientos agresivos, como escupir, arañar y pellizcar) hasta una amenaza verbal que no implica un contacto físico"². En los hospitales, el personal de urgencias es uno de los grupos más susceptibles de sufrir violencia procedente de pacientes y/o familiares. Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se caracterizan por una alta presión de tra-

bajo las 24 horas del día. En ellos, existe un volumen alto de usuarios, con un nivel de angustia elevado, con dolor y miedo a lo desconocido y que normalmente sufre largas esperas. Todo ello puede conducir a los pacientes a una afectación del juicio y a una intolerancia, que aumenta la probabilidad de reaccionar violentamente frente al personal³.

La alta incidencia de violencia en los SUH en comparación con otros departamentos del hospital ha sido bien documentada en numerosos estudios^{4,6}. La Oficina Nacional de Auditorías de Gran Bretaña (2003)⁷ estima que aproximadamente el 39% de los incidentes declarados ocurren en los SUH. Dentro de este servicio, los profesionales de enfermería es uno de los grupos más expuestos^{8,9}. Lyneham recogió que los enfermeros de los SUH

sufrían algún tipo de violencia en el trabajo semanalmente¹⁰.

Las consecuencias de las conductas hostiles para el trabajador pueden ser diversas dependiendo del tipo de agresión y de las características personales de cada víctima. Incluyen desde lesiones físicas hasta afectaciones psicológicas, que pueden ir desde la disminución de la satisfacción con el trabajo, al aumento del absentismo, pasando por la presencia de *burnout*, ansiedad o disminución del bienestar psicológico¹¹⁻¹⁵.

El objetivo general del presente trabajo es estudiar las manifestaciones hostiles de los usuarios hacia los profesionales de enfermería de los SUH públicos dependientes del Servicio Murciano de Salud (SMS), determinar la frecuencia de exposición a diversas conductas violentas por parte de los usuarios, así como las características sociodemográficas y sociolaborales asociadas a una mayor exposición a este tipo de conductas. Por último, analizamos la relación de la exposición a conductas hostiles con la presencia de posibles consecuencias, tales como variaciones en la satisfacción laboral, el *burnout* y el bienestar psicológico.

Método

Se trata de un estudio descriptivo transversal llevado a cabo en el personal de enfermería de los SUH de todos los hospitales públicos de la Región de Murcia durante el año 2010. La muestra se estratificó por hospital en función del número de trabajadores de enfermería que trabajaban en sus SUH. Se realizaron reuniones con las direcciones y supervisores de enfermería de los diferentes hospitales. Se les dio instrucciones para que entregaran el cuestionario de forma aleatoria, estratificado por categorías, y para que lo recogieran en un sobre cerrado y sin identificar. Los supervisores dispusieron de un plazo máximo de dos semanas para la devolución de las encuestas. Aquellos cuestionarios que no se recogieron en ese plazo se dieron por perdidos.

El instrumento utilizado para evaluar la exposición a violencia ha sido la escala HABS-U (*Hospital Aggressive Behaviour Scale-Users*)¹⁶, cuyo objetivo es medir manifestaciones hostiles no físicas y físicas de baja intensidad procedentes de los usuarios. El cuestionario está formado por 10 ítems, con un índice alfa de Cronbach de 0,84, que explica el 57,4% de la varianza. Se compone de dos factores: violencia no física, con 7 ítems (alfa = 0,85 que explica el 36,4% de la varianza y con una carga factorial de 0,64-0,76) y violencia

física, que contiene 3 ítems (alfa = 0,7, que explica el 21,0% de la varianza y una carga factorial de 0,71-0,78). Para valorar la frecuencia de exposición se usó una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta¹⁶.

Para valorar el nivel de satisfacción laboral se utilizó la Escala General de Satisfacción –*Overall Job Satisfaction* (OJS)–, desarrollada por Warr *et al.* en 1979, y adaptada al español por Pérez e Hidalgo¹⁷. Esta escala está compuesta por 15 ítems con formato de respuesta tipo Likert (0-6), y se divide en dos subescalas: satisfacción intrínseca (7 ítems), que aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, contenido de la tarea, etc.; y satisfacción extrínseca (8 ítems), que indaga sobre la satisfacción del trabajador en cuestiones relativas a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc. Con respecto a la consistencia interna de este instrumento, encontramos índices alfa de Cronbach de 0,85-0,88, para la satisfacción general, de 0,74-0,78 para la subescala de factores extrínsecos y una fiabilidad de 0,79-0,85 para la subescala de factores intrínsecos¹⁷.

Para el análisis de los niveles de *burnout* utilizamos el *Maslach Burnout Inventory-GS* (MBI-GS) traducido al castellano y validado por Gil Monte (2002). El MBI-GS consta de 16 ítems y está dividido en tres subescalas: eficacia profesional (6 ítems), agotamiento emocional (5 ítems) y cinismo (5 ítems). Los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert (desde 0 a 6). Los valores de fiabilidad de las escalas según el índice alfa de Cronbach, en el estudio de Gil Monte (2002), fueron 0,85 para eficacia profesional, 0,83 para agotamiento y 0,74 para cinismo¹⁸.

Para la valoración del bienestar psicológico de los trabajadores se utilizó el *General Health Questionnaire* (GHQ- 28), un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala de síntomas somáticos (GHQ somáticos), subescala de ansiedad e insomnio (GHQ ansiedad), subescala de disfunción social (GHQ disfunción) y subescala de depresión grave (GHQ depresión). En el trabajo de validación de Lobo *et al.* los datos sobre validez predictiva obtenidos fueron para un punto de corte de 5/6 (5 no caso/6 caso), una sensibilidad del 84,6%, una especificidad del 82%, un valor predictivo positivo (VPP) del 75% y un valor predictivo negativo (VPN) del 89,3%¹⁹.

Junto a estos cuestionarios se registró una serie de variables sociodemográficas (sexo, edad y estado civil) y sociolaborales (hospital, profesión, anti-

güedad en el puesto y en la profesión, tipo de contrato, turno, si realiza formación continuada, si se realizan otros trabajos u horas extra). Los resultados se compararon con los obtenidos para el personal de enfermería del resto del hospital en la región de Murcia, los cuales han sido publicados en un trabajo previo²⁰.

El análisis estadístico se inició con la distribución de la muestra, presentando los porcentajes de respuesta según las variables sociodemográficas y laborales. Posteriormente se recogió el número y porcentaje de trabajadores que refirió cada una de las manifestaciones de violencia que componen el cuestionario, según la frecuencia de exposición.

Para el análisis de la puntuación media obtenida en la escala HABS-U según las distintas variables se utilizó la prueba t de Student para medias obtenidas en variables dicotómicas, se realizó previamente un análisis de varianzas por medio de la correlación de Pearson; y la prueba de ANOVA para las variables multirrespuesta, utilizando, en estos casos, la prueba *post hoc* de Tukey para el establecimiento de las diferencias entre los diferentes grupos. Para valorar la correlación entre la exposición a la violencia y la puntuación obtenida en el resto de escalas se utilizó la correlación de Pearson. Para establecer los puntos de corte se tomaron como referencia los cuantiles de una muestra de trabajadores de todos los servicios de los hospitales públicos de la Región de Murcia²⁰. Establecimos Q1 como grupo de exposición baja, Q2 y Q3 como grupo de exposición media y Q4 de exposición alta y analizamos si existía una distribución significativamente diferente a través de la ji al cuadrado²¹. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS y el nivel de significación asumido en todos los contrastes fue de 0,05.

Se consideró que el estudio no necesitaba ser autorizado por el Comité de Ética al contar con una serie de garantías. En este sentido, cabe destacar, que el proyecto fue aprobado y financiado por el Instituto de la Mujer en convocatoria pública; los gerentes y los directores de enfermería de todos los hospitales implicados aceptaron su participación en el estudio; se incluyó información en cada cuestionario sobre el estudio, por lo que existió consentimiento informado y voluntario de todos los encuestados; la participación fue anónima y la confidencialidad estuvo garantizada, ya que los cuestionarios fueron devueltos en sobre cerrado y los sobres fueron abiertos por los miembros del equipo de investigación, y éstos asignaron un código a cada cuestionario para el análisis de datos.

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales

VARIABLES	n (%)
Sexo	
Varón	21 (15,3)
Mujer	113 (82,5)
Perdidos	3 (2,2)
Estado civil	
Solteros	38 (27,7)
Pareja de hecho y casados	89 (65,0)
Divorciados, separados y viudos	8 (5,8)
Perdidos	2 (1,5)
Edad (años)	
< 30	14 (10,2)
31-40	50 (36,5)
41-50	49 (35,8)
> 50	19 (13,9)
Perdidos	5 (3,6)
Hospital	
> 1000 trabajadores	77 (56,2)
< 1000 trabajadores	60 (43,8)
Profesión	
Enfermería	88 (64,2)
Auxiliar de enfermería	45 (32,8)
Perdidos	4 (2,9)
Antigüedad en la profesión (años)	
< 10	54 (39,4)
11-20	65 (47,4)
> 20	17 (12,4)
Perdidos	1 (0,7)
Antigüedad en el puesto (años)	
< 5	62 (45,3)
6-10	46 (33,6)
> 10	29 (21,2)
Tipo de contrato	
Fijo (Indefinido)	76 (65,5)
Temporal	48 (35,0)
Perdidos	13 (9,5)
Turno	
Turno fijo mañana	15 (10,9)
Turno fijo noche	8 (5,8)
Turno rotatorio	87 (63,5)
Otros	25 (18,2)
Perdidos	2 (1,5)
Horas extra (mensuales)	
0-10 horas	110 (80,3)
11-30 horas	15 (10,9)
Más de 30 horas	6 (4,4)
Perdidos	6 (4,4)
Formación continuada	
Sí	106 (77,4)
No	27 (19,7)
Perdidos	4 (2,9)
Otra actividad laboral	
Sí	12 (8,8)
No	122 (89,1)
Perdidos	3 (2,2)

Resultados

Se entregaron un total de 200 cuestionarios y se devolvieron 137 correctamente cumplimentados, lo que supone una tasa de respuesta del 68,5%.

La edad de los participantes osciló entre 20 y 67 años (media de 42). La mayoría eran mujeres (84,3%) y casados o con pareja de hecho

Tabla 2. Frecuencia de exposición a conductas violentas

Conductas violentas	Frecuencia de exposición					
	Nunca n (%)	Anualmente n (%)	Trimestralmente n (%)	Mensualmente n (%)	Semanalmente n (%)	Diariamente n (%)
Violencia verbal						
Enfadados por demora asistencial	20 (14,6)	24 (17,6)	13 (9,6)	22 (16,2)	20 (14,7)	37 (27,2)
Enfadados por la falta de información	56 (41,2)	31 (22,8)	9 (6,6)	13 (9,6)	13 (9,6)	14 (10,3)
Malas caras o miradas de desprecio	40 (29,4)	42 (30,9)	19 (14)	14 (10,3)	11 (8,1)	10 (7,4)
Enfadados exagerados por minucia	54 (39,7)	39 (28,7)	14 (10,3)	14 (10,3)	9 (6,6)	6 (4,4)
Acusaciones injustificadas	75 (56)	35 (26,1)	11 (8,2)	6 (4,5)	2 (1,5)	5 (3,7)
Cuestionar las decisiones	73 (54,9)	32 (24,1)	13 (9,8)	9 (6,8)	3 (2,3)	3 (2,3)
Bromas irónicas	71 (52,2)	33 (24,3)	16 (11,8)	9 (6,6)	5 (3,7)	2 (1,5)
Violencia física						
Destrucción de puertas, cristales...	113 (83,1)	14 (10,3)	2 (1,5)	3 (2,2)	2 (1,5)	2 (1,5)
Sujeciones hostiles	107 (78,7)	20 (14,7)	5 (3,7)	1 (0,7)	2 (1,5)	1 (0,7)
Empujones, zarandeos...	105 (77,2)	19 (14)	7 (5,1)	3 (2,2)	1 (0,7)	1 (0,7)

(65,9%). El 66,2% de la muestra eran profesionales de enfermería y el 33,8% auxiliares de enfermería. El 45,3% de los profesionales tenía una media de antigüedad en el puesto inferior a 5 años y el 47,8% tenía una antigüedad en la profesión de entre 11 y 20 años. El 64,4% estaba en turno rotatorio, un 11,1% en turno de mañana y un 5,9% en turno de noche. Un 84% hacía menos de 10 horas extras al mes y un 9% realizaba otra actividad laboral (Tabla 1).

El 90,5% de los trabajadores sufrieron al menos una de las manifestaciones de violencia no física de la escala, con una frecuencia mínima anual. Respecto a la violencia física, el 36,5% de los trabajadores sufrieron al menos una al año. Los profesionales refirieron que las conductas de violencia más frecuente (al menos mensual) fueron los enfados por la demora asistencial, en un 58,1% de los encuestados. Las manifestaciones menos habituales fueron la destrucción de puertas y cristales y las sujeciones hostiles, ya que el 83,1% y el 78,7% de los trabajadores respectivamente, respondieron "nunca en el último año" (Tabla 2).

Teniendo en cuenta las variables sociodemográficas (Tabla 3), los trabajadores solteros obtu-

vieron una puntuación media en la escala significativamente mayor ($p < 0,01$). No se observaron diferencias significativas de puntuación según sexo o edad.

Los trabajadores de los hospitales con más de 1.000 trabajadores tuvieron una puntuación mayor estadísticamente significativa en la escala de violencia frente al personal de hospitales de menor tamaño (Tabla 4), ($p < 0,01$). Ocurre lo mismo con su puntuación en la subescala de violencia no física de ($p < 0,001$). Con respecto a la profesión, los enfermeros tuvieron una puntuación significativamente más alta en la subescala de violencia no física y en el total de la escala de violencia frente a las auxiliares de enfermería ($p < 0,05$). Los profesionales que referían tener otra actividad laboral obtuvieron puntuaciones medias significativamente superiores en la subescala de violencia no física ($p < 0,05$) frente a aquéllos que no las hacían. Según la antigüedad en el puesto, se observaron puntuaciones significativamente superiores en la subescala de violencia física en los trabajadores que llevaban trabajando más de 10 años en su puesto actual ($p < 0,001$).

Se hallaron las consistencias internas de las escalas utilizadas en el estudio, siendo todas supe-

Tabla 3. Exposición a violencia según las variables sociodemográficas y laborales

Variable	Agresión física		Agresión no física		Agresión en global	
	Media (DE)	p	Media (DE)	p	Media (DE)	p
Sexo		NS		NS		NS
Varón	3,8 (1,24)		17,19 (6,90)		21,00 (7,45)	
Mujer	4,11 (2,21)		16,67 (7,02)		20,75 (8,26)	
Estado civil		NS		< 0,001		< 0,01
Solteros	4,15 (2,57)		19,52 (5,95)		23,68 (6,97)	
Pareja de hecho y casados	4,04 (1,93)		15,90 (7,18)		19,90 (8,41)	
Divorciados, separados y viudos	3,50 (4,16)		10,25 (3,65)		13,75 (0,92)	
Edad (años)		NS		NS		NS
< 30	3,85 (1,35)		19,07 (6,99)		22,92 (7,76)	
31-40	3,92 (1,62)		16,35 (6,99)		20,16 (7,61)	
41-50	4,27 (2,1)		16,19 (7,34)		20,47 (9,02)	
> 50	4,21 (3,42)		16,52 (6,80)		22,73 (8,34)	

Tabla 4. Exposición a violencia según las variables sociodemográficas y laborales

Variable	Agresión física		Agresión no física		Agresión en global	
	Media (DE)	p	Media (DE)	p	Media (DE)	p
Hospital		NS		< 0,001		< 0,01
> 1.000 trabajadores	4,23 (2,42)		18,26 (7,6)		22,44 (8,79)	
< 1.000 trabajadores	3,79 (1,48)		14,4 (5,45)		18,19 (6,47)	
Profesión		NS		< 0,05		< 0,05
Enfermería	4,22 (1,92)		17,62 (7,13)		21,82 (8,31)	
Auxiliar de enfermería	3,77 (2,40)		14,69 (6,63)		18,40 (7,64)	
Antigüedad en la profesión		NS		NS		NS
< 10 años	3,77 (1,40)		17,56 (6,56)		21,32 (7,28)	
10-20 años	4,10 (1,92)		15,39 (7,30)		19,44 (8,52)	
> 20 años	4,70 (3,78)		18 (7,13)		22,70 (9,18)	
Antigüedad en el puesto		< 0,05		NS		NS
< 5 años	3,61 (1,07)		15,52 (6,44)		19,10 (7,01)	
5-10 años	4,08 (1,90)		17,22 (7,11)		21,22 (7,89)	
> 10 años	4,89 (3,37)		17,82 (7,83)		22,72 (10,08)	
Tipo de contrato		NS		NS		NS
Fijo (indefinido)	4,06 (1,76)		16,22 (6,82)		20,23 (7,83)	
Temporal	3,79 (1,58)		16,79 (7,08)		20,58 (8,02)	
Turno		NS		NS		NS
Turno fijo mañana	3,8 (1,61)		17,06 (6,59)		20,86 (7,56)	
Turno fijo noche	5,62 (5,28)		11,75 (5,28)		17,37 (11,16)	
Turno rotatorio	4,04 (1,78)		17,28 (7,32)		21,26 (8,29)	
Otros (turno mañana/tarde)	3,68 (1,46)		15,08 (5,91)		18,79 (6,83)	
Horas extra		NS		NS		NS
0-10 horas	3,98 (1,75)		16,79 (7,09)		20,76 (8,13)	
11-30 horas	3,8 (1,61)		17,5 (6,47)		21 (6,91)	
más de 30 horas	5,66 (6,05)		15,66 (8,01)		21,33 (12,24)	
Formación continuada		NS		NS		NS
Sí	3,90 (1,60)		17,01 (7,07)		20,93 (7,96)	
No	4,70 (3,38)		15,45 (6,73)		20 (9,06)	
Otra actividad laboral		NS		< 0,05		< 0,05
Sí	4,41 (2,23)		20,58 (5,53)		25 (6,39)	
No	4,02 (2,08)		16,31 (7,05)		20,29 (8,20)	

riores o muy próximas al criterio de 0,70 recomendado por Nunnally y Bernstein²². Se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de la escala de violencia con el resto de escalas administradas. Se obtuvo que la puntuación en la subescala de violencia física sólo se correlaciona significativamente ($p < 0,01$) con el grado de satisfacción de forma inversa, mientras que la puntuación en la subescala de violencia no física se correlaciona directamente con el agotamiento emocional ($p < 0,001$), el cinismo ($p < 0,001$), la somatización ($p < 0,001$), la ansiedad ($p < 0,001$) y la depresión ($p < 0,01$), e inversamente con la satisfacción ($p < 0,01$), tanto extrínseca ($p < 0,001$) como intrínseca ($p < 0,05$), y la eficacia profesional ($p < 0,01$).

En la Figura 1, se comparan las puntuaciones en las distintas escalas de los profesionales de urgencias con el resto de personal de enfermería hospitalaria^{20,21}. Se observa que los profesionales de urgencias tienen una exposición significativamente más alta a los dos tipos de manifestaciones de violencia ($p < 0,001$), así como una proporción mayor de profesionales con niveles medios de agotamiento emocional.

Discusión

La puntuación en la escala de violencia entre los trabajadores de enfermería de las unidades de urgencias de los hospitales públicos de la Región de Murcia es mayor que la de este grupo profesional a nivel hospitalario en general²⁰, aunque siguen siendo, igualmente, más frecuentes las manifestaciones no físicas que las físicas. Nuestros resultados coinciden con otros estudios^{5,23,24}.

El ítem de esta escala más referido ha sido "Enfadados por la demora asistencial" seguido por "Enfadados por la falta de información". "Los tiempos de espera" han sido frecuentemente citados como un desencadenante de la violencia en urgencias^{5,10,25}. Una posible explicación podría ser la generalización, en los últimos años, de la clasificación de los pacientes que acuden a urgencias a través de un sistema de *triaje*. Aunque este método facilita la organización del trabajo y es satisfactorio para los profesionales²⁶, puede que no sea bien comprendido por los usuarios, cuya definición de una emergencia puede ser diferente a la de los profesionales que les atienden. Aportar información a los pacientes con técnicas de comunicación ade-

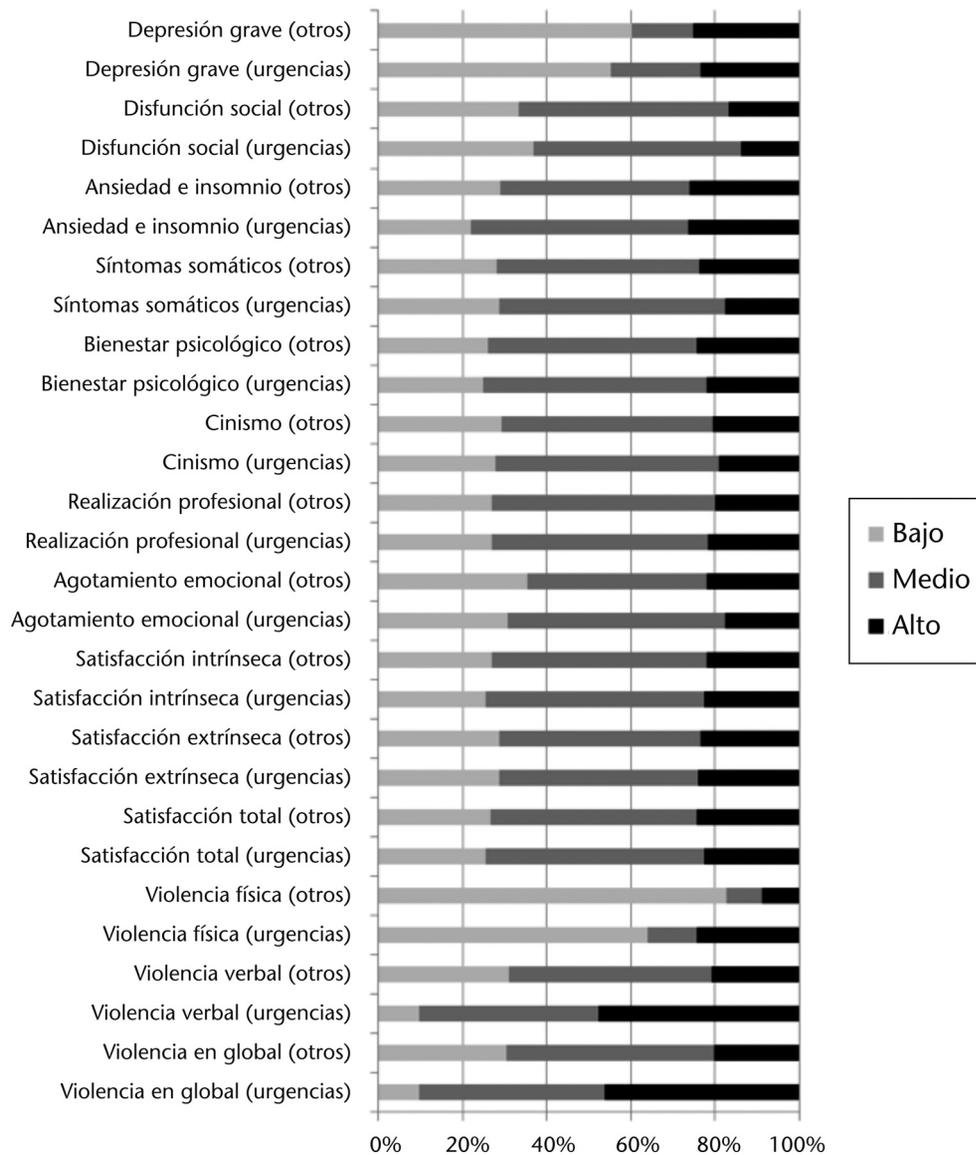


Figura 1. Puntuación del personal de urgencias en diferentes escalas respecto al resto de personal hospitalario.

cuadas^{27,28} sobre el sistema de clasificación y los tiempos de espera aproximados podrían disminuir la incidencia de hechos violentos.

En nuestro estudio, hemos obtenido una diferencia significativa en violencia no física en relación al tamaño del hospital, de forma que los centros con más de 1.000 trabajadores, que coinciden con aquéllos que se encuentran en las ciudades más grandes, tienen un nivel de violencia mayor. En el estudio de Landau y Bendalak⁸ encontró que los trabajadores de hospitales de tamaño mediano son los que sufren una mayor violencia, aunque no indica ni el número de trabajadores de estos hospitales ni 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 y la comunicación con los pacientes, que son factores de riesgo identificados por otros autores^{23,25}.

Aquellos trabajadores que realizan otra actividad profesional obtuvieron puntuaciones significativamente mayores. Esto posiblemente se deba a un mayor tiempo de exposición, pero también podría deberse a un mayor cansancio en el trabajador que puede afectar a su trato con el paciente y por su capacidad de comunicación⁷.

Algunos autores indican como factor de riesgo ser más joven o tener menos experiencia profesional^{4,8,23}. En nuestro estudio, la edad o antigüedad en la profesión no han sido significativas, aunque sí

la antigüedad en el puesto en relación con la puntuación en la subescala de violencia física: fue mayor entre los más experimentados, coincidiendo en este aspecto con Senuzun Ergün y Karadakovan²⁷. Esta diferencia entre estudios podría ser debida a que la causa no es la antigüedad *per se*, sino la capacidad de comunicación de los trabajadores que debería mejorar con los años de experiencia, por lo que una posible intervención debería incluir formación de los trabajadores sobre la prevención y respuesta frente a la violencia de los usuarios²⁸.

Hemos detectado una diferencia significativa en la puntuación en la subescala de violencia no física entre los enfermeros y los auxiliares. Esta variable se podría relacionar con la posición de autoridad que indican algunos autores como factor de riesgo³.

En nuestro estudio no hemos obtenido diferencias según el sexo del profesional, aunque existen estudios que indican que los hombres tienen un mayor riesgo de violencia^{8,23,29}. Posiblemente, esta falta de significación pueda deberse al número de casos estudiados, por lo que sería recomendable, para próximos estudios, un aumento del tamaño de la muestra.

En cuanto a los patrones temporales, algunos autores indican que el riesgo es especialmente alto durante la noche debido a la combinación de existencia de menos centros abiertos por un lado, y menos personal en los hospitales, por el otro^{3,6,23,30}. Nosotros no hemos detectado diferencias significativas según el turno, aunque la puntuación en violencia física en los turnos de noche ha sido mayor.

En la revisión de diferentes estudios^{10,12,15,26}, hemos comprobado cómo la exposición a violencia puede tener diversas consecuencias psicológicas en el trabajador. Pueden ir desde la disminución de la satisfacción laboral hasta el deterioro del bienestar psicológico y la aparición del síndrome de *burnout*. En nuestro estudio sólo hemos detectado esta correlación cuando hablamos de violencia no física. Quizás este aspecto se ha 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.

Al comparar la proporción de trabajadores en cada nivel de exposición a violencia, satisfacción laboral, *burnout* y bienestar psicológico entre el personal de enfermería de los SUH y del resto del hospital, hemos obtenido sólo diferencias significativas en violencia y una tendencia en agotamiento emocional. Wittington, en su estudio del 2002¹², encontró 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 agresivos¹³ y a la aparición de nuevas agresiones, que a su vez llevaría a un mayor agotamiento emocional. De esta forma, se revela el agotamiento emocional no sólo como consecuencia, sino también como posible causa de una mayor puntuación en la escala de violencia.

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 precisa²⁶.

Bibliografía

- Di Martino V. Workplace Violence in the Health Sector: Country case studies. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Génova: World Health Organization; 2003.
- Nolan P, Soares J, Dallender J, Thomsen S, Arnetz B. A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *Int J Nurs Stud*. 2001;38:419-26.
- Landau S, Bendalak Y. The role of individual, situational and interactional factors in violence: The case of personnel victimization in hospital emergency wards. *International Review of Victimology*. 2010;17:97-130.
- Barlow CB, Rizzo AG. Violence against surgical residents. *West J Med*. 1997;167:74-8.
- May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nurs*. 2002;28:11-7.
- Sterling G, Higgins JE, Cooke MW. Violence in A&E departments: A systematic review of the literature. *Accid Emerg Nurs*. 2011;9:77-85.
- National Audit Office. A safer place to work-protecting NHS hospital and ambulance staff from violence and aggression. Londres: NAO; 2003.
- Landau SF, Bendalak J. Personnel Exposure to Violence in Hospital Emergency Wards: A Routine Activity Approach. *Aggressive Behav*. 2008;34:88-103.
- Sibbald B. Physician, protect thyself. *Can Med Assoc J*. 1998;159:987-9.
- Lyneham J. Violence in New South Wales emergency departments. *Aust J Adv Nurs*. 2000;18:8-17.
- Tak S, Sweeney MA. Workplace Assaults on Nursing Assistants in US Nursing Homes: A Multilevel Analysis. *Am J Public Health*. 2010;100:1938-45.
- Wittington R. Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the "zero tolerance" era: associations with "burnout" and length of experience. *J Clin Nurs*. 2002;11:819-25.
- Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs*. 2010;19:2329-41.
- Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *J Nurs Scholarsh*. 2010;42:13-22.
- Franz S, Zeh A, Schablon A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:1-9.
- Waschler K, Ruiz JA, Llor B, García-Izquierdo M. Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale-users. *J Adv Nurs*. 2013;69:1418-27.
- NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1984.
- Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach "burnout" Inventory General Survey. *Salud Pública México*. 2002;44:33-40.
- Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*. 1986;16:135-40.

- 20 Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86:279-91.
- 21 Moncada S, Llorens C, Navarro AC, Kristensen TS. ISTAS21: Versión en lengua castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Arch Prev Riesgos Labor*. 2005;8:18-29.
- 22 Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory* (3rd ed.). Nueva York: McGraw-Hill; 1994.
- 23 Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal S, El-Geres N, Al-Raqem M. Violence Against Nurses in Healthcare Facilities in Kuwait. *Int J Nurs Stud*. 2002;39:469-78.
- 24 Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: EL caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*. 2008;2:49-58.
- 25 Lavoie F, Carter G, Danzi D, Berg R. Emergency department violence in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med*. 1988;17:1227-33.
- 26 Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro EM. El *Triaje* en Urgencias en los Hospitales Españoles. *Emergencias*. 2013;25:66-70.
- 27 Senuzun-Ergün F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev*. 2005;52:154-60.
- 28 Estryng-Behar M, Van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, et al. Violence risks in nursing- results from the European "NEXT" Study. *Occupational Medicine*. 2008;58:107-14.
- 29 Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina Marcos M, Morató Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global*. 2013;30:198-207.
- 30 Lorente Gironella F. Violencia en urgencias. Prevención y afrontamiento de la situaciones de agresividad y conflictividad en las urgencias hospitalarias. Barcelona: Ediciones de Crisis; 2010.
-

Violence against nursing staff in hospital emergency services: risk factors and consequences

Galián-Muñoz I, Llor-Esteban B, Ruiz-Hernández JA

Objective: To study hostility directed against nurses and auxiliary nurses by users of hospital emergency departments in the public health system of Murcia, Spain; to determine the frequency of the nursing staff's exposure to various types of user aggression; and to explore the sociodemographic characteristics and position (nurse or auxiliary nurse) of staff exposed to a higher rate of aggression. To analyze the relationship between exposure to hostile behaviors and potential psychological impact, such as changes in a nurse's job satisfaction, burnout, or psychological well-being.

Methods: Descriptive cross-sectional survey of public health system hospital emergency department nursing staff in Murcia in 2010. The sample was stratified by hospital and corresponded to 30% of the emergency department nursing staff in the region. Participants responded to an anonymous self-administered questionnaire.

Results: The hostile behavior the nurses were exposed to most often was the expression of anger at delayed care or lack of information. The scores for exposure to nonphysical aggression were significantly related to hospital size, staff position, and moonlighting practices; scores for exposure to physical violence were significantly related to staff seniority (years working). Nonphysical violence was correlated with degree of burnout, job satisfaction, and psychological well-being.

Conclusions: Expressions of user hostility toward nursing staff are more common in emergency departments than in other hospital areas. Reducing the frequency of hostile encounters would help improve the psychological well-being of these staff members. [*Emergencias* 2014;26:163-170]

Keywords: Aggression. Workplace violence. Hospital nursing staff. Emergency health services.