



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud

“Burnout, insatisfacción laboral y violencia de los usuarios
hacia los profesionales de los servicios de urgencias
hospitalarias”.

Autor:

Juan Manuel Cánovas Pallarés

Directores:

Dr. D. Manuel Pardo Ríos

Dr. D. Bartolomé Llor Esteban

Dra. Dña. Inmaculada Galian Muñoz

Murcia, junio de 2022



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud

“Burnout, insatisfacción laboral y violencia de los usuarios
hacia los profesionales de los servicios de urgencias
hospitalarias”.

Autor:

Juan Manuel Cánovas Pallarés

Directores:

Dr. D. Manuel Pardo Ríos

Dr. D. Bartolomé Llor Esteban

Dra. Dña. Inmaculada Galian Muñoz

Murcia, junio de 2022



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DE LO/S DIRECTOR/ES DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. Manuel Pardo Ríos, el Dr. D. Bartolomé Llor Esteban y la Dra. Dña. Inmaculada Galian Muñoz como directores de la Tesis Doctoral titulada “Burnout, insatisfacción laboral y violencia de los usuarios hacia los profesionales de los servicios de urgencias hospitalarias” realizada por D. Juan Manuel Cánovas Pallarés en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Escuela Internacional de Doctorado, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011 , en Murcia a 22 de junio de 2022

RESUMEN

La violencia es un acontecimiento que conlleva desde la aplicación de fuerza física hasta amenaza verbal, con la posibilidad u objetivo de generar destrucción o daño a las personas. Es un fenómeno creciente y considerado un problema de salud pública que afecta de manera considerable y exponencial en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH), en los cuales se potencia el citado proceso por el contacto directo, constante e intenso con familiares y/o pacientes que precisan de cuidados críticos continuados.

Con ello, el objetivo general del presente estudio se convierte en describir la relación entre la violencia de usuarios, insatisfacción laboral y síndrome de burnout en los profesionales sanitarios y no sanitarios de los SUH.

Para ello, se diseñó un estudio transversal descriptivo analítico mediante la aplicación de formularios formados por 121 ítems aplicado a 584 profesionales sanitarios y no sanitarios de los SHU, empleando una técnica de muestreo por conglomerado bietápico, donde se desarrolló una primera fase de estadísticos descriptivos y, seguidamente, se aplicó un análisis de cluster empleando el método Stepwise para analizar la relación entre las variables del estudio.

Tras ello, se extrajo que por encima del 85% de los participantes recibieron alguna manifestación de violencia no física en los últimos 12 meses y, por encima del 22%, manifestaciones de violencia física, conllevando ambas hacia aumento de

depresión, hostilidad, somatización, agotamiento emocional y cinismo, potenciando el desarrollo de burnout y el descenso de satisfacción laboral.

Dicho fenómeno de violencia es desarrollado cuando las expectativas de los pacientes y/o familiares se ven frustradas respecto a la atención sanitaria que esperan o idealizan, y su desarrollo acarrea efectos negativos acerca de su estilo de vida, hábitos de trabajo y bienestar biopsicosocial, afectando conjuntamente la existencia de satisfacción laboral.

Finalmente, y como conclusión del presente trabajo, SUH son entornos dinámicos con eventos que comprometen la vida de pacientes y/o usuarios, aumentando la posibilidad de reaccionar fuertemente ante los profesionales, siendo ello factor predisponente a un estrés crónico que conlleve hacia el desarrollo de procesos psicopatológicos como burnout e intento de abandono con afectación de la satisfacción laboral.

Palabras clave: Enfermedades Profesionales, salud laboral, salud pública, servicios sanitarios, actitudes sociales

ABSTRACT

Violence is an incident that entails from physical force application to verbal threats, with the possibility or objective of generating destruction or harm to people. It is a growing phenomenon and considered a public health problem that considerably and exponentially affects the Emergency Medical Services (EMS), in which the aforementioned process is enhanced by direct, constant and intense contact with relatives and/or patients who require continuous critical care. Thus, the general objective of this study is to describe the relationship between user's violence, job dissatisfaction and burnout syndrome in health and non-health EMS professionals.

For that purpose, an analytical descriptive cross-sectional study was designed through form's application consisting of 121 items applied to 584 health and non-health EMS professionals, using a two-stage cluster sampling technique, where a first phase of descriptive statistics was developed and then, a cluster analysis was applied using the Stepwise method to analyze the relationship between the study variables.

After that, it was extracted that over 85% of the participants received some manifestation of non-physical violence in the last 12 months and over 22% suffered physical violence, both leading to increase depression, hostility,

somatization, emotional exhaustion, and cynicism, enhancing the development of burnout and job satisfaction decrease.

This violence phenomenon is developed when the expectations of patients and/or relatives have failed regarding the health care they expect or idealize, and where its development has negative effects on their lifestyle, work habits and biopsychosocial well-being, jointly affecting to a job satisfaction existence.

Finally, and as a conclusion of this research, EMS are dynamic environments with events that endanger patients and/or users lives, increasing the possibility of reacting strongly against professionals, being this a predisposing factor for chronic stress that leads to psychopathological processes' development such as burnout and attempted abandonment affecting job satisfaction.

Keywords: Occupational Diseases, occupational health, public health, health services, social attitude

AGRADECIMIENTOS

La vida esta constituida por múltiples etapas que vamos de forma paulatina y con mucho esfuerzo y tesón dejando detrás de nuestras espaldas, y con este proyecto cierro una de las etapas más bonitas y gratificantes de mi vida, pero a su vez aquella donde mayores luces y sombras he vivido con aquellos momentos de auténtica alegría, pero con otros de parecer no encontrar en camino adecuado o correcto.

Todas esas situaciones necesitaban de grandes cimientos y pilares para no claudicar y abandonar, estos pilares han sido varios en esta larga etapa de mi vida. En primer lugar, mis padres Juan Manuel e Isabel, ellos siempre me han moldeado desde el cariño como persona y han inculcado en mí los valores de esfuerzo y amor por la profesión que desarrollo, teniendo una palabra de aliento y ánimo en esos momentos de luces y sombras.

Por otro lado, otro de los pilares importantísimos para el desarrollo de esta etapa han sido mis amigos Oltra, Carlos, Diego y Fernando, los cuales les agradezco siempre su apoyo y comprensión. Mi pareja, Lourdes, quien ha puesto siempre su amor incondicional hacia mi para apoyarme, siempre teniendo unas palabras con un abrazo, con un beso y cariño para seguir adelante.

Finalmente, no podría finalizar estas palabras sin agradecer siempre el apoyo de mis directores Manolo, Inma y Bartolomé, ellos han sido el rumbo que ha guiado este trabajo, los cuales me han transmitido todo su valor, amor y comprensión, dentro del equipo de investigación donde también me gustaría recordar la figura David que más que un compañero se ha convertido en un amigo.

Por todo ello y a todos vosotros GRACIAS por ser la luz que ha guiado esta gran etapa de

"El valor de un acto reside más en el esfuerzo para llevarlo a cabo que en el resultado". Albert Einstein (1879-1955).

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
SIGLAS Y ABREVIATURAS	17
ÍNDICE DE FIGURAS DE TABLAS Y DE ANEXOS	19
ÍNDICE DE IMÁGENES.....	21
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	25
II JUSTIFICACIÓN.....	39
2.1 Violencia laboral.....	41
2.1.1 Introducción.....	41
2.1.2 Definiciones de violencia laboral.....	43
2.1.3 Tipos de violencia laboral.....	44
2.1.4 Violencia laboral en el ámbito sanitario.....	45
2.1.5 Consecuencias de violencia laboral.....	50
2.1.6 Desarrollo de acto violento en entorno laboral.....	52
2.1.7 Prevención de violencia laboral en ámbito sanitario.....	55
2.2 Estrés laboral.....	62
2.2.1 Introducción.....	62
2.2.2 Definiciones.....	64
2.2.3 Fases, tipos y consecuencias del estrés laboral.....	68
2.2.4 Modelos de estrés laboral.....	70
2.3 Satisfacción laboral.....	72
2.3.1 Definición.....	73
2.3.2 Satisfacción laboral y calidad asistencial.....	76
2.4 Agotamiento Laboral o “ <i>Burnout</i> ”	82
2.4.1 Modelo teórico síndrome de “ <i>Burnout</i> ” o Agotamiento laboral.....	84
2.4.2 Factores de riesgo del síndrome de “ <i>Burnout</i> ” o Agotamiento laboral.....	88
2.4.3 Consecuencias del síndrome de “ <i>Burnout</i> ” o Agotamiento laboral.....	89
III OBJETIVOS.....	93

IV MATERIAL Y MÉTODO	97
4.1. Centros y composición de la muestra total.....	99
4.2 Instrumentos.....	100
4.3 Análisis estadístico.....	104
V RESULTADOS	107
5.1. Variables sociodemográficas de la muestra.....	107
5.2 Análisis descriptivo de los instrumentos empleados	110
5.3 Análisis de <i>Cluster</i>	124
VI DISCUSIÓN	133
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES	151
CAPÍTULO VIII: LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	155
CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
CAPÍTULO X: ANEXOS	195

SIGLAS Y ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud
OIT: Organización Internacional del Trabajo
SUH: Servicio de Urgencias Hospitalarias
TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
DT: Desviación Típica
SEM: Servicio de Emergencias Médicas
EMS: Emergency Medicar Services
VU: Violencia de Usuarios
MSI: Maslach Burnout Invetory
SA: Syntom Assessment
OJS: Overall Job Satisfaction
JCQ: Job Content Questionnaire

ÍNDICE DE FIGURAS, DE TABLAS Y DE ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla nº1 Centros componentes del tamaño muestral.....	99
Tabla nº2 Datos laborales y sociodemográficos.....	108
Tabla nº 3 Análisis descriptivo de la escala Job Content Questionnaire (JCQ).....	110
Tabla nº4 Análisis descriptivo de la escala Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45).....	113
Tabla nº5 Análisis descriptivo de la escala Overall Job Satisfaction (OJS).....	115
Tabla nº6 Análisis descriptivo de la escala Maslach Burnout Inventory-GS (MBI-GS).....	117
Tabla nº7 Análisis descriptivo de la escala HABS-U.....	119
Tabla nº8 Porcentaje de percepción de violencia de usuarios por grupo profesional.....	123
Tabla nº9 Comparaciones por grupo profesional en violencia verbal y física.....	124
Tabla nº10 Análisis de <i>cluster</i> K- Medias.....	126
Tabla nº 11 Resultados sobre las variables analizadas.....	126

INDICE DE ANEXOS**Anexo 1: Documento protocolo recogida de datos.....195****INDICE DE IMÁGENES****Imagen nº1: Página 1 protocolo de recogida de datos.....195****Imagen nº2: Página 2 protocolo de recogida de datos.....196****Imagen nº3: Página 3 protocolo de recogida de datos.....197****Imagen nº4: Página 4 protocolo de recogida de datos.....198****Imagen nº5: Página 5 protocolo de recogida de datos.....199****Imagen nº6: Página 6 protocolo de recogida de datos.....200****Imagen nº7: Página 7 protocolo de recogida de datos.....201**

I - INTRODUCCIÓN

I - INTRODUCCIÓN

La violencia es entendida en el ámbito laboral como un: *“acto que incluye desde el uso de la fuerza física hasta una amenaza verbal que no implica contacto físico”*¹, conjuntamente en 1989 también es definida por Hinde y Groebel como la: *“utilización de fuerza física o coacción psíquica ejercida por una persona o grupo de personas a otros seres vivos, cosas u objetos donde el resultado es la destrucción o el daño o lesión a las personas con la consecuente violación de derechos”*².

A principios del siglo XXI la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia ocupacional como: *“aquella que está constituida por incidentes en los cuales los trabajadores sufren abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo incluyendo trayecto de ida y vuelta que coloquen en peligro implícita o explícitamente su seguridad, bienestar o salud”*³ y conjuntamente la Organización Internacional el Trabajo (OIT) la cita como: *“ toda acción, incidente y/o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada y /o humillada, lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional y que ocurre en un tiempo razonable”*⁴ y donde el citado proceso según The Workplace Safety and Health Council no queda limitado a un único tipo de violencia, sino

que incluyen abuso verbal, emocional y psíquico, el cual puede ser perpetrado por pacientes, familiares, así como entre miembros del equipo de trabajo⁵.

Seguidamente el fenómeno definido anteriormente es un proceso creciente y considerado un problema de salud pública que afecta a cerca del 50% de los profesionales que desarrollan su trabajo en los servicios de urgencias hospitalarias⁶, los cuales se muestran en contacto directo e intensa interacción con pacientes y/o familiares que precisan de cuidados críticos y especiales durante 24 horas todos los días del año conllevando con ello una elevada carga asistencial¹. Lo cual manifiesta que cualquier profesional sanitario y no sanitarios puede ser objeto de violencia en cualquiera de sus modalidades, en el año 2003 la Oficina Nacional de Auditores de Gran Bretaña, estimó que el 39% de los incidentes declarados ocurren en los servicios de urgencias y dentro de ello los profesionales sanitarios son los más afectados⁷.

Así mismo, 2005 la Agencia Sanitaria de Poniente define las agresiones como: " sucesos violentos sufridos por trabajadores, incluyendo tales como conductas verbales o físicas amenazantes, intimidatorias, abusos o acciones que tengan relación directa con la actividad laboral propia del puesto desempeñado"⁸.

De esta forma, la violencia laboral presenta disparidad a nivel global, en países como Tailandia y Hong Kong presenta una prevalencia del 30 al 76%^{9,10,11}, mientras que en países como Jordania y Taiwan alcanzan cifras superiores al

90%^{12,13,14}. Conjuntamente en países europeos aparecen cifras de violencia con variabilidad donde en Inglaterra presenta una prevalencia del 9,3% seguida de Italia, Alemania y Francia con un 10,3%, 11,5%, y 19,5% respectivamente.^{15,16}

En España estudios previos sitúan en torno al 60% el personal sanitario como objeto de violencia laboral en alguna de sus formas.¹⁷ Conjuntamente el pleno interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el año 2014 estableció en su informe que durante los años 2008 al 2012 cerca de 30.000 profesionales sufrieron agresión laboral y donde la naturaleza de éstas era en el 80% de los casos no física.¹⁸

Seguidamente en el año 2013 la violencia laboral había aumentado en un 300% y el 30% de la enfermedad laboral era consecuencia de violencia y estrés, siendo cerca del 80% de los afectados profesionales sanitarios.¹⁹

En el año 2007 el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT) establece en la 4ª encuesta sobre las condiciones de trabajo que el principal tipo de violencia es la externa relacionada con la atención a pacientes y la interna relacionada con compañeros y/o superiores, de manera que esta última se encuentra presente en el 2% de los casos mientras que el resto son casos de violencia externa y donde el 73% de éstos el perpetrador es el paciente seguido de 20% familiares y 7% acompañantes.²⁰

Seguidamente en el año 2008 en el desarrollo de la 5ª encuesta nacional por parte del INSHT refleja el persistente crecimiento de violencia hacia los profesionales sanitarios y donde marca la necesidad de realización de protocolos de prevención, detección y evaluación²⁰.

En ciertas regiones de nuestro país, como Andalucía en el primer semestre del año 2010 registraron 674 agresiones, incrementándose la incidencia en un 26% respecto al semestre anterior y donde el 44% de las agresiones presentaba una naturaleza de origen no físico²¹, en esta misma región en un estudio desarrollado en 2015 con 221 profesionales de urgencias, donde el 40,3% eran profesionales de medicina, el 22,8% de enfermería, 18,1% auxiliares de enfermería, 11,8% celadores y 3,8% personal de administración han sufrido algún manifestación de violencia laboral.²²

En la Región de Murcia otro estudio desarrollado en 2010 el 22,8% de los participantes, profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sufrieron semanal o diariamente manifestaciones de violencia no física.²³

En el mismo año anteriormente citado otras comunidades autónomas de nuestro país como Aragón, las manifestaciones de violencia presentaban un predominio no físico con un 64% de las declaradas mientras que las de origen no físico ocupaban un 11% del total. y donde otras comunidades como Cataluña en el año 2016 aumentaron el número de agresiones en un 146%.^{24,25}

Tras lo descrito anteriormente Comunidades Autónomas como Castilla y León han creado el observatorio de violencia 52/2010 de 16 de octubre hacia los profesionales sanitarios y donde su primer informe en el año 2015 indica la existencia de agresiones, las cuales aumentan de forma gradual entre los años 2011-2014, destacando la violencia no física y las manifestaciones en los servicios de urgencias hospitalarias predominado como desencadenante la demora asistencial y los tiempos de espera.²⁶

Tal y como se ha remarcado la Agencia Europea para la Salud y Seguridad en el Trabajo señala que el sector sanitario es una de las poblaciones con mayor riesgo, derivado de las situaciones de estrés negativo a las que se enfrenta, así como contacto continuo con los usuarios, potenciando estas características en los servicios de urgencias hospitalarias.^{27,28} Además, dichas agresiones o manifestaciones de violencia predominan en el grupo de edad de 26-35 años con un 46,3 % del total.²⁹

De esta forma la violencia laboral en cualquiera de sus manifestaciones, según Di Martino, Hoel y Cooper pueden involucrar a dos o más personas presentando consecuencias para la salud, bienestar y/o seguridad y donde además desarrolla la existencia e influencia por factores ambientales, personales y culturales, así como la combinación de estos^{30,31}. Además en dicho proceso Einarsen y Harse resaltan la existencia de efectos nocivos al mantenerse las

citadas conductas sobre el entorno biopsicosocial de los profesionales involucrados.³²

Seguidamente tal y como se ha citado con anterioridad la violencia emerge en situaciones humanas en las que existen interacciones que dan lugar a desarrollar comportamientos o manifestaciones de violencia quedando sujetas a interpretación social y/o cultural, adquiriendo una enorme importancia y repercusión en los países industrializados afectando al bienestar biopsicosocial, eficacia en el trabajo y éxito en la organización laboral, siendo común el abandono laboral como reacción ante la existencia de violencia laboral, pudiendo desarrollar conjuntamente episodios de absentismo, menor compromiso organizacional y alteración de la satisfacción laboral.^{33,34}

Ésta última es definida como: *“un estado emocional positivo y placentero resultante de la valoración personal que hace el individuo sobre su trabajo y sobre la experiencia adquirida por el mismo”*³⁵. Además, presenta un carácter multidimensional influenciada por componente de valores, expectativas y recompensas por parte de la organización de manera que se encuentra sujeta en gran parte a la percepción subjetiva e individual frente al trabajo y consecuencias derivadas del mismo, vinculado conjuntamente a múltiples variables como equidad, formación y relaciones interpersonales, así como episodios de violencia laboral^{35,36}.

De esta forma el componente subjetivo de satisfacción laboral se halla modulado por componentes objetivos siendo importante el entorno laboral, relacionado con recursos humanos y materiales de manera que el componente subjetivo se encuentre en armonía con el componente objetivo y con ello jugar un papel protector frente a eventos que causen daños biopsicosociales en personal de la organización, y donde las relaciones interpersonales desarrollan un papel fundamental, ya que el liderazgo organizacional y relaciones entre pares aplican un sentido positivo hacia la satisfacción laboral desarrollando un papel protector frente a las consecuencias que pueden desarrollar los riesgos psicosociales.^{37,38,39,40,41}

Estos riesgos psicosociales son definidos por el (INSHT) como: “*condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral relacionado directamente con la organización, contenidos del trabajo y relación con la cantidad y capacidad del trabajo que afectan al bienestar y salud del trabajador y desarrollo del trabajo*”⁴², los cuales son desarrollados cuando las exigencias y características de trabajo no se ajustan a las necesidades, expectativas o capacidades del trabajador presentando impacto y potenciando daños físicos, mentales y sociales⁴³ y con ello potenciando la inseguridad laboral, la cual es definida como: “*la incapacidad percibida de mantener una continuidad laboral ante una situación de amenaza en el trabajo*”⁴⁴

En este sentido el componente organizativo y colectivo juega un papel más que relevante existiendo una máxima atención sobre los componentes subjetivos e individualistas, ya que dentro de una misma organización los profesionales desarrollan patrones comunes hacia la organización, donde la colectividad ha de favorecer la existencia de estrategias de afrontamiento, como factor protector frente a riesgos psicosociales⁴⁴.

De esta forma se desarrolla una contribución hacia el autoestima y autopercepción positiva , potenciación con ello las relaciones interpersonales y proporcionando los correctos recursos humanos y materiales para alcanzar un correcto apoyo organizacional mitigando el distrés psicológico⁴⁵, el cual es responsable de la insatisfacción laboral guardando relación con los aspectos organizacionales, como son: la sobrecarga laboral, los recursos humanos y/o materiales y con aspectos extraorganizacionales como son : la familia, relación con el usuario y rasgos de personalidad⁴⁵.

Seguidamente el trabajo o desarrollo de una profesión presenta un valor vinculado de plena satisfacción del ser humano, donde la actividad laboral ha de desarrollarse acorde al bienestar biopsicosocial de los profesionales. Sin embargo, existen situaciones, citadas anteriormente que pueden desencadenar un entorno de estrés laboral, comprometiendo la satisfacción laboral y favoreciendo procesos psicopatológicos de burnout⁴⁶.

Este proceso psicopatológico fue contextualizado en 1974 por Freudeberg como una: *“sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto directo en su trabajo”*⁴⁶, más tarde en 1986 Maslach y Jackson amplían el citado concepto albergando las dimensiones cuantificadas como agotamiento, cansancio emocional y despersonalización para desarrollar finalmente una baja realización personal con descenso del autoestima y aumento de la hostilidad e irritación⁴⁷.

De esta forma el citado proceso es resultado de una reacción crónica al estrés en el medio laboral que conlleva consecuencias negativas a nivel socioeconómico con afectación a la salud física, mental y social de los profesionales, siendo el entorno sanitario donde la existencia del dinamismo e intensidad en relaciones interpersonales con usuarios y resto de profesionales⁴⁸, siendo los servicios de urgencias donde mayores niveles se alcanzan por la existencia de manifestaciones de violencia laboral, así como el alto nivel permanente de exigencia laboral⁴⁹.

Dicho síndrome presenta a nivel mundial una prevalencia de entorno al 27-45%, llevando hacia una correlación de depresión, consumo de sustancias, problemas familiares y profesionales en la mayoría de los casos⁵⁰. En países europeos como Alemania la prevalencia es del 8% de la población laboral⁵¹ y en

Estados Unidos presenta una prevalencia del 18%⁵² en los servicios de emergencias aumentando de manera exponencial en 2011 hasta un 35,2% y en 2014 hasta un 54,4%⁵³, siendo considerado un grave problema en los profesionales sanitarios y sobre todo en aquellos expuestos a situaciones emocionales demandantes como entornos de urgencias y emergencias⁵⁴. Además, el citado entorno conlleva el desarrollo de actividades que precisan de mayor destreza, rapidez y contacto con pacientes y familiares en situaciones límite y de gravedad, además en el citado entorno el 94,7% de los profesionales son vulnerables a desarrollar el citado proceso psicopatológico⁵⁵, donde la manifestación que mayor prevalencia presenta es la despersonalización con un 36% seguido de exhaustación emocional y pérdida de factor social⁵⁶.

Todo ello puede encontrarse influenciado por extensas jornadas laborales, inseguridad y entorno demandante esperando un modelo paternalista de atención estableciendo con ello una estrecha relación con el paciente, marcada por relaciones interpersonales previas y factores organizacionales, así como por la existencia de mayor autonomía de pacientes y/o familiares con mayores fuentes de información⁵⁴, manifestaciones de violencia por parte de usuarios y/o familiares hacia profesionales sanitarios y no sanitarios⁵⁷.

De esta forma el proceso psicopatológico de burnout se manifiesta mediante síntomas somáticos, emocionales y conductuales⁵⁸, donde estas

manifestaciones aparecen con una elevada probabilidad conjuntamente con despersonalización y cansancio emocional, desarrollando con ello ausencia de compromiso laboral y emocional, así como ausencia de empatía, manejo erróneo de la información con conductas rígidas y automáticas, así como embotamiento mental e irritación⁵⁸, de esta forma no existe una irrupción de manera brusca, sino que aparece como exposición constante a riesgos psicosociales, donde inicialmente un desajuste entre la demanda y recursos humanos o materiales desencadenando un sobreesfuerzo y un entorno de ansiedad, angustia y conductas egoístas⁵⁹, desarrollando un sufrimiento subjetivo, problemas de salud y disminución del rendimiento profesional y con ello consecuencias hacia el sistema sociosanitario.⁶⁰

Por lo citado anteriormente, juega un papel fundamental la observación y regulación por instrumentos colegiados para el análisis, estudio y difusión de información respecto a la realidad social de agresiones, así como la formulación de propuestas, medidas preventivas, actuación y elaboración de informe anual⁶¹.

De esta forma existen comunidades autónomas en nuestro país que han desarrollado planes de prevención en este sentido, en el año 2005 fueron Andalucía, Aragón, Castilla la Mancha, Cataluña y Región de Murcia, en el año 2006 Galicia, Extremadura, Islas Canarias y Baleares y entre 2007 y 2010 Asturias, Castilla y León, Navarra, País Vasco y Comunidad Valenciana⁶².

De esta forma se establecen condiciones e intervenciones de vigilancia acerca de las condiciones laborales y estado de la salud de los profesionales persiguiendo con ello el completo estado de bienestar biopsicosocial, con las capacidades de identificar, eliminar o modificar los factores relacionados que pueden desarrollar un efecto perjudicial sobre la salud, potenciando con ello un entorno seguro y de satisfacción laboral⁶³.

Por esta misma línea en 1950 la OIT afirma: *“la salud en el trabajo debe tender a la promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones”*.⁴

Finalmente, las citadas actuaciones han de quedar articuladas de manera legislativa, de manera que ante la violencia laboral los responsables de las instituciones deban garantizar la integridad física y moral de los trabajadores según el Real Decreto 1/1995 del Estatuto de los Trabajadores, así como la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), en la cual se recogen las obligaciones de establecer las condiciones laborales de seguridad y salud de los centros profesionales de empleo⁶⁴, siendo el objetivo la prevención de riesgos profesionales, eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, así como información, consulta y participación en el ámbito de aplicación de los trabajadores de la administración. De esta forma se ha de trabajar por aplicar prevención de los riesgos mediante integración real de la actividad preventiva,

actividades de seguridad y permanente seguimiento mediante planes de prevención y vigilancia hacia la salud y bienestar de los profesionales⁶⁵.

II - JUSTIFICACIÓN

II - JUSTIFICACIÓN

2.1 Violencia laboral

2.1.1 Introducción

La palabra violencia proviene del latín de “violenta”, donde a su vez muestra el significado de fuerza llevando con ello implícita la idea de agresión por parte de la persona que la ejerce. Mientras que la Real Academia Española (RAE) de la Lengua define el verbo “*violentar*” como: “*la aplicación de medios violentos a cosas o personas para vencer una resistencia, obrar en ímpetu o fuerza*”. Conjuntamente define agresión como: “*acto en sí como maltrato, herir, hacer daño sin justificación y como acto contrario al derecho del otro*”⁶⁶.

Dicho acontecimiento nace con el propósito de mantener, modificar o destruir el orden de las cosas, situaciones o valores y es propiciada o facilitada cuando existen desigualdades de derechos y/ u oportunidades, donde además se han de conocer condiciones sociales y circunstancias de las personas implicadas en el proceso⁶⁷.

La violencia se ha transformado en un problema de salud pública que alcanza proporciones epidémicas con amplias ramificaciones en el sector de la salud, constituyendo un fenómeno difuso y complejo que amenaza el desarrollo de las sociedades afectando a la calidad de vida constituyendo un problema polifacético con raíces biológicas, psíquicas, sociales y ambientales^{68,69}. De esta forma, es considerada un problema mundial y definida dentro del ámbito laboral como: “*incidentes en los que un trabajador sufre abuso, amenaza o ataque en circunstancias relacionadas con el trabajo, incluso en la ruta del mismo, que implica una amenaza*”

implícita o explícita y afecta a la seguridad o salud bienestar"⁷⁰. Por ello en sus diversas manifestaciones, es percibida como un problema global que atraviesa matices políticos, culturales y económicos, así como entornos laborales y categorías profesionales⁷¹ conllevando preocupación y percepción por parte de diversos organismos internacionales, interesados con ello en la calidad, bienestar y la prevención de que se convierta en un factor psicosocial y problema de derechos humanos^{72,73}.

De esta forma el comentado acontecimiento se ha convertido en un problema de índole universal, que afecta a todas las estructuras sociales conllevando elevados costes económicos hacia las sociedades que lo sufren, donde en el ámbito laboral existe un crecimiento en todos los continentes^{74,75,76,77,78}. De manera que según los centros de prevención y control de enfermedades la violencia en el lugar de trabajo se ha incrementado en un 300% en las últimas décadas, donde dicho proceso representa alrededor del 30% de los costos totales de las enfermedades y accidentes laborales, lo cual genera consecuencias a corto, medio y largo plazo en las relaciones interpersonales, así como en la organización laboral^{79,80}, donde además según el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades, manifiestan que el estrés y violencia laboral puede llegar a generar un gasto anual de entre el 1% al 3,5% del PIB⁸⁰.

Por ello en el año 1998 la OIT publicó el informe sobre la violencia en el lugar de trabajo, el cual señala que la violencia en el entorno laboral del trabajo deriva de una combinación de causas relativas a las personas, medio ambiente y condiciones del propio trabajo, así como de la propia interacción de los profesionales con el usuario⁸¹ y conjuntamente afecta a cerca de 12 millones de personas, siendo en Europa considerado un riesgo laboral.⁴

2.1.2 Definiciones de violencia laboral

La violencia laboral se ha convertido en un acontecimiento preocupante a nivel internacional con ausencia de una definición estandarizada, aunque internacionalmente es descrita como: *“acto que incluye desde el uso de la fuerza física (p.bofetadas, puñetazos, patadas y mordiscos, el uso de un objeto como arma y comportamientos agresivos como escupir, arañar y pellizcar) hasta la amenaza verbal que no implica un contacto físico”*⁸².

La RAE define la violencia como: *“acto de acometer a alguien para maltratarlo, herirlo o hacerle daño o acto contrario al derecho de una persona”*⁸³

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la violencia es: *“uso intencional de fuerza física o del poder real o por amenaza contra la propia persona, contra otra persona o contra un grupo o comunidad que puede causar o tiene la probabilidad de causar muerte, lesión o daño psicológico, alteraciones del desarrollo o privación”*³. Conjuntamente también la define el citado organismo como: *“todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo con la implicación que la amenaza sea explícita o implícitamente su seguridad, bienestar y salud”*³.

La OIT la define como: *“toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su trabajo o como consecuencia directa del mismo”*⁴.

Di Martino define la violencia laboral como: *“incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o asaltados en circunstancias relacionadas con su trabajo incluso en ir y venir que implica un implícito o explícito desafío a su seguridad, el bienestar y salud”*.⁸⁴

2.1.3 Tipos de violencia laboral

La violencia laboral puede ser clasificada de diversas formas: por el agente causal y por la naturaleza de la misma. La violencia laboral ocasionada por el agente causal acorde a la relación que el profesional de la salud tenga con el mismo se divide en⁸⁵:

- Violencia exterior: es causada por una persona que no muestra relación directa con el trabajo.
- Violencia Interior: es causada por aquellas personas que son integrantes de la organización laboral.

Conjuntamente dentro de la anterior clasificación la violencia la podemos subdividir el tipo:

- ✚ Violencia tipo I: donde el causante no presenta ninguna relación y tampoco es parte del lugar de trabajo.
- ✚ Violencia tipo II: el causante no forma parte de la organización, pero tiene relación al servicio que le es ofrecido.
- ✚ Violencia tipo III: es causada por integrantes de la organización que presenta como objeto un compañero de igual jerarquía o superior.

Seguidamente la violencia puede ser clasificada según la naturaleza de la misma⁴:

- Violencia física: es ejercer una fuerza física o material que genera traumatismo o lesión de modo inmediato que puede llevar en algunos casos a la muerte y a su vez genera daños psicológicos y morales.
- Violencia psicológica: se basa en comportamientos que llevan a desequilibrio sensorial, cognitivo y emocional, que puede ser compulsiva completada con gestos ejecutándose muchas veces mediante comportamientos repetidos que puede llegar a tener graves consecuencias.

- Violencia moral: es el abuso que agrede a los derechos de la persona, acoso sexual y violencia patrimonial que con el tiempo puede generar un daño psíquico

2.1.4 Violencia laboral en el ámbito sanitario

La violencia en el lugar de trabajo, se ha convertido en un problema mundial afectado a todos los sectores y categorías laborales, según la OIT, las profesiones relacionadas con el sector servicios son las que presentan mayor riesgo de sufrir manifestaciones de violencia atentando contra la dignidad y derivando daños en el trabajador en su esfera biopsicosocial con irritabilidad, tensión, depresión, cansancio e incapacidad de concentración, además de sintomatología psicosomática, así como afectación a nivel organizacional conduciendo hacia un deterioro en los resultados de los cuidados asistenciales.^{3,4,84}

La violencia laboral en el entorno sanitario es causada hacia los profesionales por parte de compañeros, pacientes y/o familiares de éstos, de manera que genera un fenómeno complejo y de complicado abordaje, donde la violencia hacia los profesionales sanitarios forma parte de diversos riesgos a los que se encuentra sometido los profesionales.^{86,87,88,89}

Diversos estudios internacionales muestran que el entorno hospitalario recoge cerca del 57% de las agresiones que sufren los profesionales⁹⁰. En España un estudio desarrollado en Castilla La Mancha encontró que el 11% de los profesionales sanitarios habían sufrido agresiones físicas y el 64% violencia psicológica, donde el 85% del total de las manifestaciones de violencia fueron perpetradas por pacientes y/o familiares^{91,92} y además dentro del complejo hospitalario los servicios de urgencias y emergencias recogen el 51% del total de estos incidentes.⁹³, donde corresponde con la primera línea de atención.

Otro estudio desarrollado por el Colegio Oficial de Médico de Barcelona en 2004, refiere que 1 de cada 3 médicos han experimentado algún acto violento a lo largo de su carrera profesional siendo más frecuentes las manifestaciones de violencia no física con un 44% que las físicas con un 28% u donde cerca del 45% del total de éstas ocurrían en entornos hospitalarios en los servicios de urgencias⁹⁴. Conjuntamente otro estudio desarrollado en Aragón y Castilla -La Mancha registro que el 11% de los profesionales sanitarios sufren violencia física mientras que el 64% reciben violencia psicológica, mientras que en los servicios de urgencias estas cifras aumentan hasta un 38 y 70,5% respectivamente⁹⁵.

En el sector sanitario las citadas manifestaciones de violencia han tomado un importante significado por el impacto que genera en la calidad de vida de las personas, así como calidad en la atención y seguridad hacia el paciente^{96,97,98,99,100} afectando a la esfera física, psíquica, espiritual y moral que acarrea las exigencias de atención y cuidados en los servicios asistenciales, donde aparece una relación con procesos donde coexisten situaciones de angustia por parte del agresor ante diversas situaciones como falta de información, expectativas erróneas, demoras asistenciales^{101,102} o atención hacia pacientes graves y/o vulnerables¹⁰³. Lo cual genera una vulneración de los derechos fundamentales y libertades públicas recogidas en el artículo 15 de la Constitución Española, donde en España la violencia laboral es en todas las formas anteriormente citadas^{104,105} repercute de forma negativa hacia la calidad de los servicios, sufriendo episodios de absentismo, y pérdida de confianza entre otros.^{106,107}

Tal y como se ha citado anteriormente, son los servicios de urgencias hospitalarias, donde sus profesionales son el grupo más vulnerable y susceptible de sufrir la violencia laboral por parte de pacientes y/o familiares, debido a la caracterización de alta presión de trabajo durante las 24 horas del día, elevado

volumen de usuarios, dolor y miedo que desarrolla una intolerancia y afectación del juicio con posibilidad de reaccionar fuertemente ante los profesionales sanitarios^{108,109}. Además de la existencia de carencia de habilidades comunicativas, interferencia de problemas personales con el trabajo, trabajo propenso a generar estrés laboral, inestabilidad, desconocimiento de la organización, impaciencia y estilos de comunicación con apatía

De esta forma, como se ha citado anteriormente la existencia de violencia en el entorno laboral y más concretamente en el entorno sanitario es resultado de la combinación de varios factores. Dicho proceso de violencia es definido por Chappel y Di Martino⁸⁴ como el resultado de un proceso multifactorial y además como resultado de la interacción entre ellos jugando un papel importante los factores individuales y ambientales tanto del agresor como de la víctima, donde ambos pueden presentar factores de riesgo que predisponen a conductas violentas.

Con ello nace el Modelo Interactivo de Violencia en el Sector Sanitario donde Chappel y Di Martino en 2006 intentan generar una relación con el grupo de factores anteriormente citados. En este proceso el agresor puede ser el cliente, usuario, paciente, amigo o compañero donde existen ciertas características que lo pueden predisponer hacia el desarrollo de actos violentos como: historial de actos violentos, problemas relacionados con la infancia, consumo de drogas, así como tipo de personalidad entre otros.

Conjuntamente la víctima puede presentar características vulnerables a los episodios de violencia donde destacan, la apariencia, primera impresión cuando existe contacto directo con el usuario, salud de los profesionales asociado al estrés por sobrecarga o alteraciones en la organización, donde puede llevar a una comunicación fragmentada que propicie conductas agresivas. Además, el entorno

laboral, que incluye las características físicas y organizacionales como estructura, estilo directivo y cultural, de manera que todo esto puede impregnar por completo el lugar de trabajo, al profesional y la comunidad en la que convive.

De esta forma, los factores causantes de la violencia en el sector de la salud los podemos clasificar en tres grandes grupos¹¹⁰:

- ✚ Factores derivados del paciente: como es la patología que presenta, la cual puede ser una enfermedad complicada, por su gravedad u otros problemas añadidos como afectación emocional, afectación hacia la autonomía, sintomatología confusa, miedo hacia procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, así como problema mental basal o mal manejo de éste. En este mismo grupo se engloba la personalidad del paciente con la existencia de barreras de comunicación o socioculturales, opiniones o creencias contrapuestas con la de los profesionales para finalmente tener en cuenta también las circunstancias en las que se desenvuelve el paciente relacionado con su situación cultural y/o socioeconómica y experiencias previas con el entorno sanitario.
- ✚ Factores derivados del profesional sanitario: como es la personalidad y profesionalidad, alteraciones de la propia salud, problemas familiares, múltiples tareas, actitudes profesionales disfuncionales, barreras comunicativas o socioculturales, circunstancias laborales de estrés e insatisfacción, experiencias negativas en relación con los pacientes, dificultad de abordaje de contenidos psicosociales.
- ✚ Factores derivados del entorno: relacionado con características físicas y organizativas del entorno, áreas de recepción, circuitos inapropiados, tiempos excesivos de espera, interrupciones frecuentes en la asistencia,

existencia de elevada burocracia, trabajo individual y de contacto con el ser humano en situaciones vulnerables y problemas graves de salud y elevado flujo de pacientes.

De esta forma la violencia laboral se puede comprender su desarrollo de tres enfoques distintos.¹¹¹

En primer lugar, existe una relación a las variables individuales de personalidad tanto de los agresores como de las víctimas, en función de las características inherentes a las relaciones personales y a partir de las características del entorno laboral, de manera que existen ciertas vulnerabilidades en los profesionales para que aparezcan manifestaciones de violencia

En segundo lugar, responde a una mirada antropológica en la que los conflictos interpersonales serían propios de las relaciones sociales. Y finalmente se postula que un entorno débilmente organizado debilita y propicia la aparición de manifestaciones de violencia laboral.

De esta forma los factores organizacionales facilitan entornos estresantes, con mucha valoración de la competencia y ausencia de ética en la organización, así como estructuras burocráticas, jerárquicas y autoritarias.⁸⁴

Luego, los modelos que respaldan lo citado anteriormente agrupan dos grandes categorías: características demográficas o de personalidad y las condiciones de trabajo como predictores tomando e identificadores de factores asociados a la violencia como la ambigüedad de rol, justicia organizacional, predominio de valores, eficacia y rendimiento.¹¹²

Seguidamente la violencia laboral puede ser entendida por el modelo ecológico propuesto por la OMS¹¹³, el cual permite analizar los factores que influyen en el comportamiento y actúan sobre el riesgo de cometer o padecer actos violentos diferenciándolos en cuatro niveles.

- En el primer nivel: se encuentran los factores biológicos y de la historia personal que aumentan las posibilidades de que el individuo se convierta en víctima o perpetrador de actos violentos.
- En el segundo nivel: se aborda las relaciones más cercanas como las mantenidas con familiares, amigos, parejas y/o compañeros.
- En el tercer nivel: se exploran los contenidos comunitarios en los que se desarrolla las relaciones sociales, como lugares de trabajo y las características de éstos.
- En el cuarto nivel: se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se aliente o inhiba la violencia como normas socioculturales.

2.1.5 Consecuencia de violencia laboral

La violencia en el entorno laboral o lugar de trabajo genera perturbaciones biopsicosociales de forma inmediata, a medio y largo plazo, donde conjuntamente llevarán de manera inevitable consecuencias negativas sobre la institución u organización, donde los profesionales afectados desarrollen su tarea: ^{114,115,116}

- A nivel personal: se genera un daño progresivo, con aumento de cansancio, irritabilidad y cinismo ante las necesidades del paciente, a lo cual le continúa un desinterés por la evolución del trabajo y con ello un trato despersonalizado, así como pérdida de motivación laboral¹¹⁷, con depresión, rabia, pérdida de confianza, baja autoestima, irritabilidad, ansiedad, accidentes ocupacionales e ideas suicidas.

Dentro de las consecuencias a nivel personal podemos clasificarlas en varias categorías.¹¹⁸

- Fisiológicas: como disfunciones gastrointestinales, respiratorias, cefaleas, fatiga, cansancio físico y mialgias varias.
- Emocionales: insatisfacción, ansiedad, estrés, irritabilidad, inseguridad, impotencia, frustración, miedo y culpabilidad.
- Cognitivos: confusión, injusticia percibida, pesimismo emocional, problemas de atención, concentración y memoria.
- Conductuales: ausentismo laboral, bajas efectivas, retrasos, rotación laboral y excedencias con abandono de la organización.
- Sociales: retraimiento, incomunicación y trato despersonalizado hacia los pacientes

- A nivel hospitalario: el buen funcionamiento de las organizaciones de la salud es un pilar fundamental, aumentando, con la presencia de violencia, el absentismo laboral, desarrollando menor calidad asistencial, deterioro del ambiente laboral e imagen institucional, aumento de insatisfacción laboral y de usuarios y deterioro en la calidad asistencial a los pacientes¹¹⁹, así como un descenso en el autoestima profesional y falta de predisposición para una correcta relación asistencial¹²⁰

De esta forma, el ser agredido o sufrir la violencia en cualquiera de sus manifestaciones, estar expuesto a vejaciones, intimidación y/ coacción se asocia a la existencia de un riesgo psicosocial que puede evolucionar hacia un problema de gravedad, como consecuencia de los daños citados anteriormente que la

violencia puede generar, de manera que la exposición continuada a estos componentes ponen en peligro el entorno habitual de los profesionales sanitarios, así como el ejercicio de sus competencias e integridad física, psíquica y mental.¹²¹

Generando con ello un elevado impacto psicológico evidenciándolo con depresión, manifestado con sintomatología conductual y emocional, seguida de ansiedad y estrés como respuesta del organismo para afrontar situaciones de riesgo para con ello conseguir una afectación en la autoestima del profesional afectado.¹²²

Por lo anteriormente citado, la reunión de expertos de la OIT en el año 2003 en Ginebra determinó la creación de políticas para combatir la violencia en el lugar de trabajo donde se contemplaban¹¹³:

- ✚ Reducir /suprimir la violencia en el trabajo.
- ✚ Elaborar políticas y planes nacionales, autonómicos y locales sobre salud y seguridad laboral.
- ✚ Promover la participación de las partes implicadas, así como revisar el derecho laboral e introducir legislación específica.
- ✚ Tratar de que los acuerdos nacionales, sectoriales y de trabajo entre empresas se incluyan disposiciones conducidas a reducir y suprimir la violencia laboral.
- ✚ Crear campañas de concienciación sobre riesgos de violencia laboral.
- ✚ Registrar y elaborar estudios sobre el alcance, las causas y consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo.

2.1.6 Desarrollo de acto violento en entono laboral

La conducta violenta es una elección a menudo tomada por individuos que identifican las causas de sus problemas fuera de ellos mismos, de esta

forma los pacientes con antecedentes de haber cometido actos violentos, así como problemas de origen orgánico bien agudos o crónicos generan una mayor predisposición hacia el desarrollo de comportamientos agresivos conjuntamente con factores socioeconómicos y el no cumplimiento de sus expectativas por parte del sistema sanitario. De esta forma, según la OIT⁴ la violencia en el medio laboral es la mayor fuente de alineación, desigualdad, desmoralización y discriminación presentando consecuencias citadas anteriormente.

Con ello ante un incidente de violencia la respuesta por parte del profesional afectado puede variar de ser suavemente pasivas hacia duramente activa, así como negociar o solucionar el conflicto evitando hacer caso omiso del evento, desarrollando una defensa verbal y en algunos casos física.¹²³ De manera que en las conductas donde el agente causal es el individuo la conducta agresiva se intensifican en tres etapas: ansiedad, agresión verbal y agresión física, con ello el proceso de hostilidad lo desarrollamos en varias fases.^{124,125}

- 1º Estado basal de racionalidad: donde el nivel emocional es adecuado para poder comentar el problema
- 2º Inicio de “disparo” de sentimientos agresivos: el agresor exterioriza sus emociones llegando a la grosería y hostilidad.
- 3º Grado máximo de sentimientos: aparece impacto emocional en el interlocutor y existe poca receptividad por parte del agresor y con ello cualquier intervención en las fases descritas será motivo para aumentar los sentimientos de hostilidad.

- 4º Descenso de la hostilidad: comienza el momento de ir afrontando la situación donde se ha de poner en práctica la empatía reconociendo el estado emocional.
- 5º Estado basal de racionalidad: es el momento más adecuado para intervenir y afrontar el problema existente.

Ante lo citado anteriormente los profesionales afectados han de desarrollar un correcto manejo de los eventos de violencia laboral, donde el proceso de entrevista con el paciente o agresor exige conocer cuáles son las claves de la agresividad partiendo de una actitud proactiva inicial hacia el diálogo por parte del profesional para escuchar puntos de vista y trabajar en colaboración para resolver el conflicto.¹²⁶

En primer lugar, se ha de reconocer las señales verbales y no verbales de agresividad^{127,128} pudiendo ser acciones que se traduzcan en tensión: sujetos sentados al borde de la silla, mandíbula apretada, labios fruncidos, dilatación pupilar, aumento de la sudoración, así como entorno gestual donde el signo predictor más importante de violencia inminente es el comportamiento motor del agresor.¹²⁹ Es importante prestar atención a las demandas verbalizadas de queja, así como a preguntas repetitivas y aumento en el tono de la voz, con ello el primer paso es interpretar los límites del paciente con solicitud de permiso y cordialidad manteniendo la distancia física y posteriormente permitir al interlocutor manifestar con libertad de expresión y de tiempo su estado de ánimo.¹²⁸

Con ello, tras enfocar emociones negativas extremas el individuo es llevado hacia emociones más neutras e incluso positivas donde la actitud en la mayoría de las ocasiones por parte del profesional ha de ser una postura asertiva, para con ello generar un autocontrol y conseguir alcanzar una respuesta de calma y respeto por parte del agresor.¹³⁰

De manera que las habilidades de comunicación con el paciente suponen una de las bases fundamentales, donde una adecuada comunicación es considerada una habilidad clínica que caracteriza hacia la profesionalidad¹³¹. Con ello la contención verbal se convierte en la primera actuación ante un paciente conflictivo, para conducir hacia, tal y como se ha citado anteriormente, evitar potenciar la hostilidad y agresividad.

Para ello, se ha de emplear lenguaje adecuado, evitar conceptos demasiado técnicos, adecuar el tono de voz, dar indicaciones de manera clara y concisa, así como potenciar la expresión de sentimientos, donde el lenguaje no verbal debe acompañar a los contenidos verbales manteniendo el contacto visual, postura corporal abierta y distancia interpersonal para posteriormente comunicar al superior jerárquico o responsable de la organización en dicha materia. Posteriormente se ha de llevar a cabo el registro adecuado de los incidentes de violencia laboral promoviendo la reflexión acerca de lo acontecido y analizar mejoras para situaciones futuras, así como comentar y revisar la atribución de la causa contando con la colaboración de otros componentes del equipo de trabajo^{132,133}

2.1.7 Prevención de violencia laboral en el entorno sanitario

Tal y como se ha desarrollado a lo largo del contenido teórico la violencia deriva de la combinación de causas relativas a las personas, medio ambiente y condiciones del entorno laboral, así como de las formas de interactuar entre los profesionales, pacientes y/o usuarios. Dicho proceso causa perturbaciones inmediatas e incluso a largo plazo alterando las relaciones entre las personas, organización y entorno laboral^{4,84}, generando con ello situaciones de ansiedad, estrés laboral y procesos psicopatológicos como *burnout* comprometiendo la seguridad del profesional y la calidad en la prestación de sus cuidados^{134,135}.

De esta forma, ante la existencia de un incidente de violencia laboral es importante dar respuesta rápida y profesional que permita la recuperación del profesional afectado por el suceso mediante apoyo y tratamiento físico y/o psicológico^{84,136} debido a que la gravedad puede ser variable, de manera que el citado abordaje ha de ser integral y tener las mismas características que la atención ante cualquier otro incidentes laboral encontrándose amparado en el artículo 115 de la Ley General de Seguridad Social.

La citada respuesta es importante que sea estructurada y protocolizada, la cual debe estar acompañada por la instauración de actuaciones que disminuyan las posibilidades de conflicto entre los usuarios y profesionales, reduciendo con ello el riesgo de agresión y evitando los efectos sobre los profesionales de los actos violentos. De manera que es importante prevenir las agresiones y actos de violencia contra los profesionales, proteger a usuarios, así como los bienes y servicios de la organización, generando una seguridad y confianza con presencia de apoyo administrativo y jurídico, dando lugar a un clima de respeto mutuo.^{84,137}

Por ello, para abordar de forma integral el problema de violencia ocupacional es necesaria una correcta prevención, así como el conocimiento de la legislación que existe al respecto con los derechos y deberes de los profesionales. Inicialmente se desarrolla en la Constitución Española, la cual en su artículo 43 hace alusión a que los poderes políticos deben proteger la salud pública mediante prevención, servicios necesarios y prestaciones¹³⁸.

Por otra parte, dentro del marco legislativo se encuentra la ley 31/1995 del 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (PRL), la cual presenta como objeto la determinación del cuerpo básico de garantías y responsabilidades para establecer un adecuado nivel de protección de la salud frente a los trabajadores derivados de las conductas laborales¹³⁹ y donde en su artículo 14.2 indica que el

empresario debe garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores protegiéndolos de los riesgos derivados del trabajo, siendo las ocupaciones del personal en el sector servicios las que presentan un grado mucho mayor de riesgo debido al estrecho contacto que mantiene con los usuarios⁴.

Conjuntamente el mismo texto legislativo en su artículo nº 15 indica que los principios preventivos son evitar los riesgos, evaluar los riesgos que no se pueden evitar, combatir los riesgos en su origen, adaptar el trabajo a la persona, tener en cuenta la evolución de la técnica, sustituir lo peligroso por lo que no tiene ningún o poco riesgo, planificar actividad preventiva y aplicar protección individual y colectiva, para lo cual, se ha de conocer las causas de origen de conductas agresivas y/o violentas¹³⁹.

Además, esta misma ley en su artículo 19 aboga por la formación de los profesionales en los principios citados anteriormente siendo responsabilidad de la organización que los profesionales reciban una formación teórica y práctica para el manejo de manifestaciones de violencia laboral en cualquiera de sus modalidades, y además se han de marcar intervenciones, como se ha citado anteriormente, para mitigar y eliminar entornos que generen violencia laboral.^{4,139}

Conjuntamente en su artículo 16.1 indica que la prevención de riesgos laborales debe integrarse en el sistema general de la gestión de la empresa, tanto en el conjunto de sus actividades como en todos los niveles jerárquicos de ésta a través de la implantación y aplicación de planes de prevención de riesgos laborales.

Conjuntamente el convenio de la OIT en lo relativo a la seguridad y salud en el trabajo hace referencia a que el ambiente seguro y saludable facilita un estado de salud físico y mental óptimo en relación con el trabajo contribuyendo hacia la prevención de la violencia⁴.

Además, en el año 2007, el Marco Europeo sobre el acoso y violencia en el trabajo reconoce que son las organizaciones quienes deben prestar declaración clara e inequívoca de que el acoso y la violencia en el trabajo no han de ser tolerados, así como especificar los procedimientos a seguir ante la presencia de casos, así como la importancia en la sensibilización y formación de todo el personal¹⁴⁰.

Seguidamente la violencia laboral se encuentra marcada por el código penal donde referencia la sanción en sus diferentes artículos¹⁴¹. De manera que entre las conductas punibles se encuentran:

- ✓ Abusos sexuales (artículo 181).
- ✓ Acoso sexual (artículo 184).
- ✓ Acusación o denuncias falsas (artículo 456).
- ✓ Alteración del orden público (artículo 577).
- ✓ Amenazas (artículos 169 y 620).
- ✓ Atentado contra autoridad o funcionario público (artículo 205).
- ✓ Coacción (artículos 172 y 620).
- ✓ Daños (artículos 263 y 652).
- ✓ Extorsión (artículo 243).
- ✓ Injuria (artículos 208 y 620).

En la presente herramienta jurídica, su artículo 550 sufría una modificación para incluir como actos de atentados a la autoridad pública las agresiones remitidas contra funcionarios docentes y/o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo o con ocasión de ellas, introduciendo dicha modificación con la ley 1/2015 del 30 de marzo.

A continuación según la ley 55/2003 del 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud presenta el derecho: a ser

protegido en su lugar de trabajo con respecto a los riesgos del mismo y ser informado y formado sobre los riesgos según lo dispuesto en la ley 31/1995 del 8 de noviembre de PRL, además de realizar su trabajo dignamente sin que se merme su integridad ni se viole su intimidad por parte de los compañeros y resto de profesionales, ser atendido y protegido por parte de los departamentos públicos oportunos en el desarrollo de su trabajo y disfrutar de salud laboral mediante órganos representativos y servicios de prevención.^{139,142}

Conjuntamente a pesar del gran amparo legislativo acorde a la violencia laboral, dentro de las organizaciones laborales son los servicios de prevención de riesgos laborales los encargados de conseguir el bienestar y garantizar la salud de los profesionales. Para ello han de evitar la producción de accidentes y enfermedades profesionales, donde unas malas condiciones provocadas tras una manifestación de violencia pueden llevar consigo la aparición de conductas inadecuadas en el desarrollo profesional y calidad asistencial.^{143,144}

De esta forma dentro de la organización laboral los responsables en materia de prevención de riesgos laborales tienen como herramienta el Plan de Prevención de Riesgos Laborales (PPRL), el cual es pieza fundamental en la evaluación de riesgos y planificación de la actividad preventiva, de manera que inicialmente se ha de evaluar los riesgos relacionados con la materia profesional, entendiendo el riesgo como: la probabilidad de que el profesional sufra un determinado daño derivado del trabajo e incluyen en la noción los riesgos psicosociales, los cuales derivan en gran parte de las nuevas formas de organización de competitividad, polivalencia y flexibilidad, así como ciertas características del entorno¹³⁹.

De manera que el citado proceso ha de comenzar con la implicación de los distintos agentes de la organización para tras la evaluación de los riesgos

establecer un diagnóstico de la situación para lo cual es esencial la participación de los profesionales de forma integral que componen la organización y desarrollan su actividad laboral¹³⁹. Con ello, el servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la organización ha de cumplir una serie de funciones.^{145,146}

- ✚ Evaluar la situación de riesgos, así como establecimiento de diagnóstico de la situación.
- ✚ Proporcionar información y formación a los profesionales de forma continuada.
- ✚ Preparar y entrenar de forma colectiva a los profesionales para responder ante situaciones conflictivas.
- ✚ Adaptar el entorno laboral necesario para un desarrollo seguro de la tarea.
- ✚ Realizar seguimiento acerca del cumplimiento de las actividades preventivas, así como evaluación de las mismas.
- ✚ Realizar seguimiento de las posibles repercusiones de la salud de los profesionales afectados.

Con ello además de las funciones propias descritas en los PPRL, de manera global se ha de trabajar en:^{147,148,149}

- Elaboración de protocolos de actuación legales, así como guías de actuación para prevenir y gestionar la violencia en el entorno del trabajo.
- Trabajar en políticas institucionales instaurando medidas educativas y organizacionales, como eliminación o mitigación de los factores de riesgo.
- Abordar el problema de forma integral en que participen todas las instancias implicadas.

- Mayor apoyo institucional e implicación de la organización estableciendo planes de acción con incremento de la comunicación, así, como planificación de mejoras y desarrollo de cambios organizativos necesarios.
- Aplicar sanciones económicas en vía administrativa y garantizar una eficaz aplicación de las medidas penales existentes en los casos más graves

Conjuntamente las medidas preventivas las podemos clasificar en dos grandes grupos:

- ❖ Medidas de seguridad pasivas: dispositivos de alarma interna, videocámaras, cristales irrompibles, sistemas de comunicación directa.
- ❖ Medidas de seguridad activas: vigilantes de seguridad presenciales, cauces de comunicación, acompañamiento al profesional, planes de prevención y diagrama de actuación.

Con ello de forma específica en el entorno sanitario entre medidas de prevención se podrían citar¹⁴⁷:

- Disminución de los tiempos de espera.
- Adecuación de los espacios de atención a pacientes y espera de los mismos.
- Facilitar el ingreso y estancia de los pacientes en el centro sanitario.
- Asegurar los derechos sanitarios y de información adecuada a los pacientes de su proceso asistencial.

Tal y como se ha citado previamente la prevención de la violencia laboral ha de ser manejada de forma integral en todos los niveles abarcando intervenciones necesarias en el momento oportuno, con ello y mediante una comunicación

abierta con todos los estamentos implicados de la organización se ha trabajar en materia de prevención en tres niveles de actuación.^{148,149}

Prevención primaria: aquellas intervenciones que actúan sobre los riesgos evitando que se desencadene cambiando las características del trabajo e implementando modificaciones en los términos necesarios.

- ✚ Prevención secundaria: aparece cuando los profesionales presentan indicadores de salud alterados para ayudar a cuidarse.
- ✚ Prevención terciaria: donde las intervenciones implican la implantación de tratamientos o rehabilitación adecuada al profesional afectado.

Además, de los diferentes afrontamientos de prevención se ha de aplicar líneas de sensibilización, capacitación y formación, así como política de gestión destinadas a evitar la aparición de factores de riesgo psicosociales y desarrollo de vigilancia activa. Para con ello evitar la aparición de consecuencias psicopatológicas con, estrés crónico que desemboca en procesos de desgaste profesional “*burnout*”, entornos de ansiedad, embotamiento emocional, desapego hacia los compañeros y pacientes, falta de capacidad de respuesta, pérdida de interés, insatisfacción laboral, dificultad de concentración, además de afectación hacia un clima y calidad laboral en descenso.^{145,146}

2.2 Estrés Laboral

2.2.1 Introducción

El desarrollo profesional permite el desarrollo personal, social y económico, donde a nivel psicosocial es una fuente de interacción permitiendo satisfacer las necesidades de pertenencia, generando satisfacción y constituyendo una fuente de crecimiento, ya que la gran parte de sistemas de trabajo se caracterizan por altas exigencias con mayor énfasis en el trabajo mental que físico.^{150,151} De manera que los factores psicosociales nacen de la

interacción de la persona con el medio de la organización y viceversa tal cual se ha comentado en las líneas anteriores.^{152,153} Por ello, la violencia laboral constituye un riesgo donde en determinadas condiciones de intensidad y duración puede generar estrés laboral afectando negativamente a la salud emocional, cognitiva, fisiológica y comportamental.¹⁵⁴

Por lo tanto, el estrés laboral aparece como resultado de la influencia de una serie de elementos considerados como estresores o fuentes de estrés, dando por ello origen a estrategias de afrontamiento que los profesionales afectados van a emplear en función de atenuar, disminuir o eliminar el efecto negativo que la existencia de estrés proporciona.¹⁵⁵

Debido a ser resultado de una serie de elementos se convierte en una condición dinámica donde el profesional afectado es confrontado con una oportunidad, una restricción o demanda relacionada con lo que él desea y para lo cual el resultado se percibe como incierto a la vez que importante, y además la tensión es asociada con restricciones y demandas, donde las restricciones son las fuerzas que impiden a los individuos hacer aquello que desean y existen condiciones necesarias para que una tensión potencial se vuelva en real generando una etapa de agotamiento cuando se mantiene de forma crónica ante el estresor.¹⁵⁶

En el ambiente sanitario la comentada situación afecta a la actividad y rendimiento, siendo el estrés resultado de una situación emocional crónica creada por el contacto continuado con otros seres humanos y con ello el desarrollo de sobrecarga emocional de forma que la prevención de estrés se torna complicado evitarla debido al constante contacto con pacientes y/o familiares¹⁵⁷. Donde la profesión sanitaria es considerada de índole humanitaria y vocacional centrada en la ayuda y atención de las personas con

elevada responsabilidad, complejas relaciones interpersonales y presiones sociolaborales, además de intensas exigencias por parte de los usuarios conjuntamente a un entorno opresivo y amenazante.¹⁵⁸

2.2.2 Definiciones

El término estrés proviene de la palabra inglesa “*stress*” y que significa provocar tensión o esfuerzo de adaptación de manera que el entorno en que vivimos los seres vivos se encuentran sometidos a una serie de situaciones para las cuales hay una respuesta adecuada frente a una demanda, de manera que ante la existencia de un desajuste entre ambas se genera una tensión, que según el nivel de intensidad, puede ser positiva o bien desencadenar sufrimiento y enfermedad mediante trastornos psicopatológicos.¹⁵⁹

De esta forma el estrés, no es únicamente un proceso dañino y tóxico, el hecho de que se convierta en ello es el resultado de la interacción entre factores ambientales, organizacionales e individuales, así como de la duración y severidad conociéndose el punto donde el estrés se convierte en nocivo como “carga alostática”.¹⁶⁰

Por lo tanto, el estrés en el entorno laboral se puede definir como: *“las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del personal, lo cual puede llevar a un deterioro significativo de la salud y es el resultado de la interacción del trabajador y las condiciones del trabajo”*.¹⁵⁹

Por otra parte, la OMS define el estrés como: *“la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda exterior”* y donde también es considerado como un conjunto de reacciones que el individuo desarrolla frente a una situación, siendo un estímulo que exige un esfuerzo de adaptación y donde los generadores de estos aspectos son los factores estresantes de diversa índole¹⁵⁷.

Además, también es definido como: *“un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento ante situaciones nocivas del contenido, organización o entorno del trabajo que se caracteriza por altos niveles de angustia y excitación, con la sensación de no poder hacer frente a la situación considerándose una falta de satisfacción del mismo”*.¹⁶¹ Además la OIT la concibe como una enfermedad peligrosa para las economías perjudicando la producción al afectar a la salud física y mental de los profesionales.^{162,163}

Además de las definiciones descritas anteriormente el concepto de estrés presenta su base en la teoría propuesta por Richard Lazarus y Folkman en 1984 los cuales entienden el estrés como un proceso que sostenido en el tiempo donde se percibe un desajuste en el balance entre las exigencias y los recursos ante una situación y con ello definen en estrés laboral como: *“una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”*.¹⁶⁴

Más adelante también es definido el estrés laboral como: *“situaciones en las que la persona percibe su ambiente de trabajo como amenazador para sus necesidades de realización personal o profesional o para su salud física y/o mental”*, donde en el contexto laboral existe un desequilibrio entre las demandas laborales y la capacidad de control generado por las aspiraciones de la persona y la realidad de sus condiciones de trabajo.¹⁶⁵

Seguidamente, en el año 2002, la Comisión Europea definió estrés como: *“un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido del trabajo, organización del trabajo y el medio ambiente del mismo, siendo un estado caracterizado por altos niveles de excitación y respuesta con la frecuente sensación de no poder afrontarlo”*.¹⁶⁶

2.2.3 Fases, tipos y consecuencias del estrés laboral

Tal y como se ha comentado anteriormente el estrés laboral constituye un proceso de desequilibrio real y percibido afectado hacia el estado físico y psicológico, donde dicho proceso se puede dividir en diversas fases o etapas¹⁶⁷:

- ✚ Fase de alarma: el organismo reacciona automáticamente, preparándose para dar respuesta ya sea enfrentándose o huyendo del agente agresor, esta reacción es de corta duración y no siempre es perjudicial, siempre que la persona disponga del tiempo necesario para recuperarse, de manera que esta fase constituye el aviso claro de la presencia de uno o más de los agentes estresores, se activa la respuesta neuro-endocrina con aumento de la secreción de glucosa, adrenalina y noradrenalina.
- ✚ Fase de adaptación y/o resistencia: se produce cuando el organismo, no presenta tiempo para recuperarse del estímulo agresor y continúa haciendo frente al factor estresante e incluso puede tornarse en un refuerzo positivo. En este punto la capacidad de respuesta hormonal disminuye progresivamente ante la falta de homeostasis.
- ✚ Fase de fatiga o agotamiento: en ella se colapsa el sistema orgánico que estaba afrontando a los agentes estresores dando lugar a la aparición de alteraciones psicosomáticas.

Seguidamente el estrés laboral se relaciona con la aparición de conductas que pueden ser positivas o nocivas para la salud de manera que la existencia de los agentes responsables y el mantenimiento de estos hace que el estrés laboral pueda clasificarse en dos grupos¹⁶⁸:

- Estrés episódico o agudo: aquel que se presenta momentáneamente, es una situación que no se posterga por mucho tiempo y luego resuelven todos los síntomas que se originaron.

- Estrés crónico: aquel que aparece de manera recurrente cuando las personas se encuentran sometidas a un agente estresor de manera constante, por lo que los síntomas aparecen cada vez que se enfrenta a ese entorno.

Conjuntamente el estrés también puede ser clasificado de diversas formas como¹⁶⁸:

- ❖ Estrés personal: es la experiencia subjetiva mediante la cual una persona cree que sus recursos son limitados, insuficientes o poco adecuados para responder a las exigencias generando un estado de preocupación que causa consecuencias nocivas.
- ❖ Estrés en el trabajo: se refiere a todos aquellos aspectos del trabajo que generan una preocupación excesiva percibiendo un desequilibrio con la falta de apoyo de parte de la organización, pobre liderazgo, desconocimiento de rol laboral y sobrecarga asistencial.
- ❖ Estrés social: hace referencia a la percepción que hace una persona del entorno que lo rodea y que considera preocupante o frustrante.

Además, también puede ser clasificado según la repercusión en el individuo o profesional afectado de manera que se encuentra¹⁶⁹:

- Euestrés: el cual es una respuesta que se desarrolla en armonía respetando los parámetros fisiológicos del individuo y donde existe una relación entre la demanda y el consumo de energía biológica y física dispuesta por el sistema general de adaptación de forma que genera un componente positivo y factor de motivación con un crecimiento personal y profesional.

- Distrés: aparece cuando las respuestas cuando las respuestas han resultado insuficientes o exageradas en relación con la demanda, ya sea en el plano biológico, físico o psicológico, con ello no es saludable el resultado y es potencialmente perjudicial con riesgo de cronicidad.

El estrés es conocido como un proceso de doble vía, donde implica la producción de factores de estrés por parte del ambiente y la respuesta de una persona sometida a esos factores donde la reacción de cada profesional afectado es distinta ante un mismo estresor según recursos y afrontamiento¹⁷⁰. De esta forma la OIT define los factores de riesgo psicosociales como las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, satisfacción en el trabajo y las condiciones de la organización, además de las capacidades del trabajador, sus necesidades, experiencias, cultura, situación personal fuera del entorno laboral⁴. De manera que comprenden aspectos intralaborales, extralaborales o externos a la organización, donde interactúan de forma dinámica donde los principales factores psicosociales involucren aspectos de gestión y organización además de aspectos individuales.

Con ello los factores de riesgo de generar estrés se clasifican en¹⁷¹:

- ✓ Factores físicos: son las características relacionadas con el contenido y carga de las actividades del trabajo y el ambiente en las que éstas se desarrollan y alteran el curso normal de la labor profesional, relacionado con el ruido, iluminación, vibraciones, aire contaminado, alta o baja temperatura.
- ✓ Factores psicológicos: son aquellas características relacionadas con una sobreestimulación que exige una adaptación por encima de los límites de la normalidad, donde en los profesionales sanitarios se relaciona

con el trato frecuente y continuado con pacientes y/o familiares en situaciones críticas, de dolor y/o angustia psicológica.

- ✓ Factores sociales: son aquellas características de la organización del trabajo que afectan a la salud de los miembros del equipo, jugando un papel fundamental las relaciones interpersonales y donde entre los factores encontramos la ambigüedad del rol, conflictos en liderazgo, salarios bajos, rotaciones laborales e inestabilidad laboral.

Conjuntamente los estresores se pueden clasificar en dos grandes grupos¹⁷²:

- Estresores de medio ambiente físico: donde dentro de ellos se engloban los estresores de carácter individual como el conflicto de rol, ambigüedad de rol, sobrecarga laboral, así como estresores grupales como la falta de cohesión grupal, apoyo de pares y/o superiores y aquellos relacionados con la organización como el clima organizacional, estructura laboral, características de la tarea, tecnología, liderazgo y política de humanidad.
- Estresores extra organizacionales: como son la familia, situación económica personal, así como aspectos socioculturales.

Seguidamente como se ha comentado el estrés constituye un proceso o mecanismo general en el cual el organismo mantiene su equilibrio interno adaptándose a las exigencias, tensiones e influencias, lo cual genera una serie de consecuencias fisiológicas, psicológicas y sociales¹⁷³. De manera que podemos clasificar sus síntomas en varios grupos¹⁷⁴:

- ✚ Síntomas físicos: dificultad para conciliar el sueño, aumento o disminución del apetito, problemas gastrointestinales, migrañas, sudoración excesiva, daños cardiacos y fatiga.

- ✚ Síntomas psicológicos: dificultad para recordar eventos actuales, disminución de la atención y concentración en la tarea diaria, irritabilidad, frustración, poca tolerancia y depresión.
- ✚ Síntomas sociales: dificultades en las relaciones con los compañeros de trabajo, problemas en hogar e incluso consumo de tóxicos y bebidas alcohólicas, absentismo laboral y aislamiento social.

Además, todas estas manifestaciones se pueden detonar la gravedad del proceso en mayor o menor grado en cuanto a la intensidad, dentro de ello la intensidad es considerada leve cuando la sintomatología que presenta es irritabilidad, insomnio, y problemas de concentración puntuales. Luego marcaría una intensidad moderada un aumento de horas de absentismo laboral, fatiga sin motivo, indiferencia e indecisión con aumento de consumo de sustancias psicoactivas. Para finalmente marcar una intensidad severa la aparición de síntomas como depresión, aislamiento social y presencia de pensamientos autodestructivos¹⁷³.

2.2.4 Modelos de estrés laboral

El estrés tal y como se ha comentado es entendido como el conjunto de reacciones emocionales, fisiológicas, cognitivas y conductuales a ciertos desajustes que suceden ante la demanda y los recursos para dar a ésta una respuesta adecuada, de manera que la respuesta se torna subjetiva e individualizada a una relación entre profesional y entorno donde desarrolla su tarea.¹⁷⁵

Con ello existen tres modelos predominantes en el desarrollo del estrés laboral¹⁷⁶:

- Modelo demanda- control: considera que los niveles de estrés laboral dependen de la relación de las altas demandas que perciben los profesionales y el bajo control que presentan para afrontarlas,

donde las demandas pueden ser originadas por sobrecarga del trabajo, presiones temporales, mientras que el control en el trabajo se encuentra relacionado con la oportunidad que tiene el individuo de generar influencia y control sobre la situación. Presentando el apoyo social un papel protector.

- Modelo esfuerzo-recompensa: considera el estrés laboral como un proceso social de reciprocidad entre esfuerzos y recompensas donde entre las gratificaciones se encontrarían los salarios, reconocimientos, formación y salud laboral presentando consideración tanto en las variables del contexto social como en las variables individuales del profesional.
- Modelo ajuste persona-ambiente: considera el estrés laboral como relación con el rol de los profesionales y sus consecuencias son debidas a un desequilibrio entre las demandas del individuo y los beneficios del puesto de trabajo.

Tal y como se ha citado a lo largo del presente contenido teórico el estrés laboral es el resultado de una situación en la que los profesionales afectados perciben su entorno como amenazador para las necesidades de realización personal, lo cual perjudica su integración laboral, de manera que es un fenómeno dinámico y asociado a desequilibrio entre los esfuerzos y las recompensas en el trabajo¹⁷⁷.

Conjuntamente se ha comentado que es el resultado de la interacción entre múltiples factores de riesgo, siendo los profesionales sanitarios aquellos en los que sus condiciones laborales implican una exposición al dolor, muerte y conflictos interpersonales, así como una falta de autonomía y de autoridad en la

toma de decisiones, generando con ello una respuesta con síntomas de ansiedad, irritación, depresión o psicopatización generando un entorno de inseguridad en el paciente y cuya exposición prolongada genera un síndrome de desgaste profesional caracterizado por altos niveles de agotamiento emocional y baja realización personal con insatisfacción laboral.^{178,179,180}

2.3 Satisfacción Laboral

La OMS define la calidad como: *“alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para los pacientes y alto grado de satisfacción por parte del paciente y resultados finales para a salud”* donde conjuntamente la satisfacción de los profesionales de la salud con el entorno y trabajo que desempeñan es primordial para obtener los preceptos de calidad, reflejándose dicho acto en motivaciones positivas y desarrollo organizacional cumplimentando las necesidades del servicio asistencial.^{181,182}

De esta forma la satisfacción laboral se torna en uno de los pilares fundamentales a nivel organizacional, debido a su relación con la efectividad, absentismo, rotación, y compromiso laboral, además de guardar una estrecha relación con el bienestar humano en la salud psicosocial¹⁸³. Además, es un elemento que influye en toda actividad del ser humano, constituyendo un factor que agranda los sentimientos de valor, importancia y superación personal, constituido con una base en parte subjetiva de las experiencias laborales, valores y creencias.

Constituye un factor determinante en cuanto a la calidad de la atención y estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva, teniendo lugar cuando en virtud de estar involucrado en ciertas actividades dentro de un ambiente de trabajo particular, el profesional se encuentra realizado y valorado, así como el componente de seguridad laboral¹⁸⁴.

Dichas afirmaciones, realizadas en 1911 por Taylor, ya asumían que la satisfacción laboral guardaba una relación con el componente económico, pero fue en la década de los 30 y 40 del pasado siglo XX donde comienzan a dar importancia de la existencia de satisfacción laboral en los profesionales y además ratifican la relación multifactorial que ésta presenta¹⁸⁵. Jugando un papel fundamental la actitud del profesional hacia el clima organizacional, en el que éste se desenvuelve para desarrollar su tarea profesional¹⁸⁶, y considerándose un activo estratégico por su impacto favorable sobre los resultados de las organizaciones y bienestar de pacientes y profesionales.

Conceptualmente la definición de la satisfacción laboral ha fluctuado entre la perspectiva afectiva y la cognitiva.

2.3.1 Definición

En 1976 Locke define la satisfacción laboral como: *“un estado emocional agradable y positivo resultante de la valoración del trabajo o de las experiencias laborales y se hallan influidos por las relaciones sociales y profesionales en el lugar de trabajo”*¹⁸⁷. (9620-15851-1-PB)

En 1979 Mobley define satisfacción laboral como: *“la respuesta afectiva resultante de la evaluación que realiza el trabajador acerca de distintos aspectos organizacionales, de manera que la satisfacción recibe influencia de las características individuales que tenga el profesional, así como del mercado laboral”*¹⁸⁸.

La satisfacción laboral es definida como el comportamiento individual que es discrecional, no directamente o explícitamente reconocido por el sistema de recompensa formal y que en el conjunto promueve el funcionamiento eficaz de la organización (Organ 1984) mientras que (Rouden 2002) la entiende como una

variable independiente y esencial que puede guiar el comportamiento de los empleados y afectar al funcionamiento de la organización.

En 1996, Robbins indica que los factores más importantes que conducen hacia la satisfacción son un trabajo desafiante con recompensas equitativas y condiciones laborales que conformen un respaldo con apoyo entre pares y ajustados a la personalidad¹⁸⁹.

En ese mismo año, Gobson indica que la satisfacción laboral, es el resultado de las percepciones sobre el trabajo basadas en factores relativos al ambiente en que se desarrolla el mismo, como estilo de dirección, políticas y procedimientos¹⁸⁹.

En 1990, Muñoz Adán define la satisfacción laboral con el sentimiento de agrado o positivo que experimenta un sujeto por el hecho de realizar un trabajo que le interesa, en un ambiente que le permite estar a gusto dentro de una organización que le resulta atractiva y por lo que percibe una serie de compensaciones psico-socio-económicas acorde a sus expectativas¹⁹⁰.

En el mismo año Blum indica que la satisfacción laboral es el resultado de un conjunto de componentes motivacionales, emocionales, actitudinales, cognitivos y comportamentales con respecto a la interacción de un ambiente organizacional en particular con base en situaciones y factores relacionados con salario, supervisión, constancia de empleo, condiciones de trabajo, oportunidades de ascenso, reconocimiento de la capacidad, evolución justa del trabajo, relaciones sociales del empleo y tratamiento entre pares y/o superiores¹⁹¹.

En 1999 Keith argumenta que la satisfacción laboral es un conjunto de sentimientos al igual que de emociones favorables o desfavorables con lo cual los profesionales observan su trabajo. Toro en 2002 señala que la satisfacción laboral es un estado emocional moderado y promovido por diferentes percepciones y juicios acerca de alguna realidad particular que se presenta en el ámbito laboral¹⁸⁷.

Otros autores como Roodt afirman que el constructo es resultado de las percepciones y evaluaciones que el individuo presenta acerca de su trabajo, las cuales se ven influenciadas por circunstancias particulares de las personas, donde modelan y median la relación entre estímulos del entorno y constructos como la satisfacción laboral en el trabajo. Además, el componente de personalidad también guarda una estrecha relación con la aparición de satisfacción laboral, donde la furia y hostilidad guardan una relación negativa mientras que las emociones positivas como confianza, altruismo, y acercamiento se vinculan con un refuerzo positivo con la existencia de satisfacción laboral¹⁹².

Por otro lado, Spector define la satisfacción laboral como: *“una percepción subjetiva e individual producto de una valoración afectiva de las personas dentro de la organización frente a su trabajo y a las consecuencias que se derivan de éste, donde ha sido identificada como un indicador clave del desempeño, ahorrador de costos y de calidad del cuidado del paciente”*¹⁹³.

En 2005 Moré hace referencia a la satisfacción laboral como: la experiencia que tiene el individuo dentro de la organización rigiéndose por un componente emocional, generando así la forma en la que el sujeto se desenvuelve en su entorno laboral y es resultado de la interacción de elementos medulares como estructura, clima laboral, salario, condiciones organizacionales, estimulación, relaciones interpersonales, supervisión y crecimiento laboral¹⁸⁸.

En 2007 Colquitt define la satisfacción laboral como: *“un agradable estado emocional que resulta de la evaluación de un trabajo o experiencia del mismo”*. Además, es un mecanismo del individuo que impacta directamente en el desempeño laboral y compromiso organizacional, de manera que si existe satisfacción laboral experimenta emociones positivas sustentadas por oportunidad de desarrollar sus habilidades y capacidades en un entorno laboral seguro¹⁹⁴.

Otros autores la relacionan con una actitud frente a las experiencias laborales, de ahí que se relaciona con la favorabilidad y desfavorabilidad con la que los profesionales evalúan su trabajo, según qué rol que desempeña en el ámbito laboral y aquel que desearía cumplir.¹⁹⁵

De esta forma la satisfacción laboral es interpretada por la mayoría de los autores como un estado emocional o conjunto de sentimientos, resultado de una evaluación cognitiva mediante la cual, el sujeto compara su realidad cotidiana con un estándar ideal construido a lo largo del tiempo en función de la motivación y necesidades personales, de manera que si no existe un resultado esperado aparece la insatisfacción y estrés.¹⁹⁶

2.3.2 Satisfacción laboral y calidad asistencial

Tal y como se ha citado anteriormente la satisfacción laboral guarda relación con el grado en el que los empleados presentan afecto y compromiso por su trabajo, de manera que en ella emergen procesos emocionales y cognitivos, a través de los cuales los profesionales evalúan su experiencia en el trabajo, de manera que la satisfacción laboral presenta en términos dos categorías: ¹⁹⁷

- Cognitiva: surge como resultado de un proceso de evaluación más consciente de las características del trabajo.
- Afectiva: constituye un constructo unidimensional y es representativa de una respuesta emocional positiva del profesional hacia en trabajo.

Además, presenta varias dimensiones:¹⁹⁸

- ❖ Satisfacción con la supervisión: relacionado con la forma de trabajar y normas establecidas por el equipo directivo, proximidad, frecuencia de supervisión, así como apoyo recibido de usuarios y profesionales.

- ❖ Satisfacción con el ambiente físico de trabajo: relativo a los espacios, higiene y limpieza de los mismos, salubridad, temperatura.
- ❖ Satisfacción con prestaciones recibidas: grado en el que la organización cumple lo pactado a nivel laboral, leyes laborales y disposiciones.

Todo ello hace alusión al agrado experimentado en relación con la realidad laboral, en este sentido las ideas y expectativas que constituyen las personas en relación con algunos aspectos tan diversos como relaciones sociales, ejecución de roles, funciones, beneficios, desarrollo que posibilita el trabajo de manera que las condiciones que interfieren se pueden clasificar en 5 categorías:¹⁹⁹

- ✚ Dimensión tecnológica: tienen inmersas las realidades del trabajo condicionadas por criterios operativos, normas técnicas y procedimientos, estando incluidas las demandas mentales y esfuerzo que implica la tarea asociada.
- ✚ Dimensión social: incluye realidades del trabajo que surgen de las interacciones entre las personas con pares, superiores, así como usuarios o pacientes o en caso de tener responsabilidad del cuidado de una persona.
- ✚ Dimensión económica: realidades laborales relacionadas con la compensación y los beneficios que derivan del trabajo, así como vinculación a la organización.
- ✚ Dimensión organizacional: hace referencia a la delimitación funcional del caso, el rol, autonomía, autoridad, siendo parte de esta dimensión la visión, misión y políticas incluyendo de forma adicional el clima laboral, percepción de compromiso, dirección, así como el manejo y prevención de casos de riesgos laborales.

- ✚ Dimensión individual: condiciones personales que las organizaciones requieren de las personas para que sean productivas y eficaces en el trabajo, tiene que ver con habilidades, conocimientos y competencias que conforman los perfiles organizacionales.

De esta forma y con lo citado anteriormente tras la interacción de los profesionales como personas con los aspectos del entorno laboral surgen percepciones sobre las condiciones laborales, de manera que pueden aparecer ajuste o no entre las diversas dimensiones emergiendo como consecuencia la satisfacción o insatisfacción laboral.¹⁹⁹ Con ello se reconoce que la satisfacción laboral es un elemento imprescindible del proceso asistencial relacionado directamente con la calidad de los servicios prestados², destacando como factores que pueden ser determinantes la autonomía, supervisión, interacciones laborales y condiciones de trabajo, así como tiempo y horas trabajadas, flexibilidad horaria, salario y remuneraciones no estrictamente salariales, además de seguridad laboral con la doble variante de estabilidad y escasez de siniestralidad conjuntamente con un componente subjetivo de variables psicológicas y sociológicas.²⁰⁰

De esta forma todo lo anteriormente comentado se encuentra englobado en el clima organizacional, el cual recoge una perspectiva genérica de situaciones organizativas y circunstanciales además de esquemas cognitivos y percepciones compartidas de políticas, prácticas y procedimientos, así que se haya formado por dos dimensiones:²⁰¹

- Dimensión Perceptiva: sensaciones o realizaciones experimentadas por un individuo.

- Dimensión Descriptiva: son informes de una persona ante las situaciones o sensaciones en base a la acumulación de experiencias dentro de la organización.

De manera que el clima laboral u organizacional se encuentra estrechamente relacionado con la satisfacción laboral, de manera que es un elemento imprescindible en el proceso asistencial relacionado con la calidad de los servicios de salud²⁰² encontrándose influenciado por las condiciones laborales, las cuales son el conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y del entorno en el que se realiza, siendo un complejo conjunto de factores intralaborales y extralaborales influyendo de forma simultánea en las condiciones del ser humano y en las condiciones profesionales y donde en los profesionales de la salud encontramos entornos de confrontación por la atención hacia patologías graves, sufrimiento derivado de éstas, muerte, además de dificultades cotidianas derivadas de las relaciones interpersonales, familiares y usuarios.²⁰³

Con ello la relación de la satisfacción laboral con la calidad asistencial puede encontrarse determinada dentro de la organización por cuatro factores: la personalidad del profesional, los valores del mismo, la influencia social y la situación o condiciones laborales.²⁰⁴

Dentro de las citadas condiciones laborales se encuentran las agresiones o manifestaciones de violencia convirtiéndose, tal y como se ha citado en este texto, un riesgo psicosocial con consecuencias negativas para los profesionales y sus instituciones, desarrollando entornos de absentismo laboral, intención de abandono, insatisfacción, accidentes laborales, bajo rendimiento, disminución del compromiso organizacional.²⁰⁵ De forma que las emociones en el contexto laboral ejercen un rol fundamental relacionado con la satisfacción laboral, así como el funcionamiento grupal, liderazgo, salud ocupacional evitando, siempre

que le resultado sea positivo absentismo, insatisfacción y bajo rendimiento profesional y personal.²⁰⁶

Tal y como se ha citado a lo largo del presente contenido la satisfacción laboral guarda relación con el componente subjetivo de los profesionales coexistiendo con un estado emocional positivo y placentero, de manera que dicha satisfacción aparece cuando el profesional muestra sentimientos de pertenecía y valoración en el entorno laboral, donde además constituye un primer indicador de la calidad de vida laboral, siendo en las organizaciones sanitarias, donde el factor humano juega un papel fundamental para la cohesión en los cuidados de la salud, representándose en el proceso asistencial.²⁰⁷

De esta forma el alcance del bienestar laboral dentro de la organización, no se define únicamente por actividades o estrategias que se generan de las instituciones, sino que se hayan influenciadas por factores psicosociales y organizacionales. Con ello, existe la esfera social que emplea un papel relacionado con el estatus y posición en el contexto social para continuar con la esfera individual donde el profesional le permite desarrollar sus habilidades personales hacia el crecimiento personal y profesional.²⁰⁸

Con lo citado anteriormente Herzberg en 1986 establece la teoría bifactorial de la satisfacción laboral, la cual muestra su base en dos pilares fundamentales y es que los profesionales presentan dos tipos de necesidades: higiénicas y motivacionales.

Estas primeras guardan relación con el medio ambiente físico y psicológico del trabajo constituyendo la satisfacción laboral extrínseca, mientras que las necesidades motivacionales hacen referencia al contenido del trabajo o tarea que desarrolla el profesional teniendo con ello el resultado de la satisfacción intrínseca. A su vez estos factores responsables pueden clasificarse en dos

grandes grupos: intrínsecos como: tareas, logros, responsabilidad, reconocimientos, ascensos, salarios, sexo, edad, formación previa, aptitudes y componente cultural, mientras que los extrínsecos no pueden ser modificados directamente por el profesional como son: salario, relaciones interpersonales, supervisión, organización y seguridad.²⁰⁹

Con ello, Herzberg señala que influyen los factores de motivación intrínsecos del trabajo vinculados directamente con la satisfacción laboral, mientras que los factores extrínsecos del trabajo no pueden ser controlados o modificados directamente por el profesional y por ello la satisfacción responde a un estado subjetivo emocional positivo y placentero resultante de las experiencias laborales de los profesionales.²⁰⁷

De esta forma la teorización de la satisfacción laboral guarda una estrecha relación con la pirámide de Abraham Maslow, en la que no todos los factores que influyen en la satisfacción laboral; los correspondientes a las necesidades más básicas cuentan e influyen si no están cubiertos, mientras que otros factores más elevados incrementan la satisfacción al conseguirlos, de manera que es un fenómeno bifactorial ²¹⁰, planteando de esta forma que el ser humano se encuentra constituido por un cuerpo físico, sociológico y espiritual encontrándose todas estas facetas interrelacionadas.²¹¹

Por otro lado, Lawler estableció la teoría de los modelos determinantes en la cual, marca una relación entre expectativas y recompensas desde las distintas facetas y aspectos del trabajo, de manera que sí los profesionales alcanzan las recompensas o excede de lo considerado se encontrará satisfecho, con ello la satisfacción laboral se haya relacionada con la organización psicosocial del trabajo reconociendo de esta forma dos tipos de organizaciones: el modelo clásico y el

modelo moderno diferenciándose en el grado de control, rigidez y participación.²¹²

El modelo clásico prescinde del elemento humano, mientras que el moderno centra su actividad en el ser humano, ocupándose de características intelectuales, emocionales y motivacionales, de manera que aquellos factores que modulan la satisfacción son las condiciones ambientales y físicas del trabajo, así como retribución, jerarquía, participación, organización, clima laboral, comunicación interna e identificación de objetivos.²¹²

Comentado todo lo anterior se observa que la satisfacción laboral indica la capacidad de una organización para satisfacer las necesidades de sus profesionales y predice ciertas pautas de comportamiento disfuncional en los mismos, relacionándose con la motivación y clima laboral.²¹³ Donde una adecuada provisión de los profesionales, la formación, organización y ambiente laboral contribuye de forma directa hacia aumentar la seguridad y mejora de la calidad de atención a los pacientes y/o usuarios y con ello hacia la existencia de una satisfacción laboral evitando con ello la presencia de agotamiento emocional, absentismo y deshumanización en la tarea del cuidado en el entorno sanitario.

2.4 Agotamiento Laboral ó "BURNOUT"

Gran parte del trabajo contemporáneo se desarrolla en el contexto social, además el trabajo sanitario es especialmente social, ya que los profesionales trabajan en equipos de contacto continuo entre pares y/o superiores responsables de las tareas y organización, donde conjuntamente existe un contacto directo e indirecto con los pacientes y/o familiares que puede generar resultados negativos como tensión y agotamiento.

La existencia de demanda asistencial y contacto permanente con personas que padecen enfermedades graves y/o vitales puede generar a medio y largo plazo

manifestaciones de estrés laboral²¹⁴, el cual surge cuando el profesional debe afrontar situaciones que exigen adaptación y pueden ser interpretadas como desafío y/o amenaza. Dicho acontecimiento comienza con una serie de eventos a nivel bioquímico que llevarán descargas hormonales, intermediadas por un sistema nervioso autónomo para resaltar la respuesta del organismo, así como a nivel del sistema nervioso central con el hipotálamo, dicho mecanismo puede ser resuelto de formas diferentes jugando un papel fundamental en este sentido la adaptación e interpretación de los recursos personales, recursos de afrontamiento, estado de salud y estado ambiental. Con ello, cuando el estímulo excede a la capacidad adaptativa, y concretamente en el entorno laboral, los estresores se manifiestan de forma constante generando un ambiente de tensión y miedo durante el desarrollo de la actividad profesional.²¹⁵

El estrés en el lugar de trabajo es considerado a nivel emocional un factor de riesgo para la salud y seguridad de los profesionales, donde se encuentran sometidos hacia un entorno cambiante y con elevados niveles de exigencia técnica y emocional, con ello existe el riesgo de existencia de procesos de angustia grave, agotamiento y enfermedades físicas y/o mentales.^{216,217} De esta forma ante la existencia continuada de estresores y factores de riesgo se desarrolla un proceso de fatiga laboral o desgaste profesional caracterizado por agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad tanto en el medio laboral como en el familiar, predominando en el entorno donde los profesionales muestran un contacto permanente con los pacientes y/o usuarios.²¹⁸ De forma que el síndrome de “*Burnout*” o agotamiento laboral se presenta con frecuencia como un estado de agotamiento físico, emocional y mental a consecuencia de una exposición prolongada al estrés laboral.²¹⁴

2.4.1 Modelo teórico síndrome de “Burnout” o Agotamiento laboral

El síndrome de “Burnout” o de agotamiento laboral constituye una condición mental establecida como respuesta al fracaso de las estrategias de afrontamiento que los afectados suelen emplear para manejar el estrés laboral, donde la acumulación de éste agota los recursos energéticos, de esta forma existe una pérdida de interés por los sentimientos positivos, asociándose a comportamientos negativos en el lugar de trabajo como absentismo, baja laboral y abuso de sustancias tóxicas.^{219,220,221,222,223}

El “Burnout” es un término anglosajón que significa: “estar quemado”, así como desgastado o exhausto por el trabajo y corresponde a un cuadro clínico descrito en 1974 Herbert Freudenberg y donde posteriormente en 1984 Maslack y Jackson incorporarían este término para describir un proceso paulatino de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede aparecer entre individuos que presentan contacto, responsabilidad o interactúan directa e indirectamente con personas²²⁴, entendiéndose como una reacción interna hacia los agentes externos ,existiendo una prevalencia a nivel mundial del 70%, relacionándose con la calidad asistencial y economía de la organización.²²⁵

La relación que las personas tienen con su trabajo, así como las dificultades que puedan surgir cuando esa relación se consolida, desarrollando un fenómeno significativo, citado anteriormente, donde su origen está en las ocupaciones del cuidado y servicio, de manera que este agotamiento laboral o burnout es una respuesta al estrés no únicamente individual. Como se ha comentado es un fenómeno tridimensional:^{224,226}

- ✚ Agotamiento: hace referencia a los sentimientos de estar sobreexcedido en el plano físico y emocional existiendo de esta forma carencia de energía para enfrentar las situaciones venideras.
- ✚ Despersonalización: hace referencia al cinismo existiendo una respuesta negativa hostil al trabajo que a menudo incluye una pérdida de idealismo y se desarrolla por lo general como respuesta a la sobrecarga de agotamiento constituyendo inicialmente una autoprotección, pero que mantenido genera una deshumanización, representando el componente interpersonal del burnout.
- ✚ Baja realización personal: se refiere a la ineficacia personal con una disminución de los sentimientos de competencia y productividad en el trabajo generando una creciente sensación de ineptitud sobre la capacidad siendo resultado como una autoevaluación del agotamiento.

Conjuntamente a los autores citados anteriormente existen más enfoques respecto al citado proceso psicopatológico. En 1976 Freudenberg definió este proceso como: *“sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”*.²²⁶ En 1978 Pines y Kafry lo definen como: *“una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.”*²²⁷ En 1982 Cherniss postula que el *“burnout”* aparece en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor, es la pérdida de compromiso, donde el proceso se compone de 3 fases:²²⁸

Fase de estrés: consiste en el desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que se dispone por parte del profesional para hacer frente a los acontecimientos.

Fase de agotamiento: respuesta emocional inmediata del profesional ante la existencia del desequilibrio con tensión, ansiedad y fatiga.

Fase de afrontamiento: implica cambios en la conducta y en la actitud del profesional.

Burke en 1987 se refiere al *“burnout”* como: *“un proceso de adaptación del estrés laboral que se caracteriza por desatención profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de personalidad, frialdad, distanciamiento emocional y aislamiento”*²²⁹.

En 1991 Álvarez y Fernández consideran tres teorías fundamentales que contribuyen a explicar el *“burnout”*: teoría ecológica, teoría cognitiva, y teoría organizacional o social. En los modelos sociales destacan el papel fundamental de las variables cognitivas como creencias, actitudes, autoconcepto y auto eficacia, donde se considera que la creencia o grado de seguridad determinará el empeño que le profesional pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad de conseguirlos y conjuntamente determinará ciertas reacciones emocionales como la depresión o estrés que acompañan a la acción.²³⁰

Farber²³¹ lo describe como: un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajo debido a la competencia laboral, exigencias organizacionales, presiones por satisfacer las demandas de usuarios, intensa competitividad, de manera que existe una predominancia de síntomas mentales o conductuales por encima de los físicos con existencia de cansancio emocional y mental con fatiga y depresión en personas que no sufrían previamente ninguna psicopatología. Lieter y Maslach ²²⁴ afirman que el síndrome se debe principalmente al desequilibrio que se da entre las demandas organizacionales y los recursos personales generando fatiga emocional y despersonalización, de manera que existe un fracaso adaptativo caracterizado por agotamiento físico, emocional y mental. Cáceres lo define como:

*“un síndrome clínico caracterizado por un estado de fatiga o frustración, el cual se produce por la dedicación a una causa que no genera el producto deseado”.*²³²

Tal y como se ha citado anteriormente el presente síndrome psicopatológico es experimentado en profesionales que en su desarrollo laboral sufren una amplia gama de demandas emocionales y físicas, así como psicológicas, de manera que dicha situación conlleva a estructurar el fenómeno de *“burnout”* en varios modelos:

En primer lugar, se encuentra el modelo de recurso- demanda donde el agotamiento laboral aparece cuando las demandas laborales son incesantes y presentan una disposición inadecuada de recursos para abordar la situación, mientras que por otra parte se encuentra el modelo de conservación de recursos, el cual sigue la teoría motivacional, donde establece que el *“burnout”* surge como resultado de la amenaza persistente de los recursos, de manera cuando los individuos perciben que los recursos que valoran están amenazados, se refuerzan para mantenerlos y donde el agotamiento aparece por la pérdida de éstos, siendo como resultado de un estrés acumulativo y no de un proceso agudo.²³³

Conjuntamente el proceso psicopatológico de *“burnout”* presenta el componente emocional y organizacional, con ello en él podemos distinguir la teoría sociocognitiva del yo, la cual se caracteriza por las variables de autoconfianza, autoconcepto y autoeficacia, las cuales desempeñan un papel fundamental en el manejo del problema considerando que las cogniciones influyen en como los sujetos perciben y hacen su trabajo y donde a su vez estos conceptos son modificados por las acciones y por la acumulación de los aspectos observables en los otros, así como el grado de seguridad del sujeto en sus propias capacidades para la consecución de objetivos o dificultad para alcanzarlos. Por otro lado, existe el componente del intercambio social donde se propone que la

etiología del proceso psicopatológico del “*burnout*” es causado por las percepciones de falta de equidad o ganancia que despliegan los individuos como consecuencia del proceso de comparación real respecto a las relaciones interpersonales, de manera que existe relación hacia las personas que están prestados los cuidados, así como hacia la organización.²³⁴

2.4.2 Factores de riesgo del síndrome de “Burnout” o Agotamiento laboral.

Como se ha citado en los párrafos anteriores el síndrome de “*Burnout*” aparece debido a situaciones en las cuales las expectativas profesionales no se encuentran cumplidas y donde la relación entre profesionales y /o profesionales y usuarios se hayan desequilibradas generando un proceso de estrés, el cual tras su cronicidad genera el desarrollo de este proceso psicopatológico, con lo citado se ha dicho que no es resultado de un proceso agudo, sino de un proceso mantenido en el tiempo que genera una cronicidad, de esta forma existen elementos que son los responsables de la aparición del citado fenómeno y que son conocidos como los factores de riesgo.²³⁵

Con ello los factores de riesgo los podemos clasificar en varios grupos:²³⁶

- ❖ Individuales: edad, sexo, estado civil, tipo de personalidad, etapa de la carrera profesional.
- ❖ Organizacionales: largas jornadas laborales, ambigüedad de rol, falta de competencia para el cargo, alto volumen de trabajo, atención a usuarios con altas necesidades de apoyo emocional, trabajo no evaluado, liderazgo deficiente, estructura muy jerarquizada, falta de coordinación entre unidades, tareas rutinarias.

❖ Sociales: familia, amigos, roles de apoyo interprofesional y apoyo social, relaciones tensas, competitividad, dinámica de trabajo negativa, escasos niveles de comunicación.

2.4.3 Consecuencias del síndrome de “Burnout” o Agotamiento laboral.

El síndrome de burnout aparece como respuesta ante la exposición prolongada y mantenida en el tiempo de los factores de riesgos citados anteriormente, dicha exposición genera una respuesta que afecta a la esfera biopsicosocial del profesional que desarrolla su labor, de manera que las consecuencias pueden clasificarse en varios grupos:^{235,237}

- Psicosomáticas: fatiga crónica, cefaleas, trastornos endocrinos, gastrointestinales, cardiovasculares, inmunológicos, musculo esqueléticos, insomnio y palpitaciones.
- Conductuales: despersonalización, abuso de sustancias psicoactivas, cambios de humor, incapacidad para la vida relajada, incapacidad de concentración, superficialidad, y aumento de agresión, pérdida de acción proactiva
- Emocionales: agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo, ansiedad, sentimiento de culpabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de incompetencia, aburrimiento, desorientación, y baja realización personal.
- Actitudinales: desconfianza, apatía, cinismo e ironía, hostilidad y suspicacia.
- Sociales: actitudes negativas, menor calidad de vida personal, aumento de problemas familiares, problemas laborales y extralaborales,

Finalmente y tras lo comentado anteriormente el síndrome de agotamiento laboral o *“burnout”* constituye un proceso de agotamiento emocional y cinismo que ocurre con frecuencia entre individuos que desarrollan su proceso laboral en contacto con otras personas o al cuidado de las mismas, lo cual facilita la aparición de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal²³⁸ y además de forma simultánea desarrolla un grave impacto negativo en la productividad laboral, atención hacia los usuarios, desgaste profesional y hacia el abandono de una calidad en el desarrollo de la tarea profesional.²³⁹

III - OBJETIVOS

III - OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir la relación entre la violencia de usuarios, insatisfacción laboral y síndrome de burnout en los profesionales sanitarios y no sanitarios de los servicios de urgencias hospitalarias.

Objetivos específicos:

- Analizar la influencia que desarrolla la existencia violencia de usuarios en los servicios de urgencias hospitalarias para desarrollar insatisfacción laboral y burnout en los profesionales.
- Describir la prevalencia del síndrome de burnout e insatisfacción laboral a causa de la violencia por parte de los usuarios en los servicios de urgencias hospitalarias.
- Estudiar el papel desarrollado por satisfacción laboral como factor modulador del burnout por violencia de los usuarios en los servicios de urgencias hospitalarias.

IV - MATERIAL Y MÉTODO

IV - MATERIAL Y MÉTODO

Se empleó un diseño transversal, descriptivo-analítico mediante la aplicación de un formulario formado por 121 ítems construido mediante un conjunto de instrumentos de medición psicológica, variables demográficas y sociales a una muestra de 584 profesionales sanitarios y no sanitarios pertenecientes a los servicios de urgencias de doce hospitales españoles. Se aplicó la lista de verificación STROBE para estudios observacionales y analíticos.²⁴⁰

Los centros citados anteriormente se hayan encuadrados en 8 comunidades autónomas, que son: Galicia, Cantabria, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Castilla y León, Andalucía, Islas Baleares y Región de Murcia.

La técnica de muestreo fue por conglomerado bietápico (con un nivel de confianza del 95% y un error del 3%). Previamente se envió una invitación formal, compromiso de confidencialidad, organigrama y objetivos del proyecto, así como diseño y método del mismo, además de la forma de recolección de datos e instrumento de evaluación hacia los distintos centros hospitalarios de las diferentes comunidades autónomas mencionadas.

Seguidamente, una vez aceptada la participación e identificados los centros participantes en el estudio se estableció contacto con los coordinadores y/o directores de los servicios de urgencias de cada centro, fijando con ellos la figura del investigador colaborador, cuya función fue en primer lugar ponerse en contacto con la gerencia o dirección del centro al que representa para informar del proyecto y solicitar la aprobación para su participación, aportando desde el equipo de investigación toda la información y documentación necesaria. Posteriormente, se dieron instrucciones a los investigadores colaboradores para la distribución aleatoria del protocolo a cumplimentar al 50% de los profesionales sanitarios y no sanitarios (profesionales de medicina, enfermería, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, celadores y personal de admisión del servicio) pertenecientes al servicio de urgencias hospitalarias al cual representa. A continuación, una vez aleatorizado por categorías, los seleccionados recibieron en un sobre cerrado el formulario a cumplimentar, tras ello debían guardar y entregar el protocolo en un sobre cerrado sin ningún tipo de identificación al investigador colaborador, el cual finalmente remitió dichos formularios al equipo de investigación para su posterior codificación y análisis de las variables.

La participación fue voluntaria, asegurando la confidencialidad y anonimato de todos los datos según lo establecido en la Ley de Protección de datos personales y garantías de derechos digitales (3/2018 del 5 de diciembre),

conjuntamente el presente diseño y estudio cuenta con la aceptación y aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia (con la referencia ID:2187/2018), así como por la gerencia y/o dirección de cada uno de los centros participantes.

4.1 Centros y composición de la muestra total

Tabla nº1 Centros componentes del tamaño muestral

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CENTRO HOSPITALARIO	PARTICIPANTES
Comunidad Valenciana	Hospital Universitario "Doctor Peset"	62 participantes
Comunidad Valenciana	Hospital Universitario "Virgen de la Salud" de Elda	58 participantes
Cantabria	Hospital Comarcal de Laredo	30 participantes
Galicia	Hospital Álvaro Cunqueiro	93 participantes
Madrid	Hospital del Escorial	35 participantes
Andalucía	Hospital Universitario "Infanta Margarita" de Cabra	40 participantes

Castilla y León	Hospital "Nuestra Señora de Sonsoles"	45 participantes
Región de Murcia	Hospital de la Vega "Lorenzo Guirao"	26 participantes
Región de Murcia	Hospital Universitario "Los Arcos del Mar Menor"	29 participantes
Islas Baleares	Hospital Comarcal de Inca	45 participantes
Región de Murcia	Hospital Universitario "Reina Sofía" de Murcia	78 participantes
Galicia	Hospital Universitario de Ourense	46 participantes

Fuente: elaboración propia

4.2 Instrumentos

Con el fin de recoger las variables de estudio se elaboró un protocolo de 121 ítems compuesto por 6 cuestionarios autoadministrados.

En primer lugar, se recogieron algunas de las variables sociodemográficas y sociolaborales más relevantes observadas en la literatura sobre la violencia de usuarios (VU). En este sentido se elaboró un cuestionario "ad hoc" que recogió edad, sexo, nacionalidad, situación personal, profesión, antigüedad, turno de trabajo y tipo de contrato,

existencia de formación continuada, existencia de una segunda actividad laboral, conocimiento acerca de la existencia de herramientas para comunicar agresiones, haber sufrido baja laboral en los últimos 12 meses, tipo de enfermedad causante y duración de la misma, así como la existencia de recaídas.

El instrumento principal que se utilizó para evaluar la violencia de usuarios (VU) fue la escala HABS-U²⁴¹ cuyo objetivo era medir manifestaciones hostiles físicas y no físicas de baja y media intensidad procedentes de los usuarios y percibidas por el trabajador como violentas. El cuestionario está configurado por 14 ítems, con un alfa de .84, que explica el 57.36% de la varianza. Se divide en dos factores: violencia no física (7 ítems, con alfa de .85, varianza explicada del 36.39% y carga factorial de los ítems de entre .64 y .76) y violencia física (7 ítems con .74 de alfa, varianza explicada del 20.96% y una carga factorial de los ítems de entre .71 y .78). Valorar la frecuencia de exposición utilizando una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta que oscilan desde 1 (nunca en el último año) a 6 (diariamente).

Así mismo, se evaluaron algunas de las variables más relevantes en el ámbito de la salud laboral y psicológica. Para ello, fueron utilizados

instrumentos psicométricos de reconocido prestigio internacional y de uso frecuente en las investigaciones sobre violencia y salud en profesionales sanitarios.

En este sentido, para estudiar los niveles de *burnout* empleamos el *Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS)*²⁴² de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson en 1996, en la versión española de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau . 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”). En estudios anteriores, obtuvimos valores de alfa de Cronbach de .73 para eficacia profesional, .90 para agotamiento y .81 para cinismo.

Para la exploración de síntomas psicopatológicos se administró el *Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)*²⁴³ de Davison, en la versión española de Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao. Consta de 45 ítems con formato de respuesta en escala tipo Likert indicando cuanto ha estado presente un síntoma entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho o extremadamente). Se compone de 9 factores con alta consistencia interna de

los cuales empleamos: depresión (.85), hostilidad (.83), sensibilidad interpersonal (.84), dolores musculares (.80), somatización (.80), ansiedad (.84), obsesión-compulsión (.72), componiendo un total de 30 ítems con respecto al total de la herramienta.

La satisfacción laboral se evaluó mediante la *Overall Job Satisfaction* (OJS)²⁴⁴ desarrollada por Warr, Cook y Wall, adaptada al español por Pérez e Hidalgo. Esta escala está formada por 15 ítems con 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 intrínseco (formada por siete ítems) y la subescala de factores extrínsecos (constituida por ocho ítems). Con respecto a la consistencia interna del cuestionario, se encontró que el índice Alfa de Cronbach es de .88, la subescala de factores extrínsecos de .72 y la subescala de factores intrínsecos tiene una fiabilidad de .85.

Para evaluar el estrés laboral se aplicó el *Job Content Questionnaire* (JCQ)²⁴⁵ de Karasek y Theorell, en su versión española Escrivà-Agüir, Más y Flores. El cuestionario consta de 39 ítems con formato de respuesta tipo Likert (1 = totalmente de acuerdo) (4 = totalmente en desacuerdo). El cuestionario consta de tres factores, el primero *Demandas Psicológicas* (6 ítems), el segundo *Control Sobre el*

Trabajo (7 ítems) y por último *Apoyo en el Trabajo* (9 ítems). La consistencia interna del cuestionario es superior a .80 tanto en su versión original como en la adaptación española

4.3 Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS en su versión 25. Se utilizaron frecuencias, porcentajes, medias y desviación típica para los estadísticos descriptivos. Dado que la muestra no cumplía los supuestos de homogeneidad de varianza, se aplicó el estadístico no paramétrico H de Kruskal-Wallis para las comparaciones entre los distintos grupos profesionales. Se aplicaron pruebas post-hoc (Tukey's range test) para determinar las diferencias entre grupos profesionales. Finalmente, se utilizó el estadístico épsilon ϵ^2 para el cálculo de la magnitud del efecto, así como análisis de cluster empleando el Método Stepwise con la solución de autoclustering. Teniendo en cuenta la Razón de Medidas de Distancia (RDM = 2.09) y el Criterio Bayesiano de Schwarz (BIC = 569.85), para estudiar relación entre variables del estudio con la violencia laboral en sus modalidades.

V - RESULTADOS

V - RESULTADOS

5.1 Variables sociodemográficas de la muestra

Se entregaron 600 cuestionarios de los cuales 584 fueron recibidos y cumplimentados de manera correcta, alcanzando una tasa de respuesta del 97,3%. Del total de los participantes, el 42% (n=246) es de sexo masculino con un rango de edad de 23 a 65 años (M=46; DT=9,972). Respecto al grupo profesional de pertenencia, el 20% de la muestra son profesionales de medicina, el 42,8% personal de enfermería, el 19,5% son Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (T.C.A.E) el 12,7% celadores y 5,3% personal de administración. (tabla...)

Predominan los profesionales casados (58,9%), de nacionalidad española (98,8%), con al menos 10 años de experiencia en la profesión (73,12%) y una antigüedad en el puesto actual inferior a 10 años (59,25%), con contrato fijo (54,1%) en turnos de 7 horas (55,1%). Por otra parte, el 18,2% había sufrido baja laboral en los últimos 12 meses, de los cuales el 84,2% son por enfermedad común, siendo en el 87,1% de origen físico y el 12,9% de origen psicológico, presentando ausencia de recaídas el 80,2% de las ocasiones.

Tabla nº2 Datos laborales y sociodemográficos

Variabes	n (%)
Sexo	
Varón	245(42)
Mujer	339(58)
Estado civil	
Solteros	171(29,3)
Pareja de hecho y casado	344(58,9)
Divorciados, separados y viudos	69(11,8)
Edad (años)	
< 30	50(8,56)
31-40	154(26,36)
41-50	190(32,53)
> 50	190(32,53)
Nacionalidad	
Español	577(98,8)
Comunitario	4(0,7)
Extracomunitario	3(0,5)
Profesión	
Médico	117(20)
Enfermero	250(42,8)

T.C.A.E	112(19,5)
Celador	74(12,7)
Administración	31(5,3)
Antigüedad en la profesión (años)	
< 10	157(26,88)
11-20	240(41,09)
> 20	187(32,02)
Antigüedad en el puesto (años)	
< 5	245(41,95)
6-10	101(17,29)
> 10	238(40,75)
Tipo de contrato	
Fijo (indefinido)	316(54,1)
Temporal	268(45,9)
Turno	
Turno de 12 horas	262(44,9)
Turno de 7 horas	322(55,1)
Formación continuada	
Sí	488(83,6)
No	96(16,4)
Otra actividad laboral fuera del centro	

Sí	48(8,2)
No	536(91,8)
Baja laboral en el último año	
Sí	101(18,2)
No	478(81,8)
Tipo de enfermedad	
Enfermedad común	85(84,2)
Enfermedad laboral/accidente	13(12,9)
Enfermedad profesional	3(3)
Origen de la enfermedad	
Físico	88(87,1)
Psicológico	13(12,9)
Recaídas en la enfermedad	
Sí	20(19,8)
No	81(80,2)

Fuente: elaboración propia.

5.2 Análisis descriptivo de los instrumentos empleados

Tabla nº3: análisis descriptivo de la escala *Job Content Questionnaire* (JCQ)

Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
En mi trabajo tengo que aprender cosas nuevas.	2,9%(n=17)	1,2% (n=7)	25%(n=146)	70,9%(n=414)
En mi trabajo realizo muchas tareas repetidas.	3,3%(n=19)	4,8%(n=28)	43,7%(n=255)	48,3%(n=282)

Mi trabajo requiere que sea creativo.	7,5%(n=44)	25,3%(n=148)	51%(n=298)	16,1%(n=94)
Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mí mismo.	8,7%(n=51)	22,6%(n=132)	43,7%(n=255)	24,7%(n=144)
Mi trabajo requiere un alto nivel de capacitación.	4,1%(n=24)	8,9%(n=52)	37,7%(n=220)	49,35(n=288)
Tengo muy poca libertad para decidir cómo realizar mi trabajo.	8,9%(n=52)	48,4%(n=282)	34,8%(n=203)	7,9%(n=46)
En mi trabajo puedo hacer muchas tareas distintas.	3,4%(n=20)	11,6%(n=68)	49%(n=286)	36%(n=210)
Tengo mucha influencia en lo que ocurre en mi trabajo.	9,8%(n=57)	34,9%(n=204)	39,9%(n=233)	15,4%(n=90)
En mi trabajo tengo la oportunidad de desarrollar mis habilidades especiales.	9,4%(n=55)	28,1%(n=164)	47,6%(n=278)	14,9%(n=87)
Mi trabajo requiere trabajar muy rápido.	1,9%(n=11)	7,4%(n=43)	40,6%(n=237)	50,2%(n=293)
Mi trabajo requiere trabajar muy duro.	1,9%(n=11)	9,6%(n=56)	38,4%(n=224)	50,1%(n=292)
No tengo que realizar una cantidad excesiva de trabajo.	42,3%(n=247)	41,3%(n=241)	12,3%(n=72)	4,1%(n=24)
Tengo tiempo suficiente para realizar mi trabajo.	22,35(n=130)	47,9%(n=279)	27,3%(n=159)	2,6%(n=15)
En mi trabajo no estoy sometido a situaciones conflictivas o problemáticas producidas por otros.	47,1%(n=275)	37%(n=216)	12,2%(n=71)	3,8%(n=22)
Mi trabajo requiere largos periodos de intensa concentración en lo que se hace.	3,8%(n=22)	16,1%(n=94)	44,2%(n=258)	36%(n=210)
Mis tareas son interrumpidas con frecuencia antes de poder terminarlas teniendo que continuarlas más tarde.	3,1%(n=18)	17%(n=99)	47,6%(n=278)	32,4%(n=189)
Mi trabajo es muy ajetreado.	2,9%(n=17)	4,3%(n=25)	37,5%(n=219)	55,3%(n=323)
Mi trabajo se enlentece por retraso de otras personas o departamentos.	2,7%(n=16)	12,3%(n=72)	45%(n=263)	39,9%(n=233)
Mi supervisor/a se preocupa del bienestar de las personas que están a su cargo.	10,3%(n=60)	17,1%(n=100)	46,9%(n=274)	25,7%(n=150)
Mi supervisor/a presta atención a lo que digo.	7,7%(n=45)	11,8%(n=69)	51%(n=298)	29,5%(n=172)
Tengo problemas con mi supervisor/a.	53,1%(n=310)	34,6%(n=202)	7,7%(n=45)	4,6%(n=27)
Mi supervisor/a colabora para que el trabajo se haga.	7,9%(n=46)	14,4%(n=84)	50,2%(n=293)	27,6%(n=161)
Mi supervisor/a consigue que la gente trabaje en equipo.	8,9%(n=52)	23,5%(n=137)	50,7%(n=296)	17%(n=99)
Las personas con las que trabajo son competentes en su trabajo.	3,1%(n=18)	15,2%(n=89)	61,6%(n=357)	20,5%(n=120)
Las personas con las que trabajo se	4,5%(n=26)	16,8%(n=98)	63,4%(n=370)	15,4%(n=90)

interesan por mí.				
Tengo problemas con las personas que trabajo.	42,5%(n=248)	43,3%(n=253)	11,5%(n=67)	2,7%(n=16)
Las personas con las que trabajo son agradables.	1,7%(n=10)	7,5%(n=44)	64,9%(n=379)	25,9%(n=151)
Las personas con las que trabajo les gusta trabajar en equipo.	4,6%(n=27)	14,9%(n=87)	63%(n=368)	17,5%(n=102)
Las personas con las que trabajo colaboran para conseguir que el trabajo se haga.	2,7%(n=16)	12%(n=70)	63,4%(n=370)	21,9%(n=128)

Fuente: elaboración propia.

De esta forma, en la escala de valoración del estrés laboral, descrita anteriormente en la metodología, entre los ítems estudiados destacan varios de ellos, donde el 70,9% (n=414) se encuentran “totalmente de acuerdo” con que en su trabajo han de aprender cosas nuevas y además el 55,3% (n=323) afirman de la misma forma que su trabajo es muy ajetreado, además están “totalmente de acuerdo” el 50,2% (n=293) que su trabajo ha de ser desarrollado de una manera muy rápida, siendo calificado éste de forma dura por el 50,1% (n=292).

Seguidamente el 51% (n=298) afirman estar “de acuerdo” en que los supervisores prestan atención hacia aquello que los profesionales dicen. y el hecho de que éste consiga que los profesionales trabajen en equipo es resultado de estar “de acuerdo” por el 50,7% (n=296). Además, el 61,6% (n=357) afirma estar “de acuerdo que las personas con las que trabaja son competentes y afirmar que son agradables en el mismo sentido el 91,4% (n=530).

Finalmente, el 53,1%(n=310) afirma estar “totalmente en desacuerdo” en tener problemas con la figura del supervisor/a y en la misma dirección el 85,8% está “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo” en tener algún tipo de problema con los profesionales que trabaja.

Tabla nº 4 análisis descriptivo de la escala *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45)

Ítem	Nada en absoluto	Un poco presente	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente
Sentirse solo/a.	59,5%(n=349)	19,8%(n=116)	14,7%(n=86)	4,8%(n=28)	1,4%(n=8)
Sentirse triste.	53,6%(n=313)	25%(n=146)	14%(n=82)	5,5%(n=32)	1,9%(n=11)
No sentir interés por las cosas.	65,4%(n=382)	19,2%(n=112)	8,7%(n=51)	5%(n=29)	1,7%(n=10)
Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.	55,5%(n=342)	21,1%(n=123)	12,2%(n=71)	6,7%(n=39)	4,6%(n=27)
La sensación de ser un/a inútil.	71,7%(n=415)	14,7%(n=86)	8,2%(n=48)	4,3%(n=25)	1,7%(n=10)
Arrebatos de cólera y/o furia.	63%(n=368)	22,8%(n=133)	9,4%(n=55)	2,7%(n=16)	2,1%(n=12)
Sentir impulsos agresivos.	78,4%(n=458)	14,7%(n=86)	3,8%(n=22)	1,5%(n=9)	1,5%(n=9)
Tener ganas de romper algo.	81,55(n=476)	12,5%(n=73)	3,9%(n=23)	0,9%(n=5)	1,2%(n=7)
Discusiones frecuentes.	68,3%(n=399)	23,3%(n=136)	4,5%(n=26)	2,1%(n=12)	1,9%(n=11)
Gritar o tirar cosas.	83%(n=514)	9,1%(n=53)	1,5%(n=9)	0,7%(n=4)	0,7%(n=4)
Sentirse incomprendido/a.	52,1%(n=304)	29,5%(n=172)	10,4%(n=61)	4,8%(n=28)	3,3%(n=19)
Impresión de rechazo de otras personas.	68,2%(n=408)	20,6%(n=123)	7,2%(n=43)	2,5%(n=15)	1,5%(n=9)
Sentirse inferior.	70,2%(n=410)	18%(n=105)	5,7%(n=33)	3,1%(n=18)	3,1%(n=18)
Sentirse incomodo/a con la gente.	61,8%(n=316)	27,9%(n=163)	5,5%(n=32)	3,3%(n=19)	1,5%(n=9)
Sentirse cohibido/a.	66,6%(n=389)	20,7%(n=121)	7,5%(n=44)	3,6%(n=21)	1,5%(n=9)
Sentir dolores	30,8%(n=180)	22,9%(n=134)	19%(n=111)	16,6%(n=97)	10,6%(n=62)

musculares.					
Sentir calor o fríos repentinos.	56,7%(n=331)	16,3%(n=95)	13,2%(n=77)	9,4%(n=55)	4,5%(n=26)
Sentir entumecimiento u hormigueo.	59,8%(n=349)	16,4%(n=96)	11%(n=64)	8,7%(n=51)	4,1%(n=24)
Sentir debilidad corporal.	46,1%(n=269)	24,5%(n=143)	15,1%(n=88)	9,1%(n=53)	5,3%(n=31)
Sentir sensación de pesadez.	43,2%(n=252)	26,9%(n=157)	15,9%(n=93)	8,7%(n=51)	5,3%(n=31)
Tener miedo repentino.	74,3%(n=434)	15,6%(n=91)	6,3%(n=37)	2,6%(n=15)	1,2%(n=7)
Sentirse nervioso/a.	38,5%(n=225)	34,9%(n=204)	17,1%(n=100)	6%(n=35)	3,4%(n=20)
Sentir preocupación y/o tensión.	32,9%(n=192)	34,8%(n=203)	18,5%(n=103)	9,6%(n=56)	4,3%(n=25)
Sentir ataques de temor o pánico.	84,1%(n=491)	9,4%(n=55)	3,9%(n=23)	1,7%(n=10)	0,9%(n=5)
Sentirse inquieto/a.	46,2%(n=270)	31,3%(n=183)	14,9%(n=87)	5,1%(n=30)	2,4%(n=14)
Sentir el tener que hacer las cosas muy despacio.	63%(n=368)	22,4%(n=131)	10,3%(n=60)	2,6%(n=15)	1,7%(n=10)
Sentir el tener que realizar una comprobación.	39,7%(n=232)	31,5%(n=184)	17,1%(n=100)	7,7%(n=45)	3,9%(n=23)
Tener dificultad para tomar decisiones.	53,3%(n=311)	29,1%(n=170)	12%(n=70)	3,8%(n=22)	1,9%(n=11)
Sentir la mente en blanco.	63,4%(n=370)	25%(n=146)	8,4%(n=49)	1,2%(n=7)	2,1%(n=12)
Tener dificultades de concentración.	47,1%(n=275)	34,2%(n=200)	11,6%(n=68)	4,5%(n=26)	2,5%(n=15)

Fuente: elaboración propia.

Seguidamente en la valoración de síntomas psicopatológicos, donde se centra dentro de ella en los componentes citados en la metodología, entre el 47,1% (n= 275) hasta el 84,1% (n=491) no han presentado nada en absoluto de síntomas descritos en los ítems del presente documento, destacando que el 43,2% (n=200)

tiene un poco presente problemas y dificultades de concentración, además el 10,6% (n= 62) sienten dolores musculares calificados como mucho o bastante.

Tabla nº 5 análisis descriptivo de la escala *Overall Job Satisfaction (OJS)*

Ítem	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni insatisfecho ni satisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Condiciones físicas del trabajo.	12,7%(n=74)	19,7%(n=115)	17,6%(n=103)	18%(n=105)	15,2%(n=89)	15,2%(n=89)	1,5%(N=9)
Libertad para elegir tu propio método de trabajo.	5,1%(n=30)	14,2%(n=83)	16,1%(n=94)	21,9%(n=128)	19,7%(n=115)	19,3%(n=113)	3,6%(n=21)
Tus compañeros de trabajo.	1,4%(n=8)	1,9%(N=11)	5%(n=28)	10,4%(n=61)	18,5%(n=108)	43,7%(n=225)	19,2%(n=112)
Reconocimiento que obtenemos por el trabajo bien hecho.	10,4%(n=61)	12,3%(n=72)	8,9%(n=52)	18,2%(n=106)	17,3%(n=101)	25,2%(n=147)	7,7%(n=45)
Tu superior/a inmediato.	5,1%(n=30)	4,3%(n=25)	6,3%(n=37)	17%(n=99)	15,4%(n=90)	37,2%(n=217)	14,7%(n=86)
Responsabilidad que se ha asignado.	1,7%(n=10)	3,4%(n=20)	4,6%(n=27)	21,7%(n=127)	19,2%(n=112)	42,1%(n=246)	7,2%(n=42)
Tu salario.	18%(n=105)	17,5%(n=102)	14,4%(n=84)	11,3%(n=66)	15,9%(n=93)	20,4%(n=119)	2,6%(n=15)
La posibilidad de emplear tus capacidades.	5,8%(n=34)	9,1%(n=53)	9,8%(n=57)	15,4%(n=90)	22,4%(n=131)	33,9%(n=198)	3,6%(n=21)
Relaciones entre dirección y trabajadores de tu empresa.	24,1%(n=141)	15,9%(n=93)	11,6%(n=68)	24,3%(n=142)	8,4%(n=49)	12,8%(n=75)	2,7%(n=16)
Tus posibilidades de promocionar.	15,1%(n=88)	16,1%(n=94)	11,5%(n=67)	28,3%(n=165)	12,3%(n=72)	14,9%(n=87)	1,9%(n=11)
El modo en que tu empresa está	28,4%(n=166)	21,2%(n=124)	14,6%(n=85)	17%(n=99)	9,4%(n=55)	8,7%(n=51)	0,7%(n=4)

gestionada.							
La atención que se presta a las sugerencias que haces.	13,2%(n=77)	15,6%(n=91)	11,5%(n=67)	26,4%(n=154)	14,4%(n=84)	16,8%(n=98)	2,2%(n=13)
Tu horario de trabajo.	9,8%(n=57)	8,9%(n=52)	11,5%(n=67)	26,4%(n=154)	14,4%(n=84)	16,8%(n=98)	2,2%(n=13)
La variedad de tareas que realizas en tu trabajo.	4,3%(n=25)	5,3%(n=31)	6,2%(n=36)	15,6%(n=91)	18,7%(n=109)	42,5%(n=248)	7,5%(n=44)
Tu estabilidad en el empleo.	12,2%(n=71)	7,4%(n=43)	7%(n=41)	7,4%(n=43)	13%(n=76)	33,4%(n=195)	19,7%(n=115)

Fuente: elaboración propia.

Luego, en el análisis de satisfacción laboral el 32,9% (n=192) se encuentra entre satisfecho y muy satisfecho del reconocimiento obtenido por el trabajo bien hecho y en este sentido el 61,9%(n=303) entre muy satisfecho y satisfecho con la supervisión inmediata. Sin embargo, el 24,1%(n=234) se encuentran muy insatisfechos con las relaciones entre la dirección de la organización y los profesionales que desarrollan su tarea. Además, el 33,9% (n=198) se encuentran satisfechos con la posibilidad de emplear sus capacidades en su entorno laboral. En cuanto a las condiciones físicas del entorno laboral el 31,9% (n=187) se muestran entre moderadamente satisfechos y muy satisfechos.

Tabla nº. 6 análisis descriptivo de la escala *Maslach Burnout Inventory-GS* (MSI-GS)

Ítem	Nunca o ninguna vez	Casi nunca/ alguna vez al año	Algunas veces/una vez al mes o menos	Regularmente/alguna vez al mes	Bastantes veces/una vez por semana	Casi siempre/algunas veces por semana	Siempre/todos los días
Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo.	7,5%(n=44)	23,1%(n=135)	32%(n=187)	13%(n=76)	8,6%(n=50)	9,9%(n=58)	5,8%(n=34)
Estoy consumido al final de un día de trabajo.	5,8%(n=34)	13,9%(n=81)	29,5%(n=172)	12%(n=70)	13,2%(n=77)	15,1%(n=88)	10,6%(n=62)
Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo.	16,3%(n=95)	24,5%(n=143)	25%(n=146)	11,8%(n=69)	9,2%(n=54)	6,3%(n=37)	6,8%(n=40)
Trabajar todo el día es una tensión para mí.	23,5%(n=137)	26%(n=152)	23,8%(n=139)	9,4%(n=55)	6,7%(n=39)	4,8%(n=28)	5,8%(n=34)
Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo.	3,3%(n=19)	2,7%(n=16)	9,6%(n=56)	9,9%(n=58)	12,3%(n=72)	39,2%(n=229)	22,9%(n=134)
Estoy quemado por el trabajo.	21,4%(n=125)	20,9%(n=122)	26,4%(n=154)	7,5%(n=44)	9,6%(n=56)	6%(n=35)	8,1%(n=47)
Contribuyo eficazmente a lo que hace mi organización.	3,1%(n=18)	5%(n=29)	12,5%(n=73)	11,3%(n=66)	12,2%(n=71)	27,4%(n=160)	28,6%(n=167)
He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto.	42,5%(n=248)	23,5%(n=137)	13,5%(n=79)	6%(n=35)	5,1%(n=30)	5%(n=29)	4,5%(n=26)
He perdido entusiasmo por mi trabajo.	40,6%(n=237)	24,3%(n=142)	14,2%(n=83)	5,7%(n=33)	5,7%(n=33)	5,3%(n=31)	4,3%(n=25)
En mi opinión soy bueno en mi trabajo.	2,2%(n=13)	1%(n=6)	5,7%(n=33)	6,7%(n=39)	13,9%(n=81)	28,4%(n=166)	42,1%(n=246)
Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo.	2,6%(n=15)	2,1%(n=12)	5,1%(n=30)	6%(n=35)	9,9%(n=58)	28,8%(n=168)	45,5%(n=266)
He conseguido cosas validas en este puesto.	7%(n=41)	7,5%(n=44)	13,7%(n=80)	12,5%(n=73)	13,7%(n=80)	19,3%(n=113)	26,2%(n=153)
Me he vuelto más cínico en cuanto a la	7%(n=41)	23,1%(n=135)	14,2%(n=83)	11,6%(n=68)	7,5%(n=44)	6,8%(n=40)	5,1%(n=30)

utilidad de mi trabajo.							
Dudo de la trascendencia y utilidad de mi trabajo.	46,1%(n=269)	26,5%(n=155)	12,8%(n=75)	6,2%(n=36)	4,1%(n=24)	1,9%(n=11)	2,4%(n=14)
En mi trabajo tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas.	2,2%(n=13)	1%(n=6)	6,2%(n=36)	7%(n=41)	10,1%(n=59)	31,5%(n=184)	42%(n=245)

Fuente: elaboración propia.

El 32% (n=187) se ha encontrado alguna vez o al menos una vez al mes agotado emocionalmente en el trabajo, igualmente el 29,5% (n= 172) se haya consumido al final del día de trabajo. El 32,9% (n=229) casi siempre o algunas veces por semana pueden resolver de manera eficaz los problemas que surgen en el trabajo.

El 26,45% (n=154) alguna vez o al menos una vez al mes se encuentran “quemados” por el desarrollo del trabajo, mientras que el 28,6%(n=167) siempre o todos los días contribuyen eficazmente a lo que hace su organización. El 42,5% (n=248) nunca han perdido el interés en su puesto de trabajo desde que comenzaron con el mismo.

El 42,1%(n=246) es muy bueno en su trabajo siempre y/o todos los días, donde además el 26,2% (n=153) opina que siempre/todos los días ha conseguido cosas validas en su puesto de trabajo. El 46,1%(n=269) no duda que su trabajo

haya presentado transcendencia y donde el 42% (n= 245) en su trabajo siempre y/o todos los días tiene la seguridad que es eficaz en la finalización de las tareas que desarrollan.

Tabla nº 7 análisis descriptivo de la escala HABS-U

Ítem	
Los usuarios me expresan su enfado elevando la voz o quejándose	Nunca: 6,5% (n=38) Anualmente:5,3 % (n=31) Trimestralmente:8,4 % (n=49) Mensualmente:14,4 % (n=84) Semanalmente:27,2 % (n=159) Diariamente:38,2 % (n= 223)
Los usuarios interrumpen mi trabajo de malas formas	Nunca:11,1 % (n=65) Anualmente: 8,7% (n=51) Trimestralmente:8,9 % (n=52) Mensualmente:21,1 % (n=123) Semanalmente:26 % (n=152) Diariamente:24,1 % (n=141)
Los Usuario me ponen malas caras o miradas de desprecio	Nunca:14,8 % (n=86) Anualmente:9,9 % (n=58) Trimestralmente: 9,9 % (n=58) Mensualmente:18,9 % (n=110) Semanalmente:23 % (n=134) Diariamente:23,5 % (n=137)
Los usuarios cuestionan mis decisiones	Nunca:16,1 % (n=94) Anualmente:14,9 % (n=87) Trimestralmente:14,2 % (n=83) Mensualmente:14,7 % (n=86) Semanalmente:21,1 % (n=123) Diariamente:19 % (n=110)
Los usuarios me hacen bromas irónicas	Nunca:28,8 % (n=168) Anualmente:15,6 % (n=91)

	<p>Trimestralmente:15,1 % (n=88) Mensualmente:14,6 % (n=85) Semanalmente:14,2 % (n=83) Diariamente:11,8 % (n=69)</p>
Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores y complicaciones	<p>Nunca: 32,7% (n=191) Anualmente:16,4 % (n=96) Trimestralmente:12,2 % (n=71) Mensualmente:12,2 % (n=71) Semanalmente:11,1 % (n=65) Diariamente:15,4 % (n=90)</p>
Los usuarios me amenazan si no se cumplen sus expectativas	<p>Nunca:31,7 % (n=185) Anualmente:19,7 % (n=115) Trimestralmente:13,5 % (n=79) Mensualmente:13,5 % (n=79) Semanalmente:10,3 % (n=60) Diariamente:11,3 % (n=66)</p>
Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial	<p>Nunca:9,9 % (n=50) Anualmente:5,5 % (n=32) Trimestralmente:8,4 % (n=49) Mensualmente:12,8 % (n=75) Semanalmente:21,1 % (n=123) Diariamente:42,3 % (n=247)</p>
Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia	<p>Nunca: 20,7% (n=121) Anualmente:15,2% (n=89) Trimestralmente:14,2 % (n=83) Mensualmente:16,6 % (n=97) Semanalmente:14,4 % (n=84) Diariamente:18,8 % (n=110)</p>
Los usuarios se enfadan conmigo por la falta de información	<p>Nunca:18,7 % (n=109) Anualmente:13,4% (n=78) Trimestralmente:11,8 % (n=69) Mensualmente:11,8 % (n=69) Semanalmente:19,2 % (n=112) Diariamente:25,2 % (n=147)</p>

Los usuarios se enfadan conmigo porque creen que empleo más tiempo en el resto de usuarios	Nunca:46,1% (n=269) Anualmente:14,7 % (n=86) Trimestralmente:11,3 % (n=66) Mensualmente:7,7 % (n=45) Semanalmente:8,7 % (n=51) Diariamente:11,5 % (n=67)
Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme	Nunca:82,4 % (n=481) Anualmente 9,1: % (n=53) Trimestralmente:3,9 % (n=23) Mensualmente:2,6 % (n=15) Semanalmente:1,2 % (n=7) Diariamente: 0,9% (n=5)
Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil	Nunca:78,3 % (n=457) Anualmente:12,7 % (n=74) Trimestralmente:4,1 % (n=24) Mensualmente:2,2 % (n=13) Semanalmente:2,1 % (n=12) Diariamente: 0,7% (n=4)
Los usuarios muestran su enfado contra mí destruyendo puertas, cristales, paredes...etc.	Nunca:73,6 % (n=430) Anualmente:17,6 % (n=103) Trimestralmente:3,9 % (n=23) Mensualmente:2,2 % (n=13) Semanalmente:1,5 % (n=9) Diariamente:1 % (n=6)

Fuente: elaboración propia.

El 32,8% (n=223) manifiestan que los usuarios les expresan su enfado elevando la voz o quejándose diariamente. Con la misma frecuencia el 24,1% (n=141) identifican que los usuarios interrumpen su trabajo de malas formas. De esta misma forma, el 23,5%(n=137) expresan diariamente que los usuarios ponen

malas caras o miradas de desprecio. Conjuntamente el 28% (n=168) afirman que los usuarios nunca le han desarrollado bromas irónicas, conjuntamente el 32,7% (n=191) afirman que nunca los usuarios les han acusado injustificadamente de incumplimiento, errores y complicaciones. Por otra parte, los usuarios amenazan a los profesionales sino cumplen sus expectativas en un 68,3% (n=399) con frecuencia que varía desde anual a diariamente. De esta forma, el 42,3% (n= 247) expresan que diariamente los usuarios se enfadan con los profesionales por la demora asistencial.

El 79,3% (n= 463) afirman que los usuarios les responsabilizan exageradamente de cualquier minucia con una frecuencia entre anual y diaria, donde presenta mayor porcentaje la frecuencia diaria con un 18,8% (n=110). Luego el 25,2% (n=147) afirman que los usuarios se enfadan con los profesionales por falta de información diariamente, de la misma manera más del 46,1%(n=269) afirman que nunca los usuarios se enfadan con los profesionales porque creen que se emplea más tiempo en el resto de usuarios.

En cuanto a las manifestaciones de empujones, zarandeos o escupir el 82,4% (n=481) afirman que nunca les ha ocurrido en el último año. El fenómeno de que los usuarios lleguen a sujetar, o tocar de manera hostil el 78,3% (n=457) afirman que nunca lo han manifestado en el último año y el 73,6%(n=430), con la

misma frecuencia que el anterior no han evidenciado casos donde los usuarios demuestren su enfado destruyendo puertas, cristales, paredes...etc.

El 100% del personal de administración ha sufrido al menos un episodio de violencia no física en el último año, seguido de los enfermeros (97,6%), médicos (93,2%), T.C.A.E (88,4%) y celadores (85,1%). Respecto a la violencia física, es más común en T.C.A.E (29,5), seguidos de médicos (28,2%), enfermeros (27,6%), celadores (25,7%) y personal de administración (22,6%).

Tabla nº 8 Porcentaje de percepción de violencia de usuarios por grupo profesional.

	Médicos	Enfermeros	T.C.A.E	Celador	Administración
Violencia no Física	93,2	97,6	88,4	85,1	100
Violencia Física	28,2	27,6	29,5	25,7	22,6

Fuente: elaboración propia

Estudiada la significación de las diferencias entre grupos profesionales en los dos factores de la escala HASB-U, nuestros resultados muestran que los profesionales de medicina y enfermería perciben, de forma significativa, mayor violencia no física ($H = 28,881$, $p = 0,001$, $\varepsilon^2 = 0,04$; Post-hoc = AE-CTM). Respecto a la violencia física, se observa mayor exposición en Celadores y T.C.A.E. ($H = 9,800$, $p = 0,05$, $\varepsilon^2 = 0,02$; Post-hoc = CT-EMA).

Tabla nº 9 Comparaciones por grupo profesional en violencia verbal y física.

	Profesional	M (DT)	H ^a	E ^b	Tukey ^c
Violencia Verbal	Medicina	34,46 (13,71)	28,88**	0,04	AE-CTMf
	Enfermería	41,93 (13,43)	d		
	T.C.A.E	38,27 (15,55)			
	Celador	38,78 (17,53)			
	Administración	46,65 (10,94)			
Violencia Física	Medicina	3,87 (2,09)	9,80*	0,02	CTEMA
	Enfermería	4,04 (2,15)			
	T.C.A.E	4,57 (3,19)			
	Celador	4,74 (3,19)			
	Administración	3,38 (0,71)			

H = Kruskal-Wallis; E = Épsilon al cuadrado; Tukey = Tukey's range test, A =

Administración, C = Celador, E = Enfermería, M = Médicos, y T = Técnico en Cuidados

Auxiliares de Enfermería.

Fuente: elaboración propia

5.3 Análisis de cluster

Seguidamente se desarrolló un análisis de *cluster* para la muestra de del presente estudio. En primer lugar, para obtener el número óptimo de clústeres se

aplicó el Método Stepwise con la solución de *autoclustering*. Teniendo en cuenta la Razón de Medidas de Distancia ($RDM = 2.09$) y el Criterio Bayesiano de Schwarz ($BIC = 569.85$), se concluyó que el número óptimo de clústeres era de 2 (cambio BIC de la solución 1 a 2 = -262.82). La calidad de la solución clúster, según la medida de silueta de cohesión y separación, era buena (0.7).

En segundo lugar, se realizó un análisis K-medias, con valores $K = 2$, con las variables violencia física y violencia no física. Los resultados obtenidos en el análisis K-medias con la solución de 2 *clústeres*.

El primero de los grupos formados, llamado a partir de ahora *Clúster 1*, incluye a 298 casos y se caracteriza por puntuaciones altas en violencia no física ($M = 51.52$, $DT = 7.92$) y bajas en física ($M = 4.84$, $DT = 2.86$). Por otro lado, el segundo grupo, llamado a partir de ahora *Clúster 2*, está compuesto por 285 casos y se caracteriza por puntuaciones intermedias en violencia no física ($M = 27.10$, $DT = 8.40$) y bajas en física ($M = 3.44$, $DT = 1.29$).

Tabla nº 10 Análisis Clúster K-medias

	<i>Clúster 1</i> (<i>n</i> = 298)		<i>Clúster 2</i> (<i>n</i> = 285)		<i>F</i>	ANOVA	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		Significant Intercluster Differences (<i>p</i> <.05)	<i>d</i>
V. no física	51.52	7.92	27.10	8.40	1304.79	1>2	2.99
V. física	4.84	2.86	3.44	1.29	57.11	1>2	0.63

Nota: M = media; DT = Desviación Típica.

Fuente: elaboración propia

Los resultados de la prueba *t* para las diferencias entre los dos grupos, como prueba de evaluación para la validación cruzada, se presentan en la Tabla 3. Se observaron diferencias significativas entre los dos clústeres en todas las variables examinadas salvo hostilidad (*p*=.26) y eficacia profesional (*p*=.58)

Tabla nº 11 Resultados sobre las variables analizadas

	<i>Cluster 1</i> (<i>n</i> = 298)		<i>Cluster 2</i> (<i>n</i> = 285)		<i>t</i>	ANOVA	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		Significant Intercluster Differences (<i>p</i> <.05)	<i>d</i>
Apoyo	26.09	4.62	27.21	4.52	-2.94*	2>1	0.24

Demanda	16.92	2.79	16.09	2.45	3.81*	1>2	0.32
Control	20.69	3.69	21.38	3.39	-2.36*	2>1	0.20
Depresión	8.77	4.01	8.01	3.80	2.34*	1>2	0.19
Hostilidad	14.18	2.18	14.36	1.92	-1.11	n.s.	0.09
Sensibilidad interpersonal	8.33	4.10	7.33	3.24	3.28*	1>2	0.27
Somatización	11.70	5.46	8.89	4.49	6.80	1>2	0.56
Ansiedad	9.43	4.16	7.96	3.23	4.77*	1>2	0.39
Obsesión-Compulsión	9.27	4.19	8.08	3.50	3.72*	1>2	0.31
Satisfacción intrínseca	28.22	8.09	32.36	8.07	-6.18*	2>1	0.51
Satisfacción extrínseca	30.69	7.88	35.61	8.20	-7.38*	2>1	0.61
Eficacia profesional	32.76	5.98	33.04	6.63	-.55	n.s.	0.05
Agotamiento	18.82	7.60	14.41	6.24	7.67*	1>2	0.63
Cinismo	13.57	7.09	10.83	6.03	5.03*	1>2	0.42

Nota: M = media; DT = Desviación Típica; n.s. = non significant.

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, se realizó una validación cruzada de la solución de 2 *clústers* mediante la aplicación de un análisis discriminante en la que se incluyeron las dos variables que el análisis *clúster* había utilizado para formar los subgrupos: violencia no física (Wilk $\lambda = .30$, $p = .000$) y violencia física (Wilk $\lambda = .91$, $p = .000$). El análisis mostró una función con resultados significativos ($X^2_2 = 684.18$, $p = .00$, Wilk $\lambda = .30$). Estos resultados indicaron que las variables utilizadas eran capaces de explicar la relación entre las variables y los subgrupos creados por el *cluster* con un 100% (canonical correlation = .83). Las relaciones más fuertes para la función 1 en violencia no física fue de $r = .99$, $p = .000$ y en violencia física fue $r = .20$, $p = .000$. Finalmente, la validación cruzada mostró que el modelo era capaz de clasificar correctamente a un 97.8% de los 2 subgrupos (100% del *cluster* 1 y 95.4% del *cluster* 2).

De esta forma, el grupo de *cluster* 1 donde las puntuaciones de violencia no física son altas presentan mayor, obsesión compulsión, agotamiento, cinismo, demanda, depresión, ansiedad, somatización y sensibilidad interpersonal, así como menor satisfacción laboral en ambas dimensiones, con respecto al grupo de *cluster* 2 donde las puntuaciones de violencia laboral no física son intermedias, además en este segundo grupo hay mayores puntuaciones de control y de

satisfacción laboral intrínseca y extrínseca. Sin embargo, en cuanto a la eficacia profesional y hostilidad no aparecen diferencias significativas entre ambos grupos de *cluster* con independencia de las puntuaciones de violencia laboral física y no física.

VI - DISCUSIÓN

VI - DISCUSIÓN

La presente investigación ha permitido aportar elementos que posibilitan la ampliación y desarrollo de conocimientos científicos existentes respecto al fenómeno de violencia laboral y más concretamente sobre las manifestaciones de ésta en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH).

La violencia laboral emerge en situaciones humanas donde existen interacciones que dan lugar a comportamientos violentos y/o abuso resultado de las alteraciones en relaciones, tendiendo a existir cuando hay una mala percepción de servicios o mala atención y/o no satisfacción de las necesidades del cliente y/o usuario.²⁴⁶

Según diversos estudios dicho acontecimiento presenta una mayor incidencia y prevalencia en los servicios donde se centra el presente estudio, como son los SUH, con una incidencia cuatro veces superior de manifestaciones de violencia laboral con respecto al resto de servicios sanitarios^{247,248,249,250}, donde sus profesionales son el grupo más vulnerable y susceptible de sufrir la violencia laboral por parte de pacientes y/o familiares, debido a las características laborales de: alta presión de trabajo durante las 24 horas del día, todos los días del año, con un elevado volumen asistencial, dolor y miedo en usuarios que puede desarrollar

una intolerancia así como, afectación del juicio con posibilidad de reaccionar fuertemente ante los profesionales sanitarios, donde conjuntamente influyen las relaciones jerárquicas, sistema organizativo asistencial y patología que se atiende.^{27,28} En nuestro estudio, la violencia engloba a todas las categorías profesionales de los SUH, donde más del 85% había percibido en los últimos doce meses alguna manifestación de violencia no física y más del 22,6% manifestaciones de violencia física.

Dada la citada situación, el presente trabajo pretende dar a conocer la exposición de los profesionales sanitarios y no sanitarios de los SUH a manifestaciones de violencia procedente de usuarios y/o familiares, y como dicho acontecimiento presenta afección a diversos factores como satisfacción laboral, presencia de estrés y aparición de afecciones biopsicosociales.

Con ello, los resultados obtenidos en nuestra investigación refuerzan que las manifestaciones de violencia laboral no física se tornan en las más comunes entre los profesionales sanitarios y no sanitarios, donde estudios refuerzan dicha afirmación con una prevalencia de la misma, que varía del 53,1% a un 89,6%, siendo congruentes con la literatura científica publicada previamente.^{251,252,253}

En el presente estudio tal y como se ha citado, se pretende evaluar la exposición de los profesionales sanitarios y no sanitarios a violencia laboral de usuarios en los servicios de urgencias hospitalarias, así como sus consecuencias. De esta

forma, analizando nuestros resultados se extrae que en el último año el total de profesionales no sanitarios correspondiente a personal de administración ha sufrido episodios de violencia laboral verbal, así como el 85,1% de los celadores. Sin embargo, en otro estudio desarrollado en el año 2015, los profesionales de administración presentan menos manifestaciones de violencia verbal que los celadores y a su vez menos que los profesionales sanitarios.²⁵⁴

Por otra parte, en un estudio desarrollado en 2016 sitúa a los profesionales de administración con una prevalencia de violencia verbal del 65,8%, justamente por detrás de los profesionales de enfermería con un 75% y por delante de los profesionales de medicina con un 49,5%, a lo cuales les siguen los profesionales T.C.A.E. con un 35,7%.²⁵⁵ Otros estudios corroboran dicha afirmación donde los profesionales no sanitarios como administración y celadores muestran una prevalencia de violencia verbal de un 62,5% y 55,6% respectivamente.²⁵³ Conjuntamente estudios desarrollados en nuestro país, en el Principado de Asturias, todos los profesionales de admisión de los SUH recibieron agresiones en algún momento, ya que son los responsables de la obtención de los datos de los pacientes y por ello, con quien se establece el primer contacto en el servicio cuando acuden por medios propios. Al igual que los celadores donde sobre los cuales, recae la responsabilidad de movilización de los pacientes por los SUH

además de la despedida de los mismos del proceso asistencial en el cual han recibido los cuidados.²⁴⁵

Los profesionales sanitarios que más violencia laboral de origen no física han recibido en nuestro estudio durante el último año son los profesionales de enfermería (97,6%), seguido de médicos (93,2%) y auxiliares de enfermería (88,4%), por lo contrario, existen estudios que describen que los profesionales de medicina presentan mayor prevalencia de dicha manifestación de violencia en comparación con los otros dos grupos de profesionales sanitarios.²⁵⁴ Sin embargo, otro estudio muestra que la prevalencia en los profesionales de medicina es superior a enfermería con un 79,3% frente a un 79% respectivamente,²⁵² así como otro estudio donde ratifican dicha afirmación con un 76,9% frente a un 72,9%.²⁵³ Por otra parte, otro estudio desarrollado entre los años 2008-2012 afirma que los profesionales auxiliares de enfermería son los que mayores agresiones verbales reciben.²⁵⁷ Luego otro estudio desarrollado en 2016 muestra que esta prevalencia es mayor en profesionales de enfermería que en medicina con un 75% frente a un 49,5%.²⁵⁵

Seguidamente la violencia laboral física también se encuentra presente en nuestro estudio, afectando a profesionales sanitarios y no sanitarios. En dicha manifestación los auxiliares de enfermería son el grupo más afectado con un 29,5% seguido de medicina y enfermería con un 28,2% y 27,6% respectivamente.

Por otra parte, otros estudios muestran la igualdad en cuanto a los casos de violencia física dentro de los profesionales sanitarios²⁵⁴, así como una mayor prevalencia de dicha violencia sobre los profesionales de enfermería que los profesionales de medicina con un 22,66% frente a un 14,66%²⁵⁸. Luego los profesionales de medicina en otro estudio desarrollado entre los años 2017 y 2018 muestra que presentan una prevalencia de dicha manifestación de violencia de un 16,5%²⁵⁹.

Por lo tanto, los profesionales no sanitarios son los menos afectados en esta manifestación de violencia; celadores y personal de administración con un 25,7% y 22,6% respectivamente, de esta forma la presente afirmación se ve reforzada en otro estudio donde los profesionales sanitarios muestran mayor prevalencia en dicha forma de violencia que los profesionales no sanitarios.²⁵³

Por otro lado, en un estudio en el año 2018 se observó que los celadores y TCAE sufrían mayores manifestaciones de violencia físicas que los profesionales sanitarios de medicina y enfermería siendo este evento contrario en nuestro estudio.²⁶⁰

Tal y como resulta previsible, en nuestros resultados la violencia de tipo no física es más frecuente que la física en todos los grupos profesionales, manifestándose especialmente mediante enfados con elevaciones de voz, quejas, miradas de desprecio, bromas irónicas y amenazas, en consonancia con lo hallado

en diversos estudios.²⁶¹ Concretamente, los profesionales sanitarios (medicina y enfermería) junto al profesional de administración son los que mayor percepción de manifestaciones de violencia por parte de los usuarios tienen, seguidos de celadores y T.C.A.E. Estos resultados difieren de los encontrados en otros estudios, donde, en ocasiones, el personal de administración o el de medicina estaba menos expuesto que el resto de grupos profesionales. ^(16,23-25). Otros estudios observan que los grupos con mayor exposición eran T.C.A.E y profesionales de Enfermería.^{262,263}

En el presente estudio la violencia laboral física muestra diferente manifestación para profesionales sanitarios y no sanitarios, de forma que para los primeros es sujetar o tocar de manera hostil, mientras que para los profesionales no sanitarios se manifiesta la violencia física mediante empujón, zarandeo y escupir. Dicha afirmación se encuentra reforzada por otros estudios que recogen los mismos modos de violencia.²⁶⁴

Con ello, tal cual se muestra en los resultados del presente estudio existen varias causas detonantes de la violencia laboral, donde aquella que mayor incidencia presenta en nuestro estudio es la demora asistencial reivindicada por los pacientes en su proceso asistencial, donde los profesionales participantes afirman en un 89,9% sufrirla al menos una vez al año y el 42,3% diariamente, siendo en nuestro estudio, incluso mayor que en otros donde se analiza la misma

variable y la citada causa es la de mayor incidencia, pero presentan ese enfado por la demora asistencial diariamente en el 27,2% de los profesionales participantes y al menos una vez al año al 80% de la muestra.²⁶⁴

Dicho factor desencadenante se desarrolla cuando las expectativas de los pacientes y/o familiares se ven frustradas con respecto a la atención sanitaria que esperan o idealizan, donde en un estudio los profesionales sanitarios de los SUH afirman que la causa de violencia en el 59,85% es debido a los tiempos de espera, seguidos de una afectación psíquica del paciente en un 17,42% y falta de información del proceso asistencial en el 16,67%²⁶⁵, donde conjuntamente diversos estudios muestran la misma tendencia hacia los principales factores desencadenantes de las manifestaciones de violencia donde en este caso el 24,4% de las agresiones declaradas se debían a la demora asistencial del proceso seguido de afectación psiquiátrica y la no aceptación de las normas del complejo hospitalario y del servicio.^{266,267,268}

Seguidamente, tal cual se ha expuesto en el marco teórico del presente proyecto la existencia de violencia laboral, puede desarrollar ciertas consecuencias para el entorno biopsicosocial de aquellos profesionales que son víctima de ella, por ello en el presente estudio se han analizado cómo influye a las citadas esferas la existencia de violencia laboral.

En este sentido existen estudios donde el 93% de los profesionales de los SUH que sufren o han sufrido manifestaciones de violencia laboral acarrear efectos negativos acerca de su estilo de vida, hábitos de trabajo y bienestar, así como su esfera emocional conduciendo hacia la tristeza, decepción con sentimientos de rabia e ira generando con ello un espacio de estrés, así como el aumento del consumo de tabaco u otras sustancias tóxicas, además de afectación motivacional, agotamiento emocional y desarrollo de malestar con somatizaciones.^{269,270}

En relación a lo anterior los profesionales participantes en nuestro estudio presentan elevados niveles de estrés donde el 87,05% afirman estar de acuerdo que su trabajo requiere una alta capacitación y donde en el mismo sentido el 85% asegura que el desarrollo de las tareas ha de hacerse de forma cambiante. Además, el 90,8% asegura que el desarrollo de las mismas ha de realizarse de forma rápida. Conjuntamente el 70,25% están en desacuerdo en tener tiempo suficiente para desarrollar sus tareas y además el 84,1% afirman que, al desarrollar, las mencionadas tareas, están sometidos a situaciones de conflicto problemáticas desarrolladas por otras personas haciendo que las tareas se vean interrumpidas de forma constante en el 80% de los casos, asegurando que ante esta situación el 72,6% afirman tener apoyo de sus compañeros y superiores. Entre dichos eventos conflictivos encontramos la existencia de violencia laboral en

cualquiera de sus manifestaciones existiendo una relación directa como muestran diversos estudios, donde aquellos profesionales que sufrieron violencia desarrollaron estrés ocupacional y con ello, sintomatología depresiva con absentismo laboral, entornos laborales negativos con menor satisfacción laboral²⁷¹ y aparición de predisposición hacia el cinismo y agotamiento emocional.²⁷²

Conjuntamente en otro estudio donde el 80,02% eran manifestaciones de violencia no física presentaba también una correlación positiva con el desarrollo de estrés, además de pérdida de motivación llevando hacia despersonalización y cinismo.²⁷³ Sin embargo, el presente dato en otros estudios se fija en que el 56% de los profesionales que sufrieron manifestaciones de violencia presentaban una correlación positiva con la aparición de estrés en el entorno laboral.²⁷⁴

Además para el análisis del presente estudio, se obtiene la división en dos grupos de *cluster* donde en el primer grupo, se caracteriza por puntuaciones elevadas de violencia no física y puntuaciones bajas de violencia física, mientras que el segundo grupo se caracteriza por puntuaciones intermedias de violencia no física y bajas de violencia física, de esta forma se constata como en estudios previos que las manifestaciones de violencia no física son en ocasiones hasta cinco veces más frecuentes que las de violencia física.^{275,276,277,278}

Posteriormente, en la división de ambos grupos el *cluster* nº 1, donde las puntuaciones de violencia no física son altas y violencia física bajas, presenta

mayores puntuaciones de demanda, depresión sensibilidad interpersonal, somatización, obsesión compulsión y cinismo, de esta forma en nuestro estudio al igual que en otros, la exposición a manifestaciones de violencia no física conlleva hacia la presencia de agotamiento, despersonalización, cinismo y hallazgos de depresión. Conjuntamente, es propicio el desarrollo de somatizaciones con cefaleas, problemas gástricos y dolores musculares entre otros,^{279,280} tal y como afirman los participantes de nuestro estudio donde el 69,2 % los tiene al menos presente y el 10,6% los presenta extremadamente, conjuntamente afirma el 54% presentar de forma extrema debilidad muscular, el 56,8% sensación de pesadez y además 60,3% afirman tener que desarrollar una comprobación de aquello que desarrollan y más del 50% presentan dificultades de concentración en el desarrollo de la tarea.

Todo ello conlleva a entornos donde los profesionales que presentan las citadas afectaciones pueden desarrollar problemas de descanso y minimizar la calidad del mismo conjuntamente con problemas cardiovasculares, gastrointestinales y musculoesqueléticos. Conjuntamente otros estudios aseguran que el 89,3% de los profesionales que sufren violencia en alguna de sus formas presentan las citadas consecuencias orgánicas y psicosociales.²⁸¹ Además, dicho evento presenta una correlación positiva con la existencia de agotamiento emocional.²⁸²

Además de las citadas relaciones de la violencia laboral y consecuencias aparece afectada las dimensiones de la satisfacción laboral, donde la existencia de altos niveles de violencia se relaciona con bajos niveles de satisfacción laboral, tal y como ocurre en diferentes estudios donde la ausencia de violencia laboral influye positivamente en la existencia de satisfacción²⁸³, afectando conjuntamente a las relaciones interpersonales con compañeros^{284,285,286} y con ello a generar situaciones de abandono y rotaciones.²⁸⁷ Además la presencia de afectación a la variable satisfacción laboral a consecuencia de la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones puede generar aparición de estrés y ansiedad con influencia en el ámbito psicosocial y presencia de somatizaciones,²⁸⁸ tal cual se ha citado anteriormente y donde la citada situación conduce hacia un agotamiento emocional e influenciado conjuntamente por el apoyo organizativo.²⁸⁹

En un estudio analizado, existe una prevalencia de violencia laboral superior al 60% donde aparece afectación de la satisfacción laboral al 69,2% de aquellos que sufren violencia, el 28,1% presenta síntomas depresivos y el 2,5% tristeza.²⁹⁰ Donde las demandas emocionales en el lugar del trabajo pueden conducir al desarrollo de lo citado además de desesperanza, ideas suicidas, tristeza crónica y alteraciones del sueño. ^{291,292} Incluso llegando a tener que modificar su lugar de trabajo o desarrollo de las tareas tras el incidente de violencia laboral, la cual afecta a los profesionales como cita otro estudio, donde

el 52,2% de los profesionales que la sufrieron desarrollaron sentimientos de vergüenza, sensación de derrota y ansiedad²⁹³ y presentando un riesgo de aparición del 95% sobre aquellos profesionales que sufren violencia con respecto aquellos que no la sufren²⁹⁴ y donde además se potencia ante este efecto la ausencia de autoconfianza, esperanza y optimismo disminuyendo la eficacia profesional.²⁹⁵ Sin embargo, en nuestro estudio no se cuenta con una diferencia significativa de la eficacia profesional según la intensidad de la violencia.

Con todo ello, en nuestro trabajo el 69,3% de los profesionales se encuentran algunas veces o al menos una vez al mes emocionalmente agotados donde para el 50,5% al menos una vez al mes se convierte en una tensión el acudir al desarrollo de su tarea laboral y tienen el sentimiento de “estar quemado” el 57,6% y además el 45,2% afirman haberse vuelto cínicos el menos una vez al mes, aunque el 46,1% afirman que dicha situación no hace que su trabajo pierda trascendencia.

Dicho proceso descrito en nuestro trabajo se encuentra respaldado por otros estudios donde los profesionales de emergencias ante violencia laboral, el 46,8% reporto altos niveles de agotamiento emocional, el 24,1% de despersonalización, 60,5% de cinismo y el 15% obtuvo puntuación muy elevada en las tres dimensiones²⁹⁶ donde, además, aquellos profesionales que desarrollan

dichos procesos hacen que el agotamiento emocional potencie cinco veces más el abandono y renuncia ante el puesto de trabajo.²⁹⁷

Conjuntamente la aparición del agotamiento emocional acompaña a la fatiga y estrés no sólo al entorno laboral, sino que se extiende dando lugar a un daño emocional crónico, fuera del entorno profesional con deshumanización y despersonalización.^{293,298}

De esta forma tal y como ocurre en los presentes resultados el grupo que presenta una alta exposición a violencia manifiesta una elevada relación con afectación de satisfacción laboral y presencia de agotamiento, con respecto al grupo de *cluster* nº 2 donde las puntuaciones de violencia no física son intermedias.

Con ello, la existencia de violencia laboral y con ello su intensidad presenta un impacto con estrés, agotamiento emocional, ansiedad.²⁹⁹

Por otra parte, el apoyo desarrolla un papel fundamental en el impacto de la violencia laboral, donde ante la presencia de ésta las emociones negativas aumentan afectando a la dimensión de la satisfacción laboral y con ello la aparición de cinismo y despersonalización existiendo una correlación negativa entre la violencia laboral y el apoyo social³⁰⁰, tal y como se muestra en nuestro estudio ,donde la variable de apoyo es menor en el grupo donde existe una

puntuación alta de violencia no física, con respecto al grupo donde la puntuación es intermedia.

De esta misma forma, en otros estudios el 68,9% de los profesionales afectados por la violencia reseñan bajos niveles de apoyo social y donde aquellos que percibieron el citado apoyo afirman menos consecuencias psicopatológicas ante la existencia de violencia laboral por parte de pacientes y/o usuarios.³⁰¹ Además la existencia de apoyo se correlaciona positivamente con descenso de absentismo y rotación laboral.^{302,303}

Con todo lo expuesto anteriormente, aquellos grupos de profesionales que presentan mayores manifestaciones de violencia no física y física desarrollan más situaciones de agotamiento, despersonalización y cinismo, conllevando hacia entornos de ansiedad, estrés y somatización que interfieren negativamente hacia las dimensiones de satisfacción laboral (50,51 violencia laboral y burnout) En estos casos toma especial importancia la monitorización de las citadas manifestaciones, así como la prevención de estos entornos mediante la implantación de planes de prevención, análisis cultural y organigrama de intervención frente a la violencia laboral.^{304,305}

Con el establecimiento de los citados planes en materia preventiva se evaluarían los riesgos físicos y psicosociales ya que existen estudios donde se afirman que el 50% de los profesionales que sufren violencia laboral son capaces

de reconocer los signos iniciales y donde el 10% nunca los reconoce dándolo como un hecho asociado y dentro de la normalidad de la profesión e incluso no saben cómo reaccionar ante el citado evento.²⁶⁹ Por ello, sería necesario también proporcionar formación e información hacia los profesionales y/o usuarios implicados en el proceso asistencial, así como una correcta adaptación hacia el entorno y desarrollo de la tarea, además de seguimiento y cumplimiento, así como posibles repercusiones hacia los profesionales afectados, estableciendo con ello sanciones legales y administrativas ante aquellos que desarrollan acciones de violencia en el entorno laboral.

VII - CONCLUSIONES

VII CONCLUSIONES

1º Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) son entornos dinámicos, con elevado volumen de usuarios y alta presión asistencial ante eventos que comprometen la vida del paciente y/o usuarios, lo cual hace que aumente la posibilidad de reaccionar fuertemente ante los profesionales sanitarios y no sanitarios, siendo ello factor predisponente a ser perpetrado generando un estrés crónico que conlleva hacia el desarrollo de procesos psicopatológicos como burnout e intento de abandono con afectación a la satisfacción laboral.

2º En el presente estudio aquellos profesionales sanitarios y no sanitarios de los (SUH) que presentan elevadas puntuaciones de violencia no física lo hacen conjuntamente con elevadas puntuaciones de somatización, ansiedad, obsesión compulsión y afectación de la satisfacción laboral, así como en las dimensiones de agotamiento emocional y cinismo que componen el síndrome de burnout.

3º Aquellos profesionales sanitarios y no sanitarios de los Servicios de Urgencias Hospitalarias que muestran altas puntuaciones en los componentes de burnout relacionados con agotamiento emocional y cinismo muestran simultáneamente altas puntuaciones de insatisfacción laboral.

4º La existencia del descenso de las puntuaciones de violencia laboral no física trae consigo la existencia del descenso en la incidencia de aparición de agotamiento emocional y cinismo, ambas relacionadas con burnout, sin embargo, este evento conlleva a la existencia de aumento de la satisfacción laboral por parte de los profesionales en los (SUH).

VIII – LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

VIII –LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La evidencia basada en el recuerdo de los participantes mediante cuestionarios auto informados podría suponer un sesgo en los resultados obtenidos, donde además la violencia es un fenómeno subjetivo con un componente de carácter no objetivo en términos conductuales pudiendo variar en función de la persona que lo experimenta. Además, el presente trabajo se ha desarrollado en los SUH donde el entorno es dinámico y con elevada carga asistencial y emocional pudiendo dichas características afectar al cumplimiento de los elementos de evaluación.

Con ello y lo expuesto en el presente estudio creemos pertinente seguir investigando hacia la repercusión en la esfera biopsicosocial de los profesionales en los SUH que sufren o han sufrido la violencia laboral en alguna de sus manifestaciones poniendo el máximo énfasis en el plano de la prevención de la misma y manejo de las situaciones de violencia que puedan acontecer para su detección y manejo de la forma más óptima posibles con las menores repercusiones sobre los profesionales que la sufren.

Por ello, toma un papel de elevada relevancia la existencia de servicios de prevención en los entornos que se han estudiado con el objetivo de ser capaces de

analizar la existencia de riesgos psicosociales y monitorización de los mismos, para evitar la existencia de violencia, y en el caso de que ésta apareciera los profesionales sean capaces de reconducir la situación para lograr el cese y evitar daños en el plano físico y psicosocial.

IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IX – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COASTAL HUMAN RESOURCES. Workplace Violence: Awareness Prevention Response Coastal Human Resources, Virginia, 1994.
2. Hinde, R.A. Groebel, J. The Problem of Aggression, en J. Groebel y R.A. Hinde (eds.). Aggression and War: The Biological and Social bases, Cambridge: Cambridge University Press. 1989.
3. Organización Mundial de la Salud. World report on violence and health. Geneve: OMS; 2002.
4. Organización Internacional del Trabajo. Organización Mundial de la Salud. Directrices Marco para afrontar la violencia en el sector de la salud. Génova; 2002.
5. WSH Council (Singapore): Ministry of Manpower. Workplace safety and health guidelines on healthcare. Workplace Safety and Health Council; 2008.
6. Edward KL, Ousey K. Warelow P. Lui S. Nursing and Aggression in the workplace: a systematic review. Br J Nurse. 2014; 23(12): 653-4.
7. National Audit Office. A safer place to work protecting NHS Hospital and ambulance staff from violence and aggression. Londres: NAO; 2003.
8. Plan de Prevención y actuación ante la violencia en la Agencia Pública Empresarial Hospital del Poniente. Almería. Octubre. 2005.
9. Kwok R.P. Lei Y.K. Li K. (et al). Prevalence of workplace violence against nurse in Hong Kong. Hong Kong. Med. 2006;12(1):6-9.

10. Campbell J.C. Messing J.T. Kub J. Agnew J. Fitzgerald S. Fowler B. (et al). Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *J. Occup. Environ. Med.* 2011; 53(9): 82-89.
11. Fujita S. Ito S. Seto K. Kitazawa T. Matsumoto K. Hasegawa T. Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *J. Hosp.Med.* 2012; 7(2): 79-84.
12. Talas M.S. Kocaoz S. Akguç S. A survey og violence against staff working in emergency departamento in Ankara, Turkey. *Asian. Nurs. Res.* 2011; 5(4): 197-203.
13. Darawad M.W. Al- Hussami M. Saleh A.M. Mustafa W.M. Odeh H. Violence against nurse in emergency departamento in Jordan nurses perspective. *Workplace heath Saf.* 2015; 63(1): 9-17.
14. Lee H.L. Han C.Y. Redley B. Lin C.C. Lee M.Y. Chang W. Workplace violence against emergency nurse in Taiwan: a cross sectorial study. *J. Emerg. Nurs.* 2020; 46(1): 66-71.
15. Chapman R. Styles I. An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. *Accid. Emerg. Nurse.* 2006; 14(4): 245-249.
16. Viotti S. Giraldi S. Guglielmetti C. Converso D. Verbal aggression from care recipients as a risk factor among nursing Staff: a study on burnout in the JD-R model perspective. *Bio Med. Reserch International.* 2015; 15 (1): 1-17.
17. Defensor del Pueblo de Navarra. La violencia en el ámbito de la administración sanitaria. Informe especial al Parlamento de Navarra. Institución del Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra. 2008.
18. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Enfermería. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermera. [Online].; 2012 [cited 2020 enero. Aviable from: <http://www.Index-f.com/lascasas/documentos/lc0446.pdf>.

19. Muyason F. Caufield C. Workplace violence and drug use in women in workers in a Peruvian Barrio. *International Nursing Review*. 2007; 54. 339-345.
20. Encuesta Europea sobre riesgos nuevos y emergentes en [http:// oetra.Europea.eu/es/press/pressreleases/workplace-violence-and-harassment-on-the-increase-in-europe](http://oetra.Europea.eu/es/press/pressreleases/workplace-violence-and-harassment-on-the-increase-in-europe).
21. Mayorca Yancán I.A. Lucena García S. Cortés Martínez M.E. Lucena Méndez M.A. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía. ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Rev. Med. Segur. Trab*. 2013. Abril-Junio; 59(213): 235-258.
22. Chagoyen Barroso T. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. *Med Segur Trab*. 2016; 62 (242): 25-48.
23. Galián Muñoz I. Llor Esteban B. Ruiz Hernández J.A. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 86: 279-291.
24. Metges de Cataluña. Las agresiones a personal sanitario aumentaron un 148% en 2016. [Online].; 2017 [cited 2017 abril. Available from: <file:///C:/Users/user/Desktop/TFG/Cataluña/Las%20agresiones%20a%20personal%20sanitario%20aumentaron%20un%20148%25%20en%202016,%20según%20Metges%20de%20Catalunya.html>.
25. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Enfermería. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermera. [Online].; 2012 [cited 2017 Marzo. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0446.pdf>.

26. Plan Integral frente a las Agresiones, Observatorio de Agresiones. Portal de Salud de Castilla y León. [Online].; 2017 [cited 2017 Abril 15. Available from: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/prevencion-riesgoslaborales/plan-integral-frente-agresiones/observatorio-agresiones>.
27. Cooper C. Swanson N. Workplace violence in the health sector. State of the Art. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI. Joint Programme on workplace violence in the Health sector. 2002.
28. Carrasco Rodríguez P. Rubio González L.M. Vílchez Castellano S. Villalobos Buitrago D. Estudio de las agresiones recibidas por el personal de enfermería y de las vivencias respecto en los servicios de urgencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid en un trimestre. *Nure Investigación*. Febrero. 2007; 26.
29. Ortells Abuyé N. Muñoz Belmonte T. Paguna Marcos M. Morató Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global*. Abril. 2013; (30): 196-207.
30. Di Martino V. Hoel H. Cooper C. Preventing violence and harassment in the workplace. Luxemburgo. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2003.
31. Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. ILO/ICN/WHO/PSI. Geneva. 2003
32. Einarsen S. Hauge J.L. Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: una revisión de la literatura. *Rev Psicología del trabajo y organizaciones*. 2006; 22(8): 251-273.
33. Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud; Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Publicación científica y*

técnica. Washington, D.C. [Online]. Washington, D.C.; 2003 [cited 2020 Enero. Available from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf.

34. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2014; 14:325.

35. Ramírez Pérez M. Mataruna S.L. Síndrome del burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y satisfacción laboral. Polis.2011.

36. Carrillo Esper R. Gómez Hernández K. Espinoza de los Monteros I. Síndrome del burnout en la práctica médica. *Med. Int. Mex.* 2012; 28(6): 579-584.

37. Rhoades L. Eisenberger R. Perceived Organizational Support: a review of the literatura: *J Appl Psychol.* 2002; 87: 698-714.

38. Shi L. Zhang D. Zhou C. et al. A cross- sectorial study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against chinese nurse. *BMC Open.* 2017; 7e0131105.

39. Utriainen K. Kyngas H. Hospital nurses job satisfaction: a literatura review. *J nurs Manag.* 2009; 17: 1002-10.

40. Islam T. Latif L. Ali G. The relationship between perceived organizational support and turnover intention: mediating role of affective commitment and job satisfaction. *Reserch Journal of Applied Sciences Engineering and Tecnology.* 2014; 8: 2422-5.

41. Samad S. Yasmin S. Yusuf M. The role of organizational commitment in mediating the relationship between job satisfaction and turnover intention. *European Journal of Social Sciences.* 2012; 30: 135-137.

42. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. VI Encuesta de Condiciones de trabajo. Madrid: MTAS; 2008.

43. Gil Monte P.R. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias para la salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83(2): 169-73.
44. Sora Miana B. Caballer Hernández A. Peiró Silla JM. Consecuencias de la inseguridad laboral. El papel modulador del apoyo organizacional desde una perspectiva multinivel. *Psicothema*. 2011; 23 (3): 394-400
45. Paris L. Omar A. Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicología*. 2008; 13(3): 233-244
46. Freudenberger, H. J. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1974; 30(1):159-165.
47. Maslach, C. y Pines, A. "The Burnout Syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*. 1977; 6.
48. Lorenz V.R. Benatti M.C. Sabino M.O. Burnout and stress among nurses in a University Tertiary Hospital. *Rev. Latino. Am Enfermagen*. 2010; 18(6): 1084-91.
49. Howlett M. Doody K. Murray J. Le Blanc- Dutrin D. Fraser J. Atkinson P.R. Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: a cross sectoral study survey. *Emerg Med*. 2015
50. Dalmolin G.L. Lunardi V.L. Lunardi G.L. Barlem E.L.D. Silveira R.S. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in a nurse workers. *Rev Latino Am Engermagen*. 2014, 22(1): 35-45
51. Kissling W. Mendel R. Forste H. The burnout syndrome: prevalence, symptoms, differential diagnostic and treatment German. *Dtsch Med Wochenschr*. 2014; 139: 2587-96
52. Boland L. Kinzy T. Mysers R. Fernstrom K. Kamrud J. Mink P. Stevens A. Burnout and exposure to critical incidents in a cohort of Emergency Medical

Services from Minnesota. *West Journal of Emergency Medicine*. 2018; 19(6): 987-995

53. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* 2015;90(12):1600e13

54. Allen D: What do you do at work? Profession building and doing nursing . *Int Nurs Rev*. 2007, 54:41-8

55. Mbanga C. Makebe H. Tim D. Fonkou S. Toukam L. Nim T. Determinants of burnout nurses in Cameroon. *BMC Res Notes*. 2018, 11: 843-98.

56. Gómez Urquiza J.L. De la Fuente Solana E. Albendin García C. Ortega Campos E. Cañadas de la Fuente G. Prevalence Syndrome in Emergency Nurses: a Meta-Analysis. 2017, 37(5).

57. Mata D.A. Ramos M.A. Bansal N. et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015; 314(22):2373–83.

58. Carrillo Esper R. Gómez Hernández K. Espinoza de los Monteros Estrada I. Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Rev Int Mex*. 2012; 28(6): 579-584

59. Gopal R. Glasheen J.J. Miyoshi T.J. Prochazka A.V. Burnout and Internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med*. 2005, 165: 2595-2600.

60. Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med Teach* 2017; 39:160-3.

61. Federación de sanidad y sectores sociosanitarios de Andalucía. Evolución de las agresiones al personal sanitario del SAS durante el periodo 2007-2013.

62. Martínez Jarreta B. Las agresiones en el ámbito sanitario. En: Gascón Abellán M, Cantero Martínez J, González Carrasco C, coordinadoras. Derecho Sanitario y Bioética. Cuestiones actuales. 1ª ed. Valencia: Tirant lo Blanch; 2011. p. 641– 80.
63. Seabury S.A. Lakdawarda D. Reville R.T. The economic of integrating injuryband illness prevention and health promotion programs. Working Paper. RADN. Institute for civil Justice. 2005.
64. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.Art 14.2 Boletín Oficial del Estado. Nº 269 (10-11-1995) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>
65. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.Art 2.2 Boletín Oficial del Estado. Nº 269 (10-11-1995) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>
66. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. [acceso el 14 de mayo del 2017]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
67. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y Salud. [monografía en Internet] Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002. [acceso el 2 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf.
68. Marziale MHP. La violencia en el sector salud. Rev Latinoam Enferm. 2004;12(2):151-2.
69. Oficina Internacional del Trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirlas. Ginebra: OIT; 2003. p.1-23.
70. Lepping P, Lanka SV, Turner J, Stanaway SE, Krishna M. Percentage prevalence of patient and visitor violence against staff in high-risk UK medical

- wards. Clin Med. 2013 [cited 2017 Jan 26];13(6):543-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.13-6-543>
71. Cantera L, Cervantes G, Blanch J. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del Psicólogo 2008; 29: 49-58.
72. Gómez-Durán EL, Gómez-Alarcón M, Arimany-Manso J. Las agresiones a profesionales sanitarios. Rev Esp Med Legal. 2012; 38:1-2.
73. International Labour Organization. Improving employment and working conditions in health services. Ginebra: International Labour Office; 2017.
74. Bernaldo de Quirós M. Análisis psicosocial de las agresiones a los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias del summa-112 de la Comunidad de Madrid. Universidad Complutense de Madrid. 2011. Disponible en: https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1077073.
75. Miret C, Martínez A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. An Sist Sanit Navar. 2010; 33:193-201.
76. Léséleuc S. Criminal Victimization in the Workplace 2004. Statistics Canada. 2007. Disponible en: <http://www.justicestudies.com/pubs/wvcanada.pdf>.
77. Buckley P, Cookson H, Packham C. Violence at work: Findings from the 2010/11. British Crime Survey. 2012. Disponible en: [file:///C:/Users/alu.00000/Downloads/violence-at-work%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/alu.00000/Downloads/violence-at-work%20(2).pdf).
78. San-Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez-de-Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez-Úriz MA. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014) Semergen. 2017; 43:85-90.
79. Musayón F, Caufield C. Workplace violence and drug use in women workers in a Peruvian Barrio. International Nursing Review 2007, 54(4):339-345.

80. Hoel H, Sparks K, Cooper CL. The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment, Report commissioned by the International Labour Office (ILO). Geneva: ILO; 2001.
81. Organización Internacional del Trabajo. Cuando trabajar es un riesgo. Boletín nº 231. Publicación simultánea en Ginebra y Washington DC. 1998. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/publ/documents/publication/wcms_104680.pdf.
82. 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.
83. RAE. Agresión. [On-line]. Real Academia Española. [Acceso en marzo 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=19W3MaW>
84. Di Martino V, Hoel H, Cooper C. Preventing violence and harassment in the workplace. Luxemburgo. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2003.
85. Observatorio Permanente de riesgos psicosociales. Guía sobre la violencia psicológica en el trabajo. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. 2006. Recuperado de: http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/cuader_guias/2006_Guia_Violencia_Psicologica.pdf.
86. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggress Violent Behav.* 2008; 13:431-41.
87. Boyle MJ, Wallis J. Working towards a definition for workplace violence actions in the health sector. *Saf Health.* 2016; 2:4.

88. Phillips JP. Workplace violence against health care workers in the United States. *N Eng J Med*. 2016; 374:1661---9.
89. Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33 Supl 1:193---201.
90. Raveesh BN, Lepping P, Lanka SV, Turner J, Krishna M. Patient and visitor violence towards staff on medical and psychiatric wards in India. *Asian J Psychiatr*. 2015; 13:52---5.
91. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128:307---10.
92. Vidal-Martí C, Pérez-Testor C. Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España. *Rev Esp Med Legal*. 2015; 41:123---30.
93. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermera [Internet]. 2012 [citado 26 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0446.pdf>
94. COMB. Guía para prevenir y gestionar la violencia contra los médicos en el lugar de trabajo. *Quaderns de la bona praxi*. 2004; 17:6
95. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc)*. 2007 Mar 3;128(8):307-10
96. Bernaldo-De-Quirós M, Labrador FJ, Piccini AT, Mar Gómez M, Cerdeira JC. Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clin Salud* 2014; 25 (1): 11-8.
97. Iglesias-Lepine ML, Giménez-Pérez D, Da Pena MDF. Medicina de urgencias y emergencias: ¿una actividad de riesgo? *Emergencias* 2014; 26 (3): 161-2.

98. European Agency for Safety and Health at Work . Workplace Violence and Harassment: a European Picture. 2010. Disponible desde: <https://osha.europa>
99. Vézina M, Cloutier E, Stock S, Lippel K, Fortin E, Delisle A. et al. Québec Survey on Working and Employment Conditions and Occupational Health and Safety (EQCOTESST). 2011. Disponible desde: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RR-707.pdf> [citado el 10 de junio de 2015]
100. Eurofound.6th European Working Conditions Survey. 2015. Disponible https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf [citado el 16 de agosto de 2015].
101. Minayo MCS. Violência como indicador de qualidade de vida. Acta Paul Enfermagem 2000; 13:159-80.
102. Consejo Internacional de Enfermería. Abuso y violencia contra el personal de enfermería. Declaración de posición del CIE - 2000. <http://www.icn.ch> (accesado em 19/Fev/2004).
103. Martínez S, García A, Felipez I. Castro D. Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. Rev. Enfermería Global. 2015; 14(3):319-29. [consultado abril de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/administracion2.pdf>
104. España. Constitución Española. Título I, Capítulo II, Sección 1ª, Artículo 15. Edición Príncipe. Madrid, Editora Nacional, 1978.
105. Yela C. Violencias en el sector sanitario. Editorial Borrmar. Formación de seguridad laboral. [Revista en internet] 2005. [Acceso 27 de enero de 2013]; (9). Disponible en: http://www.borrmart.es/articulo_laboral.php?id=1762
106. Cantera LM, Cervantes M y Blanch J.M."Violencia Ocupacional. El caso de los profesionales sanitarios".Papeles del Psicólogo, 2008. Vol. 29(1), pp. 4958.

107. Miret C. y MartinezLarrea M. "El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. An. Sist. Sanit. Navar. 2010, Vol. 33, Suplemento 1.
108. Tak S, Sweeney MA. Workplace Assaults on Nursing Assistants in US Nursing Homes: A Multilevel Analysis. Am J Public Health. 2010; 100:1938-45.
109. Franz S, Zeh A, Schablon A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectionalretrospective surve. BMC Health Serv Res. 2010; 10:1-9
110. Agreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. An. Sist. Sanit. Navar [revista en Internet] 2001 [acceso el 30 de enero del 2014]; 24 (2). Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5899/4754>
111. Einarsen S. The nature, causes and consequences of bullyingat work: The Norwegian experience. 2005. PISTES 7(3) <http://www.pistes.uqam.ca>
112. Topa, G., Fernández, I. y Palací, F. Identidad social, burnout y satisfacción laboral: estudio empírico basado en el modelo de la categorización del yo. Revista de Psicología Social. 2005, 21: 115-126.
113. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre Violencia y Salud. 2003. Disponible en: whqlibdoc.who.int/publications/2002/9275324220_spa.pdf.
114. Oostrom J, Mierlo H. An Evaluation of an Aggression Management Training Program to Cope with Workplace Violence in the Healthcare Sector. Research in Nursing and Health, 2008, 31, 320-328.
115. Deeb M. Workplace Violence in the Health Sector LEBANON Country Case Study, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003.

116. Steinman S. WORKPLACE VIOLENCE IN THE HEALTH SECTOR Country Case Study: South Africa, ILO/ ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003.
117. Gascón S, Casalod Y, Martínez B, Abecia E, Luna A. Aggressions against healthcare workers: An approach to the situation in Spain and the victims psychological effects. *Legal Medicine* 2009, S366-S367.
118. Horikian A. Violencia laboral en los profesionales de la salud. Monografía. España: Fundación Hector A. Barceló, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud; 2014.
119. Rippon T. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 31(2), 452-460.
120. Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Pap Psicol.* 2008;29: 49-58.
121. García C. Las agresiones en los centros sanitarios. *Revista de Enfermería CyL* 2011;3(2):25-30.
122. Martínez LM. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. *Revista Bioética.* 2010;18(2): 263-274.
123. Consejo Internacional de Enfermeras CIE. La violencia. *Epidemia Mundial*; 2015.
124. Arteaga Olleta A. Curso-Taller: Técnicas conductuales y de comunicación para el manejo de paciente difícil o agresivo. SNS-O. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales; 2013.
125. Clèries Costa X. El paciente tiene la palabra. La comunicación con los profesionales de la salud. *Viguera*; 2009.

126. Rew M, Ferns T. A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. *Br J Nurse*. 2005; 14: 227-32.
127. Mills R. Violence in the Consulting room. A multifactorial strategy for prevention harm minimisation. *Aust Fam Physician* 2008; 37: 581-3.
128. Bell CC. Assessment and management of the violent patient. *J Natl Med Assoc* 2000; 92:247-53.
129. Jiménez Busselo MT, et al. Paciente agitado en urgencias. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63:526-36.
130. Davis M, McKay M, Eshelman E. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca 1985.
131. Tazón MP, García J, Aseguinolaza L. Relación y comunicación. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009
132. Sociedad Española ~ de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). Recomendación científica 10/01/09 de 25 de junio de 2009. El paciente agitado. [monografía en Internet]. 2012 [citado 3 Jul 2017]: Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/AGITADO.pdf>.
133. Pons X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enferm Integral*. 2006; 73:27--34.
134. Villar M, Aranaz JM. Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental. *Arch Prev Riesgos Labor* 2005;9(1):20-7
135. Martínez León Mercedes El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. *Revista Bioética* 2010; 18 (2): 263 – 274.
136. NTP 489-1998. Violencia en el lugar de trabajo. INSHT
137. Quaderns de la bona praxi. Guia per preveni i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. 2004.

138. Constitución española de 1978. Boletín Oficial del Estado. Nº 311. (29-12-1978) Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A1978-31229.
139. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado. Nº 269 (10-11-1995) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>
140. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo. Anexo IV. Acuerdo Marco Europeo sobre Acoso y Violencia en el Lugar del Trabajo. (2007-2012). [consultado marzo 2019]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-627.
141. OMC. Documento sobre agresiones médicas. Informe Organización Médica Colegial. 2014 [consultado abril 2019]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/Documento%20agresiones_0.pdf
142. Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003 de 16 de diciembre. Boletín Oficial del Estado. Nº 301. (17-12-2003) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>
143. García-Moran MC. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*. 2016; 19: 11-30.
144. Galián-Muñoz I, Llor-Esteban B, Ruiz-Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias*. 2014; 26: 163-70.
145. Girotti Blanco. S.V et al. Guía práctica: Prevención y abordaje de la violencia sanitaria externa en el ámbito de la salud. 1.a ed. La Plata: Fundación FEMEBA, 2018.
146. ANSICH. Manual de prevención ante agresiones al personal sanitario. 2011 [consultado abril 2019]. Disponible en:

<http://www.salvadorpostigo.com/enfermeriaaldia/archivos/manual%20anto%20a gresiones%20a%20profesionales.pdf>

147. Gómez-Durán EL, Gómez-Alarcón M, Arimany-Manso J. Las agresiones a profesionales sanitarios. *Rev Española Med Leg* [Internet]. Elsevier; 2012;38(1):1–2

148. Marinas-Sanz R, Martínez-Jarreta B, Casalod Y, Bolea M. Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis tras la reciente modificación del Código Penal. *Med Clin (Barc)*. 2016;147(1):35–42.

149. Ortells N, Muñoz T, Paguina M, Morató I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Glob Rev electrónica Semest enfermería*; 2013;12(2):196–207.

150. Carrillo A. Nuevas formas y organizaciones de trabajo en los servicios médicos empresariales. *Revista Derecho del Trabajo* 2006; 2: 279-299.

151. Peiró J, Rodríguez I. Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo* 2008; 29(1): 68-82.

152. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [insht]. El programa de ayuda al empleado (eap): intervención Individual en la prevención de riesgos psicosociales. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2004

153. Organización Internacional del Trabajo. Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control. Occupational Safety and Health Series n 56. Geneva: oit; 1986

154. Gómez-Ortiz V, Moreno L. Factores psicosociales del trabajo (demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. *Univ Psychol* 2010; 9(2): 393-407.

155. Ramos V. La relación entre el estrés laboral, las fuentes que le dan origen y las estrategias de coping en el sector público y el privado. FPCE-UP. 2013.
156. Arciniega RS. Factores organizacionales causantes del estrés en el trabajo y estrategias para afrontarlo. *Revista Venezolana de Gerencia*. 2012; 17(60): 611 – 634
157. GUILLEN M. (2009). “Estrés ocupacionales del profesional de enfermería”. http://www.Capítulo_5_apartado_Estrés_Organizacionales_ygrupales.mht.
158. Olmedo M. El estrés laboral: casusas y estrategias de intervención. Madrid: Klinik; 2009.
159. Observatorio permanente de riesgos psicosociales. Guía sobre el estrés ocupacional [Internet] [cited 2011 Ene]. Available from: www.corporacioncaminos.org
160. Medina JJ. Los 12 principios del cerebro. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2010.
161. Zaldívar D. El conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 1996.
162. Sauter SL, Murphy L, Hunell J. Prevention of work-related psychological distress. *American Psychologists*. 1990; 45:1146-1158
163. Guayo F, Lama JR. Estrés ocupacional: una perspectiva ergonómica y su protección en el diseño organizacional. 1998
164. Lazarus, Richard S. y Folkman S. Stress, appraisal, and coping, Estados Unidos, Nueva York, Springer.1984.
165. Duran M.M. Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*. 2010; 1(1): 71-84.

166. Comisión Europea. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. Dirección General de Empleo y Asuntos sociales. 2002.
167. Estrés laboral [Internet] [cited 2011 Ene]. Gestión Empresarial. Available from: www.caballano.com
168. Montero-Marin J, Prado-Abril J, Piva Demarzo MM, Gascon S, García-Campayo J. Coping with stress and types of burnout: Explanatory power of different coping strategies. *PLoS One*. 2014;9(2)
169. Hernández L, Romero M, González de Rivera J, Rodríguez-Abuín M. Dimensiones de estrés laboral: relaciones con psicopatología, reactividad al estrés y algunas variables orgánicas 1997.
170. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
171. HALL J. La calidad de las relaciones interpersonales relacionado al estrés. 1999.
172. Dolan S. García S. Autoestima, estrés y trabajo. España. Madrid. Mac Graw Hill ineteramericana. 2005.
173. Rios-Risque M, Peñalver F, Godoy C. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de cuidados intensivos. *Enfermería intensiva*. 2008.
174. Marulanda Ruiz IC. Estrés laboral silencioso de la salud mental y la satisfacción con la vida. Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales. 1º ed. Bogotá: Ediciones Uniandes; 2007.
175. Cortés Díaz JM. Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos, físicos, biológicos y carcinogénicos, por inhalación de sustancias y de la piel, Primeros auxilios. In: Cortés Díaz JM, editor. Técnicas de prevención de riesgos laborales. 9 ed. Madrid: Tébar; 2007. p. 631.

176. Siegrist, J. Adverse health effects of high effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996; 1(1), 27-41.
177. Gradjean, E. *Manual de ergonomía*. Porto Alegre, Bookman, 1998.
178. França FM, Ferrari R, Ferrari DC, Alves ED. Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(5):961-70.
179. Losa ME, Becerro de Bengoa R. Prevalence and relationship between burnout, job satisfaction, stress, and clinical manifestations in Spanish critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2013;32(3):130-7.
180. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(6):2214-40.
181. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de Salud. 1994: Tomo I-40.
182. Lemus, J. La garantía de calidad en salud. *Medicina basada en la evidencia y evaluación de tecnologías en Salud*. Auditoría Médica. En: Lemus J. *Salud Pública. Marco Conceptual e Instrumentos Operativos*. Buenos Aires: Centro Interamericano para el Desarrollo Social, 2001:165-180
183. Dierdorff, E. C. y Morgeson, F. P. Getting what the occupation gives: Exploring multilevel links between work design and occupational values. *Personnel Psychology*. 2013;66(3); 687-721.
184. Chiang M, Salazar M, Huerta P, Núñez. A. Clima organizacional y satisfacción laboral en organizaciones del sector estatal (Instituciones públicas). *Desarrollo, adaptación y validación de instrumentos*. *Universum [Internet]*. 2008 [citado 16 de abril 2013]; 23(2): 66-85. Disponible en: <http://www.scielo.cl>

185. Mayo E. The social problems of an industrial civilization. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1945
186. Palma-Carrillo S. Elaboración y validación de una escala de satisfacción laboral SL-SPC para trabajadores de Lima Metropolitana. Rev Fac Psicol 1999;9(3):1-8.
187. Locke, E.A . The nature and causes of job satisfaction. En M.R. Dunnette (Ed.), Handbook of industrial and organizational psychology. 1976.
188. Orejuela J. Psicología de las organizaciones y del trabajo. Universidad de San Buenaventura.Ed. Bonaventuriana. 2014.
189. Robbins, S.P. y Coulter, M. "Administración". Prentice Hall Hispanoamericana, México 1996. Pág.181.
190. Muñoz, A. "Satisfacción e insatisfacción en el trabajo". Tesis doctoral inédita, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid 1990. Pág. 76.
191. Blum, M.L. y Naylor, J.C."Psicología industrial. Sus fundamentos teóricos y sociales", Editorial Trillas, México DF 1976. Pág. 73.
192. Rothmann, S. & Coetzer, E. The relationship between personality dimensions and job satisfaction. Business Dynamics. 2002; 11(1), 29-42.
193. Sofie J, Belza B, Young H. Health and safety risk at a skilled nursing facility: Nursing assistants' perceptions. J Gerontol Nurs. 2003 Feb;29(2):13-21.
194. Colquitt, J., LePine, J., Wesson, M. Organizational Behavior: Improving Performance and Commitment in the Workplace. Ed Mc Graw Hill. 2007.
195. Morris, M. Venkatesh, V. Job characteristics and job satisfaction: understanding the role of enterprise resource planning system implementation. MIS Quarterly. 2010; 34, 143-161.
196. Tejero González GM. Fernández Díaz MJ. Medición de la satisfacción laboral en la dirección escolar. Relieve. 2009; 15: 1-16.

197. Thompson E. Phua, F. A brief index of affective job satisfaction. *Group y Organization Management*. 2012; 37(3): 275-307.
198. Meliá J. Peiró J. La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: El Cuestionario de Satisfacción S20/23. *Psicologemas*. 1989; 5(2): 59-74.
199. Toro, F., Londoño, M., Sanín, A., & Valencia, M. Modelo Analítico de Factores Psicosociales en Contextos Laborales. *Revista interamericana de Psicología Ocupacional*. 2010; 29(2):95-137.
200. Clark, A. E. «Your Money or Your Life: Changing Job Quality in OECD Countries», Institute for the Study of Labor (IZA) IZA Discussion Papers. 2005.
201. Koys, D. & Decottis, T. Inductive Measures of Psychological Climate. *Human Relations*. 1991; 44(3): 265-385.
202. Ruzafa M, Madrigal M, Velandrino A, López L. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gac Sanit*. 2008;22(5):434-42.
203. Pico Merchán M. Metodología de los panoramas de los factores de riesgo ocupacional: estrategia educativa en salud ocupacional. *Hacia la promoción de la salud*. 2001; 6:17-24.
204. García, M. Forero, C. Motivación y satisfacción laboral como facilitadores del cambio organizacional: Una explicación desde las ecuaciones estructurales. *Psicogente*. 2014; 17(31): 120-142.
205. Moreno-Jiménez B. Díaz-Gracia. L. Garrosa Hernández. E. La agresión laboral y la intención de abandono: Evaluación del papel mediador de la satisfacción laboral. *Revista Mexicana de Psicología*. 2012; 29(2).

206. Hurtado D, Pereira F. El síndrome de desgaste profesional (Burnout Syndrome): manifestación de la ruptura de reciprocidad laboral. *Revista Salud Bosque*. 2015; 2(2): 29-38.
207. Parada ME, Moreno R, Mejías Z, Rivas A, Rivas F, Cerrada J, et cols. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes, Mérida, Venezuela. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2005; 23(1):33-45.
208. Casademunt, A. Morales, A. Montes, J. La implicación emocional en el puesto de trabajo: Un estudio empírico. 2012; 8 (2): 364-405.
209. Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 170- 180.
210. Atance-Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Pública*. 1997; 71(3):293-303.
211. Maslow A. *Motivation Personality*. Nueva York: Harper & Row. 1954.
212. Urquiza R. Satisfacción laboral y calidad del servicio de salud. *Rev. Méd. La Paz*. 2012; 18(2).
213. Pathman DE, Konrad TR, Williams ES. Physician job satisfaction, dissatisfaction, and turnover. *J Fam Pract*. 2002; 51: 593.
214. Hudek-Knezevic, J. Maglica, B. K. Krapic, N. Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croatian Medical Journal*. 2011; 52: 538-549.
215. Clarke M. Stress and coping: constructs for nursing. *J Adv Nurs*. 1984; 9:3-113
216. Burton J. World Health Organization healthy workplace framework and model: background and supporting literature and practices. *World Health Organization*; 2010.

217. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32:44
218. Arana Beltrán C. Apoyo social y síndrome de burnout en los médicos del IMSS. *Revista Mexicana del trabajo y la provisión social*. 2014; 5. 257-377
219. Gulalp, B., Karcioğlu, O., Sari, A. and Koseoğlu, Z. Burnout: Need help? *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2008; 3: 32.
220. Landa, J.M.A. and López-Zafra, E. The impact of emotional intelligence on nursing: An overview. *Psychology*. 2010; 1:50-58.
221. Galanakis, M. Factorial structure and psychometric properties of the Maslach burnout inventory (MBI) in Greek midwives. *Europe's Journal of Psychology*. 2009; 4: 52-70
222. Lauvrud, C., Nonstad, K. and Palmstierna, T. Occurrence of post traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQoL) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2009; 7: 31.
223. Lundgren-Nilsson A. Jonsdottir, I.H. Pallant, J. Ahlborg Jr. G. Internal construct validity of the Shirom-Melamed burnout questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health*. 2012; 12.
224. Maslach C. Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981; 2: 90-113
225. Potter P. Deshields T. Divanbeigi J. Berger J. Cipriano D. Norris L. Olsen, S. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2010; 14(5): 56-62
226. Freudenberg HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30:159-165.
227. Pines A. Kafry D. Coping with burnout. Paper presented at the annual convention of the American Psychology Association. Toronto. 1978.

228. Cherniss C. The role of profesional self-efficacy in the etiology of burnout. *Professional burnout: Recent developments in theory and reserch*. 1993
229. Burke R. Toward a pase model of burnout. Some conceptual and methodological concerns. *Group and Organization studies*. 1978; 12(2): 174-180
230. Fernández Cantí G. Burnout y trastornos psicósomáticos. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. 2000; 2 (16): 229-235.
231. Farber B. *Stress and burnout in the human services profesions*. New York Persamon Press. 1985.
232. Cáceres G. Villanueva R. Méndez J. R. García M. V. Domínguez, V. Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros de un hospital militar. *Sanidad Militar*. 2009; 65(2): 83-94.
233. Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, eds. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. New York, NY: Taylor & Francis; 1993:115–129.
234. Gil Monte P. Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Revista psicothema*. 1999, 11(3): 679-689.
235. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Gobierno de España. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. NTP 704. 2004
236. Shanafelt T.D. Bradley K.A. Wipf J.E. "Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program," *Annals of Internal Medicine*. 2002; 136 (2): 358–367
237. Toppinen-Tanner S. Ahola K. Koskinen A. Väänänen A. Burnout predicts hospitalization for mental and cardiovascular disorders: 10-year prospective results from industrial sector. *Stress Health*. 2009; 25:287–296.

238. Martínez P.A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 2012; 112: 1-40.
239. Gibson D. The gaps in the gaze in South African hospitals. *Soc. Sci. Med.* 2004; 59: 2013–2024.
240. Von Elm E. Altman DG. Egger M. et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med.* 2007.
241. Waschgler K, Ruiz-Hernández JA, Llor-Esteban B, García-Izquierdo M. Patients' aggressive behaviours towards nurses: Development and psychometric properties of the Hospital Aggressive Behaviour Scale- Users. *J Adv Nurs.* 2013; 69:1418-1427.
242. Maslach C. Jackson S.E. Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory. Third Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press. 1996.
243. Sandín, Bonifacio, Valiente, Rosa M., Chorot, Paloma, Santed, Miguel A., Lostao, Lourdes, SA-45: *forma abreviada del SCL-90*. *Psicothema* . 2008;20(2):290-296.
244. Warr P. Cook J. Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Occup Psychol.* 1979; 52: 129-148.
245. Karasek R. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Admin Sci Quart.* 1979; 24:285-308.
246. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998 [monografía en internet]. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/violwk/violwk.htm>.

247. Getachew Yenealem D. Kifle Woldegebriel M. Olana Tasafe A. Violence at work: Determinants and prevalence among health care workers, northwest Ethiopia: an institutional based cross sectorial study. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*. 2019; 31(8): 1-7.
248. Gimeno, D.; Barrientos-Gutiérrez, T.; Burau, K.D.; Felknor, S.A. Safety climate and verbal abuse among public hospital-based workers in Costa Rica. *Work* 2012, 42, 29–38.
249. Baig, L.A.; Shaikh, S.; Polkowski, M.; Ali, S.K.; Jamali, S.; Mazharullah, L.; Soomro, M.; Kumari, B.; Memon, S.; Maheshwari, G. Violence against health care providers: A mixed-methods study from Karachi, Pakistan. *J. Emerg. Med.* 2018, 54, 558–566.
250. Yenealem, D.G.; Woldegebriel, M.K.; Olana, A.T.; Mekonnen, T.H. Violence at work: Determinants & prevalence among health care workers, northwest Ethiopia: An institutional based cross sectional study. *Ann. Occup. Environ. Med.* 2019, 31, 8.
251. Abed M. Morris E. Sobers Grannum N. Workplace violence against staff in healthcare facilities in Barbados. *Occupational Medicine*. 2016; 66: 580-583.
252. Raffea F. Al Ansari A. Elmusharaf K. Abu Zeid M. Violence toward health workers un Bahrain defense force royal medical emergency departamento. *Emergency Medicine*. 2017; 9: 113-121.
253. Saldaña García R. Pousada González A. Bernabé Espiga R. Burgos Adán C. Estebán Manjon M.I. Toledo Soriano A. Agresiones al personal de los servicios de urgencias. *Revista Enfermería de CyL*. 2019; 11(1): 121-135.
254. Chagoyen Barroso T. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. *Med Segur Trab.* 2016; 62 (242): 25-48.

255. Paravic Klij T. Burgos Moreno M. Prevalencia de violencia física. Abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicio de emergencias en establecimientos de salud públicos y privados. *Rev. Med. Chile.* 2018; 146: 726-736.
256. Saldaña García R. Agresiones al personal de los servicios de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo: Biblioteca de la Universidad de Oviedo; 2012.
257. Gutiérrez L. Hernández M.J. Molina L. Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). *Arch. Prev. Riesgos. Lab.* 2016; 19(3): 166-174.
258. Yi-Lu L. Rui-Qi L. Dan Qiu. Shui-Yuan X. Prevalence of workplace physical violence against health care professionals by patients and visitors: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Environ. Res Public. Health.* 2020; 17: 299-318.
259. Nikolic D. Višnjic A. Mobbing and violence at work as hidden stressors and work ability among emergency medical doctors in Serbia. *Medicina:* 2020; 56: 31-43.
260. Serrano Vicente I. Análisis de las agresiones al personal trabajador registradas en los servicios de salud laboral de los Sectores Sanitarios II y III de Zaragoza. *Cuid salud.* 2018; 15:5-32
261. Howlett M, Doody K, Murray J, LeBlanc-Duchin D, Fraser J, Atkinson PR. Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: a cross-sectional survey. *Emerg Med J.* 2015; 32(9): 722-727.
262. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(2): 649-661.

263. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2014; 14:325
264. Llor Estebán B. Sánchez Muñoz M. Ruíz Hernández J.A. Jiménez Barbero J.A. User violence toward nursing professionals in mental health service and emergency units. *The european journal of psychology applied to legal context*. 2017: 33-40.
265. Maestre Naranjo M, Borda Olivas J, Ortega Hernández A, Sainz Pinós C, Cabrero Martín B, Rodríguez de la Pinta ML. Incidencia de notificación de situaciones conflictivas con los ciudadanos en el área 6 de la comunidad autónoma de Madrid. *Medicina y seguridad del trabajo*. Madrid. Abril 2011; 57 (223).
266. Lameiro C, Besteiro A, Cuevas A, Pérez A, Gómez C, Del Campo V. Violencia laboral en Instituciones sanitarias; Análisis de un perfil cambiante. *Enfermería del Trabajo* 2013; III: 66-74.
267. Bernaldo-de-Quirós M, Labrador F, Piccini A, Gómez M, Cerdeira J. Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clínica y Salud*. 2014; 25:11-18.
268. Farías A, Sánchez J, Acevedo G. La violencia ocupacional en centros de atención primaria de la salud. *Revista de Salud Pública*. 2012; 1:18-26.
269. Cannavo M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work related violence as a predictor of stress and correlated disorders in Emergency Department healthcare professionals. *Clin Ter*. 2019; 170(2): 110-123.

270. Tafjord, T. Managing Strong Emotions: Nurses' Recognition and Responses to Personal Emotions When Approaching Parents with Cancer and Their Dependent Children. *Qual. Health Res.* 2021, 1–16.
271. Li, J.; Fu, H.; Hu, Y.; Shang, L.; Wu, Y.; Kristensen, T.S.; Mueller, B.H.; Hasselhorn, H.M. Psychosocial work environment and intention to leave the nursing profession: Results from the longitudinal Chinese NEXT study. *Scand. J. Public Health* 2010, 38, 69–80.
272. Parry, R. Are interventions to enhance communication performance in allied health professionals effective, and how should they be delivered? Direct and indirect evidence. *Patient Educ. Couns.* 2008, 73, 186–195.
273. Okbah M. Naseem A. Abdul-Bakia. M. Alsalkini. M. Shaab R. Workplace violence toward resident doctors in public hospitals of Syria: prevalence, psychological impact, and prevention strategies: a cross-sectional study. *Hum Resour Health.* 2019; 19(8).
274. Rayan, A., Sisan, M., & Baker, O. (2019). Stress, workplace violence, and burnout in nurses working in King Abdullah Medical City during Al-Hajj season. *The Journal of Nursing Research*; 27(3): 26
275. Gates D, Gillespie G, Kowalenko T, Succop P, Sanker M, Farra S. Occupational and demographic factors associated with violence in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J.* 2011 Oct-Dec;33(4):303-13.
276. Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. Prospective study of violence against ED workers. *Am J Emerg Med.* 2013 Jan;31(1):197-205.
277. Zafar W, Siddiqui E, Ejaz K, Shehzad MU, Khan UR, Jamali S et al. Health care personnel and workplace violence in the emergency departments of a volatile metropolis: results from Karachi, Pakistan. *J Emerg Med.* 2013 nov;45(5):761-72

278. Rafeea F, Al Ansari A, Abbas E, Elmusharaf K, Zeid M. Violence toward health workers in Bahrain Defense Force Royal Medical Services' emergency department. *Open Access Emerg Med*. 2017 nov 8; 9:113-121.
279. Erdur B, Ergin A, Yüksel A, et al. Assessment of the relation of violence and burnout among physicians working in the emergency departments in Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2015;21.
280. Wolf LA, Delao AM, Perhats C. Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *J Emerg Nurs* 2014; 40:305–10.
281. Raine G, Thomas S, Rodgers M, Wright K, Eastwood A. Workplace-based interventions to promote healthy lifestyles in the NHS workforce: a rapid scoping and evidence map. *Health Serv Deliv Res* 2020;8(18).
282. Pérez-Fuentes MdC, Molero Jurado MdM, Martos Martínez Á, et al. Cross-sectional study of aggression against Spanish nursing personnel and effects on somatisation of physical symptoms. *BMJ Open* 2020;10: e034143.
283. Mensah Bofo I. The effects of workplace respect and violence on nurses' job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey. *Human Resources for Health*. 2018; 16 (6).
284. Hernandez Zavala M, Henandez Cantoral A, Nava Galán MG, Perez Lopez MT, Henandez Ramirez MG et al. Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Enferm Univ* 2012; 9: 7-15.
285. Bobbio L, Ramos W. Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional de Lima. Perú. *Rev Per Epidemiol* 2010; 14: 133-138.
286. Miret, C, Martinez Larrea, A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33 (Supl. 1): 193-201.

287. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav.* 2014;19(5):492-501.
288. Pérez-Fuentes MdC, Molero Jurado MdM, Martos Martínez Á, et al. Crosssectional study of aggression against Spanish nursing personnel and effects on somatisation of physical symptoms. *BMJ Open* 2020;10: e034143.
289. Liu W, Zhao S, Shi L, et al. Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a crosssectional study. *BMJ Open* 2018;8: e019525.
290. Pompeii L. Benavides E. Pop O. Rojas Y. Emery R. Delclos G. Markham C. Oluyomi A. Vellani K. Levine N. Workplace Violence in Outpatient Physician Clinics: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* .2020; 17: 6587-98.
291. Zapf, D. Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Hum. Resour. Manag. Rev.* 2002, 12, 237–268.
292. Netterstrøm, C.; Bech, F.; Olsen, R.; Stansfeld, S. The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. *Epidemiol. Rev.* 2008, 30, 118–132.
293. Sui G, Liu G, Jia L, et al. Associations of workplace violence and psychological capital with depressive symptoms and burn-out among doctors in Liaoning, China: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2019;9: e024186.
294. Kim J-H, Kim JY, Kim S-S. Workplace violence and depressive symptoms among medical residents in South Korea: 2014 Korean interns & residents survey. *Health and Social Science.* 2015; 39:75-95.

295. Tong C. Cui C. Li Y. Wang L.. The Effect of Workplace Violence on Depressive Symptoms and the Mediating Role of Psychological Capital in Chinese Township General Practitioners and Nurses: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry Investig* 2019;16(12):896-903
296. Yan S, Shen X, Wang R, Luo Z, Han X, Gan Y and Lv C. Challenges Faced by Emergency Physicians in China: An Observation From the Perspective of Burnout. *Front. Psychiatry*. 2021; 12.
297. Hamdan M. Hamra A.A. Burnout among workers in emergency Departments in Palestinian hospitals: prevalence and associated factors. *BMC Health Services Research*. 2017; 17:407
298. Vrablik MC, Chipman AK, Rosenman ED, et al. Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA: results from a qualitative study. *BMJ Open* 2019;9: e031781.
299. Contreras Jofre P, Valenzuela Solís A, Pinto Soto J, Mendoza Ponce N, López-Alegria F. Violencia en el trabajo hacia los profesionales de enfermería en los servicios de emergencias: revisión integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44: e173.
300. Tucker JD, Cheng Y, Wong B, Gong N, Nie JB, Zhu W, et al. Patient-physician mistrust and violence against physicians in Guangdong Province, China: a qualitative study. *BMJ Open*. 2015;5(10): e008221.
301. Fu C. Ren Y. Wang G. Shi X. Cao F. Fear of future workplace violence and its influencing factors among nurses in Shandong, China: a cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2021; 20:123.
302. Feng Yeh T., Chia Chang Y. Feng W. Yang C.C. Effect of Workplace Violence on Turnover Intention: The Mediating Roles of Job Control, Psychological

Demands, and Social Support. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2020; 57:1-11.

303. Duan X. Ni X. Shi L. Zhang L. Ye Y. Mu H. Li Z. Liu X. Fan L. Wang Y. The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2019; 17:93.

304. Dharmawardene M, Givens J, Wachholtz A, Makowski S, Tjia J. A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. *BMJ Support Palliat Care*. 2016;6(2):160–169

305. Dreison KC, Luther L, Bonfils KA, Sliter MT, McGrew JH, Salyers MP. Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research. *J Occup Health Psych*. 2018;23(1):18–30.

X - ANEXOS

ANEXO 1: Documento protocolo de recogida de datos

Imagen nº1: página 1 protocolo recogida de datos

	Código: 
<p><u>Análisis de la violencia laboral y otros estresores y su relación con la humanización de la asistencia en los Servicios de Urgencias y Emergencias</u></p>	
<p><u>Instrucciones generales para contestar el cuestionario</u></p>	
<p>Consideraciones éticas: el presente proyecto ha recibido informe favorable por la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia, así como la autorización por parte de la gerencia de todos los centros participantes en el proyecto.</p>	
<p>La participación en el mismo es anónima, voluntaria y la confidencialidad personal y de los datos está garantizada en todo momento, si entiende dicha afirmación marque la casilla posterior con una X:</p>	
<p><input type="checkbox"/> Sí he sido informado(a) de que la participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas y mis datos serán tratados de manera confidencial y sólo serán usados con fines docentes y de investigación, estando protegidos por la Ley 15/1999 de 13 de diciembre (Ley de Protección de Datos).</p>	
<p>Por favor, devuelvan los cuestionarios dentro del sobre proporcionado completamente cerrado. Los sobres serán abiertos por los miembros del equipo de investigación, quienes asignarán un código a cada cuestionario para el análisis de los datos.</p>	
<p>En general, las preguntas que formulamos se contestan escogiendo entre las alternativas de respuesta propuesta. Por favor, indique aquella que más se ajuste a su caso particular marcando la opción (x) o con un círculo.</p>	
<p>La prueba que hemos elaborado indica que el tiempo estimado para contestar el protocolo es de 7-12 minutos.</p>	
<p>GRACIAS POR SU ATENCIÓN E INTERÉS</p>	
<p>POR FAVOR, CONTINÚE </p>	
<p><small>No está permitida la copia y/o difusión del presente instrumento sin consentimiento del equipo de investigación responsable del presente proyecto. Grupos de Investigación: Psicología Social (043-04) y Salud Laboral (063-01). Email: investigacion1@proyectohuge.com</small></p>	

Fuente: elaboración propia

Imagen nº2: página 2 protocolo recogida de datos



UNIVERSIDAD DE MURCIA



HURGE Humanizando las Urgencias y Emergencias

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

<p>1. Año de nacimiento: _____</p> <p>2. Sexo: a. Chico _____ <input type="checkbox"/> b. Chica _____ <input type="checkbox"/></p> <p>3. Nacionalidad: a. Español _____ <input type="checkbox"/> b. Comunitario _____ <input type="checkbox"/> c. Extracomunitario _____ <input type="checkbox"/></p> <p>4. Situación personal: a. Soltero/a _____ <input type="checkbox"/> b. Divorciado/a o viudo/a _____ <input type="checkbox"/> c. Casado o pareja de hecho _____ <input type="checkbox"/></p> <p>5. Antigüedad en el puesto laboral: (ejemplo: 5 años 3 meses) Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/></p> <p>6. Antigüedad en la profesión: (ejemplo: 5 años 3 meses) Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/></p> <p>7. Profesión: a. Médico/a _____ <input type="checkbox"/> b. Enfermero/a _____ <input type="checkbox"/> c. Auxiliar de Enfermería _____ <input type="checkbox"/> d. Celador/a _____ <input type="checkbox"/> e. Administrativos/as _____ <input type="checkbox"/> f. Otras _____ <input type="checkbox"/></p> <p>8. Tipo de contrato: a. Fijo (indefinido) _____ <input type="checkbox"/> b. Temporal _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>9. ¿Realiza alguna otra actividad laboral relacionada con su profesión fuera del centro? a. Si _____ <input type="checkbox"/> b. No _____ <input type="checkbox"/> (Horas/mes): <input type="text"/></p> <p>10. ¿Realiza actividades de formación continuada? a. Si _____ <input type="checkbox"/> b. No _____ <input type="checkbox"/></p> <p>11. ¿Ha estado de baja laboral en los últimos 12 meses? a. Si _____ <input type="checkbox"/> b. No _____ <input type="checkbox"/></p> <p>12. Señale el tipo de turno que realiza: a. 12 horas _____ <input type="checkbox"/> b. 7 horas _____ <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Posee su hospital algún tipo de herramienta para comunicar agresiones? a. Si _____ <input type="checkbox"/> b. No _____ <input type="checkbox"/> c. No lo sé _____ <input type="checkbox"/> <small>Si su respuesta a la pregunta anterior ha sido afirmativa, continúe con las siguientes cuestiones. En caso contrario pase al ítem 18.</small></p> <p>14. Duración (ejemplo: 2 meses, 3 días) Meses <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/></p>
---	---

POR FAVOR, CONTINÚE

No está permitida la copia y/o difusión del presente instrumento sin consentimiento del equipo de investigación responsable del presente proyecto.
Grupos de Investigación: Psicología Social (043-04) y Salud Laboral (063-01). Email: investigacion1@proyectoohurge.com

Fuente: elaboración propia

Imagen nº3: página 3 protocolo recogida de datos



UNIVERSIDAD DE MURCIA



HURGE Humanizando los Urgencias y Emergencias

15. Tipo de enfermedad:

a. Enf. común _____

b. Enf. laboral/accidente _____

c. Profesional _____

16. Origen:

a. Físico _____

b. Psicológico _____

17. ¿Ha tenido recaídas?

a. Sí _____

b. No _____

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones empleando la siguiente escala de 4 niveles de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo.

(TD) Totalmente en Desacuerdo.
 (ED) En Desacuerdo.
 (DA) De Acuerdo.
 (TA) Totalmente de Acuerdo.

18	En mi trabajo tengo que aprender cosas nuevas.	TD	ED	DA	TA
19	En mi trabajo realizo muchas tareas repetitivas.	TD	ED	DA	TA
20	Mi trabajo requiere que sea creativo.	TD	ED	DA	TA
21	Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mí mismo.	TD	ED	DA	TA
22	Mi trabajo requiere un alto nivel de capacitación.	TD	ED	DA	TA
23	Tengo muy poca libertad para decidir cómo realizar mi trabajo.	TD	ED	DA	TA
24	En mi trabajo puedo hacer muchas tareas distintas.	TD	ED	DA	TA
25	Tengo mucha influencia en lo que ocurre en mi trabajo.	TD	ED	DA	TA
26	En mi trabajo tengo la oportunidad de desarrollar mis habilidades especiales.	TD	ED	DA	TA
27	Mi trabajo requiere trabajar muy rápido.	TD	ED	DA	TA
28	Mi trabajo requiere trabajar muy duro.	TD	ED	DA	TA
29	No tengo que realizar una cantidad excesiva de trabajo.	TD	ED	DA	TA
30	No tengo que realizar una cantidad excesiva de trabajo.	TD	ED	DA	TA
31	Tengo tiempo suficiente para realizar mi trabajo.	TD	ED	DA	TA
32	En mi trabajo no estoy sometido a situaciones conflictivas o problemáticas producidas por otros.	TD	ED	DA	TA
33	Mi trabajo requiere largos períodos de intensa concentración en lo que se hace.	TD	ED	DA	TA
34	Mis tareas son interrumpidas con frecuencia antes de poder terminarlás, teniendo que continuarlas más tarde.	TD	ED	DA	TA
35	Mi trabajo es muy ajetreado.	TD	ED	DA	TA
36	Mi trabajo se entorpece por retraso de otras personas o departamentos.	TD	ED	DA	TA
37	Mi supervisor/a se preocupa del bienestar de las personas que están a su cargo.	TD	ED	DA	TA
38	Mi supervisor/a presta atención a lo que digo.	TD	ED	DA	TA
39	Tengo problemas con mi supervisor/a.	TD	ED	DA	TA
40	Mi supervisor/a colabora para que el trabajo se haga.	TD	ED	DA	TA
41	Mi supervisor/a consigue que la gente trabaje en equipo.	TD	ED	DA	TA
42	Las personas con las que trabajo son competentes en su trabajo.	TD	ED	DA	TA
43	Las personas con las que trabajo se interesan por mí .	TD	ED	DA	TA
44	Tengo problemas con las personas con las que trabajo.	TD	ED	DA	TA
45	Las personas con las que trabajo son agradables.	TD	ED	DA	TA
46	A las personas con las que trabajo les gusta trabajar en equipo.	TD	ED	DA	TA
47	Las personas con las que trabajo colaboran para conseguir que el trabajo se haga.	TD	ED	DA	TA

POR FAVOR, CONTINÚE

No está permitida la copia y/o difusión del presente instrumento sin consentimiento del equipo de investigación responsable del presente proyecto.

Grupos de Investigación: Psicología Social (043-04) y Salud Laboral (063-01). Email: investigacion1@proyectohuge.com

Fuente: elaboración propia

Imagen nº4: página 4 protocolo recogida de datos



UNIVERSIDAD DE
MURCIA



HURGE
Humanizando
las Urgencias
y Emergencias

En el siguiente cuestionario debe indicar cuando se ha encontrado cada uno de estos síntomas durante la última semana, siguiendo la siguiente escala de Likert.

(NA) Nada en absoluto.
(PP) Un poco presente.
(MO) Moderadamente.
(BA) Bastante.
(MU) Mucho o extremadamente.

48	Sentirse solo.	NA	PP	MO	BA	MU
49	Sentirse triste.	NA	PP	MO	BA	MU
50	No sentir interés por las cosas.	NA	PP	MO	BA	MU
51	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.	NA	PP	MO	BA	MU
52	La sensación de ser un/a inútil.	NA	PP	MO	BA	MU
53	Arrebatos de cólera y/o furia.	NA	PP	MO	BA	MU
54	Sentir impulsos agresivos.	NA	PP	MO	BA	MU
55	Tener ganas de romper algo.	NA	PP	MO	BA	MU
56	Discusiones frecuentes.	NA	PP	MO	BA	MU
57	Gritar o tirar cosas.	NA	PP	MO	BA	MU
58	Sentirse incomprendido/a.	NA	PP	MO	BA	MU
58	Impresión de rechazo de otras personas.	NA	PP	MO	BA	MU
60	Sentirse inferior.	NA	PP	MO	BA	MU
61	Sentirse incomodo/a con la gente.	NA	PP	MO	BA	MU
62	Sentirse cohibido/a.	NA	PP	MO	BA	MU
63	Sentir dolores musculares.	NA	PP	MO	BA	MU
64	Sentir calor o fríos repentinos.	NA	PP	MO	BA	MU
65	Sentir entumecimiento u hormigueo.	NA	PP	MO	BA	MU
66	Sentir debilidad corporal.	NA	PP	MO	BA	MU
67	Sentir sensación de pesadez.	NA	PP	MO	BA	MU
68	Tener miedo repentino.	NA	PP	MO	BA	MU
69	Sentirse nervioso/a.	NA	PP	MO	BA	MU
70	Sentir preocupación y/o tensión.	NA	PP	MO	BA	MU
71	Sentir ataques de terror o pánico.	NA	PP	MO	BA	MU
72	Sentirse inquieto/a.	NA	PP	MO	BA	MU
73	Sentir el tener que hacer las cosas muy despacio.	NA	PP	MO	BA	MU
74	Sentir el tener que realizar una comprobación.	NA	PP	MO	BA	MU
75	Tener dificultad para tomar decisiones.	NA	PP	MO	BA	MU
76	Sentir tener la mente en blanco.	NA	PP	MO	BA	MU
77	Tener dificultades de concentración.	NA	PP	MO	BA	MU

POR FAVOR, CONTINÚE 

No está permitida la copia y/o difusión del presente instrumento sin consentimiento del equipo de investigación responsable del presente proyecto.
Grupos de Investigación: Psicología Social (043-04) y Salud Laboral (063-01). Email: investigacion1@proyectohurge.com

Fuente: elaboración propia

Imagen nº5: página 5 protocolo recogida de datos



UNIVERSIDAD DE MURCIA



HUMANIZANDO LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Califique según estas alternativas el grado de satisfacción o insatisfacción en distintos aspectos.

(MI) Muy insatisfecho.
 (IN) Insatisfecho.
 (MOI) Moderadamente insatisfecho.
 (NN) Ni satisfecho ni insatisfecho.
 (MS) Moderadamente satisfecho.
 (SA) Satisfecho.
 (MYS) Muy satisfecho.

78	Condiciones físicas del trabajo.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
79	Libertad para elegir tu propio método de trabajo.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
80	Tus compañeros de trabajo.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
81	Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
82	Tu superior/a inmediato.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
83	Responsabilidad que se te ha asignado.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
84	Tu salario.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
85	La posibilidad de utilizar tus capacidades.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
86	Relaciones entre dirección y trabajadores en tu empresa.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
87	Tus posibilidades de promocionar.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
88	El modo en que tu empresa está gestionada	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
89	La atención que se presta a las sugerencias que haces.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
90	Tu horario de trabajo.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
91	La variedad de tareas que realizas en tu trabajo.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS
92	Tu estabilidad en el empleo.	MI	IN	MOI	NN	MS	SA	MYS

Seguidamente, enumeramos situaciones tensas, que pueden ocurrir en su puesto de trabajo con los usuarios (pacientes, familiares) ¿Con qué frecuencia se ha visto en las siguientes situaciones?

Por favor, conteste según la siguiente escala.

(NU) Nunca.
 (ANU) Anualmente.
 (TRI) Trimestralmente.
 (ME) Mensualmente.
 (SE) Semanalmente.
 (DI) Diariamente.

93	Los usuarios me expresan su enfado elevando la voz o quejándose	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
94	Los usuarios interrumpen mi trabajo de malas formas.	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
95	Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
96	Los usuarios cuestionan mis decisiones	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
97	Los usuarios me hacen bromas irónicas.	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
98	Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores y complicaciones.	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
99	Los usuarios me amenazan si no se cumplen sus expectativas.	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
100	Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
101	Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia.	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
102	Los usuarios se enfadan conmigo por la falta de información.	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
103	Los usuarios se enfadan conmigo porque creen que empleo más tiempo en el resto de usuarios.	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
104	Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme.	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
105	Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil.	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI
106	Los usuarios muestran su enfado contra mi destruyendo puertas, cristales, paredes...etc.	NU	ANU	TRI	ME	SE	DI

POR FAVOR, CONTINÚE

No está permitida la copia y/o difusión del presente instrumento sin consentimiento del equipo de investigación responsable del presente proyecto.
 Grupos de Investigación: Psicología Social (043-04) y Salud Laboral (063-01). Email: investigacion1@proyectohurge.com

Fuente: elaboración propia

Imagen nº6: página 6 protocolo recogida de datos



UNIVERSIDAD DE
MURCIA



HURGE
Humanizando
las Urgencias
y Emergencias

Expresar en esta parte con qué frecuencia ocurre lo escrito en los siguientes enunciados, siguiendo la siguiente escala.

Por favor, conteste según la siguiente escala.

(NN) Nunca o ninguna vez.
 (CN) Casi nunca/alguna vez al año.
 (AV) Algunas veces/ una vez al mes o menos.
 (RG) Regularmente/alguna vez al mes.
 (BV) Bastantes veces/una vez por semana.
 (CS) Casi siempre/algunas veces por semana.
 (SI) Siempre/todos los días.

107	Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
108	Estoy "consumido" al final de un día de trabajo.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
109	Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
110	Trabajar todo el día es una tensión para mí.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
111	Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
112	Estoy "quemado" por el trabajo.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
113	Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
114	He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
115	He perdido entusiasmo por mi trabajo.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
116	En mi opinión soy bueno en mi trabajo.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
117	Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
118	He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
119	Me he vuelto más cínico en cuanto a la utilidad de mi trabajo.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
120	Dudo de la trascendencia y utilidad de mi trabajo.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI
121	En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas.	NN	CN	AV	RG	BV	CS	SI

POR FAVOR, CONTINÚE

No está permitida la copia y/o difusión del presente instrumento sin consentimiento del equipo de investigación responsable del presente proyecto.
 Grupos de Investigación: Psicología Social (043-04) y Salud Laboral (063-01). Email: investigacion1@proyecto hurge.com

Fuente: elaboración propia

Imagen nº7: página 7 protocolo recogida de datos



Análisis de la violencia laboral y otros estresores y su relación con la humanización de la asistencia en los Servicios de Urgencias y Emergencias



MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Finalmente, tras la cumplimentación del presente cuestionario, **haga entrega de este al investigador colaborador que se lo ha facilitado**, para con ello hacerlo llegar al equipo de investigación para su posterior análisis y donde esperamos que sus respuestas contribuyan a mejorar sus condiciones de trabajo.

Recuerde cumplimentar la casilla de la página inicial, y si muestra su consentimiento para posterior procesamiento de los datos del presente cuestionario **aceptando las condiciones detalladas conjuntamente**.

Si desea contactar con nosotros podrá realizarlo dirigiéndose a la siguiente cuenta de correo electrónico:

investigacion1@proyectohuge.com

No está permitida la copia y/o difusión del presente instrumento sin consentimiento del equipo de investigación responsable del presente proyecto.

Grupos de Investigación: Psicología Social (043-04) y Salud Laboral (063-01). Email: investigacion1@proyectohuge.com

Fuente: elaboración propia