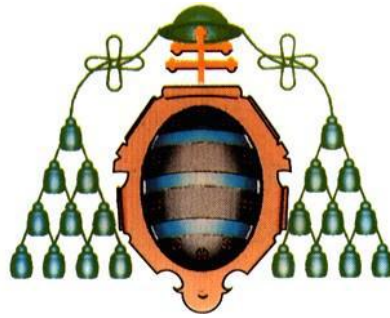




Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

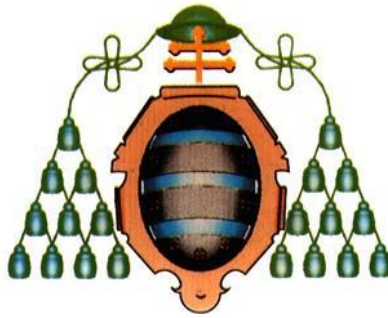
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

Agresiones al Personal de los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias

Raquel Saldaña García

Julio de 2012

Trabajo Fin de Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

Agresiones al Personal de los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias

Trabajo Fin de Máster

Autora

Raquel Saldaña García

Tutor

Dr. José Ángel Rodríguez Getino



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

José Ángel Rodríguez Getino, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo, profesor titular y director del área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Oviedo y profesor del Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos.

CERTIFICA: Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. Raquel Saldaña García, titulado *“Agresiones al Personal de los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias”*, realizado bajo la dirección del Dr. José Ángel Rodríguez Getino, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firmo la presente certificación en Oviedo a 4 de Julio de 2012.

Vo Bo

Fdo. José Ángel Rodríguez Getino

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
1. Introducción	1
1.1. Situación actual	4
1.2. Justificación	7
2. Hipótesis	10
3. Objetivos	12
3.1. Objetivo general	13
3.2. Objetivos específicos	13
4. Metodología	14
4.1. Tipo de estudio	15
4.2. Lugar de estudio	15
4.3. Tiempo de estudio	15
4.4. Sujetos de estudio	15
4.5. Selección muestral	16
4.6. Instrumento utilizado	18
4.7. Procedimiento	19
4.8. Análisis de los datos	20
4.9. Sesgos y limitaciones del estudio	20
5. Resultados	22
5.1. Análisis descriptivo	23
5.2. Análisis inferencial	33
6. Discusión	44
7. Conclusiones	56
8. Bibliografía	59
9. Anexos	70

Introducción

1. INTRODUCCIÓN

La violencia en el lugar de trabajo, sea física o psicológica, se ha convertido en un problema mundial que no sabe de fronteras, de contextos de trabajo ni de grupos profesionales¹. En los últimos años ha adquirido una gran importancia, y en la actualidad es una preocupación prioritaria. La violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, sin embargo, el sector de la atención a la salud representa casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo². Las agresiones que sufren los trabajadores de la sanidad en el ejercicio de su profesión, vulneran los derechos fundamentales y libertades públicas recogidas en el artículo 15 de la Constitución Española³, y son un riesgo emergente y un factor desencadenante de problemas de salud entre los profesionales.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) proponen una definición de violencia adaptada por la Comisión Europea, en la que exponen que *“La violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud”*¹.

En nuestro país, se establece que la violencia en el lugar de trabajo comprende⁴: agresiones físicas (cualquier contacto físico violento, independiente de que exista o no lesión), conductas físicas y/o verbales (conflicto verbal grosero, amenazas, insultos o comportamientos intimidatorios) y agresiones de carácter psíquico, que se dividen en, violencia psíquica, cuando son puntuales, y en acoso, cuando llegan a ser reiterados o sistemáticos.

Las consecuencias de la violencia laboral pueden ser muy graves. El daño va a depender de la intensidad, frecuencia y duración del suceso violento y de los apoyos recibidos⁵.

Los efectos en las víctimas pueden generar sentimientos de cólera, ira, estrés, Síndrome del *burnout*, miedo, pérdida de autoestima, de confianza en sí mismo y recelo hacia las personas desconocidas. Si la situación se prolonga, pueden producir enfermedades físicas o problemas psicológicos y provocar un consumo abusivo de medicamentos. El ámbito familiar y social puede verse afectado y puede desembocar en el abandono de la profesión. En la empresa, la violencia conduce a un empeoramiento de la eficiencia laboral, perturba el clima de trabajo, las relaciones interpersonales y la comunicación con los usuarios. Es causa de absentismo, aumento de rotación de los trabajadores y pérdida de eficacia y productividad. Y en la comunidad, es el motivo del aumento de costes económicos por mayor porcentaje de enfermos, descenso de la calidad de los servicios prestados y pérdida del prestigio de la sanidad pública⁶.

La violencia en el sector sanitario es un fenómeno complejo, polifacético y emergente a escala global que presenta una notable variabilidad y especificidad, que se ha de abordar de una forma integral y holística^{7,8}. Los medios de comunicación y las revistas científicas muestran cada día, la difícil situación en la que se encuentran los profesionales de la sanidad en el ejercicio de su actividad, y cómo el incremento de la violencia que se observa en la sociedad se está trasladando a los centros sanitarios.

1.1. Situación actual

Existe una percepción extendida de que la violencia en general, y las agresiones producidas en el ámbito laboral, han ido en aumento en las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI⁹. Sin embargo, no es un acontecimiento nuevo. Estudios realizados en el año 2002¹⁰, confirman que la violencia en los centros de trabajo es un fenómeno universal, y que afecta tanto a los países desarrollados como a los que están en vías de desarrollo. Pero dependiendo de cada país, el fenómeno difiere en su dimensión, grado y en las diversas formas de manifestarse.

La violencia laboral en las instituciones sanitarias es una manifestación importante y de gran repercusión. En España, hasta hace pocos años ha tenido escasa acogida por Instituciones, Corporaciones Profesionales, Organizaciones Sindicales y medios de comunicación social. En nuestro país, la toma de conciencia se produjo a raíz de la muerte de dos médicos que fueron asesinados en un intervalo breve de tiempo⁹. En el año 2001, la doctora salmantina Elena Ginel moría acuchillada por un paciente¹¹, y pocos meses más tarde, el psiquiatra, Antonio Jiménez Tejedor fallecía a causa del apuñalamiento por parte del padre de uno de sus pacientes. Sin embargo, no fue hasta abril del año 2003, a causa de los sucesos ocurridos en la Fundación Jiménez Díaz, cuando saltó a los medios de comunicación de forma masiva^{12,13}. En este año, se creó de forma pionera a nivel estatal, un grupo de trabajo en el que se incorporaron las aportaciones realizadas por las organizaciones firmantes del Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

Este trabajo originó la publicación de la Orden del Consejero de Sanidad y Consumo, 212/2004 del 4 de marzo (Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, del 15 de marzo del 2004)¹⁴, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas y crea la comisión central de seguimiento.

En esta orden se indica que aún no habiendo datos estadísticos precisos sobre agresiones a personal de los Centros e Instituciones Sanitarias, en los últimos años se viene constatando un progresivo aumento de las mismas.

Esta iniciativa, fue seguida por las diferentes Comunidades Autónomas, incluido el Principado de Asturias, que llevo a cabo el *Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios*¹⁵, pues surgía la necesidad de llevar a cabo actuaciones integrales, en forma de planes específicos de prevención y atención en los Centros e Instituciones Sanitarias dependientes de la Consejería de Sanidad y Consumo, cuyo objetivo se basaba en la prevención de potenciales situaciones conflictivas, y en su caso, prestar el apoyo y asesoramiento necesario a aquellos profesionales que sean víctimas de agresiones. Sin embargo, se partía del reconocimiento de que había muy pocos estudios que permitieran conocer la magnitud del problema.

Como confirma la Organización Mundial del Trabajo, el 25% de las agresiones en el medio laboral, se producen en el entorno sanitario². Los sondeos disponibles indican que alrededor de un 60% del personal sanitario ha sido objeto de algún tipo de agresión física o verbal y que el 45% de las agresiones ocurren en los servicios de urgencias¹⁶.

Es difícil disponer de una información real sobre las agresiones al personal sanitario, ya que solo una pequeña proporción de estas conductas salen a la luz, pero hay un gran volumen de actos violentos que no constan en ninguna parte. A pesar de que las conductas violentas y la agresividad han sido objeto de numerosas investigaciones, por lo general, los estudios se han realizado desde las perspectivas mas diversas y heterogéneas. Por esta razón son poco susceptibles de poder extraer conclusiones universalmente aceptables¹⁷. Sin embargo, la mayor parte de la literatura científica coincide en que estamos ante un problema de gran magnitud y absolutamente infradenunciado.

1.2. Justificación

La mayor incidencia de actos violentos se dan en servicios psiquiátricos y en urgencias hospitalarias⁹. La masificación de los servicios, la necesidad que presentan los pacientes y familiares de ser atendidos de una forma rápida y eficaz, y la confluencia de usuarios con diferentes patologías son factores que alimentan la conflictividad, siendo los servicios de urgencias donde existe un mayor índice de este tipo de situaciones límite.

Para llevar a cabo una atención sanitaria de calidad, es necesario que los derechos de los pacientes y ciudadanos se respeten, pero al mismo tiempo se hace imprescindible que éstos cumplan sus deberes y obligaciones haciendo un uso adecuado de las prestaciones que el sistema sanitario pone a su alcance. La mayoría de las agresiones según los estudios científicos, surgen cuando los pacientes ven frustradas sus expectativas en la atención sanitaria que esperan¹⁸.

Las agresiones a profesionales sanitarios constituyen un problema grave, con consecuencias importantes a todos los niveles que hasta hace una década era prácticamente desconocido y que posteriormente ha permanecido silenciado por una escasa denuncia⁹. La rápida evolución de este hecho en España y la gran alarma social generada, crea la necesidad de llevar a cabo iniciativas dirigidas a la prevención o eliminación de este problema. Para ello, Colegios de Profesionales, Consejerías de Sanidad, Organizaciones Sindicales y Asociaciones de Derecho Sanitario realizan acciones en defensa de las víctimas, concienciación acerca de la importancia de la denuncia y campañas de sensibilización contra los actos violentos en las instituciones sanitarias.

Cuando se habla de violencia, frecuentemente, se piensa en la agresión física, sin embargo, es mucho mas predominante la violencia psicológica, que se expresa a través de amenazas u ofensas verbales. Una gran mayoría de los profesionales manifiestan haber recibido insultos y vejaciones, pero no los reconocen como actos violentos o agresivos, incluso, lo llegan a considerar una parte *normal* de su trabajo. Esta puede ser una razón por la que apenas se comunica a los superiores y mucho menos trasciende en denuncia¹⁷.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) registró en el año 2010, un número de 289 agresiones¹⁹ notificadas por los trabajadores que habían sido víctimas por parte de los usuarios de los centros sanitarios y que incluía agresiones físicas, intento de agresión, amenazas e insultos. Del total de las agresiones, 248 eran de tipo verbal. Cifras similares se contabilizaron en los años 2008 con 272 casos y 2009 con 267. De todos ellos, solo 35 profesionales presentaron denuncia judicial en el año 2009²⁰.

Como demuestran diferentes estudios, los servicios de urgencias, complejos por las circunstancias en que se producen sus demandas, son foco principal de agresiones al personal. En los últimos años, algunos hospitales de ciudades españolas han realizado sondeos para conocer más profundamente la situación de estos servicios a través de encuestas a sus trabajadores, como es el caso del Hospital de Cruces de Barakaldo⁸ y un Hospital de Nivel IV en Madrid²¹. También se han llevado a cabo investigaciones y proyectos a nivel nacional, algunos centrados en una categoría profesional y otros abarcando todos los servicios. Durante la revisión bibliográfica para este trabajo, en el Principado de Asturias, a pesar de obtener los datos del registro de agresiones en el SESPA¹⁹, no se ha localizado ningún estudio que analice los servicios de urgencias mediante encuestas al personal.

El Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) es el hospital de referencia del SESPA y además engloba al Instituto Nacional de Silicosis, unidad de referencia nacional para enfermedades respiratorias de origen laboral. Por ello, el HUCA, que comprende las urgencias del Hospital Nuestra Señora de Covadonga, las del Centro Materno-Infantil y las del Instituto Nacional de Silicosis; resulta ser el mejor candidato para llevar a cabo el presente estudio sobre agresiones al personal de los servicios de urgencias.

El conocimiento del porcentaje de trabajadores que han sufrido una agresión en urgencias, las causas y sus consecuencias permitiría llegar a identificar posibles acciones que contribuyan a que los servicios de urgencias de los hospitales sigan siendo lugares de trabajo seguros, donde se respeten los derechos y la integridad de los profesionales, que redundara en su eficacia, productividad y la calidad asistencial del servicio prestado a los usuarios. Para ello, es necesario un conocimiento objetivo de la realidad, que solo puede alcanzarse por medio de las herramientas que la investigación científica proporciona.

Hipótesis

2. HIPÓTESIS

Se considera que la actividad asistencial conlleva situaciones en las que el personal que trabaja en los servicios de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias, pudiera ser agredido por los pacientes o allegados, ya que existe el sentimiento general de que la relación entre profesional y paciente no discurre por los cauces de cordialidad y respeto deseables.

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General: Conocer las experiencias vividas y la percepción del personal, respecto a las agresiones que se producen por parte de los usuarios, en los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias.

3.2 Objetivos Específicos:

- Estimar el porcentaje de víctimas de la población a estudio que hayan sufrido una agresión por parte de un usuario.
- Identificar en qué centros de urgencias del HUCA se producen más agresiones.
- Determinar si la categoría profesional, el sexo, la edad y el tiempo trabajado en el servicio de urgencias influye en las agresiones recibidas.
- Identificar el tipo de agresión que prevalece: verbal, física o ambas.
- Conocer si el personal agredido ha denunciado alguna vez y si se ha sentido apoyado por la Administración.
- Determinar si existe relación entre el desconocimiento de los trámites a seguir en una agresión y la cantidad de denuncias presentadas.
- Identificar qué sentimientos generan las agresiones en las víctimas y establecer las causas subjetivas de los motivos que desencadenan una agresión.
- Evaluar el grado de protección que sienten los profesionales en el ejercicio de su profesión.

Metodología

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio: La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo inferencial cuasi-experimental. Se caracteriza porque no existe una continuidad en el eje temporal, no hay manipulación de variables y los datos se obtuvieron de las respuestas referidas por los sujetos, siendo el diseño del estudio posterior a lo estudiado, por lo que es de corte transversal, observacional y retrospectivo.

4.2 Lugar de estudio: Los servicios de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), que comprende las urgencias del Hospital Nuestra Señora de Covadonga, las del Instituto Nacional de Silicosis y las del Centro Materno Infantil, que abarca asistencia pediátrica y obstétrico-ginecológica.

4.3 Tiempo de estudio: Se llevo a cabo entre los meses de marzo y mayo del año 2012.

4.4 Sujetos de estudio: Se consideró población objeto de estudio el personal que desarrollaba su trabajo en los servicios descritos anteriormente y que aceptó voluntariamente cumplimentar la encuesta depositada en cada servicio.

4.4.1 Los criterios de inclusión fueron:

- Todo el personal perteneciente a la categoría profesional de médico, enfermero, auxiliar de enfermería, celador y administrativo de cada uno de los centros de urgencias pertenecientes al HUCA.
- Que se encontraran trabajando durante los meses de recogida de datos.
- Personal contratado con plaza en propiedad, eventual/interino o en formación/residentes.
- Que contestaran al menos el 80% de los ítems de la encuesta.

4.4.2 Los criterios de exclusión fueron:

- Aquellos que por condición de su trabajo no cumplieran los criterios de inclusión.
- Que voluntariamente rechazaran la realización del cuestionario.

4.5 Selección muestral:

La población total esta compuesta por 332 trabajadores, pertenecientes a las categorías profesionales y al centro de urgencias del HUCA que muestra la siguiente tabla:

	NUESTRA SEÑORA DE COVADONGA	CENTRO MATERNO-INFANTIL		INSTITUTO NACIONAL DE SILICOSIS
		Pediátrico	Obstetricia	
Médico	43	4	4	5
Enfermera/o	62	16	12	7
Aux. Enfermería	47	13	5	7
Celadores	47	8		21
Administrativos	13	8		10

La información para calcular el tamaño de la población fue proporcionada por los supervisores de cada área y por el personal de recursos humanos. La población total de médicos es de 56, adjuntos y residentes, pero existen profesionales médicos en formación que rotan por los servicios de urgencias sin disponer de una ubicación determinada en el servicio. Los celadores y administrativos pertenecientes al Centro Materno infantil, prestan sus servicios de forma indistinta a las urgencias pediátricas y obstétrico-ginecológicas.

Para calcular el número de sujetos necesarios para la realización de este estudio, se utilizó la fórmula para la estimación de una proporción considerando primero una población infinita:

$$N = \frac{Z\alpha^2 P (1-P)}{i^2}$$

N = Número de sujetos necesarios
 $Z\alpha$ = Valor de Z correspondiente al valor de riesgo α fijado
 P = Valor de la proporción que se supone existe en la población
 i = Precisión con que se desea estimar el parámetro

El valor de $Z\alpha$ fijado es de 1'96, correspondiente al nivel de significación α 0,05. La precisión con que se realiza la estimación de la proporción es de 0,05. Se desconoce el valor de la proporción, por lo que se adapta la postura de la máxima indeterminación, suponiendo que la proporción desconocida es 0,5, lo que supondría trabajar en el caso más desfavorable, es decir, se obtiene una cota superior del tamaño muestral. Aplicando la fórmula, el número de sujetos necesarios para la realización del estudio es de 384 considerando una población infinita. Como se conoce el tamaño de la población total, se aplica la fórmula para la corrección en poblaciones finitas:

$$n_a = n / [1 + (n/N)]$$

n_a = Número de sujetos necesarios
 n = Número de sujetos calculado para poblaciones infinitas
 N = Tamaño de la población

Al aplicar esta fórmula, el número de sujetos necesarios para realizar el estudio es de 178, considerando una población total de 332 individuos. Se lleva a cabo un muestreo estratificado, siendo los estratos los diferentes servicios de urgencias, ya que todo el personal de un mismo servicio puede coincidir con los mismos pacientes, por tanto las agresiones normalmente afectarán a más de un trabajador. Los servicios de urgencias de los diferentes centros no presentan un número proporcional de sujetos, por lo que se lleva a cabo un muestreo estratificado con afijación proporcional, es decir, el tamaño de la muestra en cada estrato ha de ser proporcional al tamaño poblacional del mismo.

Se pretende obtener una muestra de 178 individuos de una población de 332, por lo que se realizan los estratos de la siguiente manera:

$$\frac{n_1}{212} = \frac{n_2}{70} = \frac{n_3}{50} = \frac{178}{332}$$

n_1 = Hospital Nuestra Señora de Covadonga
 n_2 = Centro Materno Infantil
 n_3 = Instituto Nacional de Silicosis

Al realizar el cálculo, se obtiene para el Hospital Nuestra Señora de Covadonga una muestra de 114, para el Centro Materno Infantil 38 y para el Instituto Nacional de Silicosis 27 sujetos.

4.6 Instrumento utilizado: El instrumento para la recogida de datos fue una encuesta autoadministrada y anónima (Anexo 1), realizada en base a otros cuestionarios utilizados en diferentes estudios sobre agresiones al personal sanitario. Se realizó una validación con profesionales del sector, dando como resultado una encuesta de autocumplimentación que puede responderse en menos de 5 minutos y que consta de 15 ítems, de los cuales en 5 se recogen datos de carácter personal: puesto de trabajo, sexo, edad, tipo de contrato y experiencia en el servicio. La encuesta incluyó preguntas cerradas, algunas formuladas de acuerdo a un modelo de opción múltiple pero de respuesta única, en la que se estudian las siguientes variables:

1. Profesional: Cualitativa ordinal. *Médico/a=0, Enfermero/a=1, Auxiliar enfermería=2, Celador/a=3, Administrativo/a=4.*
2. Sexo: Cualitativa nominal. *Hombre=0, Mujer=1.*
3. Edad: Cuantitativa discreta (número de años)
4. Tipo de contrato: Cualitativa nominal.
Plaza en propiedad=0, Interino/eventual=1, En formación/residente=2.
5. Años completos trabajados en el servicio de urgencias: Cuantitativa discreta.
6. Si ha sido víctima de una agresión: Cualitativa nominal. *Si=0, No=1.*

7. Tipo de agresión recibida: Cualitativa nominal. *Verbal=0, Física=1, Ambas=2.*
8. Procedencia de la agresión: Cualitativa nominal.
Paciente=0, Familiar/acompañante=1, Ambos=2.
9. Si ha interpuesto denuncia alguna vez: Cualitativa nominal. *Si=0, No=1.*
10. Tipo de agresión que propicio la denuncia: Cualitativa nominal.
Agresión verbal=0, Agresión física=1.
11. Si se ha sentido apoyado por la Administración: Cualitativa nominal. *Si=0, No=1.*
12. Conoce los pasos para realizar una denuncia: Cualitativa nominal. *Si=0, No=1.*
13. Que sentimientos desencadena la agresión: Cualitativa nominal.
Miedo=0, Ansiedad=1, Impotencia=2, Culpa=3, Nada=4, Otro=5.
14. Motivo por el que se producen las agresiones: Cualitativa nominal.
Tiempos de espera=0, Falta de información=2, Disconformidad con tratamiento=3, Capacidad psíquica del agresor alterada=4, Otros=5.
15. Grado de protección: Cuantitativa discreta.

4.7 Procedimiento: Se solicitó permiso por escrito al Departamento de Docencia de Enfermería del HUCA (Anexo 2) y a los jefes de servicio y supervisores de cada una de las áreas de urgencias del complejo. Una vez obtenida la correspondiente autorización (Anexo 3), se depositaron las encuestas en lugares accesibles para todos los trabajadores en el mes de marzo.

En el Centro Materno Infantil y en el Instituto Nacional de Silicosis, se entregaron al responsable de cada sección. El número total de encuestas depositadas fue de 345. La labor informativa se realizó mediante exposiciones verbales y por escrito en el encabezado de la encuesta, en la que se resaltaban los aspectos fundamentales para su correcta cumplimentación, el objetivo principal del estudio y la garantía de confidencialidad así como el anonimato de los datos. Los trabajadores en todos los casos, tuvieron la opción de responder a la encuesta en el propio puesto de trabajo o cumplimentarla en el domicilio particular con mayor tranquilidad, disponiendo de un tiempo de 2 meses para entregarla.

Se colocaron sobres en cada área para depositar las encuestas rellenas que se recogían diariamente en el Hospital Nuestra Señora de Covadonga y cada 10 días en los otros centros. El último día de recogida fue el 2 de mayo del 2012.

4.8 Análisis de los datos: Para el registro, tabulación y posterior análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20 y *Excel de Office 2011 de Microsoft* versión 14.0.0. En primer lugar se ha hecho un análisis descriptivo de los datos de la muestra, mediante gráficos y/o parámetros. Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencia global y porcentajes y las cuantitativas mediante media, mediana, desviación típica y varianza. También descriptivamente, se llevó a cabo una comparación de las respuestas en los distintos grupos.

El nivel de confianza establecido para la inferencia es 0,95, por tanto, se rechazará la hipótesis nula siempre que el p-valor sea menor de 0,05. Para la comparación de variables se utilizaron los estadísticos T-Student y Chi-Cuadrado.

4.9 Sesgos y limitaciones del estudio:

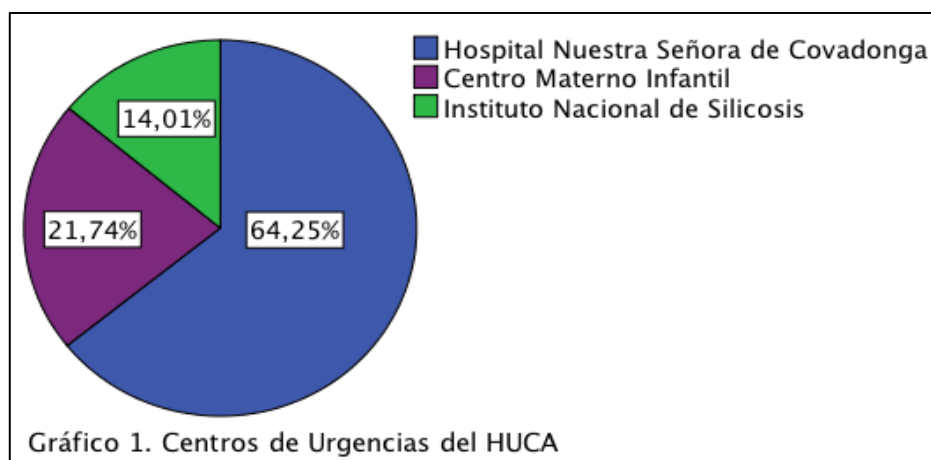
- Existe una dificultad importante para conseguir que se rellene el mayor número de encuestas posibles. Esto es debido, por una parte a la reticencia de los trabajadores a colaborar y por otra, a la confluencia de varias investigaciones llevadas a cabo en el mismo período de tiempo.
- Dado al gran número de médicos internos residentes, no se ha podido realizar la selección muestral del personal de esta categoría profesional de manera exacta.

- Todos los hospitales públicos o privados del Principado de Asturias no se van a tener en cuenta. Sólo se realiza el estudio en los servicios de urgencias del HUCA, por lo que los resultados no podrán extrapolarse a toda la comunidad autónoma.
- Se debe asumir que puede haber un mal registro o mala interpretación de los datos recogidos en la encuesta, ya que el personal investigador no estaba presente en el momento de cumplimentación de las encuestas provocando no resolverse algunas dudas y evitando incurrir en el sesgo de complacencia.

Resultados

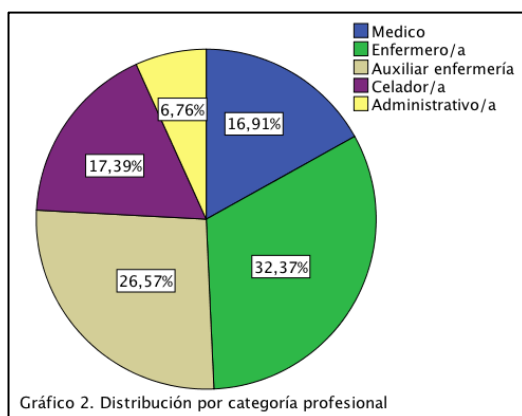
5. RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo: Se han recogido 218 encuestas, el porcentaje de respuesta ha sido del 65,7%. El número de encuestas anuladas es de 11, por lo que total de cuestionarios válidos es de 207, distribuidos por tipo de centro de urgencias como muestra el gráfico 1.

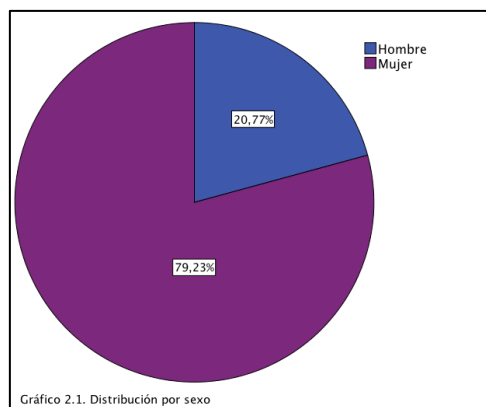


En el Hospital Nuestra Señora de Covadonga se respondieron correctamente 133 encuestas, en el Materno infantil 45 y en el Instituto Nacional de Silicosis 29. Según el calculo de la muestra que se hizo por muestreo estratificado con afijación proporcional se cumple el número mínimo de encuestas para que el estudio sea válido. El centro mas participativo fue el Instituto Nacional de Silicosis, en el que colaboró el 70% del personal, seguido del Centro Materno Infantil y el Hospital Nuestra Señora de Covadonga con un 67,14% y 64,15% respectivamente.

La edad media de los profesionales que contestaron es de 43,2 años, con una desviación típica de 11,3 años, por tanto el coeficiente de variación de Pearson es 0,26, lo que significa que la media es muy representativa. La distribución por categoría profesional es la que muestra el gráfico 2, casi el 60% del total de las encuestas pertenecen a la categoría profesional de enfermera/o y auxiliar de enfermería.



En cuanto al sexo, un 79,23% (164) son mujeres y un 20,77% (43) hombres (gráfico 2.1). El 41% de los hombres, pertenecían a la categoría profesional de celador, el 30,23% a la de médico y el 18,60% y 9,3% al de enfermero y administrativo respectivamente. El 35,98% de las mujeres eran enfermeras, el 33,54% auxiliares de enfermería y el 13,41% médico; las celadoras y administrativas, representaron el 10,98% y 6,10% respectivamente. El tipo de contrato predominante era de interino o eventual con un 49,76%, un 37,2% disponía de plaza en propiedad y el 13,04% estaban en formación o eran residentes.



La media de los años trabajados en el servicio de urgencias esta en 8,1 años, con una desviación típica de 8,3 años, por tanto, el coeficiente de variación de Pearson es de 1,02, por lo que la media no es nada representativa. La mediana es 5 años trabajados, lo que quiere decir, que el 50% de los encuestados han trabajado como máximo 5 años. Existen 11 casos atípicos, donde los encuestados refieren llevar en el servicio de urgencias 24 años o más (gráfico 3) y 5 de ellos pertenecen al Instituto Nacional de Silicosis. Cabe destacar, que entre los casos atípicos no se encuentra ningún profesional perteneciente a la categoría profesional de médico.

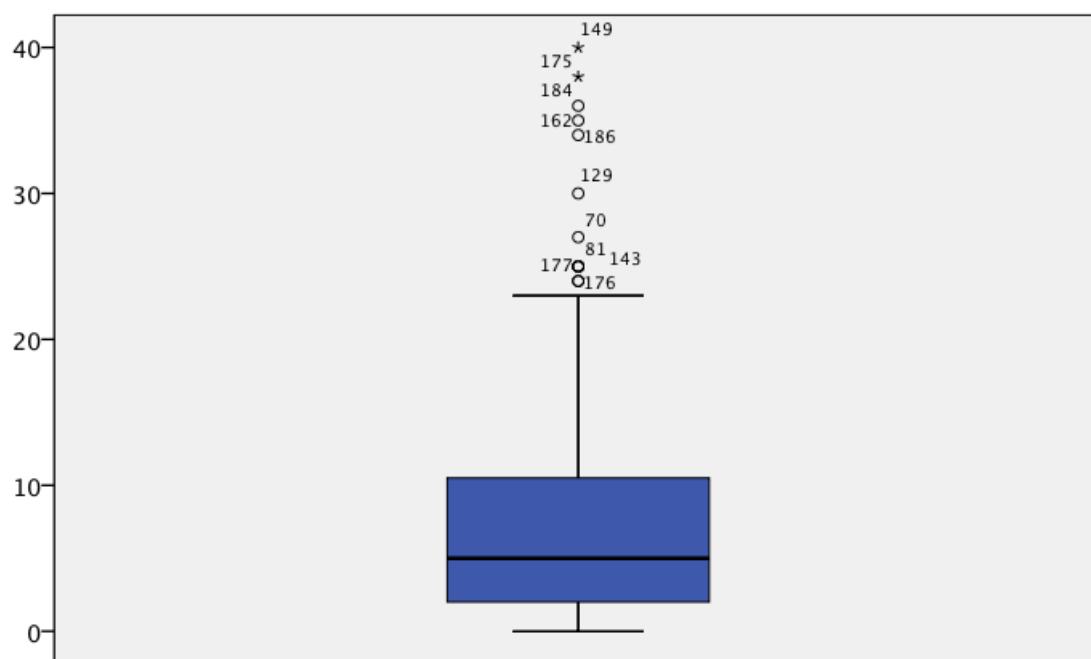


Gráfico 3. Años trabajados en urgencias

Un 69,1% (143) de los encuestados, indican haber sufrido algún tipo de agresión durante el ejercicio de su profesión, ya sea de tipo verbal o física (gráfica 4).

El Instituto Nacional de Silicosis, es el centro con más agresiones (82,76%), seguido del Hospital Nuestra Señora de Covadonga (72,93%) y del Centro Materno Infantil, que es el que menos sufre con un 48,89% del total. La categoría profesional más agredida según los datos recogidos son los administrativos (100%), seguido de los celadores (77,78%), enfermeros (71,64%), médicos (65,71%) y por último auxiliares de enfermería, que es el grupo profesional que menos las sufre (54,55%).

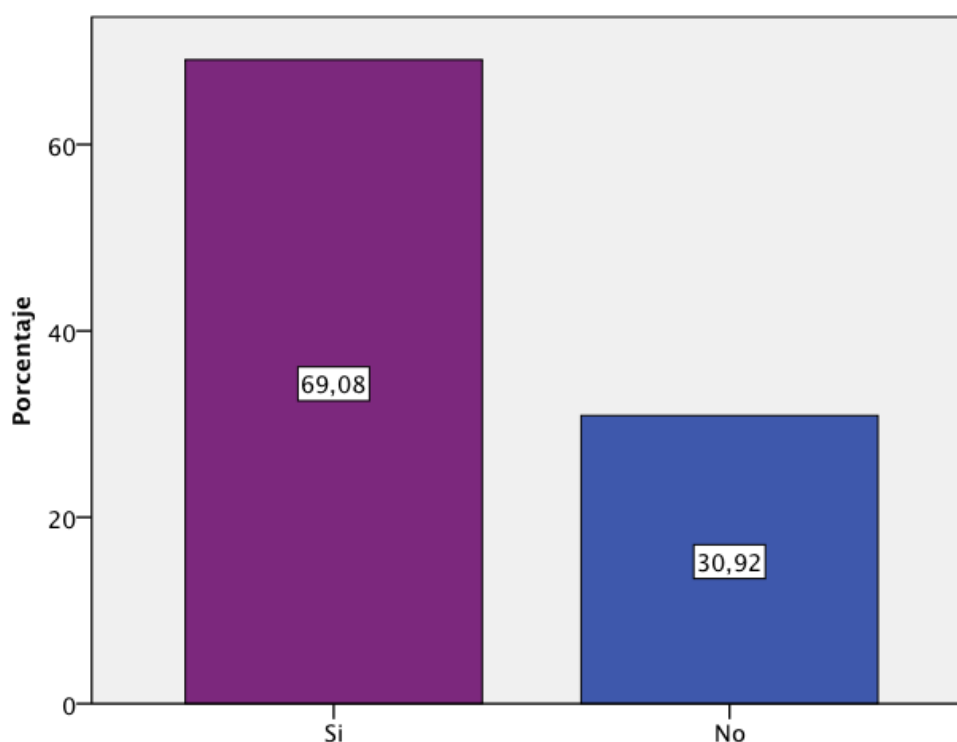
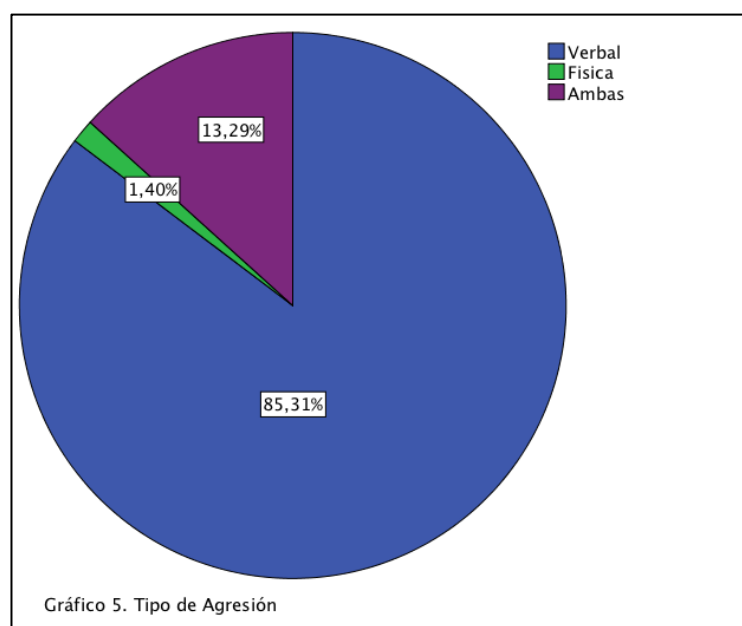


Gráfico 4. Víctima de agresión

Al diferenciar el tipo de agresión, el 85,31% fueron de carácter verbal, un 1,4% física y un 13,29% ambas (gráfico 5). Cabe destacar, que todas las agresiones en el Instituto Nacional de Silicosis han sido catalogadas como verbales, y que el mayor porcentaje de agresiones físicas o ambas, corresponden al Hospital Nuestra Señora de Covadonga con un 19,6% del total.



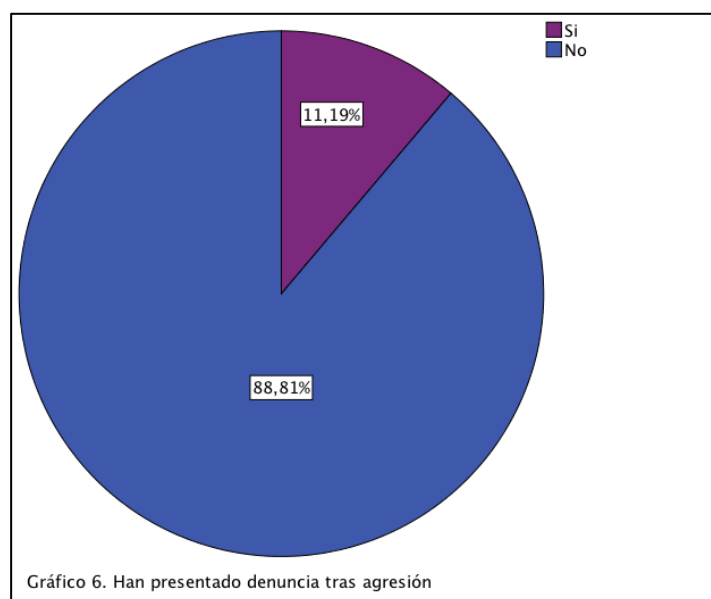
En cuanto a la distribución por sexos, son víctimas de agresiones los hombres en el 67,4% de los casos y las mujeres en el 69,5%. El sexo femenino es ligeramente más agredido de forma verbal en un 86% frente al masculino que es en un 82,8%. Sin embargo, el sexo masculino recibe más agresiones que confluyen física y verbalmente en el 17,2%. Las únicas agresiones puramente físicas fueron en mujeres.

La media de edad de los agredidos es 44,27 años y la de los no agredidos es 40,78 años. En ambos casos, la desviación típica es similar, por tanto son dos valores comparables. Se puede intuir que los trabajadores más jóvenes han sido menos agredidos.

La experiencia media de los agredidos es 9,67 años y la de los no agredidos es de 4,64 años. Parece razonable pensar, que los trabajadores con menos experiencia en el servicio de urgencias son los que menos han sido agredidos.

El 24,48% de los trabajadores, acusan como principal agresor al paciente, un 37,06% al familiar o acompañante y el 38,46% dicen que las agresiones son recibidas por parte de ambos. En el Hospital Nuestra Señora de Covadonga y en el Instituto Nacional de Silicosis, la violencia es generada especialmente por parte de ambos, paciente y familiar, sin embargo, en el Centro Materno Infantil, destacan las agresiones producidas únicamente por el familiar o acompañante, sobretodo en el personal que atiende al servicio de pediatría (90%). Las mujeres son más agredidas por el paciente en el 28,07% de los casos frente a los hombres (10,34%), que prevalece la agresión por parte única del familiar o acompañante en el 51,72%. Ambos sexos son agredidos prácticamente por igual cuando confluye paciente y familiar.

De las 143 personas que han sufrido agresiones en su puesto de trabajo, 127 (88,8%) no han interpuesto demanda judicial (gráfica 6).

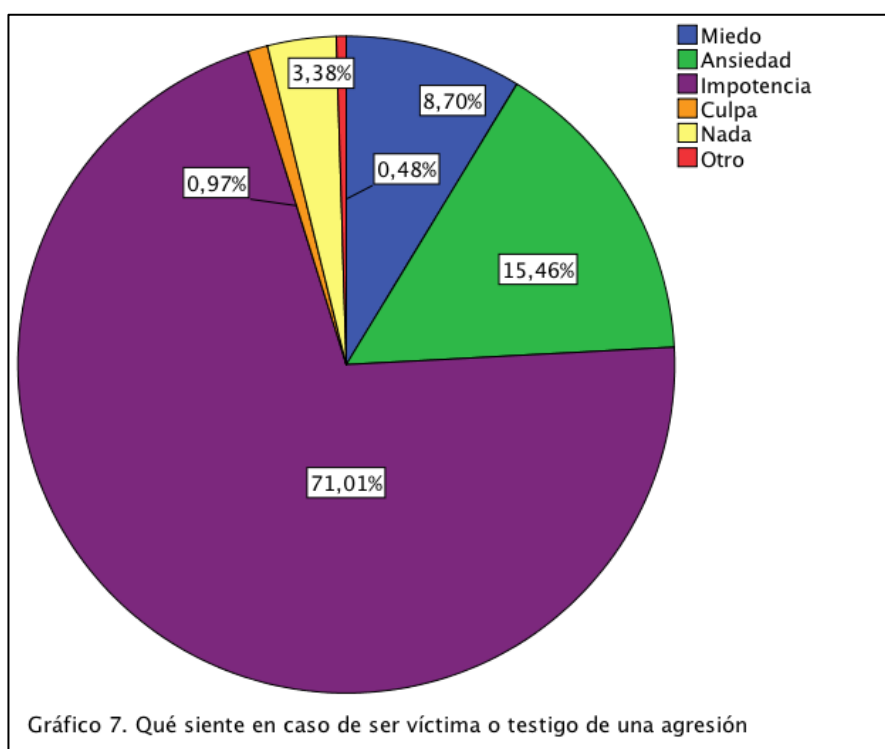


Las 16 (11,2%) restantes, han presentado denuncia alegando como principal motivo de la agresión la violencia verbal en el 75% de los casos y la física en el 25%. Según los datos recogidos, el Hospital Nuestra Señora de Covadonga, es el centro que más denuncias ha presentado (12,37%), seguido del Centro Materno Infantil (9,09%) y del Instituto Nacional de Silicosis (8,33%).

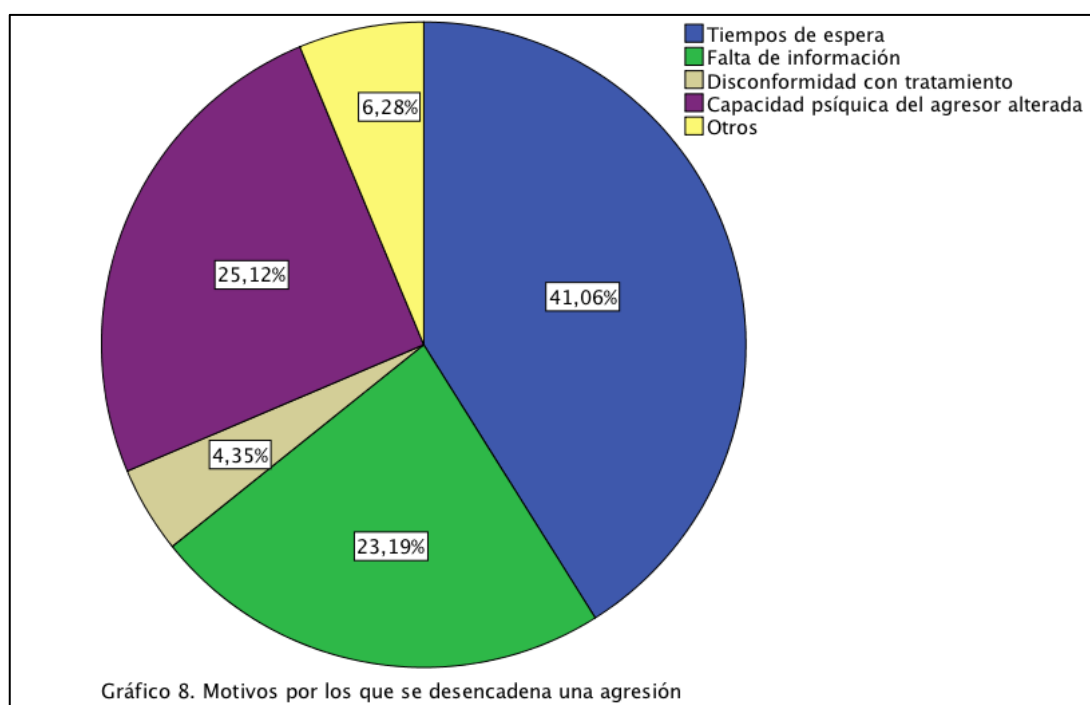
El centro nombrado en primer lugar, es el único que ha interpuesto demandas judiciales por agresiones físicas en el 33,33% de las situaciones, los otros dos centros, solo han denunciado agresiones verbales. El sexo masculino, sólo ha denunciado el 6,9%, frente al femenino que ha sido el 12,3%. Los trabajadores denunciantes refieren no sentirse apoyados por la Administración de su centro laboral en el 75% de los casos. Cabe destacar, que en el Centro Materno Infantil, ningún trabajador se ha sentido apoyado por la Administración, que en el Instituto Nacional de Silicosis sólo el 50% y en el Hospital Nuestra Señora de Covadonga el 25%.

El 75,59% de los encuestados que nunca ha denunciado una agresión, desconoce los pasos a seguir para interponer una demanda judicial al agresor. Según los datos recogidos el 71,5% del personal de urgencias del HUCA, no conoce el procedimiento a seguir en caso de sufrir una agresión de cualquier tipo. Según la distribución por centros, el Instituto Nacional de Silicosis es el centro con mayor porcentaje de trabajadores que conocen los tramites a seguir en caso de agresión (34,48%). Sin embargo, más del 65% aproximadamente de los trabajadores de cada centro, desconoce este procedimiento.

En relación al sentimiento que experimentan los trabajadores al ser víctimas o testigos de una agresión en su centro de trabajo (gráfico 7), predomina por encima del resto la impotencia con el 71%, seguido de la ansiedad y el miedo con un 15,5% y un 8,7% respectivamente. Comparando cada centro, la ansiedad se hace más prevalente en el Centro Materno Infantil (26,67%) y el miedo en el Instituto Nacional de Silicosis (10,34%). Un 9,76% de las mujeres experimentan como tercera opción el miedo, mientras que en los hombres este sentimiento queda relegado al cuarto puesto, no sintiendo nada tras una agresión en el 9,3% de los casos. Cabe destacar, que menos de un 1% del personal siente culpa.

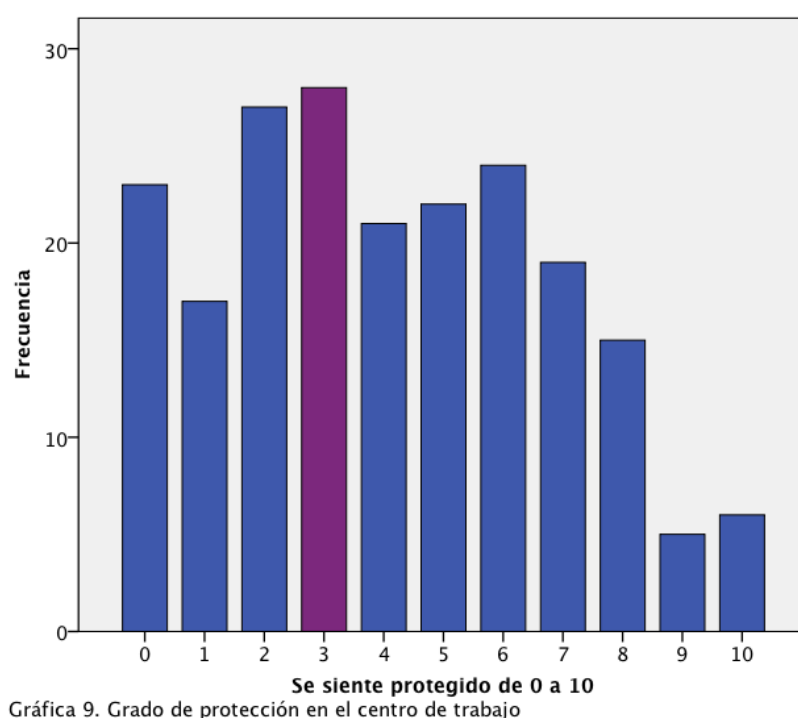


En cuanto a la opinión del personal sobre los motivos que favorecen que se desencadene un conflicto entre los trabajadores y los usuarios del HUCA (gráfico 8), son en primer lugar, los tiempos de espera (41,1%), seguido por la capacidad psíquica del agresor alterada (25,1%) y la falta de información (23,2%).



En el Instituto Nacional de Silicosis, prevalece la falta de información como causa principal de las agresiones (31,03%). El centro que más importancia otorga a la capacidad psíquica del agresor alterada es el Hospital Nuestra Señora de Covadonga, siendo en este caso el segundo motivo (28,57%), mientras que los otros dos centros, colocan esta causa como tercera opción. El 42,68% de las mujeres, atribuyen las agresiones a los tiempos de espera, en los hombres esta cifra es algo menor 34,88%; sin embargo, estos últimos dan mas importancia a la capacidad psíquica del agresor alterada como posible causa de violencia, el 30,23% frente al 23,78% que le atribuye el sexo femenino.

En la encuesta, se solicitaba a los trabajadores que identificaran un número del 0 al 10 para expresar el grado de protección que sentían durante su jornada laboral, correspondiendo el número cero a “Nada Protegido” y el diez a “Muy Protegido”. Del total de los encuestados, un 56% no se siente protegido en su centro de trabajo, entendiendo como tal, todo el personal que identificó su grado de protección en 4 o inferior (gráfica 9).



El centro que menos protegido se siente es el Instituto Nacional de Silicosis, con una media de 2,52, seguido del Centro Materno Infantil (3,58) y por último el Hospital Nuestra Señora de Covadonga, que es el que más protegido se siente pero sin llegar al aprobado, su media se sitúa en 4,64. El sexo masculino refiere sí sentirse protegido en su medio de trabajo, con una media de 5,09, frente al sexo femenino que no, con una media de 3,85. De los datos se puede intuir que el personal que ha sido agredido, se siente ligeramente menos protegido que aquel que no fue víctima de ninguna agresión.

5.2 Análisis inferencial:

5.2.1 Estimación puntual: Según los objetivos planteados en el trabajo, se obtienen las siguientes estimaciones.

- El porcentaje de víctimas de agresión en el HUCA es de 69,1%.
- La distribución de los distintos tipos de agresión es: verbal 85,3%, física 1,4% y ambas 13,3%.
- Los distintos tipos de sentimientos producidos por la agresión son: impotencia 71,01%, ansiedad 15,46%, miedo 8,7%, nada 3,38%, culpa 0,97% y otros 0,48%.
- Las causas que producen agresión son: tiempos de espera 41,06%, capacidad psíquica del agresor alterada 25,12%, falta de información 23,19%, disconformidad con el tratamiento 4,35% y otros 6,28%.
- El grado medio de protección percibido por los encuestados es de 4,11.

Para la estimación de proporciones poblacionales se utilizan las correspondientes proporciones muestrales y para la estimación de la media poblacional se usa la media muestral.

5.2.2 Contrastes de hipótesis:

- **Análisis del porcentaje de agresiones:** se realiza un contraste de la proporción para una muestra.

H_0 : La proporción de agresiones $\leq 0,6$

H_1 : La proporción de agresiones $> 0,6$

Prueba para una muestra						
	Valor de prueba = 0.6					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Si ha sido víctima de agresión	2,821	206	,005	,091	,03	,15

El p-valor es $0,005/2=0,0025$, por tanto, se rechaza la hipótesis nula, luego podemos decir que el porcentaje de agresiones es mayor del 60%.

- **Comparación de agresiones por centro de urgencias:** se realiza un contraste de hipótesis chi-cuadrado.

H_0 : No existe relación entre el centro de urgencias y las agresiones

H_1 : Existe relación entre el centro de urgencias y las agresiones

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,054 ^a	2	,002
N de casos válidos	207		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,97.

El p-valor del contraste es 0,002, como es menor de 0,05 rechazamos la hipótesis nula, por tanto se puede concluir que el porcentaje de agresiones varía según el centro de urgencias.

Se procede entonces a comparar los porcentajes de agresión en los distintos centros para detectar en cual se producen más agresiones. Las siglas INS corresponden al Instituto Nacional de Silicosis, HNSC al Hospital Nuestra Señora de Covadonga y CMI al Centro Materno Infantil:

$$H_0: \text{Proporcion de agresiones en INS} = \text{Proporción de agresiones en HNSC}$$

$$H_1: \text{Proporcion de agresiones en INS} \neq \text{Proporción de agresiones en HNSC}$$

El p-valor obtenido al realizar un contraste de comparación de proporciones para dos muestras independientes es 0,273, que como es mayor de 0,05 nos lleva a no rechazar la hipótesis nula. Por tanto, la proporción de agresiones en el Instituto Nacional de Silicosis y en el Hospital Nuestra Señora de Covadonga no es significativamente diferente.

$$H_0: \text{Proporcion de agresiones en INS} \leq \text{Proporción de agresiones en CMI}$$

$$H_1: \text{Proporcion de agresiones en INS} > \text{Proporción de agresiones en CMI}$$

En este caso el p-valor obtenido es $0,003/2=0,0015$, que como es menor de 0,05 nos lleva a concluir que la proporción de agresiones en el Instituto Nacional de Silicosis es significativamente mayor que dicha proporción en el Centro Materno Infantil.

$$H_0: \text{Proporcion de agresiones en HNSC} \leq \text{Proporción de agresiones en CMI}$$

$$H_1: \text{Proporcion de agresiones en HNSC} > \text{Proporción de agresiones en CMI}$$

En este caso, el p-valor es también $0,003/2=0,0015$, por lo tanto la proporción de agresiones en Covadonga es significativamente mayor que en el Centro Materno Infantil.

- **Relación entre la categoría profesional y las agresiones:** se realiza un contraste de independencia chi-cuadrado.

H_0 : No existe relación entre la categoría profesional y las agresiones

H_1 : Existe relación entre la categoría profesional y las agresiones

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,373 ^a	4	,010
N de casos válidos	207		

a. 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,33.

El p-valor del contraste es 0,010, por tanto es menor de 0,05, por lo que existe relación entre la categoría profesional y las agresiones.

- **Relación entre sexo y agresiones:** realizamos un contraste de independencia chi-cuadrado.

H_0 : No existe relación entre el sexo y las agresiones

H_1 : Existe relación entre el sexo y las agresiones

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,068 ^a	1	,794
Corrección por continuidad ^b	,006	1	,939
N de casos válidos	207		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,29.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El p-valor del contraste es 0,939, por tanto se concluye que no existe relación entre el sexo y las agresiones.

- **Relación entre categoría profesional y las agresiones según sexo:** se realiza un contraste de independencia chi-cuadrado para cada uno de los sexos.

H_0 : No existe relación entre la categoría y las agresiones en cada sexo

H_1 : Existe relación entre la categoría y las agresiones en cada sexo

Pruebas de chi-cuadrado

Sexo		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	1,983 ^c	1	,159
	Corrección por continuidad ^d	1,172	1	,279
	N de casos válidos	43		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	6,229 ^d	1	,013
	Corrección por continuidad ^d	5,155	1	,023
	N de casos válidos	164		

b. Calculado solo para una tabla de 2x2.

c. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,84.

d. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,54.

El p-valor del contraste para los hombres es de 0,279 y para las mujeres 0,023. Por tanto, en los hombres no existe relación entre la categoría profesional y las agresiones, pero en las mujeres si. Para poder realizar este contraste se hizo una reagrupación de categorías profesionales ya que no se cumplía la hipótesis del contraste de Pearson, que necesita que el porcentaje de casillas con frecuencias esperadas menores que 5 no supere el 20%.

- **Relación entre la edad y las agresiones:** se realiza un contraste de independencia chi-cuadrado, pero previamente, agrupamos a los encuestados según su edad.

H_0 : No existe relación entre la edad y las agresiones

H_1 : Existe relación entre la edad y las agresiones

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,156 ^a	3	,245
N de casos válidos	207		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,22.

El p-valor es 0,245, luego no rechazamos la hipótesis nula, por tanto no existe relación entre la edad y las agresiones.

- **Relación entre los años trabajados en el servicio y las agresiones:** se realiza un contraste chi-cuadrado de independencia, pero al igual que en el caso anterior, previamente se procede a formar grupos según los años trabajados.

H_0 : No existe relación entre los años trabajados en el servicio y las agresiones

H_1 : Existe relación entre los años trabajados en el servicio y las agresiones

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,064 ^a	3	,000
N de casos válidos	207		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,84.

El p-valor es menor de 0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por tanto, existe relación entre los años trabajados y las agresiones.

Se comprueba si los trabajadores con menos años trabajados en el servicio de urgencias son los menos agredidos, para ello, se realiza un contraste de comparación de proporciones en muestras independientes:

H_0 : La proporción de agresiones en los trabajadores con menos de 5 años trabajados $\geq$ La proporción de agresiones en los trabajadores con 5 años trabajados o más

H_1 : La proporción de agresiones en los trabajadores con menos de 5 años trabajados $<$ La proporción de agresiones en los trabajadores con 5 años de experiencia o más

El p-valor del contraste es $0,000/2=0,000$, por tanto, se rechaza la hipótesis nula, por lo que, la proporción de agresiones en los trabajadores con menos de 5 años de tiempo trabajados en el servicio, es menor que la misma en los de 5 o más años de experiencia.

- **Agresiones más prevalentes:** se realiza un contraste para la proporción de una población.

$$H_0: \text{La Proporción de agresiones verbales} \leq 0,8$$

$$H_1: \text{La Proporción de agresiones verbales} > 0,8$$

Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 0.8					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Agresiones2	1,789	142	,076	,05315	-,0056	,1119

El p-valor es $0,076/2=0,038$, que como es menor de 0,05, se rechaza la hipótesis nula, luego la proporción de agresiones solamente verbales es mayor del 0,8.

- **Análisis del porcentaje de denuncias:** se realiza un contraste para la proporción de una población.

$$H_0: \text{La Proporción de denuncias} \geq 0,2$$

$$H_1: \text{La Proporción de denuncia} < 0,2$$

Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 0.2					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Alguna vez ha denunciado la agresion	-3,331	142	,001	-,088	-,14	-,04

El p-valor del contraste es $0,001/2=0,0005$, por tanto se rechaza la hipótesis nula, luego podemos afirmar que la proporción de denuncias es menor de 0,2.

- **Relación entre denuncias y el sexo:** se realiza un contraste de independencia chi-cuadrado.

H_0 : No existe relación entre el hecho de denunciar y el sexo del agredido

H_1 : Existe relación entre el hecho de denunciar y el sexo del agredido

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,674 ^a	1	,412		
Corrección por continuidad ^b	,241	1	,623		
Estadístico exacto de Fisher				,527	,328
N de casos válidos	143				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,24.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como el porcentaje de frecuencias esperadas menores que 5 es mayor del 20% y es una tabla 2x2, nos fijamos en el estadístico exacto de Fisher, cuyo p-valor es 0,527, por tanto no existe relación entre las dos variables, es decir, no existe relación entre el hecho de denunciar y el sexo del agredido.

- **Análisis del sentimiento de apoyo por parte de la Administración:** se realiza un contraste para la proporción de una población.

H_0 : La proporción de los que se sienten apoyados $\geq 0,5$

H_1 : La proporción de los que se sienten apoyados $< 0,5$

Prueba para una muestra						
	Valor de prueba = 0,5					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Se ha sentido apoyado por la administración	-2,236	15	,041	-,250	-,49	-,01

El p-valor es $0,041/2=0,0205$, por tanto la proporción de los que se han sentido apoyados es menor de 0,5.

- **Relación entre el conocimiento de los trámites a seguir para denunciar y las denuncias:** se realiza un contraste de independencia chi-cuadrado.

H_0 : No existe relación entre el hecho de conocer los trámites a seguir y el hecho de denunciar

H_1 : Existe relación entre el hecho de conocer los trámites a seguir y el hecho de denunciar

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,312 ^a	1	,000
Corrección por continuidad ^b	28,214	1	,000
N de casos válidos	143		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El p-valor del contraste es menor de 0,05, por tanto, si existe relación entre el hecho de conocer los tramites a seguir y el hecho de denunciar.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	-,468	,000
V de Cramer	,468	,000
N de casos válidos	143	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

El valor del coeficiente Phi es -0,468, lo que muestra que esta relación es aceptable, indicando que, los que no conocen los tramites a seguir tienden a no denunciar.

- **Que sentimientos generan las agresiones:** se realiza un contraste de bondad de ajuste.

H_0 : Las proporciones se ajustan a: impotencia 0,7, ansiedad 0,15, miedo 0,09 y el resto 0,06

H_1 : Las proporciones no se ajustan a: impotencia 0,7, ansiedad 0,15, miedo 0,09 y el resto 0,06

Estadísticos de contraste	
	Sentimiento2
Chi-cuadrado	3,668 ^a
gl	3
Sig. asintót.	,300

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,6.

El p-valor es 0,3, por tanto no se rechaza la hipótesis nula, luego las proporciones de los distintos tipos de sentimientos son: impotencia 0,7, ansiedad 0,15, miedo 0,09 y el resto 0,06.

- **Causas subjetivas de agresiones:** se realiza un contraste de bondad de ajuste.

H_0 : Las proporciones se ajustan a: tiempos de espera 0,41, capacidad psíquica alterada 0,25, falta de información 0,23 y resto de opciones 0,11

H_1 : Las proporciones no se ajustan a: tiempos de espera 0,41, capacidad psíquica alterada 0,25, falta de información 0,23 y resto de opciones 0,11

Estadísticos de contraste	
	Opinion2
Chi-cuadrado	1,351 ^a
gl	3
Sig. asintót.	,717

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 15,7.

El p-valor es 0,717, por tanto no rechazamos la hipótesis nula de que las causas subjetivas de la agresión son los tiempos de espera en un 41% de las ocasiones, la capacidad psíquica alterada un 25%, la falta de información un 23% y el resto de posibilidades un 11%.

- **Relación entre el grado de protección y las agresiones:** se realiza una prueba T de comparación de medias en dos muestras independientes. Se puede utilizar esta prueba paramétrica dado que disponemos de más de 30 datos en cada uno de los grupos, por tanto, se puede aplicar el Teorema Central del Límite.

H_0 : El grado medio de proteccion en los individuos agredidos
= Grado medio de proteccion en los individuos no agredidos

H_1 : El grado medio de proteccion en los individuos agredidos
≠ Grado medio de proteccion en los individuos no agredidos

Prueba de muestras independientes						
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Se siente protegido de 0 a 10	Se han asumido varianzas iguales	1,146	,286	,601	205	,548
	No se han asumido varianzas iguales			,580	111,545	,563

Para realizar este contraste es necesario llevar a cabo previamente la prueba de Levene, que analiza si las varianzas de las dos muestras son iguales. En este caso, el p-valor asociado a dicha prueba es 0,286, por lo que no se rechaza la hipótesis nula de igualdad de varianzas. Por lo tanto, la prueba T que se estaba realizando, proporciona un p-valor de 0,548, lo que lleva a concluir que el grado medio de protección es el mismo tanto si los individuos han sido agredidos como si no. Se analiza a continuación, que valor toma este grado medio de protección.

H_0 : El grado medio de proteccion ≥ 5

H_1 : El grado medio de proteccion < 5

Prueba para una muestra						
	Valor de prueba = 5					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Se siente protegido de 0 a 10	-4,701	206	,000	-,889	-1,26	-,52

Como el p-valor es $0,000/2=0,000$, se rechaza la hipótesis nula, por tanto podemos afirmar que el grado medio de protección es menor que 5.

Discusión

6. DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos, se pueden establecer distintas consideraciones sobre las características de las agresiones en el medio sanitario y las diferentes consecuencias para la salud de los profesionales y para la relación asistencial.

A la hora de diseñar el estudio y elaborar la encuesta se han tenido en cuenta trabajos similares llevados a cabo tanto en nuestro país como en el resto del mundo. Ha resultado de gran ayuda definir en el encabezado de la encuesta los tipos de agresiones, así como la petición dirigida a los propios encuestados solicitándoles que se ciñeran únicamente a una respuesta por pregunta, facilitando así la comprensión de quienes lo respondían y el posterior análisis de los datos. Algunos participantes, añadieron comentarios en los márgenes del documento, tratando de ofrecer más detalles, denunciando principalmente la mala educación de los usuarios.

La situación de indefensión del personal sanitario se intuye alarmante, pudiéndose afirmar que se trata de un fiel reflejo de una realidad que afecta a toda una sociedad⁹ y que se ha convertido en un problema de creciente preocupación en los últimos años, especialmente en Europa, Australia y América del Norte. En los Estados Unidos, el 85% de todos los ataques no mortales se producen en el sector servicios, y dentro de éste, los trabajadores de los servicios sanitarios tienen el mayor riesgo, estimándose 16 veces superior¹⁷.

Los resultados obtenidos en esta investigación, son coincidentes con los observados en otros estudios^{17,22,23} y reflejan la magnitud del problema y la elevada incidencia de las agresiones contra el personal sanitario en nuestro país.

El hecho de que más de la mitad de los trabajadores del Hospital Universitario Central de Asturias, hayan sufrido algún tipo de agresión, revela que se está ante una realidad alarmante.

En un estudio llevado a cabo en las urgencias de un Hospital de nivel IV en la comunidad de Madrid se obtuvo una incidencia del 97,8% del personal agredido²¹ y similar en el Hospital de Cruces de Barakaldo⁸.

En investigaciones realizadas en la Comunidad de Aragón y en Castilla la Mancha, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las agresiones en los mismos tipos de centros de diferentes Comunidades Autónomas⁹. Sin embargo, al igual que en este estudio, sí hay discrepancias relevantes entre los diferentes tipos de centros, es decir, en el HUCA existen más agresiones en los servicios de urgencias del Hospital Nuestra Señora de Covadonga y en el Instituto Nacional de Silicosis que en el Centro Materno Infantil.

No se han encontrado diferencias notables que relacionen la edad con las agresiones, al igual que en otros estudios²¹, pero sí en relación al tiempo trabajado en el servicio, concluyendo que el personal que tiene menos de 5 años de experiencia, son menos agredidos. Este hallazgo resulta obvio si se tiene en cuenta el hecho de que a menos tiempo trabajado en el servicio, menor es la exposición, por lo que es más probable que el personal que lleve más años y por lo tanto tenga más experiencia, se haya podido encontrar con más situaciones conflictivas que hayan podido desencadenar en agresión.

Sin embargo, podría ser objeto de estudio para futuras investigaciones, analizar si esta relación es debida a una línea temporal o podría ser la causa de que los profesionales con menos experiencia pudieran tener mas paciencia, fueran más condescendientes o no presenten el *Síndrome de Burnout*, y por lo tanto, manifiestan menos irascibilidad y pueden controlar de una forma más eficiente situaciones conflictivas.

La mayoría de participantes eran mujeres y pertenecientes a la categoría profesional de enfermera o auxiliar de enfermería. Sin embargo, en este trabajo no se han encontrado diferencias estadísticas entre ambos sexos, al igual que en el Hospital de Nivel IV de la comunidad de Madrid²¹, pero sí en relación al sexo femenino con la categoría profesional. Se coincide entonces, con otras investigaciones llevadas a cabo^{8,24}, que destacan el hecho de que tanto las enfermeras como el sexo femenino, son más susceptibles de sufrir agresiones.

Estos estudios justifican esta diferencia atribuyendo al hecho de que la enfermería desarrolla un papel importante en el servicio de recepción, valoración y clasificación de los usuarios, ejerciendo por ello la cara visible del sistema.

Sin embargo, en esta investigación, no todas las enfermeras han sido agredidas, pero si lo fueron todos los administrativos, que son los profesionales responsables de la obtención de datos del paciente y por lo tanto, los primeros en tomar contacto con el usuario que accede por sus propios medios a los servicios de urgencias. Por ello, es posible que los profesionales que reciban y despidan al paciente, sean claros destinatarios de las frustraciones que surjan durante el proceso asistencial. Lo que confirma un estudio realizado en Tarragona, que afirma que el personal administrativo es el que recibe más agresiones verbales²⁵.

Por otro lado, investigaciones que han destacado el hecho de que las mujeres sean más vulnerables a la violencia, insinúan que pueda ser debido a que el agresor siente mayor confianza de agredir cuando se encuentra frente a una mujer que cuando se enfrenta a un hombre. Sin embargo, este estudio no corrobora esta afirmación, porque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo. No obstante, cabe destacar que las únicas agresiones puramente físicas solo han sido en el sexo femenino.

Durante la recogida de datos, se confirmó la buena disposición de los profesionales de enfermería y auxiliares, ya destacada en otros estudios⁹. Este colectivo manifestó una proverbial disposición y mayor colaboración si se compara en particular con el grupo médico, más reticente a colaborar como “sujetos de estudio”. Y por ello, no es de extrañar que la conclusión de algunas investigaciones^{8,24} sea que el profesional de enfermería resulta ser el más afectado por la violencia y dado que la composición por sexo de este grupo es fundamentalmente femenina, se determina que la mujer es la más agredida también como profesional en el medio sanitario.

Las agresiones físicas se produjeron mayoritariamente en el Hospital Nuestra Señora de Covadonga, no siendo registrada ninguna en el Instituto Nacional de Silicosis. En este primer hospital, es donde confluyen múltiples patologías de diferente tipología, lo que promueve mayor afluencia de pacientes y un ambiente más propicio para el conflicto. El servicio de urgencias de psiquiatría, se encuentra también en este centro, por lo que es de esperar que para el personal de este hospital, la opinión subjetiva del motivo que puede desencadenar una agresión, sea la capacidad psíquica del agresor por encontrarse alterada.

Las agresiones verbales mostraron tasas muy por encima de las agresiones físicas, pero no por ello es un dato menos alarmante. La gran mayoría de la literatura, destaca la agresión verbal como principal ataque a los profesionales de la salud^{8,17,21}, y en los medios de comunicación cada vez se pueden ver mas casos de estos sucesos^{26,27,28}. En este estudio, el 80% de las agresiones fueron solamente verbales, pero es posible que el porcentaje de violencia verbal sea aún más elevado, ya que en este 80% no se han incluido aquellas agresiones que hayan sido mixtas, es decir, agresión verbal y física.

La mayor parte de los encuestados, refieren que las agresiones son producidas por parte del familiar y paciente de forma simultanea, excepto en el Centro Materno Infantil, que el principal agresor es el familiar.

En otros estudios, destacan al paciente como principal agresor²³, sin embargo, hacen referencia a que en los servicios de urgencias aumentan ligeramente los ataques producidos por el familiar. Otros estudios inculpan directamente al acompañante²⁹, situación relativamente evidente, puesto que cuando un paciente acude acompañado a los servicios de urgencias, éste vive una situación de vulnerabilidad y se encuentra con el estado de salud alterado, por lo que es comprensible que sea el acompañante el que proteja al enfermo y sea él quien se enfrente al personal.

En la misma línea que lo descrito por otros autores^{8,17}, sólo los casos más graves terminan en denuncia, siendo presentado en los medios de comunicación como hechos aislados e insólitos.

Sin embargo, parece existir una violencia “menos grave”, insidiosa y habitual, instalada en el medio sanitario, que es la que se refleja en los datos de esta investigación y que puede tener gravísimas consecuencias a medio o largo plazo desde muy diversas perspectivas, pero en particular para la salud de los trabajadores afectados.

Las cifras obtenidas sobre las agresiones que han recibido los profesionales de los servicios de urgencias del HUCA, contrastan con el hecho de que únicamente 16 trabajadores denunciaron las agresiones sufridas, siendo un total de 143 las personas afectadas. El índice de denuncia es significativamente menor al 20%. Este dato corrobora los resultados obtenidos por otras investigaciones^{8,9,17}, que destacan la contradicción evidente entre el número de agresiones que sufre este colectivo y las escasas denuncias presentadas.

Un apunte importante a destacar, obtenido en este estudio, es que los profesionales que desconocen los trámites a seguir en caso de sufrir cualquier tipo de agresión tienden a no denunciar, obteniéndose significación estadística respecto a este hecho. Las instituciones deben desarrollar programas de actuación ante agresiones a los profesionales, que han de ser evaluables y modificables periódicamente en función de su efectividad y sencillez de aplicación³⁰.

Pero es fundamental no solo que el personal esté informado y entrenado en la actuación a seguir ante una situación violenta, si no que es obligación de la Administración proveerse de los correspondientes formularios para que puedan ser usados por los profesionales sanitarios, así como informar y recalcar la importancia de iniciar los tramites burocráticos pertinentes en caso de sufrir una agresión.

En este estudio, no se preguntó a los profesionales por los motivos por los cuales no interpusieron denuncia, pero otras investigaciones llevadas a cabo en el Reino Unido si lo estudiaron⁹.

Entre ellas, se encuentran las dudas sobre la confidencialidad de la denuncia, el evitar complicaciones de tramitación de documentación, riesgo de perder días de trabajo, repercusiones o represalias... Tales razones pueden ser asumibles como propias para cualquiera que conozca la realidad del ejercicio profesional en la sanidad pública, y todas ellas están relacionadas directamente con la falta de apoyo por parte de la Administración ante los casos de agresiones, hecho que sí ha sido estudiado en esta investigación.

Es preocupante que el porcentaje de agredidos que han interpuesto denuncia y que se hayan sentido apoyados por la Administración sea significativamente menor del 50%. Si el propio centro de trabajo, no protege a sus trabajadores en una situación de violencia laboral, cabe esperar que el profesional lo acabe asumiendo como parte de sus responsabilidades³¹, y esto puede ser una realidad que lleve a muchos profesionales a no ampararse en la ley para defender sus derechos. Por ello, es imperativo que los Poderes Públicos pongan los medios y apoye a sus trabajadores para que estas situaciones se resuelvan. De este modo, los profesionales sanitarios se sentirán respaldados y por lo tanto interpondrán demandas judiciales a este tipo de comportamientos intolerables.

Las consecuencias de las agresiones contra los profesionales sanitarios durante el ejercicio de su profesión, pueden ser tan numerosas como importantes. Desde el impacto que puedan tener para la propia organización sanitaria en términos de bajas, absentismo y abandono de la profesión, hasta el deterioro que pudieran llegar a generar en la relación asistencial⁹.

Una agresión física tiene consecuencias físicas y psicológicas, mientras que una agresión verbal solo ocasiona consecuencias psicológicas. La consecuencia máxima de una agresión física, afortunadamente poco frecuente, es la muerte. Sin embargo, ya se han producido algunos de estos casos en España y han servido como detonante de la mayor concienciación social respecto al problema³⁰.

De los resultados de este estudio, se destaca que un 70% de los trabajadores siente impotencia al ser víctima o testigo de una agresión, un 15% ansiedad y un 9% miedo. Estas situaciones pueden generar por tanto consecuencias psicológicas menores como depresión, ansiedad, fobias o trastornos psicosomáticos.

Sin embargo, si estas agresiones son graves o continuadas en el tiempo, pueden desencadenar problemas psicológicos más importantes como es el trastorno por estrés postraumático. Éste es un cuadro que se desencadena ante situaciones vividas por la víctima como de riesgo vital, y se acompaña de pesadillas recurrentes e imágenes intrusivas sobre el evento amenazador, así como ansiedad continua y fobia a todos los aspectos que recuerden el suceso traumático, que puede ser simplemente el mismo lugar de trabajo.

Los efectos que causen las agresiones sobre los trabajadores, pueden ser tan incapacitantes que impidan de forma definitiva la actividad laboral o, al menos, el desempeño del trabajo que realizaba o la permanencia en el centro donde ocurrió la agresión. Estos sucesos, suelen llevar a la desmoralización generalizada de la plantilla, que tendrá importantes efectos sobre la institución, provocando por tanto una disminución del rendimiento laboral, bajas laborales y una elevada tasa de sustituciones en el personal.

Otra de las cuestiones que se plantearon a los encuestados, era que identificaran el motivo por el que creen que se producen las agresiones en los servicios de urgencias. Según los datos obtenidos se puede afirmar, que en el 41% de los casos, la causa principal es el tiempo de espera. Este dato corrobora los resultados alcanzados en otras investigaciones^{8,9}. Sin embargo, también hay otros motivos que han mostrado un porcentaje considerable, como son la capacidad psíquica del agresor alterada (25%) y la falta de información (23%).

En los servicios de urgencias, los profesionales no conocen a los pacientes, por lo que se hace complicado establecer una comunicación basada en la confianza, que favorece la relación asistencial y por lo tanto, minimiza la posibilidad de que se produzcan actos violentos. La presión asistencial, trabajar con un tiempo limitado donde se debe priorizar, y donde no existe una relación personalizada entre profesional y paciente, son condiciones que favorecen el desencuentro y propician que se recurra a la violencia como forma de comunicar el descontento.

Los actos violentos pueden ser impredecibles, no obstante, las situaciones que se generan en este tipo de servicios y en las que son probables las conductas violentas no lo son. Los profesionales que desarrollan su trabajo en el ámbito de las urgencias, están expuestos a varios factores que pueden generar situaciones conflictivas en un entorno en el que son vulnerables, por lo que se hace necesario disminuir la incidencia de éstos.

Algunos de los parámetros son difíciles de modificar, como pueden ser los enfermos psiquiátricos, los pacientes con la capacidad psíquica alterada por consumo de sustancias tóxicas, drogas o sobredosis medicamentosas.

Sin embargo, hay otros muchos factores en los que sí se puede incidir, como educar a la población para evitar la masificación del servicio, mejorar las condiciones de la sala de espera, que la información sea adecuada o intervenir para que los tiempos de demora sean más reducidos, que parece ser la causa principal demostrada que promueve la agresión.

Por lo tanto, es necesario hacer hincapié en la necesidad de desarrollar medidas políticas preventivas eficaces que han de desarrollarse a diferentes escalas.

A nivel primario, se han de diseñar planes estratégicos basados en un conocimiento científico de los factores de riesgo en estas instituciones, evitando que aparezcan desde su origen, mediante una correcta organización del trabajo y dotación del personal. Es necesaria una formación continuada para los trabajadores en manejo y prevención de situaciones críticas, para actuar en consecuencia con los recursos legales disponibles e interponer la pertinente demanda judicial ante episodios de agresiones.

Se han de mejorar las condiciones laborales e incluir un número adecuado de recursos humanos y materiales. El Sindicato de Enfermería *Satse*, afirma que los recortes en la sanidad pública están provocando un aumento de las agresiones a los profesionales por parte de los pacientes³². Por otro lado, se ha de garantizar una correcta ubicación de los usuarios y acompañantes, reevaluando periódicamente e informando de la situación del proceso asistencial y de los tiempos de espera.

A nivel secundario, se deben adoptar medidas tácticas orientadas a reforzar la seguridad del personal. En esta investigación, se han obtenido datos descriptivamente significativos, que afirman que los trabajadores de los servicios de urgencias del HUCA no se sienten protegidos durante el desempeño de sus funciones.

Por lo que podría ser necesario la presencia de más guardias de seguridad en estos servicios y que se encuentren más cerca para actuar a tiempo, puesto que en muchas ocasiones llegan al lugar de los hechos cuando ya se ha producido la agresión. Varios profesionales resaltaban el hecho de que no están defendidos no porque no haya guardias de seguridad, si no porque éstos no pueden intervenir hasta que no se evidencie la agresión. Otras medidas para que los trabajadores se sientan a su vez más arropados, sería establecer un control estricto de acompañantes, instalar botones antipánico o proteger zonas más vulnerables con mamparas.

Por último, a nivel terciario es fundamental prestar apoyo al personal agredido. Si los profesionales perciben y sienten que son realmente cuidados a nivel emocional y jurídico por parte de la Administración, se inhibirán los fatales efectos en términos de impotencia, ansiedad y estrés que la agresión puede producir en la víctima y en su entorno.

Por todo ello, es imprescindible seguir investigando científicamente sobre el problema para poder contrastar éstas y otras hipótesis, cuya solución permita ir acercándose a una más eficaz lucha frente a esta emergente y devastadora *pandemia*.

Los datos que este estudio revela sobre las agresiones al personal de los servicios de urgencias, corroboran los resultados obtenidos en otras investigaciones españolas. Estos resultados ponen de manifiesto que nos encontramos ante una situación preocupante en nuestro país y que el colectivo de profesionales de la salud es el parachoques del descontento de los pacientes hacia la estructura sanitaria. Este hecho no deja de ser paradójico en el contexto de un sistema sanitario que es valorado como uno de los mejores, formado por unos profesionales que son reclamados por centros extranjeros por su cualificación y prestigio.

Conclusiones

7. CONCLUSIONES

- 1) El porcentaje de agresiones al personal de los servicios de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias es significativamente mayor del 60% ($p\text{-valor}=0,0025$).
- 2) Se observa que el porcentaje de agresiones es diferente según el centro de urgencias. De modo que, en el Instituto Nacional de Silicosis (82,76%) y en el Hospital Nuestra Señora de Covadonga (72,93%) dicho porcentaje no difiere de manera representativa. Sin embargo, en el Centro Materno Infantil (48,89%), el porcentaje de agresiones es menor que en los centros anteriores.
- 3) Existe una relación estadísticamente significativa entre la categoría profesional y las agresiones, pero no existe en cuanto al sexo. Sin embargo, el sexo si modifica la relación existente entre agresiones y la condición laboral, de forma que en los hombres el porcentaje de agresiones no depende de la categoría, pero en las mujeres sí.
- 4) No se detecta que los trabajadores más jóvenes sean representativamente los más agredidos.
- 5) Se observa que existen diferencias en los porcentajes de agresión según el tiempo trabajado en el servicio de urgencias, de forma que, los que tienen menos experiencia presentan un porcentaje significativamente menor de agresiones.

- 6) El tipo de agresión más habitual es la verbal, ya que existe un porcentaje mayor del 80% de agresiones solamente orales ($p\text{-valor}=0,038$). No obstante, como una respuesta posible en la encuesta era ambos tipos de agresiones, este porcentaje de ataques verbales se constata que es algo mayor.
- 7) El porcentaje de agresiones denunciadas es significativamente menor del 20% ($p\text{-valor}=0,0005$)
- 8) El porcentaje de agredidos que se han sentido apoyados por la Administración es significativamente menor del 50% ($p\text{-valor}=0,0205$).
- 9) Se puede afirmar, que las personas que no conocen los trámites a seguir en caso de agresión, tienden a no denunciar.
- 10) Se puede afirmar que un 70% de los trabajadores siente impotencia tras ser agredido o presenciar una agresión, un 15% presenta ansiedad, un 9% siente miedo y un 6% otras experiencias.
- 11) Se puede afirmar que en un 41% de las ocasiones el tiempo de espera es la causa principal de las agresiones, seguido de la capacidad psíquica del agresor alterada en un 25%, la falta de información en un 23% y por último el resto de opciones en un 11%.
- 12) Los trabajadores de los servicios de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias, no se sienten protegidos en su centro de trabajo.

Bibliografía

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Organización Mundial de la Salud (OMS) e Internacional de Servicios Públicos (ISP), 2002.
2. Nordin H. Falta om våld och hot i arbetet. Solna. Sistema de información sobre las lesiones en el trabajo. Consejo sueco de salud y seguridad en el trabajo, 1995.
3. España. Constitución Española. Título I, Capítulo II, Sección 1ª, Artículo 15. Edición Príncipe. Madrid, Editora Nacional, 1978.
4. Pérez Bilbao J, Nogareda Cuixart C. NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo. España: Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2012.
5. Yela C. Los profesionales de la sanidad entre dos fuegos. Por experiencia [Revista en internet] 2008 julio. [Acceso 6 de febrero de 2012]; 41(2). Disponible en: <http://www.porexperiencia.com/articulo.asp?num=41&pag=06&titulo=los-profesionales-de-la-sanidad-entre-dosfuegoshttp>
6. Yela C. Violencias en el sector sanitario. Editorial Borrmar. Formación de seguridad laboral. [Revista en internet] 2005. [Acceso 6 de febrero de 2012]; (9). Disponible en: http://www.borrmart.es/articulo_laboral.php?id=1762

7. García Merchán P. Programa formativo de prevención y actuación ante las agresiones a los trabajadores de un servicio de urgencias. Buenas Tareas: Base de datos de ensayos para estudiantes; 2010 [Acceso 7 de febrero de 2012], 34. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Agresiones-Al-Personal-Sanitario/204120.html>
8. Cárcoba Rubio N, Aizpuru Martínez A, Arancón Vaquero JA, Esteban Mata A, González Mata S, Zulueta Gorosabel M. Agresiones a profesionales del servicio de urgencias del Hospital de Cruces. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias [Revista en Internet] 2010 febrero. [Acceso 6 de febrero de 2012]; 11(6). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina5.html>
9. Gascón Santos S. Análisis médico-legal de la violencia en centros asistenciales: agresiones a profesionales [Tesis doctoral]. Zaragoza: Departamento de anatomía Patológica, Medicina Legal y Forense y Toxicología, repositorio de la Universidad de Zaragoza; 2006.
10. Cooper C, Swanson N. La violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud: situación actual. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Organización Mundial de la Salud (OMS) e Internacional de Servicios Públicos (ISP), 2002.

11. López JC. El asesino de la médico es guarda jurado y no podía acercarse a ella. Hemeroteca ABC. Domingo, 29 de abril de 2001 [Acceso el 8 de febrero de 2012]
Sociedad: 39. Disponible en: <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/Madrid/abc/2001/04/29/039.html>
12. Bécares R. Mató a tres personas en la Jiménez Díaz. El Mundo [Revista en internet] 2006 Mayo [Acceso 7 de febrero de 2012]; 3. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2006/05/09/madrid/1147174876.html>
13. Barroso FJ. Los jefes de la doctora De Mingo rechazaron tomar medidas tres días antes de los asesinatos. Hemeroteca El País. Martes, 15 de abril de 2003 [Acceso 7 de febrero de 2012]; 4. Disponible en: http://elpais.com/diario/2003/04/15/madrid/1050405862_850215.html
14. Orden 212/2004, de 4 de marzo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas y se crea la comisión central de seguimiento. Boletín oficial de la Comunidad de Madrid, (15 de marzo de 2004). Actualización 8 de septiembre de 2008.
15. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios. Principado de Asturias: Servicio de salud del Principado de Asturias; 2007. Depósito legal: AS-0945/07

16. Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y *burnout*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Pamplona: 2010; 33, supl 1.
17. Chulid Fernández F. El paciente como enemigo. En: Bandrés Moya F, Delgado Bueno S, editores. Biomedicina y derecho sanitario. 8ª ed. Madrid: Ademas Comunicación; 2010. P.117-168.
18. 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).
19. Consejería de salud y servicios sanitarios. Servicio de salud del Principado de Asturias, memoria 2010. Principado de Asturias: Dirección de Servicios Sanitarios. Subdirección de Gestión Clínica y Calidad; 2010. Depósito legal: AS-1.783/2003.
20. Gobierno del Principado de Asturias. El SESPA registró 267 agresiones notificadas por los trabajadores en 2009. Consejería de salud y servicios sanitarios. Principado de Asturias: Marzo 2010, (2).
21. Gil Hernández MR, Morales Cobo MC, Del Rio Aragón P, Martín Durán AM, Peñalvo Espinosa R. Violencia: una constante en el servicio de urgencias. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias [Revista en Internet] 2008 septiembre-octubre. [Acceso 8 de febrero de 2012]; 1(7). Disponible en:
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre/pagina7.html>

22. Organización Colegial de Enfermería. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermera. Madrid: Consejo general. Departamento de comunicación.
Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0446.pdf>
23. El 64% de los sanitarios sufren amenazas o agresiones. Diario Expansión [Revista en internet] Martes, 31 de marzo de 2009 [Acceso 30 de mayo de 2012], actualizado sábado 3 de marzo de 2012. Disponible en:
<http://www.expansion.com/2009/03/31/funcion-publica/1238482589.html>
24. Barrera Lazo S, Villarroel Salazar C. Detección de agresión laboral al personal médico y de enfermería del policlínico central. Rev. Pacea Med Fam, 2007; 4(6): 106-110.
25. Morales J. El 90% del personal sanitario ha sufrido agresiones físicas o verbales. Diario de Tarragona [Revista en internet] Lunes, 12 de junio de 2010. [Acceso 27 de mayo de 2012]: (2). Disponible en:
<http://www.diaridetarragona.com/reus/045927/90/personal/sanitario/sufrido/agresiones/fisicas/verbales>
26. Summarios [Sede Web]. Comunidad Valenciana: web de urgencias y emergencias; 2010 [Actualizada en enero de 2012; Acceso 8 de junio de 2012]. Los ataques a profesionales sanitarios: ¿agresión a la autoridad? [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en:
<http://www.summarios.com/blog/noticias/los-ataques-a-profesionales-sanitarios-¿agresion-a-la-autoridad/>

27. Agresión verbal a un enfermero de un paciente en urgencias. Diario de Córdoba [Revista en internet] Martes, 15 de marzo de 2011 [Acceso 8 de junio de 2012]: (2) Disponible en: http://www.diariocordoba.com/noticias/cordobalocal/agresion-verbal-a-un-enfermero-de-un-paciente-en-urgencias_623879.html
28. Olaizola P. Balears registró 591 agresiones en el ámbito sanitario a lo largo de 2011. Diario de Mallorca [Revista en internet] 2011. [Acceso 8 de junio de 2012]: (3). Disponible en: <http://www.diariodemallorca.es/mallorca/2012/03/23/balears-registro-591-agresiones-ambito-sanitario-2011/754377.html>
29. Urbano Paco. Agrede el familiar según un estudio. Profesionales de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias [Internet] Miércoles, 19 de enero de 2011. [Acceso 5 de febrero de 2012]: (4). Disponible en: <http://dccu.forogratias.es/agrede-el-familiar-segun-un-estudio-t5319.html>
30. García Campayo J, Alda Díez M. Detección y actitud ante la violencia contra profesionales sanitarios. 7DM. 2011 mayo; 4(831): 29-32.
31. Pérez L. Los enfermeros no denuncian ninguna agresión este año pese a que un 15% recibe amenazas. Diario Las Provincias [Revista en internet] 2008 noviembre. [Acceso 1 de junio de 2012]: (2). Disponible en: <http://www.lasprovincias.es/valencia/20081103/castellon/enfermeros-denuncian-ninguna-agresion-20081103.html>

32. Enfermeros piden sanciones penales para las agresiones a los sanitarios. Europa Press [Revista en internet] 2012 marzo. [Acceso 1 de junio de 2012]: (3). Disponible en: <http://www.europapress.es/catalunya/noticia-enfermeros-piden-sanciones-penales-agresiones-sanitarios-20120321130125.html>
33. Sindicato Médico Andaluz [Sede Web]. Sevilla: Nicolás Fernández de la Fuente, editor. Lunes, 7 de marzo de 2011. [Acceso 3 de junio de 2012]. 11 Marzo, día contra las Agresiones al Personal Sanitario: (3). Disponible en: <http://www.smandalus.com/11-marzo-dia-contra-las-agresiones-al-personal-sanitario>
34. Muñoz Izquierdo MA, Peiró Andrés MA. Material y métodos en un artículo científico. Enfermería en Cardiología. 2001; 23(2): 37-41.
35. Consejería de salud y servicios sanitarios. Servicio de salud del Principado de Asturias, memoria 2008. Principado de Asturias: Dirección de Servicios Sanitarios. Subdirección de Gestión Clínica y Calidad; 2008.
36. Carbonell S. El personal del IB-Salut denunció más de 500 agresiones en 2011. Última Hora [Revista en internet] 2012 marzo. [Acceso 15 de febrero de 2012]; 12. Disponible en: <http://ultimahora.es/mallorca/noticia/noticias/local/el-personal-del-ib-salut-denuncio-mas-de-500-agresiones-en-2011.html>
37. Masilla Izquierdo F. Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. Psicología Online [Revista en internet] [Acceso 5 de marzo de 2012]; 6(5). Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>

38. Enériz Olaechea FJ. Administración sanitaria y violencia laboral: propuestas frente al problema. DS. 2007; 15 (2): 217-236.
39. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Documento marco para la prevención y actuación frente a la violencia hacia los facultativos. CESM, 2007. Documentos de trabajo: 12.
40. Cuiden [base de datos en Internet]. Granada: Fundación Index [Actualizada en enero de 2006] [Acceso 20 de noviembre de 2011].
Disponible en: <http://www.doc6.es/index/>
41. Colegio Oficial de Médicos de Cuenca [Sede web]. Encuesta agresiones en el desarrollo de la labor profesional. [Acceso 7 de febrero de 2012]; 3.
Disponible en: <http://www.comcuenca.org/AGRESIONES.html>
42. Saludinnova [Sede web]. Junta de Andalucía: Consejería de salud y bienestar social; 2012. [Acceso 8 de febrero de 2012]. Encuesta sobre agresiones al personal del área de críticos. [una página].
Disponible en: <http://www.saludinnova.com>
43. Martínez León M, Queipo Burón D, Martínez León C, Torres Martín H. Aspectos médico-legales de las agresiones al personal sanitario y su consideración como delito de atentado. Revista Sideme. 2010; (5).
44. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2ª ed. Barcelona: Ed Harcourt, 1999.

45. Carrasco Rodríguez P, Rubio González LM, Vilchez Castellano S, Villalobos Buitrago D. Estudio de las agresiones recibidas por el personal de enfermería y de las vivencias al respecto en los Servicios de Urgencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid en un trimestre. Nure Investigación [Revista en internet] 2006. [Acceso 6 de marzo de 2012]; 26: [Pantallas 7]. Disponible en: http://www.fuden.es/proyectos_obj.cfm?ID_INV_NURE=49&paginacion=1
46. Pita Fernández S. Epidemiología. Conceptos básicos en: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid: DuPont Pharma S.A., Unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: 1995. p. 25-47.
47. PubMed [Base de datos en internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 1966. [Acceso 16 de noviembre de 2011].
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
48. Rebagliato M, Ruiz I, Arranz M. Metodología de la investigación en epidemiología. Madrid: Díaz de Santos, 1996.
49. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2ª ed. Madrid: Ed Harcourt, 2000.
50. Van Dalen DB, Meyer William J. Estrategia de la investigación descriptiva. En: Deobold B. Van Dalen, editor. Manual de técnica de la investigación educacional. México: Paidós; 1991.

51. Colimón KM. Fundamentos en epidemiología. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
52. Pita Fernández S. Metodología de la investigación. Cad Aten Primaria, Fisterrae. [Revista en internet] 1996 [Actualizado diciembre 2010, Acceso 10 de marzo de 2012]; 3: 138-14.
Disponible en: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>
53. Argimon Pallàs JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Madrid: Elsevier, 2004.

Anexos

AGRESIONES AL PERSONAL DE URGENCIAS DEL HUCA

La presente encuesta realizada por Raquel Saldaña García, alumna del *Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos* de la Universidad de Oviedo, va dirigida al personal asistencial del Servicio de Urgencias del HUCA.

Estoy realizando un estudio descriptivo, cuyo objetivo principal es conocer las experiencias vividas y la percepción del personal, respecto a las agresiones que se producen por parte de los usuarios, en el Servicio de Urgencias del HUCA, por lo que solicito su colaboración anónima.

Para este estudio, se contemplan agresiones físicas (cualquier contacto físico violento, independientemente de que exista o no lesión) y agresiones verbales (conflicto verbal, amenazas, insultos o comportamientos intimidatorios).

Marque con una "X" una casilla de cada una de las preguntas, excepto en la Nº9 que redondeara un número. Por favor, responda a todas las preguntas. **Gracias por su participación.**

Soy: Médico/a ☐	Enfermero/a ☐	Auxiliar enfermería ☐	Celador/a ☐	Administrativo/a ☐
Sexo: Hombre ☐	Mujer ☐	Edad _____		
Tipo de contrato: Plaza en propiedad ☐ Interino/Eventual ☐ En formación/Residente ☐				
¿Cuántos años completos hace que trabaja en urgencias? _____ años (Si es menos de un año se considera cero)				

1. ¿Ha sido víctima de alguna agresión verbal o física por parte de un usuario? Si ☐ No* ☐

*Si marca NO vaya a la pregunta Nº 6

2. En caso afirmativo, indique si ha sido: Verbal ☐ Física ☐ Ambas ☐

3. El agresor fue: Paciente ☐ Familiar/Acompañante ☐ Ambos ☐

4. ¿Ha denunciado alguna vez una agresión en urgencias? Si ☐ No* ☐

*Si marca NO vaya a la pregunta Nº 6

5. En caso afirmativo,

- ¿Cuál fue el principal motivo? Agresión verbal ☐ Agresión física ☐

- ¿Se ha sentido apoyado por la administración? Si ☐ No ☐

6. ¿Conoce los pasos a seguir para denunciar cualquier tipo de agresión? Si ☐ No ☐

7. En caso de agresión personal o ser testigo... ¿Que siente? (Marque sólo UNA opción, la que más predomine)

Miedo ☐ Ansiedad ☐ Impotencia ☐ Culpa ☐ Nada ☐ Otro _____

8. Según su opinión, la mayoría de las agresiones se producen por:

- ☐ Tiempos de espera
- ☐ Falta de información
- ☐ Disconformidad con tratamiento
- ☐ Capacidad psíquica del agresor alterada
- ☐ Otros _____

9. ¿Se siente protegido por los servicios de seguridad de su centro de trabajo?

Nada protegido 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Muy protegido

Muchas Gracias

Anexo 2



Raquel Saldaña García
Tfno.: 650 103 207

Oviedo, 14 de Marzo de 2012

A la atención del Departamento de Docencia de Enfermería del HUCA:

Soy Raquel Saldaña García, alumna del *Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos* de la Universidad de Oviedo.

Estoy realizando un estudio descriptivo como trabajo Fin de Máster, cuyo título es *Agresiones al Personal de Urgencias*, tutorizado por el Dr. José Ángel Rodríguez Getino. El objetivo principal es conocer las experiencias vividas y la percepción del personal, respecto a las agresiones que se producen por parte de los usuarios, en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias.

Para ello, solicito permiso para presentar una encuesta dirigida al personal asistencial del Servicio de Urgencias del HUCA.

Adjunto a este escrito el modelo de encuesta y carta del tutor.

En espera de su respuesta, les saluda atentamente
Raquel Saldaña García

Anexo 3

	SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS IV	Área Sanitaria
		DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA	

S/Ref.ª	Raquel Saldaña García
Id/Ref.ª FLM/ic	
Fecha 14 de marzo de 2012	
Asunto Realización de estudio.	

En contestación a su escrito de fecha 14 de marzo de 2012, en el que solicita autorización para la realización del estudio de investigación titulado "**Agresiones al personal de urgencias**", esta Dirección de Enfermería manifiesta su conformidad para la realización del trabajo mencionado, recordando a la solicitante la obligación de guardar la máxima confidencialidad respecto a los datos utilizados en este estudio.



Fdo. Francisco López Marinas
Director de Enfermería del HUCA

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Calles de Villamil, s/n - 33005 Oviedo
Tel: 985 104613 - Fax: 985 108782
ruccvcrnse@formu.es gmd4@necsa.prinast.es