



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

Violencia percibida, burnout y estrés laboral en los profesionales de urgencias de centros sanitarios: un estudio multicéntrico en los dos niveles asistenciales (hospitalario y extrahospitalario)

D^a. María Dolores Piqueras Acevedo.

2024



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

Violencia percibida, burnout y estrés laboral en los profesionales de urgencias de centros sanitarios: un estudio multicéntrico en los dos niveles asistenciales (hospitalario y extrahospitalario)

Autor: D^a. María Dolores Piqueras Acevedo.

Director: D. Juan José Gascón Cánovas.



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. María Dolores Piqueras Acevedo.

doctorando del Programa de Doctorado en

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN "SALUD PÚBLICA, EPIDEMIOLOGÍA, PROMOCIÓN DE LA
SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE"

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Violencia percibida, burnout y estrés laboral en los profesionales de urgencias de centros sanitarios: un estudio multicéntrico en los dos niveles asistenciales (hospitalario y extrahospitalario).

y dirigida por,

D./Dña. Juan José Gascón Cánovas.

D./Dña.

D./Dña.

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 24 de Septiembre de 2024

Fdo.:
PIQUERAS
ACEVEDO
MARIA
DOLORES -

Firmado digitalmente
por PIQUERAS
ACEVEDO MARIA
DOLORES -
Fecha: 2024.09.25
10:35:17 +0200

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

AGRADECIMIENTOS

Finalizar esta tesis doctoral ha sido un proceso largo y arduo, que no habría sido posible sin el apoyo y la valiosa colaboración de muchas personas e instituciones, a quienes deseo expresar mi más profundo agradecimiento.

En primer lugar, quiero agradecer a los profesionales de los Servicios Urgencias del Hospital General Universitario Morales Meseguer (Murcia), Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia), Hospital Rafael Méndez (Lorca), Hospital General Universitario Santa María del Rosell (Cartagena), Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena- Mar menor), Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (Cieza), Hospital Comarcal del Noroeste (Caravaca) y Hospital Virgen del Castillo (Yecla) cuyo trabajo incansable y dedicación diaria han sido una fuente de inspiración y el pilar fundamental sobre el cual se ha sostenido esta investigación. Su esfuerzo y compromiso han proporcionado los datos y la experiencia necesarios para el desarrollo de este estudio.

Asimismo, extiendo mi gratitud a los equipos de las Unidades de Emergencia extrahospitalarias del Servicio Murciano de Salud, (UME) quienes con su profesionalidad y entrega han sido claves en la recolección de información y en el apoyo logístico que esta investigación ha requerido.

No puedo dejar de expresar mi más profundo agradecimiento a mi director de tesis, el Dr. D. Juan José Gascón. Sin su guía, apoyo constante y aliento en los momentos más difíciles, esta tesis no habría llegado a buen puerto. Sus conocimientos, paciencia y dedicación han sido el motor que me ha impulsado a continuar y completar este trabajo tras muchos años de esfuerzo. Desde el inicio de este proyecto, su experiencia y sus sugerencias han sido de un valor incalculable. En los momentos de incertidumbre, siempre estuvo allí para ofrecer su perspectiva experta ayudándome a encontrar soluciones cuando las dificultades parecían insuperables, siempre brindándome su apoyo incondicional y su valioso consejo en cada etapa del camino. Su confianza en mí, incluso cuando yo misma dudaba, ha sido una fuente constante de motivación. No tengo dudas de que, sin su orientación y constante ánimo, esta tesis no habría sido posible.

A mi hermano, por su invaluable apoyo en informática. Gracias por estar siempre dispuesto a ayudarme con paciencia y por tu habilidad para resolver cualquier problema técnico que se presentara.

Quiero también dar las gracias a mis hermanas y a las doctoras María Pilar Campos, Ángela Martín y Ana Díez que siempre estuvieron ahí para animarme. Su energía positiva ha sido una chispa de motivación en todo momento.

De igual manera, extiendo mi gratitud a la Dra. María José López García por sus consejos y apoyo invaluable durante los momentos más desafiantes y por su influencia significativa en este trabajo, lo cual me permitió seguir adelante con determinación.

A mi madre, por su amor incondicional, y su ejemplo de fortaleza y sacrificio. Has sido la luz que me ha guiado en cada paso de mi vida. Tus enseñanzas, llenas de cariño y sabiduría, han sido fundamentales siempre. Gracias por ser mi refugio en los momentos difíciles y por enseñarme a nunca rendirme y a perseguir mis sueños con pasión y voluntad.

A mi padre, cuyo esfuerzo y dedicación ha sido una constante inspiración en mi vida. De ti aprendí el valor del trabajo duro y la importancia de mantener la integridad y la determinación ante cualquier desafío. Tu apoyo silencioso y constante ha sido el cimiento sobre el cual he construido este estudio.

A mi marido, Carlos, mi compañero de viaje en esta extraordinaria travesía que llamamos vida. Tu paciencia, comprensión y amor han sido la roca firme en la que me he apoyado cuando las fuerzas flaqueaban. Gracias por caminar a mi lado, por compartir no solo los éxitos, sino también los desafíos, y por entender que este logro es tanto mío como tuyo. Tu capacidad para sostenerme, aun en los momentos más oscuros, me ha dado la fuerza para seguir adelante.

Y a mis tres hijos, mis tres tesoros, Carlos, Ricardo y Gonzalo, por el tiempo robado, por las risas que no compartí y las historias que no os conté. Esta tesis es también para vosotros, con la esperanza de que comprendáis que el esfuerzo y la dedicación nos permiten alcanzar grandes sueños. Mi mayor deseo es que veáis en este trabajo no solo una meta cumplida, sino también el ejemplo de que, con amor y perseverancia, todo es posible.

Os quiero.

“Detrás de cada logro humano hay un gran apoyo emocional porque incluso el más fuerte necesita un hombro sobre el cual apoyarse”

- Marie Curie-

RESUMEN

Violencia percibida, burnout y estrés laboral en los profesionales de urgencias de centros sanitarios: un estudio multicéntrico en los dos niveles asistenciales (hospitalario y extrahospitalario)

La violencia en el sector sanitario constituye un problema de magnitud mundial. Conlleva graves consecuencias en el conjunto de la salud, afectando a la salud psíquica y la productividad del profesional sanitario. Este problema se concentra sobre todo en los Servicios de Urgencias y Psiquiatría.

Por ello, el objetivo de este trabajo es investigar la violencia percibida en los trabajadores de los servicios de urgencia de los servicios de salud, caracterizando el patrón predominante e identificando los marcadores de riesgo sociodemográficos y laborales asociados a este fenómeno. Además se evalúa el impacto de la violencia en el trabajo sobre el estrés laboral y el burnout.

Material y métodos: Para ello, se llevó a cabo un proceso de recogida de datos a partir de un cuestionario final que incluyó 55 preguntas agrupadas en cuatro dimensiones a una población de 1062 sanitarios: características sociodemográficas del trabajador; condiciones de empleo; percepción de episodios violentos -POPAS –Perception of Aggression scale, sentimientos relacionados con el trabajo -Maslach Burnout Inventory - (MBI-HSS) y estrés laboral -Perceived Stress Scale"(PPS-10). Se estudiaron las relaciones entre dichas variables mediante el análisis de regresión múltiple, con el fin de determinar la relación existente entre éstas y establecer estrategias predictivas que contribuyan a mejorar el bienestar de este colectivo.

Resultados: en este estudio, realizado con una muestra de 579 profesionales sanitarios, el 97,9% de los trabajadores de urgencias han experimentado algún tipo de violencia laboral en el último año. La mayoría de los episodios son de origen externo, protagonizados por pacientes o acompañantes, destacando las agresiones verbales no intimidatorias (86,7%) y las conductas de oposición (74,5%). La violencia interna entre colegas también es relevante, representando el 38,6% de los episodios verbales no intimidatorios y el 50% de las conductas que promueven conflictos. Por otro lado, la violencia física es más frecuente en el ámbito extrahospitalario y entre profesionales con mayor experiencia laboral. El estrés laboral y el burnout entre los profesionales de la salud se ve significativamente influenciado por la violencia, tanto de origen externo como interno; las mujeres tienen 2,49 veces más probabilidad de tener estrés que los hombres, los profesionales que trabajan en un hospital tienen 1,96 veces más probabilidad de tener estrés que los que trabajan en la UME y por tipo de contrato, los interinos tienen 1,77 veces más probabilidad de tener estrés que los titulares. La violencia percibida, especialmente la verbal y psicológica, se asocia con un aumento significativo en el agotamiento emocional, la despersonalización, y la desrealización entre los profesionales de urgencias. Los profesionales que sufren episodios de violencia verbal y psicológica tienen hasta 3 veces más probabilidad de experimentar agotamiento emocional y despersonalización. Las mujeres, los médicos y aquellos que trabajan en hospitales presentaron mayor probabilidad de sufrir agotamiento emocional y despersonalización.

Conclusiones: La violencia laboral en los Servicios de Urgencias sanitarios varía en función de factores sociodemográficos y laborales y afecta significativamente el grado de Burnout y estrés laboral.

Palabras clave: Salud Ocupacional; violencia percibida, estrés laboral, Síndrome de burnout.

ABSTRACT

Perceived violence, burnout and work-related stress among emergency healthcare professionals: a multicenter study at both levels of care (hospital and prehospital).

Violence in the healthcare sector constitutes a global problem. It has serious consequences for the overall health system, affecting the mental health and productivity of healthcare professionals. This issue is most concentrated in Emergency and Psychiatry Services.

The objective of this study is to investigate the perceived violence experienced by workers in emergency healthcare services, characterizing the predominant pattern and identifying the sociodemographic and occupational risk markers associated with this phenomenon. Additionally, the impact of workplace violence on job stress and burnout is assessed.

Materials and methods: A data collection process was carried out using a final questionnaire that included 55 questions grouped into four dimensions to a population of 1,062 healthcare workers: sociodemographic characteristics of the worker, employment conditions, perception of violent episodes -POPAS (Perception of Aggression Scale), work-related feelings -Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), and work stress -Perceived Stress Scale (PPS-10). The relationships between these variables were studied through multiple regression analysis to determine the existing relationship and to establish predictive strategies that contribute to improving the well-being of this group.

Results: In this study, conducted with a sample of 579 healthcare professionals, 97.9% of emergency workers experienced some form of workplace violence in the last year. Most of the incidents are external, involving patients or their companions, with non-intimidating verbal aggression (86.7%) and opposition behaviors (74.5%) being the most common. Internal violence among colleagues is also significant, accounting for 38.6% of non-intimidating verbal incidents and 50% of behaviors promoting conflicts. Physical violence is more frequent in non-hospital settings and among professionals with more work experience. Workplace stress and burnout among healthcare professionals are significantly influenced by both external and internal violence; women are 2.49 times more likely to experience stress than men, professionals working in hospitals are 1.96 times more likely to experience stress than those in non-hospital emergency services (UME), and those with temporary contracts are 1.77 times more likely to experience stress than permanent staff. Perceived violence, especially verbal and psychological, is associated with a significant increase in emotional exhaustion, depersonalization, and derealization among emergency professionals. Professionals who experience verbal and psychological violence are up to 3 times more likely to experience emotional exhaustion and depersonalization. Women, doctors, and those working in hospitals showed a higher likelihood of suffering from emotional exhaustion and depersonalization.

Conclusions: Workplace violence in emergency healthcare services varies according to sociodemographic and occupational factors and significantly affects the degree of burnout and work stress.

Keywords: Occupational Health; perceived violence, work stress, burnout syndrome.

ÍNDICE GENERAL.

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	MARCO TEÓRICO	7
II.1.	VIOLENCIA LABORAL.....	9
II.1.1.	Concepto de violencia y violencia laboral.....	9
II.1.2.	Clasificación de la violencia y la violencia laboral.....	12
II.1.3.	Violencia laboral en el entorno sanitario	22
II.1.4.	Situaciones y factores de riesgo dentro del sector sanitario.....	25
II.1.5.	Medición de la violencia	28
II.2.	Estrés laboral y Burnout en el entorno sanitario	34
II.2.1.	Concepto de estrés y estrés laboral	34
II.2.2.	Definición de estrés laboral.....	38
II.2.3.	Estrés laboral en el sector sanitario.....	44
II.2.4.	Concepto de Burnout	48
II.2.5.	Modelos del Proceso de Burnout	51
II.2.6.	Síntomas y trastornos asociados al Burnout.....	59
II.2.7.	Factores y variables vinculadas al Burnout.....	63
II.2.8.	Medida del Burnout	70
II.2.9.	Prevención y afrontamiento del Burnout	71
II.2.10.	Burnout en el sector sanitario.....	75
III.	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	83
III.1.	HIPÓTESIS	85
III.2.	OBJETIVOS.....	85
IV.	MATERIAL Y MÉTODOS	87
IV.1.	Tipo de estudio.....	89
IV.2.	Diseño del estudio	89
IV.2.1.	Población del estudio.....	89
IV.2.2.	Características de la muestra	91
IV.3.	Procedimiento para la recogida de la información.....	92
IV.4.	Definición de variables.....	92
IV.5.	Instrumentos de medida.	94
IV.6.	Criterios de inclusión y exclusión.	97
IV.7.	Aspectos éticos.....	98
IV.8.	Análisis estadísticos.	98
V.	RESULTADOS.....	101
V.1.	RESULTADOS VIOLENCIA PERCIBIDA.....	103

V.1.2 Modalidades de violencia y tipo de agresión.....	104
V.2. EL ESTRÉS LABORAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA.....	112
V.3. DESGASTE PROFESIONAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA.....	122
V.3.1. Tipos de violencia ocasionados por pacientes/acompañantes.	124
V.3.2. Tipos de violencia ocasionados por colegas.	129
V.3.3. Tipos de violencia ocasionados en su totalidad (pacientes/acompañantes y colegas).	132
V.3.4. Modelos de regresión logística univariante y multivariante en el burnout.	136
V.3.5. Agotamiento emocional.....	137
V.3.6. Despersonalización.....	140
V.3.7. Desrealización.....	143
VI. DISCUSIÓN.....	146
VI.1. Incidencia y Tipos de Episodios Violentos en entornos intrahospitalarios y extrahospitalarios.....	148
VI.1.1. Respecto a la incidencia global de la Violencia en los Servicios de Urgencias.	148
VI.1.2. Respecto a la incidencia y diferencias específicas según tipos de violencia.	149
VI.1.3. Respecto a las diferencias de la violencia entre Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.	150
VI.1.4. Respecto a las diferencias en la incidencia de violencia según características sociodemográficas y laborales.	151
VI.1.5. Respecto a la relevancia de la fuente de la violencia (Interna vs. Externa).....	153
VI.1.6. Implicaciones Prácticas y recomendaciones basadas en la Evidencia.....	153
VI.2. Relación entre la violencia percibida y el estrés laboral.	154
VI.2.1. Impacto del estrés laboral según la exposición a violencia.	154
VI.2.2. Variabilidad en los niveles de estrés según el tipo de violencia y su origen.	154
VI.2.3. Variación del estrés según las características sociolaborales del personal sanitario.	155
VI.2.4. Implicaciones prácticas y recomendaciones basadas en la evidencia en relación con el estrés.	156
VI.3. Relación entre la violencia percibida y el burnout.....	156
VI.3.1. Respecto a la dimensión agotamiento emocional del burnout.....	156
VI.3.2. Respecto a la dimensión de despersonalización del burnout.....	158
VI.3.3. Respecto a la dimensión de desrealización del burnout	160
VI.4. Limitaciones del estudio.....	162
VII. CONCLUSIONES.....	164
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	169
ANEXO I. CUESTIONARIO.....	180

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Categorías de la violencia en el trabajo basadas en su gravedad. Extraído de Kumari et al.	18
Figura 2.	Factores de riesgo de violencia en el trabajo. Tomado de Kumari et al.	27
Figura 3.	Preguntas que se pueden plantear a los trabajadores durante las visitas periódicas para evaluar su experiencia personal de violencia en el lugar de trabajo. Extraído de Magnavita et al.	31
Figura 4.	Reacción frente a los estímulos estresantes durante el proceso de estrés. Replicado de Lizancos et al.	35
Figura 5.	Factores desencadenantes del estrés. Tomado de Lizancos et al.	36
Figura 6.	Estresores laborales. Extraído de Lizancos et al.	39
Figura 7.	Modelos teóricos sobre la aparición del estrés laboral. Tomado de Palaniappan et al.	43
Figura 8.	Modelo demanda-control laboral. Extraído por Martínez-Mejía et al.	54
Figura 9.	Modelo de desequilibrio Esfuerzo-Recompensa. Tomado de Martínez-Mejía et al.	56
Figura 10.	Modelo de 12 etapas para el desarrollo del síndrome de burnout según lo descrito por Freudenberg. Replicado de De Hert et al.	58
Figura 11.	Modelo simplificado de cinco etapas para el desarrollo del síndrome de burnout. Extraído de De Hert et al.	59
Figura 12.	Los síntomas del burnout agrupado en tres categorías principales, abarcando factores implícitos en el personal. Tomado de Pazmiño Santamaria et al.	60
Figura 13.	Síntomas en las diferentes etapas del burnout. Tomado de De Hert et al.	62
Figura 14.	Modelo teórico del proceso de burnout. Extraído de Matía et al.	63
Figura 15.	Moduladores de burnout individuales. Replicado de Edú-Valsania et al.	64
Figura 16.	Recomendaciones de autocuidado. Tomado de Habeger et al.	74
Figura 17.	Población de estudio.	91
Figura 18.	Importancia relativa de las modalidades de violencia percibida en los servicios de urgencia.	107

Figura 19.	Distribución de los valores del estrés laboral.	112
Figura 20.	Distribución de las puntuaciones de la dimensión Agotamiento emocional	122
Figura 21.	Distribución de los valores de la despersonalización del MBI.	123
Figura 22.	Distribución de los valores de la desrealización del MBI.	123

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Taxonomía de la agresión. Extraída de Allen JJ y Anderson [1].	13
Tabla 2.	Taxonomía de la agresión. Tomada de Allen JJ y Anderson [1].	14
Tabla 3.	Diferencias entre estrés y burnout. Extraído de INSST [46].	50
Tabla 4.	Visión simplificada de las variables que pueden estar vinculadas al burnout, clasificándolas en categorías sociodemográficas, individuales y organizacionales. Elaboración propia.	69
Tabla 5.	Características de la muestra de estudio.	103
Tabla 6.	Incidencia anual per cápita (IApc) de episodios de violencia laboral de origen externo o interno en los servicios de urgencia (diferencias según las características del profesional agredido).	104
Tabla 7.	Incidencia anual per cápita (IApc) de las distintas modalidades de violencia laboral en los servicios de urgencia y proporción de profesionales expuestos en alguna ocasión.	105
Tabla 8.	Factores socio-laborales y riesgo relativo de padecer algún episodio de violencia laboral de origen externo (usuarios, familiares o acompañantes) en los servicios de urgencia.	109
Tabla 9.	Factores socio-laborales y riesgo relativo de padecer algún episodio de violencia laboral de origen interno (colegas/compañeros de trabajo) en los servicios de urgencia.	110
Tabla 10.	Grado de estrés laboral según la exposición a episodios violentos.	113
Tabla 11.	Grado de estrés laboral según la exposición a episodios violentos ocasionados por pacientes/ acompañantes.	115
Tabla 12.	Grado de estrés laboral según la exposición a episodios violentos ocasionados por colegas.	117
Tabla 13.	Análisis descriptivo de participantes según percentil 85.	118
Tabla 14.	Análisis descriptivo y regresión logística univariante variables demográficas/laborales sobre el estrés.	119

Tabla 15.	Análisis descriptivo y regresión logística univariante de tipos de violencia sobre el estrés.	120
Tabla 16.	Regresión logística multivariante sobre el estrés (3 pasos).	121
Tabla 17.	Análisis descriptivo de las puntuaciones de las distintas dimensiones del MBI	122
Tabla 18.	Puntuaciones de la dimensión Agotamiento emocional del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por pacientes/ acompañantes.	124
Tabla 19.	Puntuaciones de la dimensión Despersonalización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por pacientes/ acompañantes.	126
Tabla 20.	Puntuaciones de la dimensión Desrealización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por pacientes/ acompañantes.	128
Tabla 21.	Puntuaciones de la dimensión Agotamiento emocional del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por colegas.	129
Tabla 22.	Puntuaciones de la dimensión Despersonalización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por colegas.	131
Tabla 23.	Puntuaciones de la dimensión Desrealización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por colegas.	132
Tabla 24.	Puntuaciones de la dimensión Agotamiento emocional del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados en su totalidad (pacientes/acompañantes y colegas).	133
Tabla 25.	Puntuaciones de la dimensión Despersonalización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados en su totalidad (pacientes/acompañantes y colegas).	135
Tabla 26.	Puntuaciones de la dimensión Desrealización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados en su totalidad (pacientes/acompañantes y colegas).	136
Tabla 27.	Valores de los percentiles 66 de las dimensiones del MBI.	137
Tabla 28.	Análisis descriptivo de los participantes en las dimensiones del MBI.	137
Tabla 29.	Análisis descriptivo y regresión logística univariante variables demográficas/laborales sobre el agotamiento emocional.	138

- Tabla 30.** Análisis descriptivo y regresión logística univariante de los tipos de violencia sobre el agotamiento emocional. **139**
- Tabla 31.** Regresión logística multivariante sobre el agotamiento emocional (4 pasos). **140**
- Tabla 32.** Análisis descriptivo y regresión logística univariante de variables demográficas/laborales sobre despersonalización. **141**
- Tabla 33.** Análisis descriptivo y regresión logística univariante de los tipos de violencia sobre la despersonalización. **142**
- Tabla 34.** Regresión logística multivariante sobre la despersonalización (4 pasos). **143**
- Tabla 35.** Análisis descriptivo y regresión logística univariante de variables demográficas/laborales sobre desrealización. **144**
- Tabla 36.** Análisis descriptivo y regresión logística univariante de los tipos de violencia sobre la desrealización. **145**

ABREVIATURAS

AE	Agotamiento emocional.
ASIA	Evaluación, vigilancia, información, auditoria.
BM	Burnout Measure.
Cal/OSHA	California Division of Occupational Health and Safety.
CESQT	Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades.
CTS	Escala de Tácticas de Conflictos.
DP	Despersonalización
DRL	Teoría de las demandas y recursos laborales.
EDO	Escala de Desgaste Ocupacional.
EU-OSHA	Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.
FBI	Buró Federal de Investigaciones.
HSE	Dirección de Salud y Seguridad del Reino Unido.
IAHSSF	Fundación de la Asociación Internacional para la Seguridad y Protección en el Cuidado de la Salud.
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-ES	Maslach Burnout Inventory- Educators Survey.
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory- General Survey.
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey.
NHS	National Health System (UK).
NIOSH	Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional.
OiRA	Sistema de Evaluación de Riesgos Interactiva en Línea.
OIT	Organización Internacional del Trabajo.

OLBI	Oldenburg Burnout Inventory.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
POPAS	Perceptions of Prevalence of Aggression Scale.
PSS-10	Perceived Stress Scale.
RP	Realización Personal.
SBS-HP	Staff Burnout Scale for Health Professionals.
SMS	Servicio Murciano de Salud.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences.
UME	Unidad Médica de Emergencia.
UNODC ICCS	United Nations Office of Drugs and Crime. International Classification of Crime for Statistical Purposes.

I. INTRODUCCIÓN

El concepto de violencia, especialmente en el ámbito laboral, ha sido objeto de intensos estudios y debates a lo largo de los años. En psicología social, se considera que la agresión es una conducta deliberada cuyo propósito es infligir perjuicio a alguien que intenta evitarlo. Este daño puede ser físico, emocional o social, y debe ser intencional para ser considerado agresión. La violencia, a menudo considerada una forma extrema de agresión, implica causar daño físico severo y puede abarcar desde agresiones físicas y verbales hasta formas más sutiles como el acoso psicológico o sexual [1-3].

Aunque la violencia ha sido un fenómeno cada vez más habitual en algunas profesiones hasta hace relativamente poco tiempo se consideraba que el sector sanitario era ajeno a este problema, pero en los últimos años ha emergido como una preocupación significativa tanto en entornos laborales de países desarrollados como en desarrollo. Este tipo de violencia no solo afecta las relaciones interpersonales y la organización del trabajo, sino que también impacta negativamente en la dignidad de las personas y su bienestar emocional y físico. Algunos estudios resaltan la percepción dominante de que la violencia en el lugar de trabajo se ve como un aspecto culturalmente aceptado y anticipado dentro de la profesión [4-7].

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia en el trabajo como cualquier acción, incidente o comportamiento que excede los límites razonables y que resulta en agresión, amenaza, humillación o lesión hacia una persona mientras realiza sus funciones laborales o como resultado directo de estas. Estos actos representan un desafío, ya sea explícito o implícito, a la seguridad, el bienestar o la salud de los trabajadores [4-5].

La violencia laboral puede manifestarse de diversas formas, desde agresiones físicas, como golpes y empujones, hasta agresiones verbales, como insultos y amenazas. Además, existen formas más sutiles de violencia laboral, como el acoso psicológico o moral, que incluye comportamientos que buscan intimidar, humillar o desestabilizar emocionalmente a la víctima. Este tipo de violencia puede ser particularmente dañino, ya que sus efectos suelen ser menos visibles, pero igual de perjudiciales para la salud mental y emocional de los trabajadores sanitarios [4, 8].

La violencia en el trabajo es un fenómeno complejo que tiene múltiples determinantes, atraviesa diferentes ámbitos y tiene diversas causas. En el marco de la sanidad la violencia ocupacional se produce a través de una amplia gama de configuraciones y ciertamente existen sectores donde existe un notorio aumento del riesgo. Los servicios con mayor riesgo de exposición a episodios violentos han sido tradicionalmente los de Psiquiatría y Urgencias. Este último es el que ha sido objeto de mayor interés para la investigación dado que acumula aproximadamente dos de cada cinco incidentes violentos por los que servicios de Urgencias constituyen áreas de especial riesgo de violencia. [9-11]

En los momentos actuales la violencia en el sector sanitario constituye un problema de magnitud mundial, es de origen multifactorial y conlleva graves consecuencias en el conjunto de la salud ya que no sólo repercute a nivel individual sobre la salud del trabajador sanitario, sino que además tienen un impacto significativo y directo en la productividad y en la competencia de los sistemas de salud. A nivel laboral, afecta la productividad y la competitividad, y obstaculiza el desarrollo profesional. A nivel organizacional, disminuye la eficacia general de la organización. A nivel personal, tiene un impacto significativo en la salud mental y física de los individuos afectados [6-7].

Paralelamente existe un creciente interés por analizar cómo el estrés laboral afecta a los profesionales sanitarios y su consecuencia conocida como síndrome de Burnout ó desgaste profesional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y valoración negativa del profesional. En el ámbito laboral, el estrés surge debido a estímulos del entorno que generan respuestas fisiológicas y emocionales. El estrés laboral se define como un daño físico y una respuesta emocional que ocurren cuando las condiciones de trabajo no corresponden a las capacidades, necesidades y recursos del trabajador, causando síntomas de enfermedad y desgaste [6-8].

El estrés laboral es un factor de riesgo psicosocial que altera el estado psicológico de la persona, generando reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento frente a situaciones con alta demanda laboral. Este fenómeno es particularmente prevalente en el sector sanitario, donde los profesionales enfrentan condiciones laborales altamente demandantes. Los trabajadores de la salud, desde médicos y enfermeras hasta técnicos y personal administrativo, son especialmente vulnerables a altos niveles de estrés psicológico debido a la naturaleza exigente de su trabajo [7-8].

El burnout, una condición comúnmente relacionada con el estrés laboral, afecta a muchos profesionales de la salud, llevándolos a perder la capacidad de encontrar significado en su trabajo y desinteresarse por las personas que atienden. Este síndrome está vinculado a la insatisfacción laboral, bajas por enfermedad, intenciones de cambio de empleo y menor satisfacción del paciente.

La identificación y prevención del agotamiento son cruciales para mejorar la calidad de los servicios prestados y el bienestar de los trabajadores [7].

En este contexto, la violencia laboral se erige como una problemática adicional que exacerba los niveles de estrés y de burnout entre los profesionales sanitarios. La mayoría de los estudios realizados han sido exclusivamente descriptivos o se han ceñido exclusivamente al personal de enfermería a pesar de que hay evidencias de que este fenómeno también afecta al resto de

profesionales. Además, muy pocos estudios han abarcado el ámbito de las urgencias extrahospitalarias [8-11].

Abordar la violencia laboral, el estrés y Burnout asociado es esencial para promover un ambiente de trabajo saludable y productivo, particularmente en sectores tan críticos como el de la salud. Al comprender las causas y los efectos de la violencia en el trabajo, y al implementar políticas y prácticas efectivas para prevenirla y manejarla, las organizaciones pueden crear entornos de trabajo más seguros y saludables, mejorando así el bienestar y la productividad de sus empleados. La prevención y el manejo de la violencia laboral no solo benefician a los individuos, sino que también contribuyen al éxito y la sostenibilidad a largo plazo de las organizaciones [4,8].

Por ello, el objetivo de este trabajo es determinar la incidencia anual de episodios violentos en los trabajadores de los servicios de urgencia –niveles primario y secundario-, caracterizar el patrón predominante en ambos entornos e identificar los marcadores de riesgo, sociodemográficos y laborales, de estos incidentes. Además, se analizará cómo estos episodios de violencia afectan los niveles de estrés y burnout de los profesionales de la salud, evaluando su impacto en el bienestar psicológico y en la calidad del desempeño laboral en ambos ámbitos de las urgencias.

II. MARCO TEÓRICO

II.1. VIOLENCIA LABORAL

II.1.1. Concepto de violencia y violencia laboral.

A lo largo del tiempo, la conceptualización científica de la agresión ha mostrado cierta estabilidad con pequeñas variaciones, aunque los expertos en el área tienden a coincidir en una definición común. En psicología social, se entiende por agresión aquel comportamiento que tiene como fin infligir daño a otro individuo, quien, a su vez, se esfuerza por eludir dicho daño.

Este daño puede manifestarse de diversas maneras, como lesiones físicas, daño emocional o deterioro de relaciones sociales. Aunque existen variaciones en las definiciones específicas, en esencia, la agresión humana se refiere a cualquier acción dirigida hacia otro individuo con la intención inmediata de causarle daño. Además, el agresor debe tener la creencia de que su acción perjudicará al objetivo y de que este último está motivado para evitar esa conducta. [1-2]

Ambas definiciones mencionadas anteriormente incluyen diversas características fundamentales que ayudan a distinguir la agresión de otros fenómenos. En primer lugar, la agresión se refiere a un comportamiento observable y concreto, no a pensamientos o sentimientos. Aunque las cogniciones agresivas, como actitudes hostiles, creencias, pensamientos o deseos, y el afecto agresivo, como sentimientos de ira, rabia o deseos de venganza, pueden servir frecuentemente como precursores importantes de la conducta agresiva, en sí mismos no constituyen agresión. En segundo lugar, el acto agresivo debe ser intencional y realizado con la intención de causar daño a otro individuo. Esto implica que el daño accidental, como dar un codazo a alguien sin intención en una habitación abarrotada, no se considera agresión. [1-2]

El enfoque en la intención es crucial y supera los resultados específicos del comportamiento en cuestión, es decir, si el daño se ha materializado o no. Por lo tanto, situaciones en las que una persona daña a otra con el fin de beneficiarse (por ejemplo, un médico que amputa la pierna de un paciente para salvarle la vida, pero causándole dolor) no se clasifican como agresión. En contraste, acciones donde los individuos intentan causar daño a otros, pero no logran hacerlo (por ejemplo, una persona que dispara para matar a alguien, pero falla en el intento) sí se consideran agresión.

En tercer lugar, la agresión implica directamente a personas, lo que significa que dañar objetos inanimados (como patear una pared, romper platos o golpear una mesa con los puños) no se considera agresión a menos que se realice con la intención explícita de dañar a otra persona (por ejemplo, romper el mobiliario de una consulta para intimidar e impedir el desarrollo de la misma) [1-2].

Finalmente, es necesario que la persona que sufre el daño esté motivada para evitar ese daño.

A lo largo de décadas de investigación, se ha demostrado que la definición más específica de "agresión" utilizada por los psicólogos sociales ha sido extremadamente útil para desarrollar y probar teorías avanzadas sobre la agresión. Además, ha quedado claro que los diversos tipos de comportamientos que cumplen con esta definición específica comparten similitudes significativas en cuanto a su origen y los procesos subyacentes [1].

Aunque a veces la violencia se aborda como un fenómeno separado de la agresión, especialmente por criminólogos, científicos políticos, responsables de políticas públicas y el público en general, la mayoría de los psicólogos sociales la consideran como una forma particular de agresión. De manera específica, la definición científica más aceptada de violencia la describe como una forma extrema de agresión que tiene como objetivo causar daño físico severo.

Similar a la agresión, un acto no necesita resultar en daño físico real para ser clasificado como violento. Por ejemplo, intentar fatalmente herir a alguien con un cuchillo, aunque sin éxito, sigue siendo considerado un acto de violencia. [1-3].

Los comportamientos agresivos y violentos se pueden entender mejor como un continuo de severidad, donde los actos de agresión menos graves, como empujar, se encuentran en el extremo inferior del espectro, mientras que la violencia extrema, como el homicidio, está en el extremo superior. De esta manera, todos los actos de violencia son considerados agresión, pero no todos los actos de agresión son violentos. Por ejemplo, cuando un familiar de un paciente empuja a un celador para apartarlo, se considera un acto agresivo, pero no violento. Por otro lado, un intento de asesinato se considera tanto agresivo como violento, siendo este último término más descriptivo. [1,3].

Recientemente, algunas formas no físicas de agresión han sido etiquetadas como "violencia" cuando sus consecuencias son severas. Por ejemplo, ciertos tipos de agresión verbal a veces se categorizan como "violencia emocional", especialmente cuando se dirigen con fines de causar un daño significativo en su bienestar emocional o social. Sin embargo, la "violencia" se estudia predominantemente en el contexto de la agresión física extrema.

Dado que la violencia se considera un subconjunto de la agresión, el enfoque principal de este capítulo será en la agresión, entendiendo que la mayoría de las clasificaciones de agresión también son aplicables a la violencia [1].

Violencia laboral

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia en el trabajo como cualquier acción, incidente o comportamiento que excede los límites razonables y que resulta en agresión, amenaza, humillación o lesión hacia una persona mientras realiza sus funciones laborales o como resultado directo de estas [4-5].

La violencia en el lugar de trabajo se refiere a comportamientos físicos y psicológicos perjudiciales que los empleados enfrentan mientras están en su puesto o durante el servicio. Ejemplos de esta violencia incluyen agresiones físicas (ya sea con armas o sin ellas), amenazas verbales o escritas, acoso físico o verbal, y homicidio. Estos actos representan un desafío, ya sea explícito o implícito, a la seguridad, el bienestar o la salud de los trabajadores. En años recientes, la violencia en el lugar de trabajo, que durante mucho tiempo fue un problema poco atendido, ha emergido como una preocupación significativa tanto en entornos laborales de países desarrollados como en desarrollo.

Este tipo de violencia no solo afecta a las relaciones interpersonales y la organización del trabajo, sino que también impacta negativamente en la dignidad de las personas y su bienestar emocional y físico. Algunos estudios resaltan la percepción dominante de que la violencia en el lugar de trabajo se ve como un aspecto culturalmente aceptado y anticipado dentro de la profesión [5-7].

Este amplio espectro de comportamientos violentos abarca desde manifestaciones evidentes de violencia física o verbal hasta formas más sutiles, pero igualmente graves, como el acoso psicológico o sexual, así como manifestaciones de incivismo que son difíciles de categorizar como formas de violencia en el entorno laboral. Debido a esta diversidad, se han desarrollado diversos enfoques para categorizar la violencia en el trabajo, uno de los cuales, reconocido en la literatura especializada, es el propuesto por la California Division of Occupational Health and Safety (Cal/OSHA) [4, 8].

La violencia en el trabajo es un fenómeno complejo que tiene múltiples determinantes, atraviesa diferentes ámbitos y tiene diversas causas, con implicaciones que frecuentemente se pasan por alto. A nivel laboral, afecta a la productividad y la competitividad, y obstaculiza el desarrollo profesional. A nivel organizacional, conlleva un aumento en las licencias médicas y la rotación de personal, además de disminuir la eficacia general de la organización. A nivel personal, tiene un impacto

significativo en la salud mental y física de los individuos afectados. La violencia en el trabajo también influye negativamente en la percepción de control y autoeficacia de las víctimas, y deteriora aspectos fundamentales como la seguridad, la confianza, la dignidad y la autonomía.

Además, limita las oportunidades laborales debido a las consecuencias mentales y físicas que conlleva, y puede provocar cambios significativos en las vidas de los trabajadores, en sus expectativas interpersonales y en la estructura de su identidad [4, 8].

A nivel internacional, la violencia en el trabajo se considera un problema que debe ser abordado en el ámbito laboral, ya que es un espacio donde es posible experimentar discriminación y ser objeto de estigmatización, especialmente para mujeres y minorías.

Las políticas organizacionales juegan un papel crucial en la prevención de estos comportamientos y en la promoción de un entorno laboral seguro y motivador, lo cual influye directamente en el desempeño de los empleados.

Asimismo, se ha observado que los efectos de la violencia varían dependiendo de quién la perpetra, siendo particularmente perjudiciales cuando provienen de supervisores u otras figuras de autoridad dentro de la organización [4, 5].

II.1.2. Clasificación de la violencia y la violencia laboral

La agresión puede presentarse de diversas maneras y en la literatura se han identificado numerosos tipos distintos. Aunque existen varios esquemas de categorización para organizar estos tipos de agresión, todavía hay debate sobre cuál es el más adecuado.

Las Tablas 1 y 2 muestran como ejemplos, dos de las taxonomías más recientes proporcionando un panorama general de los distintos tipos de agresión sin redundancia. Debido a la gran cantidad de subtipos emergentes en la literatura y su considerable superposición, nos enfocamos en las dos clasificaciones siguientes, las cuales son las más comunes:

Tabla 1. Taxonomía de la agresión. Extraída de Allen JJ y Anderson [1].

Aspecto	Subtipos	Ejemplos
<i>Modalidad de respuesta</i>	Verbal Física Postural Relacional	Gritar o insultar a alguien Golpear o disparar a alguien Hacer gestos amenazantes Dar a alguien el "tratamiento del silencio"
<i>Inmediatez</i>	Directa Indirecta	Golpear a alguien en la cara Difundir rumores sobre alguien a sus espaldas
<i>Calidad de la respuesta</i>	Acción Inacción	Hacer que otra persona participe en actos sexuales no deseados Retener información importante de un colega en el trabajo
<i>Visibilidad</i>	Abierta Encubierta	Humillar a alguien frente a otros Enviar mensajes de texto amenazantes a un compañero de clase
<i>Instigación</i>	Proactiva/ no provocada Reactiva/retaliativa	Arrebatar un juguete a otro niño Gritar a alguien después de haber sido atacado físicamente
<i>Dirección del objetivo</i>	Hostil Instrumental	Golpear a alguien por enojo o frustración Tomar a alguien como rehén para asegurar un rescate
<i>Tipo de daño</i>	Físico Psicológico	Huesos rotos Miedos y pesadillas
<i>Duración de los efectos</i>	Transitoria Duradera	Moretones leves Incapacidad a largo plazo para formar relaciones
<i>Unidades sociales</i>	Individuos Grupos	Violencia en la pareja íntima Motines y guerras

Tabla 2. Taxonomía de la agresión. Tomada de Allen JJ y Anderson [1].

	Expresión Directa	Expresión Indirecta
<i>Expresión Activa</i>	Subtipos	Subtipos
	Física	Física
	Verbal	Verbal
	Postural	Postural
	Daño a la propiedad	Daño a la propiedad
	Robo	Robo
<i>Expresión Pasiva</i>	Subtipos	Subtipos
	Física	Física
	Verbal	Verbal
	Daño a la propiedad	Daño a la propiedad

Por otra parte, el enfoque de la OMS ofrece una visión mucho más amplia de la violencia en comparación con las definiciones tradicionales, las cuales solo se centraban en lo físico y lo psicológico. Esta organización internacional introduce un concepto novedoso al considerar también como violencia la falta de acceso a derechos sociales y económicos fundamentales para una parte significativa de la población [2].

Adoptando esta perspectiva más inclusiva, se pueden distinguir cinco tipos principales de violencia:

1. **Física:** Este tipo de violencia incluye desde agresiones menores, como bofetadas o golpes, hasta formas extremas como la violación, la tortura o el asesinato.
2. **Psicológica:** Comprende acciones como las amenazas o humillaciones, las cuales están destinadas a destruir la autonomía de la persona y someterla a los deseos del agresor.
3. **Relacional o social:** Este tipo de violencia afecta las relaciones sociales de la víctima, fomentando su aislamiento social o el rechazo por parte de otros, lo cual impacta directamente en su sentido de pertenencia y en su identidad social.

4. **Estructural:** Se trata de una forma de violencia indirecta en la cual no existe un agresor directo. En su lugar, estructuras o políticas gubernamentales excluyen a ciertos sectores de la población del acceso a derechos sociales o económicos. Un claro ejemplo de esto fue el apartheid.
5. **Cultural:** Está vinculada a creencias o valores que justifican la discriminación, la desigualdad o la violencia. Estas creencias pueden ser fomentadas por ideologías religiosas, políticas o incluso científicas, como en el caso de la eugenesia.

Comprender las diversas formas en las que se manifiesta la agresión es fundamental para su adecuada identificación y posterior abordaje. Una de las formas más habituales de categorizar el comportamiento agresivo es según el *modo de respuesta (reacción o actitud que el agresor muestra ante diferentes situaciones)*. En este sentido, la agresión se clasifica comúnmente en tres tipos principales: *física, verbal o relacional* [1].

- **Agresión física:** Esta categoría incluye cualquier forma de daño físico directo a otra persona, como golpear, patear, apuñalar o disparar.
- **Agresión verbal:** Implica el uso de palabras con la intención de perjudicar a alguien, ya sea mediante insultos, gritos o maldiciones.
- **Agresión relacional:** También conocida como agresión social, esta forma de agresión tiene como objetivo dañar a una persona a través de la manipulación de sus relaciones sociales o su inclusión en un grupo. Ejemplos de esta conducta son la difusión de rumores, excluir deliberadamente a alguien de eventos o instigar a otros a evitar a esa persona.

Además, se ha sugerido que la agresión puede manifestarse a través de actitudes posturales, como realizar gestos amenazantes o invadir el espacio personal, aunque esta categoría es menos frecuente en los estudios. También se ha propuesto incluir el daño a la propiedad y el robo como formas específicas de agresión, siempre que se ejecuten con la intención clara de causar perjuicio a otra persona [1].

Además de los diferentes tipos de violencia, resulta fundamental analizar las diversas formas en que esta puede manifestarse, ya sea de manera directa o pasiva.

La violencia puede ser *directa*, como en el caso de una agresión física hacia la víctima; *indirecta*, cuando se dañan los bienes o propiedades de una persona; o *desplazada*, cuando la agresión se dirige hacia un individuo que no está directamente relacionado con el origen de la conducta agresiva.

De igual manera, la violencia puede clasificarse como *activa* o *pasiva*. La violencia activa se refiere a la ejecución de acciones concretas por parte del agresor, cuyo fin es causar daño, como el maltrato físico o los insultos. En contraposición, la violencia pasiva se manifiesta a través de la omisión de responsabilidades esenciales, como el no proporcionar al médico la información clínica necesaria para un tratamiento adecuado o no ofrecer los recursos y el apoyo indispensables para que pueda desempeñar su labor de manera eficiente.

Una distinción crucial dentro de la tipología de la violencia es la que se establece entre *agresión afectiva u hostil* y *agresión instrumental* [2]. La agresión hostil, impulsada por el deseo de causar daño, se manifiesta en comportamientos intensos y coléricos, como golpear a alguien después de haber sido insultado. Por otro lado, la agresión instrumental tiene un propósito específico, como amenazar o agredir físicamente a un médico con el objetivo de obtener una receta o la autorización de un procedimiento innecesario. A pesar de que estos términos se emplean de manera intercambiable en algunos contextos, reflejan aspectos distintos del comportamiento agresivo.

Las clasificaciones tradicionales, como la distinción entre agresión hostil e instrumental, pueden resultar limitadas, ya que no contemplan la posibilidad de motivos mixtos o la superposición de otras categorías. Por ello, un enfoque dimensional que tenga en cuenta tanto los objetivos inmediatos como los finales de la agresión podría proporcionar una visión más completa de estos fenómenos [1].

La agresión también puede clasificarse en función de su naturaleza *directa* o *indirecta*. La agresión directa ocurre cuando la víctima está presente, como en el caso de golpear a alguien en el rostro. En cambio, la agresión indirecta se produce en ausencia de la víctima. Sin embargo, esta clasificación puede generar ambigüedad, al confundir la visibilidad del acto con la proximidad del daño. Por ejemplo, una sanción disciplinaria podría considerarse una forma de agresión directa, aunque su ejecución sea indirecta. Un enfoque que contemple tanto la visibilidad como la proximidad del acto agresivo podría ayudar a resolver estas ambigüedades [1].

Otro aspecto relevante es la *agresión desplazada*, la cual ocurre cuando una víctima inocente sufre las consecuencias de una agresión destinada a otra persona. Un ejemplo de esto sería una enfermera que, tras haber sido insultada por un paciente, descarga su frustración en su pareja al llegar a casa [1,2].

La agresión puede manifestarse de diversas maneras, dependiendo del comportamiento adoptado. Principalmente, se clasifica en *agresión activa* y *agresión pasiva*. La agresión activa se manifiesta a través de comportamientos directos que causan daño, como golpear o insultar a alguien. En contraste, la agresión pasiva implica la omisión de acciones útiles, como no asistir a una persona en una situación de emergencia [1].

Por otro lado, la agresión puede ser *abierta* o *encubierta*. La agresión abierta es visible y directa, como ridiculizar a una persona en público. En cambio, la agresión encubierta es más sutil y menos evidente, manifestándose a través de la difusión de rumores o la emisión de notas malintencionadas a espaldas de la persona afectada [1].

En el contexto de la violencia laboral, uno de los enfoques que ha generado especial interés es la violencia dirigida hacia las mujeres, la cual puede manifestarse en diversas formas: física, sexual, psicológica, así como en amenazas de violencia, acoso o abuso emocional. Este tipo de violencia está profundamente arraigada en las definiciones y roles de género predominantes en una sociedad, lo que refleja su base sociocultural [4].

Es importante señalar que inicialmente, la clasificación de la violencia se diseñó para abordar formas más explícitas de agresión que implican riesgo físico o amenazas de vida. Sin embargo, esta clasificación también incluye formas más sutiles de violencia, diferenciando según la relación entre el agresor y la víctima.

La violencia en el lugar de trabajo también puede clasificarse en función de la intensidad de los episodios y su impacto. Esta intensidad puede ir desde conflictos verbales menores hasta agresiones físicas graves, que pueden causar desde malestar psicológico leve hasta lesiones severas o la pérdida de vidas. Basado en estos factores, la violencia en el ámbito sanitario se categoriza en cinco niveles, como se ilustra en la Figura 1 [10].

Figura 1. Categorías de la violencia en el trabajo basadas en su gravedad. Extraído de Kumari et al [10].

Calificación Descripción

I	Conflictos menores provocados por el paciente y/o el asistente: discusiones no deseadas, gritos, gestos obscenos y chantaje emocional. Afecta el bienestar psicológico de los médicos y dificulta la rutina diaria.
II	Forma grave de abuso verbal (uso de palabras abusivas, amenazas de muerte, comentarios ofensivos) en persona o mediante llamada telefónica.
III	Agresión física (empujones, patadas/golpes, uso de objetos como cuchillos o pistolas, bofetadas, estrangulamientos, tirones de cabello, etc.) que causan angustia moral y psicológica, pero ninguna lesión física.
IV	Agresión física que causa lesiones graves y graves, como discapacidad visual, discapacidad auditiva, dislocación de la cara, fractura, etc., y angustia psicológica.
V	La forma más grave de violencia física, que tiene como consecuencia la muerte o una incapacidad funcional permanente. Afecta negativamente a la moral de los médicos y puede dar lugar a protestas masivas contra la administración.

La violencia laboral se manifiesta en una gran variedad de formas, y su estudio ha evolucionado recientemente, enfocándose principalmente en factores imprevistos. Sin embargo, el acoso laboral, una de las formas más destacadas de violencia en el trabajo, a menudo se entiende como un fenómeno planeado desde el principio, influenciado por múltiples factores. Las formas sutiles de violencia o maltrato refuerzan la idea de que el fenómeno es complejo y dinámico. La diversidad en las formas, intensidades y efectos de la violencia dificulta la definición precisa de conceptos como acoso, violencia ocasional o maltrato generalizado [9,12].

El acoso se define como un desequilibrio de poder entre el acosador y la víctima, que puede llevar a la intención de causar daño o angustia. A diferencia de otras formas de violencia en el trabajo, el acoso es un acto intencional y repetitivo. Mientras que otras formas de violencia suelen ser respuestas impulsivas a situaciones emocionalmente estresantes, el acoso se manifiesta a través de

comportamientos deliberados y continuos. Estos actos pueden ser directos, como agresiones físicas, acoso y comentarios ofensivos, o indirectos, como la difusión de rumores, humillaciones, acusaciones falsas y la imposición de plazos poco realistas [10,13].

El acoso es una preocupación significativa en el sector sanitario, con una prevalencia que varía entre el 6% y el 52%. Los médicos, especialmente los residentes, son particularmente vulnerables al acoso, siendo más frecuentes en los departamentos quirúrgicos. Se ha observado que los acosadores suelen ser en su mayoría hombres, mientras que las víctimas son predominantemente mujeres. Los residentes tienen un riesgo más alto de ser acosados en comparación con los residentes superiores o los consultores [10,14].

El acoso incluye solicitudes persistentes, mensajes, llamadas telefónicas u otros contactos injustificados que pueden causar molestia, miedo o preocupación. Las formas de intimidación y mobbing implican comportamientos repetitivos que deterioran las condiciones laborales y afectan la dignidad, la salud mental y física, así como la carrera del empleado. El acoso, una forma prolongada de acoso, puede comenzar dentro o fuera del lugar de trabajo e involucrar directamente el entorno laboral. La escalada progresiva del acoso significa que la víctima a menudo tiene recursos limitados para resolver la situación, corriendo el riesgo de empeorarla, especialmente si reacciona emocionalmente. Esta reacción defensiva puede ser estigmatizada, llevándola a ser vista como la causante del problema. Permanecer pasivo también puede ser perjudicial, ya que permite que el abuso continúe y puede resultar en ser etiquetado como no comprometido. Las consecuencias del acoso prolongado pueden ser graves, incluyendo el abandono del trabajo, el ausentismo y, en casos extremos, el suicidio [15-16].

La violencia laboral se categoriza comúnmente en agresión física, verbal y relacional. Además, se incluye la agresión postural, así como el daño a la propiedad y el robo, siempre que tengan la intención de causar daño a otra persona [8-10].

Llegados a este punto podríamos imaginar un hospital bullicioso, donde los profesionales de la salud están constantemente en movimiento, tratando con pacientes y colegas. En medio de este caos, surgen situaciones de conflicto que pueden manifestarse como violencia laboral. Esta violencia no es sencilla de definir, pero los expertos han identificado tres maneras principales de conceptualizarla, cada una ofreciendo una perspectiva única sobre el problema [8-11]

Primero, está la idea de que las variables individuales de personalidad juegan un papel importante. Según este enfoque, ciertos rasgos de personalidad podrían hacer que algunas personas sean más propensas a ser víctimas de acoso en el trabajo. Tal vez su sensibilidad, su introversión o su necesidad de agradar las hace más vulnerables a ataques verbales o conflictos persistentes.

El segundo enfoque se centra en las características de las relaciones interpersonales. Desde una perspectiva más antropológica, los conflictos en el trabajo se ven como una extensión natural de las interacciones humanas. En otras palabras, donde haya personas, habrá fricciones. La violencia laboral aquí se concibe como una parte in

evitable, casi predecible, del intercambio social, pues en toda comunidad surgen tensiones.

Finalmente, está la visión que pone énfasis en el entorno sociolaboral. En este caso, el lugar de trabajo mal gestionado o desorganizado puede ser un caldo de cultivo para la violencia. Si las reglas no están claras, si la carga de trabajo es abrumadora o si no hay suficientes recursos, las personas comienzan a chocar entre sí, lo que facilita la aparición de conflictos que pueden escalar en violencia.

A través de estas tres perspectivas —individual, relacional y organizacional— se puede entender mejor cómo y por qué la violencia laboral surge en lugares donde el trabajo en equipo y la presión constante son parte del día a día.

Además, entre los factores organizacionales que explican el acoso laboral, la evidencia resalta la relevancia del contexto organizacional, incluyendo la estructura del trabajo, la gestión, los valores y la cultura de la organización. Factores como un entorno laboral estresante, una alta competitividad, la negación del acoso y la falta de ética laboral se destacan como determinantes. Además, las organizaciones con estructuras burocráticas, jerárquicas y autoritarias son más propensas a experimentar violencia laboral [9-11].

La política organizacional, el tipo de contrato y las medidas contra la violencia son factores predictivos significativos, siendo la política organizacional el más influyente. Los empleos con frecuentes cambios en sus sistemas productivos y mayor inestabilidad incrementan el riesgo de acoso laboral, mientras que los contratos temporales están relacionados con una mayor vulnerabilidad ante abusos psicológicos, físicos y verbales.

De hecho, la literatura muestra que los factores organizacionales, como la gestión, los valores y la cultura, son cruciales para entender el acoso laboral, destacando cómo los entornos estresantes y altamente competitivos, junto con estructuras organizacionales rígidas, pueden promover la violencia [10].

El estudio de la violencia laboral desde la perspectiva de las relaciones interpersonales revela que esta forma de agresión se considera una parte inevitable de la vida dentro de las organizaciones. En este contexto, tanto el acoso como la violencia se perciben como características inherentes a las interacciones sociales cotidianas. No obstante, los estudios centrados en la personalidad de las

víctimas ofrecen un enfoque distinto, identificando rasgos como la baja autoestima y la ansiedad social entre las personas que experimentan mayor victimización. Sin embargo, un interrogante clave permanece: ¿son estos rasgos predisposiciones que conducen a la victimización, o son más bien consecuencias del acoso sufrido? La respuesta no siempre es clara y sigue siendo un área de debate dentro de la investigación [9,13].

Los modelos teóricos que analizan el acoso laboral se dividen generalmente en dos grandes categorías. Por un lado, están aquellos que se centran en las características demográficas o de personalidad de las víctimas; por el otro, los que ponen el foco en las condiciones del ambiente de trabajo. En el primer grupo, se observa que los jóvenes y las mujeres suelen ser las víctimas más frecuentes, con características personales como la baja autoestima o una alta ansiedad. En cambio, el segundo grupo de estudios apunta a que las condiciones organizacionales, como la ambigüedad en los roles, el conflicto entre ellos y la sobrecarga de tareas, están directamente vinculadas a la aparición de acoso laboral. Sin embargo, una cultura organizacional que favorece la justicia y la equidad puede actuar como un factor protector, mientras que entornos con valores basados en la competitividad extrema y el rendimiento suelen asociarse con una mayor frecuencia y tolerancia al acoso [9,14].

Un enfoque integral de la violencia en el trabajo requiere considerar varios niveles. En este sentido, se han identificado cuatro niveles de antecedentes y consecuencias: individual, grupal, organizacional y societal. Esta categorización multinivel ofrece una visión más detallada y completa de los factores que desencadenan la violencia laboral, subrayando la complejidad del fenómeno y la necesidad de adoptar enfoques integrales para su análisis y gestión [8-10, 15].

El sector salud, en particular, presenta condiciones que pueden facilitar la aparición del acoso laboral. Un ambiente de trabajo estresante y altamente competitivo, combinado con una administración que no brinda el apoyo necesario, crea un terreno fértil para el acoso. En estos entornos, la falta de empatía hacia las víctimas es notoria, mientras que los acosadores tienden a salir impunes. Las consecuencias de este tipo de ambiente no solo afectan a los profesionales de la salud, disminuyendo su satisfacción laboral y su confianza en sí mismos, sino que también incrementan su angustia psicológica. En última instancia, esto repercute negativamente en la calidad de la atención brindada a los pacientes, afectando tanto el bienestar de los trabajadores como de aquellos a quienes atienden [10-11].

II.1.3. Violencia laboral en el entorno sanitario

Aunque la violencia en el lugar de trabajo afecta a numerosos sectores y grupos laborales, es especialmente preocupante en el ámbito sanitario, donde representa un riesgo significativo para la salud pública y un problema creciente de salud ocupacional. Los sectores de atención sanitaria y servicios sociales presentan las mayores tasas de lesiones por violencia laboral, y los trabajadores de estos sectores tienen cinco veces más probabilidades de sufrir lesiones en comparación con otros trabajadores. Se estima que la violencia en el sector salud constituye aproximadamente una cuarta parte de toda la violencia laboral, y este problema está en aumento debido a factores como las crecientes cargas de trabajo, presiones laborales intensas, estrés excesivo, deterioro de las relaciones interpersonales, incertidumbre social y restricciones económicas [17].

La violencia contra los trabajadores de la salud se considera un "evento centinela", lo que indica que es una señal de riesgo en el entorno laboral que requiere de medidas preventivas adecuadas, protección de los empleados y un seguimiento detallado. En casos de violencia, los hospitales cuentan con procedimientos establecidos para la gestión de riesgos clínicos, tales como la notificación de incidentes y la realización de análisis de causa raíz y auditorías [6].

La Organización Mundial de la Salud define la violencia en el entorno hospitalario como cualquier acción en la que un médico es insultado, amenazado o agredido en el lugar de trabajo, poniendo en riesgo su seguridad, bienestar y salud. Esta violencia puede manifestarse de manera física, sexual o psicológica [5, 18].

La violencia de género en los entornos sanitarios representa casi una cuarta parte de todos los casos de violencia denunciada en el ámbito laboral, siendo la profesión de enfermería la más afectada por la violencia de los pacientes [6, 19].

En años recientes, muchos médicos han sido agredidos, gravemente heridos e incluso asesinados por pacientes o sus familiares. Esto ha resultado en que tanto médicos como asistentes de salud enfrenten un alto riesgo de lesiones graves o muerte en los entornos hospitalarios debido a ataques de pacientes, con un aumento significativo en las agresiones a nivel mundial en las últimas dos décadas [20].

Los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, enfrentan un riesgo significativo de ser víctimas de agresiones por parte de pacientes o visitantes en el entorno laboral. Este problema es prevalente tanto en países en desarrollo como desarrollados. Según un estudio reciente, la violencia en el lugar de trabajo es especialmente alta en entornos psiquiátricos y de servicios de urgencias,

afectando considerablemente a enfermeras y médicos en países asiáticos y norteamericanos [19, 21].

En América del Norte, investigaciones indican que aproximadamente una de cada cuatro enfermeras ha experimentado violencia física más de 20 veces en los últimos tres años, y cerca de una quinta parte ha sido objeto de abuso verbal más de 200 veces en el mismo período, según datos de la Asociación de Enfermeras de Emergencia. Además, el Sistema Australiano de Monitoreo de incidentes reveló que el 9% de los incidentes registrados involucraron a profesionales de la salud siendo víctimas de violencia perpetrada por pacientes, familiares o visitantes, de un total de 42,33 incidentes reportados. Recientemente, un extenso estudio realizado en Australia mostró que más del 75% de las enfermeras y comadronas han sido víctimas de violencia perpetrada por pacientes y visitantes en los últimos seis meses [21].

En Europa, un estudio del año 2019 que abarcó a 260 enfermeras de cinco países diferentes reveló que el 20,4% había sido agredida físicamente en el lugar de trabajo durante los últimos 12 meses. El 76,9% de las enfermeras encuestadas consideró que la violencia era inevitable en su entorno laboral, y un 92,3% reportó haber sido agredida por pacientes, familiares o visitantes a lo largo de su carrera profesional [21]. Específicamente, se identificó que la sala de emergencias es un entorno de alto riesgo para la violencia en el trabajo, donde las enfermeras y los residentes son particularmente vulnerables a este fenómeno [18, 22].

Además, la Encuesta sobre Delitos en el Cuidado de la Salud, realizada por la Fundación de la Asociación Internacional para la Seguridad y Protección en el Cuidado de la Salud (IAHSSF) en 2019, reveló que las tasas de agresión contra los trabajadores de la salud aumentaron de 9,3 incidentes por cada 100 camas en 2016 a 11,7 en 2018. Esta es la tasa más alta registrada por la IAHSSF desde 2012. El 85% de los casos de violencia laboral se clasificaron como Tipo II según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), que abarca la violencia dirigida hacia los empleados por clientes, pacientes, estudiantes, reclusos u otras personas a quienes se brinda servicio.

Un metaanálisis de 47 estudios observacionales indicó que la prevalencia general de la violencia en el lugar de trabajo contra profesionales de la salud es del 62,4%, con el abuso verbal siendo el más común (61,2%), seguido de la violencia psicológica (50,8%), las amenazas (39,5%), la violencia física (13,7%) y el acoso sexual (6,3%) [17].

La frecuencia de violencia en el lugar de trabajo contra médicos varía entre diferentes departamentos, siendo significativamente más alta en los servicios de emergencia y psiquiatría.

Estos departamentos a menudo tratan a pacientes con problemas de abuso de sustancias o enfermedades mentales, lo que contribuye a la mayor incidencia de violencia [20].

Aunque el personal que trabaja en unidades de salud mental y departamentos de urgencias experimenta principalmente las conductas violentas y agresivas de los pacientes, se observa un aumento de la violencia y la agresión en otras áreas del hospital, como las unidades de medicina general y cirugía, pediatría y cuidados intensivos [6, 22-24]. Fuera del entorno hospitalario, un 50% de las enfermeras han reportado episodios de violencia y agresión en los servicios de enfermería a domicilio a lo largo de sus carreras, mientras que el 36% en la atención comunitaria y el 41% en los servicios prehospitalarios, de ambulancia y rescate [21].

Se han señalado varias características de los médicos que están relacionadas con la vivencia de violencia en el lugar de trabajo. Entre estas se incluyen largas listas de espera, una percepción de emergencia, ansiedad por la enfermedad, y la incapacidad de los médicos para extender licencias por enfermedad o cumplir con las solicitudes de los pacientes sobre ciertos medicamentos. Esta situación puede resultar extremadamente estresante para los profesionales de la salud y conlleva diversas consecuencias negativas. La violencia psicológica y física en el entorno laboral se asocia con una menor satisfacción en el trabajo, un aumento del estrés laboral y un deterioro en la calidad de la atención al paciente. Además, la violencia en el lugar de trabajo afecta negativamente al nivel de compromiso organizacional de los trabajadores de la salud [20].

Debido a la amplia difusión y el impacto de este fenómeno, numerosos estudios han examinado las consecuencias de la violencia contra el personal sanitario, que incluyen efectos tanto físicos como psicológicos. Estos efectos abarcan desde sentimientos de ira, miedo y ansiedad hasta síntomas de trastorno de estrés postraumático, culpa, estrés agudo, disminución de la productividad, menor satisfacción laboral, mayor intención de abandonar el trabajo, reducción en la calidad de vida e incluso casos de muerte. Los impactos de la violencia en el sector de la atención sanitaria pueden afectar a la organización del servicio local y a sistemas sanitarios completos, comprometiendo la calidad de los servicios ofrecidos. Además, las organizaciones de atención sanitaria enfrentan costos incrementados relacionados con la disminución de la productividad, la baja satisfacción laboral y un aumento en la rotación del personal. También se incurre en costos adicionales debido a demandas legales, compensaciones económicas y pérdida de ingresos, como consecuencia de la mala imagen generada por los incidentes de violencia [19, 21, 25].

A pesar de que numerosas organizaciones de salud en todo el mundo han adoptado políticas de "tolerancia cero" contra los agresores y han establecido directrices para la prevención y gestión de la violencia en el lugar de trabajo, estas políticas a menudo no logran ser efectivas en la práctica

real. Los factores de riesgo más comunes asociados con incidentes de violencia y agresión incluyen características tanto de los pacientes como de las enfermeras, como género, edad y nivel educativo.

Además, se identifican debilidades en el desarrollo del liderazgo o en la implementación de políticas corporativas, capacitación insuficiente del personal en el manejo de eventos de violencia y en la identificación de situaciones de riesgo, evaluaciones inadecuadas de los pacientes y protocolos deficientes de observación.

También se menciona la falta de comunicación entre el personal sanitario y los pacientes, así como sus familias, y deficiencias en la seguridad física del entorno y en los procedimientos de seguridad. Todos estos factores, junto con la falta de reconocimiento y respuesta ante señales de advertencia, aumentan la probabilidad de enfrentar agresiones o actos de violencia [18, 21, 26].

Identificar predictores o señales de alerta podría permitir a los profesionales de la salud y a los gestores prevenir y manejar situaciones que podrían desencadenar episodios de violencia en el lugar de trabajo. Además, difundir la conciencia y el conocimiento sobre este fenómeno entre los profesionales de la salud, los administradores y la población en general podría contribuir a reducir la incidencia de tales episodios y proteger tanto a los profesionales de la salud como a los usuarios de los servicios sanitarios [21].

II.1.4. Situaciones y factores de riesgo dentro del sector sanitario

En 2018, los trabajadores de la salud representaron el 73% de todas las lesiones y enfermedades laborales no mortales causadas por violencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 8% y el 38% de estos profesionales experimentan violencia física en algún momento de su carrera. Además, un número mayor enfrenta agresiones verbales. Los familiares y amigos de los pacientes son los principales agresores, seguidos por los propios pacientes. La violencia en el entorno sanitario tiende a intensificarse durante crisis, emergencias o desastres, cuando las personas, abrumadas por pánico e incertidumbre, descargan su frustración en los trabajadores de la salud. Este grupo, especialmente el personal de emergencia y los involucrados en la atención de pacientes hospitalizados, es particularmente vulnerable a estos ataques [17, 19].

La tasa de incidencia de violencia en el lugar de trabajo varía, de forma significativa en el personal sanitario en diferentes países, con porcentajes de 76.0% en Grecia, 82% en Pakistán y 67% en Italia. Los estudios sugieren que los enfermeros enfrentan un alto riesgo de violencia laboral. En países como Etiopía, Corea del Sur, Jordania, Alemania e Irán, la violencia física contra enfermeros varía

entre 18.22% y 56.0%, mientras que el abuso verbal oscila entre 63.8% y 89.58%, y el acoso sexual entre 4.7% y 19.7%.

Los departamentos de emergencia y psiquiatría en los hospitales suelen ser los escenarios con mayores tasas de violencia, según investigaciones realizadas en EE.UU., Suiza y Jordania [19]. Los trabajadores en pabellones psiquiátricos presentan un riesgo elevado de sufrir violencia laboral. Entre 2005 y 2009, el Departamento de Justicia de EE.UU. reportó que las ocupaciones en salud mental tenían la segunda tasa anual más alta de violencia en el lugar de trabajo, con 21 incidentes violentos por cada 1000 empleados mayores de 16 años [27].

La violencia en el lugar de trabajo tiene una etiología compleja, con múltiples factores de riesgo asociados tanto con los agresores como con las víctimas.

Los ambientes de atención sanitaria, con su alta carga emocional y expectativas, contribuyen a la mayor susceptibilidad de los trabajadores a la violencia. Los factores de riesgo incluyen actitudes y comportamientos de pacientes y familiares, condiciones laborales como escasez de personal, falta de capacitación y mecanismos de afrontamiento inadecuados, y factores ambientales como áreas superpobladas, largas esperas y barreras lingüísticas y culturales [17, 28].

Los trabajadores de la salud enfrentan diferentes tipos de violencia, incluyendo física, psicológica e indirecta. La violencia física abarca una variedad de comportamientos agresivos, mientras que la violencia psicológica incluye distintos tipos de agresión proveniente de colegas, supervisores o el público. La violencia indirecta se manifiesta en eventos violentos presenciados o escuchados por compañeros, supervisores o familiares, afectando gravemente la salud y el bienestar de los trabajadores [5, 28].

La experiencia de violencia en el trabajo está vinculada a numerosos efectos adversos para la salud, como depresión, pérdida de autoestima, trastornos del sueño, ansiedad, irritabilidad, dificultades de concentración y alteraciones emocionales. Además, esta violencia reduce la motivación y el compromiso laboral, aumentando el ausentismo, la rotación de personal y el agotamiento [5, 28]. Es crucial entender los factores asociados con la violencia en el lugar de trabajo para prevenir y mitigar sus consecuencias. La creciente violencia en los entornos sanitarios está vinculada a cargas de trabajo pesadas, estrés, malas relaciones interpersonales y limitaciones sociales y económicas [5, 28].

La exposición a diversos riesgos psicosociales, como altas cargas de trabajo, presión por el tiempo, problemas de comunicación y organización, demandas emocionales, falta de apoyo y conflictos éticos, impacta negativamente la salud y el bienestar de los trabajadores de la salud. El ritmo de

trabajo, las tensiones interpersonales y las demandas emocionales pueden aumentar los comportamientos agresivos tanto hacia colegas como hacia pacientes.

Factores como largas horas de trabajo, ritmo intenso, demandas emocionales, malas relaciones laborales y falta de información y recursos pueden desencadenar comportamientos violentos en el lugar de trabajo [5].

La mayoría de los incidentes violentos en el sector sanitario ocurren de manera impulsiva debido a circunstancias adversas. Sin embargo, hay factores identificables que suelen iniciar estos episodios de violencia, clasificados generalmente en categorías profesionales, relacionadas con el paciente, organizacionales y sociales, como se ilustra en la figura 2 [10].

Figura 2. Factores de riesgo de violencia en el trabajo. Tomado de Kumari et al [28].

Factores relacionados con el paciente	Factores relacionados con el personal de salud	Factores organizacionales	Factores sociales
Demografía: Ser hombre Nivel educativo bajo Nivel social alto	Demografía: Ser mujer Nivel educativo bajo Menos experiencia	Departamento: Psiquiatría y Servicio de Urgencias	Barrera lingüística Barrera cultural
Bajo control de impulsos: Trastornos mentales Influencia de drogas y alcohol	Trabajadores por turnos Experimentar angustia emocional: estrés, ansiedad	Mala administración: Falta de recursos (equipos y medicamentos)	Falta de respeto a la autoridad Desconfianza del paciente
Personalidad: Estilo de control y dominio Pobre Experiencia previa Insatisfacción del paciente	Rasgos de personalidad: Baja autoestima Alto neuroticismo Poca amabilidad	Largos tiempos de espera Retraso en el servicio Carga de trabajo Combinación inadecuada de habilidades Falta de comunicación	Imagen negativa en medios Falta de políticas
Costo inesperado/alto de los servicios Mala adherencia al tratamiento Casos legales Muerte del paciente	Habilidades de comunicación deficientes: Comportamiento grosero e indiferente Incapacidad para calmar los sentimientos del paciente	Mala cultura de seguridad: Falta de directrices y protocolo Desánimo para denunciar Empoderamiento del personal Gobernanza compartida	
Visitante: Relación familiar compleja Demasiados o ningún visitante Categoría del visitante: Hermanos y cónyuges	No estar preparado	No hay penalización para el agresor No hay formación del personal	

Los pacientes que tienen problemas para controlar sus impulsos padecen trastornos psiquiátricos, están en situaciones de emergencia, o se encuentran bajo el efecto de alcohol o drogas, pueden tener dificultades para manejar situaciones emocionalmente estresantes, lo que los convierte en posibles agresores de los médicos. También se ha observado que los hombres jóvenes con niveles educativos bajos y perfiles sociales elevados presentan un mayor riesgo de cometer actos violentos. La frustración de los pacientes, debido a deficiencias en los sistemas de atención, como tiempos de espera prolongados, sobrecarga de pacientes, insuficiencia de personal o recursos, o desacuerdos

con los tratamientos propuestos, puede desencadenar episodios de violencia, con los médicos siendo los principales destinatarios de estos arrebatos [10, 27].

Las profesionales con menos experiencia en turnos suelen ser las más afectadas por la violencia en el lugar de trabajo. Además, muchos médicos carecen de formación adecuada en habilidades interpersonales y de comunicación, lo que les dificulta establecer relaciones empáticas o manejar situaciones difíciles con pacientes y asistentes. Con frecuencia, los médicos son instruidos a considerar estos incidentes como parte de su trabajo y a soportar el abuso. La ausencia de apoyo organizativo, como protocolos de seguridad, sanciones para los agresores y capacitación para los empleados, puede llevar a que estos incidentes no sean reportados [10].

La carencia de políticas gubernamentales para abordar la violencia contra los médicos puede hacer que los pacientes se sientan inclinados a tomar la justicia por su cuenta en respuesta a inconvenientes.

Eventos médicos adversos o la pérdida repentina de un ser querido pueden fomentar una reacción colectiva que amenace a los médicos y cause daños en las instalaciones hospitalarias. Los hospitales públicos y privados enfrentan retos distintos: los públicos lidian con problemas de infraestructura y alta rotación de pacientes, mientras que los privados enfrentan la violencia motivada por altos costos de atención y percepciones negativas. La imagen negativa de los médicos en los medios de comunicación también contribuye a la desconfianza pública y aumenta la probabilidad de tales incidentes [10].

La violencia en el lugar de trabajo debe ser una prioridad, y es esencial intensificar las medidas preventivas para proteger la salud física y mental de los trabajadores. Asegurar el bienestar de los profesionales de la salud es una preocupación ética que impacta no solo en la salud individual, sino también en la calidad de la atención sanitaria y en la sociedad en general [5].

II.1.5. Medición de la violencia

El proceso de medición requiere la existencia de una unidad de medida específica y debe considerar la posibilidad de errores en la medición. Por lo tanto, el evaluador debe registrar el número de incidentes violentos ocurridos en cada intervalo de tiempo. Las percepciones, opiniones y creencias del evaluador no deben influir en la medición [16].

En ausencia de una definición uniforme, es esencial aclarar al inicio de la evaluación qué tipo de violencia se va a medir. Existen diversas formas de violencia, como agresiones, ataques, amenazas y acoso, así como diferentes tipos de agresores, incluyendo clientes, colegas, superiores y desconocidos [16].

El sistema de clasificación más utilizado en el sector salud es la CIE, que proporciona un conjunto de códigos para diagnosticar enfermedades y sus causas y consecuencias. Mantenido por la OMS, la CIE incluye categorías como agresiones y malos tratos, que se consideran formas de violencia. Este sistema facilita el registro y comparación sistemática de datos médicos en diferentes centros de atención, regiones y países [29].

En el ámbito judicial, la medición de la violencia y el abuso se realiza a través de la estructura internacional de codificación de delitos establecida por la UNODC, conocida como ICCS (International Classification of Crime for Statistical Purposes), que fue introducida en 2015. Esta clasificación no solo abarca los delitos comúnmente relacionados con la violencia, sino que también incluye actos no necesariamente asociados a esta, como el fraude o la corrupción. La estructura de la ICCS se organiza en varios niveles jerárquicos. El nivel 1 es el más general, mientras que el nivel 4 es el más específico. Por ejemplo, dentro de la categoría de nivel 4 llamada "Agresión grave", encontramos un desglose que se agrupa dentro de la categoría de nivel 3, simplemente denominada "Agresión". Esta, a su vez, pertenece al nivel 2, "Agresión y amenaza", que finalmente se integra en la categoría de nivel 1, conocida como "Actos que causan o intentan causar daño a la persona" [29].

La evaluación del riesgo de violencia es parte de un proceso integral dentro de la gestión de riesgos profesionales, el cual incluye varios pasos fundamentales. Primero, se realiza la identificación del riesgo o peligro, seguida de una evaluación de la probabilidad de que este ocurra. A continuación, se analiza el daño potencial que podría causar si no se implementan intervenciones. Con base en esta evaluación, se procede al desarrollo e implementación de medidas preventivas y de protección. Finalmente, es crucial verificar la efectividad de dichas medidas para determinar si han sido exitosas en la reducción del riesgo y de los daños potenciales [11,30].

A pesar de la creciente necesidad de herramientas efectivas para evaluar el riesgo de violencia en el lugar de trabajo, las directrices existentes en este ámbito son escasas. No obstante, está claro que cualquier evaluación de riesgos debe basarse en el conocimiento previo sobre los incidentes de agresión ocurridos y sus consecuencias directas e indirectas [16].

Para identificar riesgos, la Dirección de Salud y Seguridad del Reino Unido (HSE) sugiere consultar a los trabajadores durante las inspecciones, revisar las características del entorno y los procedimientos de trabajo, analizar los registros de lesiones y escuchar a los representantes de los trabajadores. Este enfoque es recomendado por su eficacia y racionalidad [16].

Los resultados pueden variar en términos de subjetividad. Las medidas subjetivas, como las percepciones de seguridad y bienestar de las víctimas, reflejan cómo estas personas experimentan la violencia. No obstante, estas medidas pueden depender de la memoria, que no siempre es precisa, estar sujetas a respuestas socialmente deseables y ser interpretadas de diversas maneras.

La investigación sobre violencia a menudo utiliza cuestionarios retrospectivos de autoinforme, que han proporcionado una gran cantidad de datos, aunque han limitado el estudio de ciertos aspectos y han generado controversias. Las medidas objetivas, como los datos policiales (número de llamadas a la policía, por ejemplo), son potencialmente más precisas y confiables, pero no capturan todos los incidentes de abuso, ya que no todos se denuncian a las autoridades [30].

Es importante tener en cuenta que la subjetividad del evaluador puede influir considerablemente en cualquier lista de verificación utilizada. Además, es crucial distinguir entre la frecuencia de los incidentes y su gravedad al evaluar riesgos. Primero, se debe conocer la cantidad de eventos y sus características.

Después, se puede examinar el impacto y el daño que cada evento, o su repetición, ha causado. La evaluación del impacto debe seguir a la identificación y medición de la prevalencia, y no puede sustituir estos primeros pasos en la gestión de riesgos [16, 30].

No basta con identificar el riesgo de violencia laboral, observar algunos incidentes y analizar las circunstancias que los causaron para evaluar adecuadamente el riesgo y prever su recurrencia. Es esencial conocer la frecuencia de los eventos y analizar sus características de manera continua para implementar medidas preventivas efectivas.

La evaluación de la violencia en el trabajo debe ser rigurosa y científica. Utilizar un método estandarizado, como el ASIA (evaluación, vigilancia, información, auditoría), permite la recolección continua de datos, la medición de la eficacia de las intervenciones y el reinicio del proceso en un ciclo constante. Por tanto, es crucial establecer un sistema de detección continua de eventos violentos para entender el fenómeno, analizar su distribución y evolución, asistir a las víctimas, implementar medidas preventivas y verificar su efectividad (Figura3) [16, 30].

Figura 3: Preguntas que se pueden plantear a los trabajadores durante las visitas periódicas para evaluar su experiencia personal de violencia en el lugar de trabajo. Extraído de Magnavita et al [16].

1. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido alguna agresión física mientras trabajaba? (Por agresión nos referimos a un ataque que puede haber causado o no daño físico)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
2. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguna amenaza mientras trabajaba? (Una amenaza se define como la intención de causar daño físico)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
3. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido acoso en el trabajo? (El acoso se refiere a cualquier acto, palabra, actitud o acción que genere un ambiente de trabajo hostil)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
4. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado acoso persistente (acecho) en el trabajo, que incluye solicitudes, mensajes, llamadas y otros contactos no deseados persistentes que causan molestia, preocupación o miedo?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
5. El autor principal de esta/estas agresiones	Visitantes <input type="checkbox"/>	Colegas <input type="checkbox"/>
	Superiores <input type="checkbox"/>	Clientes <input type="checkbox"/>

La colaboración de los trabajadores es esencial para una evaluación adecuada. Por lo tanto, se deben evitar métodos de evaluación confusos o basados en algoritmos complejos que dificulten la participación. La evaluación del riesgo de violencia puede ser precisa y eficiente si se basa en las respuestas de los trabajadores sobre la frecuencia del fenómeno y sus consecuencias. Estas respuestas se pueden recoger de diversas maneras: a través de “denuncias” espontáneas, durante exámenes médicos periódicos en el lugar de trabajo y mediante encuestas electrónicas [11].

Como indica la literatura, la denuncia espontánea de agresiones suele ser baja y predominantemente oral, lo que complica el procesamiento de datos. Las denuncias escritas solo constituyen el 15% de los estudios y los sistemas electrónicos el 10% de los casos. Además, las víctimas frecuentemente están insatisfechas con el manejo de las denuncias y perciben el registro de agresiones como una fuente de estrés y una pérdida de tiempo laboral. Los esfuerzos para incrementar las denuncias, aunque se han intentado, no son comunes ni particularmente efectivos. Por lo tanto, basar las evaluaciones de riesgo únicamente en las denuncias espontáneas es inapropiado [16].

La exposición de los trabajadores a la violencia debe ser investigada de manera sistemática. Un método económico y accesible es utilizar las visitas periódicas de vigilancia de la salud para plantear a los trabajadores cinco preguntas clave [16].

Evaluar la violencia difiere de medir fenómenos psicológicos como actitudes o tendencias de comportamiento, ya que los incidentes violentos son fenómenos de "conteo": eventos que

ocurrieron o no, en lugar de características personales en diversos grados. Este enfoque tiene ventajas metodológicas, como un punto cero verdadero en las medidas de violencia, facilitando la interpretación de los datos de comportamiento en comparación con escalas de actitudes. Sin embargo, también presenta desafíos, como distribuciones sesgadas por baja tasa de violencia en muchas muestras, aunque estos problemas tienen soluciones estadísticas bien establecidas [31].

Un desafío clave es garantizar que los comportamientos reportados por los participantes se alineen con la definición de violencia establecida por los diseñadores de la investigación. Dado que términos como "violencia" y "abuso" pueden ser interpretados de maneras distintas por diferentes personas, cuestionarios como la Escala de Tácticas de Conflictos (CTS) [32], se diseñaron para minimizar el impacto de las percepciones subjetivas de los encuestados. Estos cuestionarios se enfocan en comportamientos específicos y observables, como "golpear", "patear" y "estrangular". La premisa de estas listas de verificación es que los reportes sobre estos comportamientos concretos son indicativos válidos de su ocurrencia, sugiriendo que diferentes informantes podrían coincidir en si un comportamiento como empujar o abofetear ha tenido lugar. Sin embargo, esta suposición ha sido cuestionada desde la creación de las primeras listas de verificación de comportamientos, y la falta de concordancia esperada en los reportes de violencia en relaciones, típicamente entre parejas, genera dudas sobre la precisión de los informes de comportamientos específicos [31].

Sobre el número de trabajadores que reportan haber experimentado actos violentos en el último año, se categoriza la violencia en tres tipos: violencia física (agresiones que pueden o no causar daño físico), amenazas (intenciones de causar daño corporal) y acoso (acciones o palabras que crean un ambiente laboral hostil). También se identifica al principal autor de la violencia, que puede ser un usuario, un visitante o un compañero de trabajo. El periodo de recuerdo de un año se basa en la frecuencia habitual de las visitas periódicas y en estudios longitudinales previos sobre violencia laboral. Es razonable suponer que los trabajadores recordarán los incidentes significativos ocurridos en el último año, salvo que sean eventos menores que se olviden fácilmente.

La identificación del trabajador durante las visitas médicas facilita el seguimiento de incidentes recurrentes o persistentes, permitiendo vincular estos datos con otra información relevante como ausencias por enfermedad, capacidad laboral, satisfacción en el trabajo, ansiedad, depresión, problemas de sueño, y otros síntomas. Además, los datos recopilados en estas visitas pueden analizarse por categoría laboral, sector o unidad de trabajo, ofreciendo una visión detallada sobre la distribución y evolución del fenómeno [16].

Cuando el Servicio de Vigilancia de la Salud administra el sistema, se asegura la confidencialidad de los datos y su uso para mejorar la seguridad y salud de los empleados. Sin embargo, el sistema también puede ser gestionado por el Servicio de Prevención y Protección, el Responsable de Gestión

de Riesgos Clínicos, u otros responsables de la empresa, en cuyo caso es aconsejable que los cuestionarios se administren de manera anónima [16].

Hay diversos cuestionarios diseñados para investigar sistemáticamente la violencia que sufren los trabajadores. Entre ellos, se destaca el cuestionario de la Organización Mundial de la Salud, orientado a recopilar datos sobre violencia en el trabajo. La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) también ha creado el sistema de Evaluación de Riesgos Interactiva en Línea (OiRA) para ayudar a las empresas a identificar y gestionar los riesgos laborales [16].

La recopilación sistemática de datos sobre las experiencias de violencia laboral mediante cuestionarios que evalúan tanto la frecuencia como las características y consecuencias de los episodios de violencia permite estimar el impacto de la violencia en distintos contextos. Tras evaluar la prevalencia del riesgo, es necesario cuantificar el daño utilizando métodos específicos (por ejemplo, días de baja por enfermedad tras el trauma, número de trabajadores con síntomas de estrés postraumático, etc.). En este proceso, es importante evitar el enfoque en el que el evaluador asigna un valor de gravedad al daño sin justificar su criterio [16].

Existen diversas estrategias para evaluar la violencia interpersonal, cada una con ventajas y desventajas. La literatura incluye numerosos ejemplos de cuestionarios específicos para el sector sanitario, como los propuestos por Kumari et al. [33], Won et al. [30] y Singh et al. [35].

Una herramienta sobre la frecuencia percibida, naturaleza, gravedad y consecuencias de la violencia laboral es la escala Perceptions of Prevalence of Aggression Scale (POPAS), desarrollada por Oud en 2001 con el fin de identificar la frecuencia de situaciones de agresión o violencia hacia el trabajador de salud mental en el último año. El alfa de Cronbach para el POPAS es de 0.86, lo que indica una fiabilidad buena [36].

Esta escala consiste en un cuestionario de carácter auto cumplimentado cuyos ítems representan diferentes formas de violencia: verbal, física, psicológica y sexual. Este instrumento incluye dos apartados en cada pregunta, para indicar el número estimado de veces que ha ocurrido dicha situación tanto procedente de forma externa (pacientes/acompañantes) como de forma interna (colegas) [36].

Otros estudios que han utilizado la escala POPAS para el análisis de las agresiones en el ámbito sanitario son los de Loughland et al [37] y Swain et al [38] demuestran que la Escala de Percepción de Agresión (POPAS) es una herramienta válida y confiable para examinar la violencia en el entorno sanitario.

Hemos decidido utilizar la Escala de Percepción de Agresión (POPAS) en nuestra investigación debido a su adecuación para el análisis de agresiones en el entorno sanitario. Consideramos que su aplicación en nuestro estudio permitirá obtener resultados precisos y comparables con investigaciones previas en el ámbito de la violencia.

II.2. Estrés laboral y Burnout en el entorno sanitario

II.2.1. Concepto de estrés y estrés laboral

La respuesta fisiológica o psicológica a factores estresantes ya sean internos o externos, afecta casi todos los sistemas del cuerpo y tiene un impacto en cómo las personas se sienten y se comportan. El estrés puede manifestarse de diversas maneras, como palpitaciones, sudoración, sequedad en la boca, dificultad para respirar, inquietud, habla rápida, aumento de emociones negativas si ya están presentes, y una prolongación de la fatiga provocada por el estrés. El estrés severo puede llevar al síndrome de adaptación general, que ilustra cómo el estrés induce cambios en la mente y el cuerpo, contribuyendo directamente a trastornos y enfermedades tanto psicológicos como físicos, y disminuyendo la calidad de vida. Este concepto de estrés crónico fue introducido en la psicología por el endocrinólogo Hans Selye [39-41].

Hans Selye, conocido como el "padre del estrés moderno", fue quien acuñó el término "estrés". El término proviene del latín "stringere", que significa "apretar". En 1936, Selye definió el estrés como un "síndrome causado por diversos agentes nocivos" y lo describió como una respuesta inespecífica del cuerpo a "estímulos dañinos". Según Selye, el estrés surge cuando las demandas sobre una persona ponen a prueba o superan sus recursos de adaptación [40, 42].

En años posteriores se identificaron diferencias significativas en cómo las personas reaccionan ante los factores estresantes. Esto no había sido considerado claramente en las premisas de Selye. En la década de 1980, Lazarus y Folkman propusieron un "modelo interactivo" que contempla estas diferencias, donde el estrés se convierte en un proceso dinámico de interacción constante entre la persona y su entorno. Según ellos, un evento se convierte en estresante dependiendo de cómo el individuo lo perciba, independientemente de las características del suceso. Este modelo incluye múltiples interacciones entre factores estresantes, variables presentes y reacciones al estrés (Figura 1) [43].

Figura 4. Reacción frente a los estímulos estresantes durante el proceso de estrés. Replicado de Lizancos et al [43].



No existe un acuerdo universal sobre la definición de estrés. El estrés describe experiencias que suponen un desafío emocional y fisiológico. Estos factores estresantes pueden ser agudos (como problemas puntuales) o crónicos (como el duelo), de pequeña magnitud (como esperar en una cola larga) o traumáticos (como un ataque violento) [40, 42].

El modelo interactivo describe el proceso mediante el cual una persona identifica y reacciona ante eventos estresantes, los cuales pueden ser percibidos como amenazas (creando múltiples posibilidades) o desafíos (positivos y motivadores en ocasiones). Las reacciones al estrés pueden proporcionar recursos excepcionales y desconocidos que capacitan a la persona para enfrentar situaciones diarias [43].

Los factores estresantes a menudo amenazan el bienestar psicofisiológico y emocional. Reacciones repetidas a situaciones estresantes pueden ser perjudiciales, causando efectos negativos como trastornos del sueño, incapacidad para sentir bienestar, disfunción sexual, deterioro del rendimiento académico o laboral, trastornos de ansiedad o cuadros depresivos [43].

El estrés puede verse como un estado de homeostasis amenazada que el cuerpo intenta contrarrestar mediante respuestas afectivas, fisiológicas, bioquímicas y cognitivo-conductuales para recuperar el equilibrio. Las reacciones de estrés van seguidas de procesos de recuperación, que pueden verse comprometidos si los factores estresantes son graves, prolongados o no habituales [40].

El estrés puede manifestarse como agobio, cansancio, preocupaciones, falta de sueño, de apetito o incluso sobrealimentación. Afecta mental, física y psicológicamente, y puede causar daños significativos a las personas. Aunque es imposible evitar el estrés por completo, se puede controlar y manejar aprendiendo sobre él. En la actualidad, el estrés es uno de los grandes desafíos para los administradores de diversas organizaciones [44-45].

El estrés implica cualquier factor que actúe interna o externamente al cual se hace difícil adaptarse, induciendo un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un equilibrio interno y con su ambiente externo. También puede ser un evento o estímulo ambiental que causa tensión o excitación, caracterizado por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo. En este sentido, el estrés es el estado mental interno de tensión o excitación y el proceso de manejo interpretativo, emotivo y defensivo del estrés dentro de la persona [41, 44, 45].

Se han identificado tres factores principales que desencadenan el estrés: a) situaciones vitales o cambios significativos en la vida, b) tensiones cotidianas, y c) eventos de elevado estrés (Figura 5).

Figura 5. Factores desencadenantes del estrés. Tomado de Lizancos et al [43].



A continuación, procederemos a analizar cada uno de estos factores de manera más extensa, con el objetivo de comprender mejor cómo impactan en el bienestar emocional y profesional de los individuos, y cómo pueden gestionarse de forma más eficaz:

- Situaciones vitales

Estos eventos habituales en la vida de una persona no son traumáticos, pero implican cambios profundos que alteran la rutina. Ejemplos incluyen cambios académicos o laborales, y etapas de vida como nacimientos, fallecimientos, matrimonios y jubilaciones. Estos eventos requieren un esfuerzo adaptativo significativo, lo cual puede generar respuestas individuales de estrés.

La repetición de estos eventos puede dificultar la recuperación y causar efectos negativos a corto, medio o largo plazo. La tolerancia al estrés varía entre personas y puede cambiar a lo largo de la vida [43].

- Tensiones cotidianas

Se refiere a las contrariedades y problemas diarios que cualquier persona enfrenta. Estas tensiones no siempre derivan de eventos significativos, sino que surgen de la rutina diaria, como hacer cola, perder el móvil, etc. Estos estresores diarios pueden afectar la salud física, psíquica, social y espiritual, especialmente si se presentan simultáneamente. La persistencia de estas tensiones puede provocar fatiga psico-fisio-emocional, conocida como burnout, afectando a profesiones de alta presión como personal sanitario, policías, bomberos y profesores. Esta fatiga reduce la productividad laboral y puede llevar a depresión, astenia, cinismo, pasotismo o absentismo [43].

- Eventos de elevado estrés

Son situaciones incontrolables e inesperadas con una carga traumática significativa, como desastres naturales, situaciones violentas, contiendas bélicas o actos de terrorismo. Estos eventos pueden causar trastornos psicológicos como estrés postraumático o estrés agudo.

La presencia de estas situaciones a menudo requiere una evaluación del riesgo de estrés, evaluando todos los riesgos para la seguridad y salud de la persona en su entorno cercano. Este examen sistemático debe considerar todos los aspectos del trabajo que puedan provocar lesiones y buscar medidas para prevenir o proteger a la persona [43].

II.2.2. Definición de estrés laboral

El estrés surge en situaciones de la vida diaria, como el contexto laboral, debido a estímulos del entorno que generan respuestas fisiológicas interpretadas de forma positiva o negativa según la capacidad adaptativa de cada persona. Esta patología se presenta no solo como una respuesta fisiológica a una situación estresante, sino también en la interacción entre las demandas percibidas de la situación, los recursos del individuo para mitigar el estresor y sus características individuales. De esta interacción depende la respuesta fisiológica, comportamental, cognitiva y emocional del trabajador al estrés [40, 44, 45].

El Diccionario de Psicología de la Asociación Americana de Psicología describe el estrés laboral como “una reacción fisiológica y psicológica a situaciones o condiciones en el entorno de trabajo que resulta perjudicial para la salud y el bienestar”. Las respuestas al estrés pueden diferir entre personas, y están influenciadas por varios factores como el grado de autonomía, responsabilidad e independencia en el trabajo, la carga y el ritmo del trabajo, la seguridad y protección en el entorno laboral, y las relaciones con compañeros y supervisores [46].

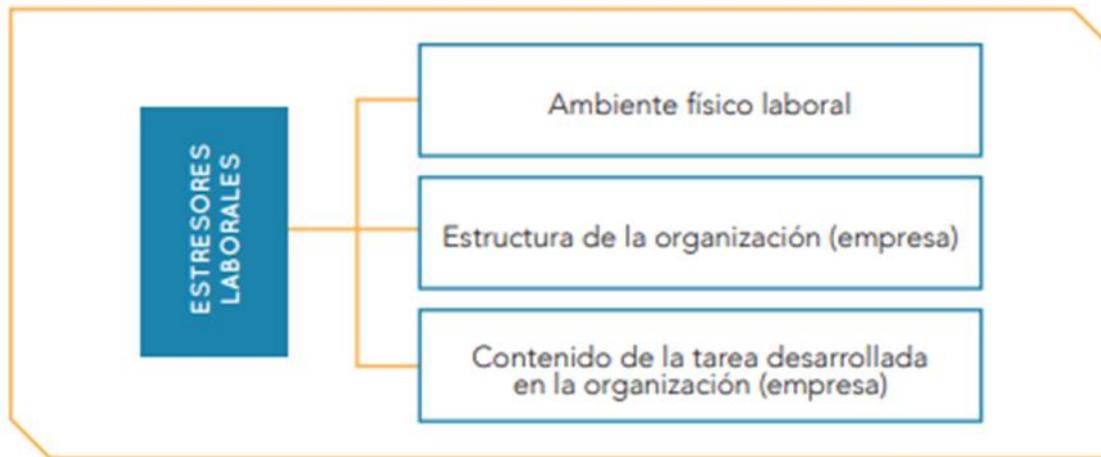
El estrés laboral es un cambio en el estado mental y físico del individuo en respuesta a situaciones ambientales o personales que presentan un desafío y se denominan estresores. Cada agente estresor puede provocar una respuesta positiva (eustress) o negativa (distress). El distress tiene mayores implicaciones en la salud del individuo, ya que influye en su capacidad de afrontamiento frente al estresor [40, 44, 45, 47].

El estrés laboral podría definirse como un daño físico y una respuesta emocional que se presentan cuando las condiciones de trabajo no corresponden a las capacidades, necesidades y recursos del trabajador, causando síntomas de enfermedad y desgaste. Actualmente, se considera un acontecimiento de alta prevalencia en el mundo moderno, responsable de enfermedades derivadas de las experiencias y percepciones del individuo sobre las condiciones laborales. Dependiendo de la realidad subjetiva de cada persona, se crearán diferentes apreciaciones que causan estrés. Algunas definiciones relacionan el estrés con el concepto de adaptación, ya que el organismo no logra adaptarse ni responder ante las demandas laborales solicitadas, afectando la salud física y mental [40, 44, 45, 47-49].

Numerosos estudios han demostrado que el estrés laboral surge de desajustes entre los trabajadores y la carga de trabajo demandada, la cual a veces resulta insuperable. Factores como las condiciones físicas de trabajo, la estructura organizativa, la actividad laboral y el contenido de las tareas asignadas juegan un papel crucial (Figura 6). Además, las características individuales de los

trabajadores, su entorno sociofamiliar, el sector de la organización y la cultura empresarial también influyen [43].

Figura 6: estresores laborales. Extraído de Lizancos et al [43].



Los riesgos psicosociales en el entorno laboral, derivados de una gestión inadecuada y de un contexto social disfuncional, pueden tener repercusiones significativas tanto en la salud física como en la emocional de los trabajadores. Estos riesgos se manifiestan, en primer lugar, en la fijación de objetivos difíciles de cumplir, lo que genera una presión constante. Esta situación se agrava cuando existe ambigüedad en las funciones del empleado, lo que añade una capa de confusión y frustración, al no quedar claras las expectativas.

Otra problemática frecuente es la falta de participación de los empleados en la toma de decisiones que afectan su trabajo. Cuando los trabajadores se sienten excluidos de los procesos que influyen en su desempeño, se genera una sensación de desmotivación y de falta de control sobre su propio entorno laboral. Además, muchas veces las actividades asignadas son altamente exigentes, pero el tiempo otorgado para completarlas es insuficiente, lo que incrementa los niveles de estrés y puede llevar a una sensación de fracaso constante. Un aspecto crítico que contribuye a esta dinámica es la infrautilización de las competencias profesionales. Cuando los trabajadores no pueden emplear sus habilidades al máximo, experimentan frustración, y esto deriva en una falta de satisfacción laboral, ya que no logran alcanzar las metas esperadas ni desarrollarse plenamente en sus roles. Este malestar se agrava aún más por la falta de recursos necesarios para llevar a cabo las tareas asignadas, lo que crea una barrera adicional para cumplir con las expectativas. Además, los trabajadores pueden verse expuestos a situaciones de acoso, tanto psicológico como sexual, ya la violencia de terceros, lo que genera un ambiente laboral hostil y nocivo para su bienestar emocional. La conciliación entre la

vida laboral y personal se vuelve complicada debido a los horarios rígidos y los turnos poco flexibles, lo que afecta directamente su calidad de vida fuera del trabajo [42-].

La mala gestión de estos riesgos puede causar estrés laboral, problemas de salud física y emocional (como enfermedades cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos e insomnio), agotamiento que puede derivar en síndrome de burnout, y abuso de sustancias tóxicas como alcohol y drogas [43].

El estrés laboral puede presentarse de manera episódica, siendo breve y esporádica, generalmente causado por un evento claro que desaparece junto con el estrés, como la proximidad de la entrega de un proyecto importante. Los efectos de este tipo de estrés suelen ser moderados y se disipan una vez que la situación estresante ha sido superada [44-45].

El estrés laboral crónico, por otro lado, es peligroso porque afecta a la persona durante un tiempo prolongado y se acumula debido a una exposición continua a factores del entorno laboral como un mal ambiente de trabajo o la inestabilidad laboral. Las consecuencias del estrés crónico pueden ser graves a medio y largo plazo, tanto a nivel físico como mental [44-45].

También el estrés puede ser positivo, refiriéndonos a un ligero nivel de estrés que surge en situaciones desafiantes, como un nuevo proyecto, y mantiene a la persona en alerta. Este tipo de estrés puede ser beneficioso si se maneja correctamente, ayudando a incrementar las capacidades del individuo. Sin embargo, el estrés negativo puede ser muy perjudicial, ya que persiste más allá del horario laboral y afecta la vida personal del empleado.

Este tipo de estrés es común en situaciones de malas relaciones con compañeros o superiores y puede causar daño emocional continuo, incluso durante los periodos de descanso [44-45].

Normalmente, la respuesta al estrés implica un incremento en el nivel de activación general del organismo, afectando tanto al sistema nervioso central como al sistema neurovegetativo, aunque en algunas ocasiones puede haber una reducción en esta actividad. Un nivel adecuado de activación está vinculado a los efectos positivos del estrés, como la motivación, mientras que niveles excesivos o demasiado bajos pueden llevar a problemas como ansiedad, hostilidad, depresión y agotamiento psicológico. En el entorno laboral, el grado de activación inducido por el estrés puede influir positiva o negativamente en el rendimiento. Para gestionar esta activación, el individuo implementa estrategias de afrontamiento con el fin de mantener un nivel óptimo de activación [44,45].

El estrés laboral puede manifestarse de tres formas: primero, como el conjunto de impulsos externos que producen efectos transitorios o permanentes; segundo, como las múltiples respuestas fisiológicas y psicológicas que pueden producir determinados estímulos; y tercero, desde las

implicaciones psicológicas y físicas originadas por los procesos perceptivos. La Organización Internacional del Trabajo ha catalogado el estrés laboral como una epidemia mundial, debido a la respuesta del trabajador ante exigencias y presiones laborales que superan sus conocimientos y capacidades. En consecuencia, los trabajadores pueden tener una capacidad inadecuada para responder a las exigencias de su organización, lo que genera una respuesta psíquica desfavorable [44-45].

El estrés laboral es un factor de riesgo que altera el estado psicológico de la persona, generando reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento frente a situaciones con alta demanda laboral que sobrepasan los recursos personales y del trabajo, causando pérdida del control y consecuencias en la salud de los trabajadores. Es considerado un factor de riesgo psicosocial que requiere atención en los sistemas de gestión del riesgo, debido a sus repercusiones en el bienestar de los trabajadores y en el rendimiento laboral [41, 44, 45, 47].

Además, el estrés en el trabajo se plantea como un conflicto social y económico. En lo social, afecta la salud del trabajador, ya que el recurso humano es fundamental para el éxito; en lo económico, reduce la productividad de las organizaciones, haciéndolas menos competitivas y lucrativas. Por lo tanto, es crucial reconocer los síntomas del estrés laboral de manera temprana para prevenirlo y promover una buena salud mental y física, así como una excelente respuesta laboral, lo que resultará en una mayor eficiencia, eficacia y productividad para la organización [44, 45].

Investigar el estrés laboral es fundamental debido a su impacto significativo tanto en la salud física y mental de los trabajadores como en la productividad en el ámbito laboral, lo cual afecta negativamente a la economía global. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los costos directos e indirectos relacionados con el estrés laboral suman miles de millones de dólares anualmente a nivel mundial [46].

El "State of the Global Workplace 2022 Report" de Gallup indica que aproximadamente el 44% de los empleados a nivel mundial sufren de estrés laboral. Entre los factores que contribuyen a este estrés se encuentran el nivel de compromiso de los empleados, con Estados Unidos y Canadá mostrando el mayor porcentaje de empleados comprometidos (33%), mientras que Europa presenta el porcentaje más bajo (14%). Otro factor es la seguridad financiera, siendo más alta en Australia y Nueva Zelanda (55%) y más baja en África subsahariana (10%). Además, el trato social en el lugar de trabajo también juega un papel importante, con el sur de Asia reportando el mayor porcentaje de empleados (19%) que sienten que no reciben el respeto adecuado en sus ambientes laborales [46].

Cuando los trabajadores están estresados, su rendimiento disminuye debido a desmotivación, enfermedad, cansancio, presiones, entre otros factores.

El estrés laboral es consecuencia del desequilibrio entre la exigencia laboral y la capacidad o recursos disponibles para cumplirla eficientemente, aunque también puede originarse por factores ajenos al trabajador. Los síntomas pueden ir desde un ligero mal humor hasta graves depresiones, casi siempre acompañados de agotamiento y debilidad física [44-45].

Existen varias teorías en el campo de la psicología que intentan explicar la aparición del estrés laboral (Figura 7). La primera y más aceptada es el modelo de demanda-control. Según este modelo, el estrés surge cuando la carga de trabajo es alta, pero la autoridad para tomar decisiones es baja. Esto significa que los empleados que tienen muchas responsabilidades, pero poca autonomía para decidir cómo manejarlas pueden experimentar niveles elevados de estrés. La falta de control sobre las tareas que deben realizar puede generar una sensación de impotencia y aumentar la tensión emocional y física [46, 48, 50].

Otro enfoque importante es el modelo de demanda-recursos. Este modelo sugiere que el estrés puede ocurrir cuando la carga de trabajo es alta y existe una falta significativa de recursos o apoyo para realizar ese trabajo. Por ejemplo, si un empleado tiene que cumplir con plazos estrictos, pero no cuenta con las herramientas, el personal o la capacitación necesaria para hacerlo, esto puede generar un alto nivel de estrés. La ausencia de apoyo por parte de supervisores y compañeros de trabajo también puede exacerbar la situación, haciendo que el empleado se sienta aislado y sobrecargado [46, 48, 50].

Otro modelo es el llamado de ajuste persona-entorno que plantea que el estrés surge cuando las habilidades, capacidades y actitudes del empleado no coinciden con los requisitos del trabajo. Esto ocurre cuando un empleado se encuentra en un puesto para el cual no está adecuadamente capacitado o cuando las expectativas del trabajo son demasiado altas o bajas en comparación con sus competencias. Esta falta de congruencia puede llevar a la frustración y a un rendimiento deficiente, aumentando el estrés laboral [46, 48, 50].

El modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa se centra en la relación entre el esfuerzo que un empleado pone en su trabajo y las recompensas que recibe a cambio. Si los esfuerzos realizados para un trabajo no se recompensan adecuadamente, ya sea en forma de salario, trato justo, o incluso una simple apreciación, el empleado puede experimentar estrés. La sensación de que el esfuerzo no es valorado o compensado puede desmotivar al trabajador y afectar negativamente su bienestar [46, 50].

Por último, el modelo de diátesis-estrés reconoce que la capacidad para afrontar diversas condiciones estresantes difiere de un individuo a otro. Este modelo sostiene que el estrés surge cuando los factores estresantes superan la capacidad de un individuo para afrontarlos. Cada persona

tiene una diferente predisposición o "diátesis" al estrés, y cuando los factores estresantes superan esta capacidad, el individuo puede sufrir consecuencias negativas para su salud mental y física [46, 50].

Figura 7. Modelos teóricos sobre la aparición del estrés laboral. Tomado de Palaniappan et al [46].



Se podría argumentar que las causas del estrés laboral no se deben únicamente a las condiciones del lugar de trabajo y que existen posibilidades de que existan factores personales derivados de la vida familiar o social de un individuo que podrían tener un impacto en su bienestar físico y mental. Factores como problemas familiares, relaciones personales conflictivas, responsabilidades domésticas, o eventos traumáticos pueden incrementar la susceptibilidad de una persona al estrés. Estos factores personales pueden influir en cómo un individuo percibe y maneja las demandas del entorno laboral, exacerbando los efectos del estrés en el trabajo. Por ejemplo, un empleado que atraviesa por un divorcio o tiene un familiar gravemente enfermo podría encontrarse más vulnerable a los estresores laborales y presentar una respuesta más intensa ante las exigencias profesionales [46].

Sin embargo, la evidencia científica muestra que varias condiciones laborales contribuyen al estrés laboral de manera significativa. Investigaciones han demostrado que un entorno laboral con altas demandas, falta de control sobre las tareas, ambiente hostil, inseguridad laboral y ausencia de apoyo social en el trabajo son factores que intensifican el estrés laboral. Un mal ambiente de trabajo, como el acoso laboral, la sobrecarga de trabajo, y la falta de reconocimiento, son ejemplos claros de cómo las condiciones laborales pueden ser fuentes directas de estrés. Además, la inestabilidad laboral y la inseguridad respecto al empleo son factores que generan una preocupación constante, impactando negativamente en la salud mental del empleado. Estos factores crean un entorno en el que las respuestas fisiológicas y emocionales al estrés son constantes y prolongadas, lo que puede llevar a problemas de salud graves, como enfermedades cardiovasculares, trastornos de ansiedad, y depresión [46].

II.2.3. Estrés laboral en el sector sanitario

El estrés laboral en el sector sanitario es un fenómeno complejo y multifacético que afecta a una amplia gama de profesionales, desde médicos y enfermeras hasta técnicos y personal administrativo. Este estrés no solo impacta negativamente en la salud y el bienestar de los trabajadores, sino que también puede tener consecuencias significativas en la calidad de la atención al paciente y en el funcionamiento general de las instituciones de salud [49].

Comparado con otras profesiones, los trabajadores de la salud son especialmente vulnerables a altos niveles de estrés psicológico. Los proveedores de atención médica suelen enfrentar condiciones laborales muy demandantes, como lidiar con el sufrimiento y la muerte, preocupaciones por su seguridad personal, una carga de trabajo elevada (particularmente cuando atienden a pacientes con enfermedades infecciosas) y un apoyo limitado, lo que puede llevar a la fatiga, el agotamiento y el estrés. Un estudio realizado en la India reveló que ya de inicio los estudiantes de medicina y los médicos internos experimentaban altos niveles de estrés [51]. Este hallazgo se encuentra en consonancia con investigaciones previas que informan niveles significativos de estrés en los profesionales de la salud. [52]

El estrés en los trabajadores de la salud es un fenómeno ampliamente documentado incluso antes de la pandemia de COVID-19. Antes del brote de la pandemia, los niveles de estrés ya eran superiores al 60% entre médicos, proveedores de cuidados avanzados y enfermeras [52]. Investigaciones recientes han confirmado que el estrés entre los trabajadores de la salud se ha intensificado durante la pandemia. Por ejemplo, una encuesta realizada en 2022 a 11,964 enfermeras

mostró que más del 70% había experimentado estrés recientemente, y casi el 30% de 2,373 médicos reportaron niveles altos de estrés [53].

El entorno laboral de los profesionales de la salud también puede impactar negativamente en su bienestar psicológico. Factores como la falta de equipo de protección personal, la reorganización de servicios, el miedo a contraer o transmitir infecciones, enfrentar decisiones éticamente difíciles, sentirse impotente, y tener que trabajar largas horas contribuyen a estos efectos [51].

Las profesiones en el sector de la salud se encuentran entre las más estresantes. No obstante, no todos los profesionales de la salud experimentan el mismo grado de estrés ni desarrollan signos de agotamiento profesional [54].

Debido a la complejidad del estrés, nunca debemos asumir con plena seguridad las fuentes exactas de estrés; es esencial considerar la percepción individual de cada persona sobre lo que constituye un factor estresante. Entre los principales factores que influyen en los trastornos emocionales de los profesionales de la salud se encuentra la naturaleza intrínsecamente estresante de la profesión, caracterizada por las demandas laborales constantes, los desafíos psicológicos, los dilemas éticos y las altas expectativas de los pacientes, lo que genera una gran presión sobre el bienestar emocional de los profesionales. La ansiedad y las tensiones en el entorno laboral pueden llevar a una disminución en la calidad de la atención brindada, afectando tanto la satisfacción profesional como la calidad de vida del trabajo. La interacción continua con pacientes y sus familias también puede desencadenar emociones intensas como frustración, miedo, vergüenza y desesperación, especialmente cuando los problemas de los pacientes no pueden ser resueltos, lo que agrava el malestar emocional de los profesionales de la salud. Además, la falta de apoyo de colegas y superiores, los conflictos dentro del equipo, la ambigüedad en los roles, las jerarquías desiguales y la falta de una estructura organizativa clara contribuyen al desarrollo del problema. [54].

Por último, ciertos factores individuales como la personalidad, las experiencias personales, la madurez emocional, el estilo de vida y los aspectos demográficos (edad, género, nivel socioeconómico, antigüedad en el empleo y estado civil) también pueden aumentar la vulnerabilidad a los trastornos emocionales.

El estrés en el ámbito sanitario tiene consecuencias especialmente graves y visibles debido a la constante exposición pública del trabajo de estos profesionales y su vocación de servicio [49].

La relación con los pacientes no es sencilla y requiere una serie de herramientas, competencias, habilidades y actitudes específicas por parte del personal sanitario. Además, estos profesionales deben ser capaces de mantener una distancia terapéutica adecuada con los pacientes sin perder empatía ni compromiso. Otros factores que aumentan el estrés incluyen la necesidad de

actualización constante de conocimientos, la utilización de nuevas tecnologías y los recortes presupuestarios en el sistema sanitario público [55].

Este estrés suele comenzar durante el periodo formativo. La transición de la universidad al mundo laboral es una fuente importante de tensión para los futuros profesionales sanitarios. En estudios realizados, se ha observado un mayor nivel de estrés académico en los estudiantes de medicina de primer año en comparación con los de sexto año, debido principalmente a la sobrecarga académica, la falta de tiempo para cumplir con las actividades y la ansiedad provocada por los exámenes [55].

Según varios estudios, el personal médico/enfermero de las Unidades de Cuidados Intensivos informa que lidiar con la muerte es su primera fuente de estrés, en comparación con las enfermeras que trabajan en Medicina Interna o en los Departamentos Quirúrgicos. Para estos profesionales, la carga de trabajo y la dotación adecuada de personal es su fuente de estrés más importante [51, 54].

Dentro de un entorno hospitalario, el personal sanitario a menudo enfrentan múltiples fuentes de estrés relacionado con el trabajo, incluyendo ruido constante, conflictos interpersonales con otros profesionales de la salud, demandas de carga de trabajo, conflictos con médicos, conflictos de roles, lidiar con la muerte y la agonía, falta de recursos, falta de apoyo de compañeros de trabajo y supervisores, agresividad o violencia del paciente, aumento de las cargas de pacientes y pacientes desafiantes [52].

El entorno social del lugar de trabajo no debe subestimarse en su capacidad para afectar el nivel de estrés y el estado de salud de los empleados. Por ejemplo, el abuso verbal o el acoso por parte de supervisores, compañeros de trabajo o pacientes pueden conducir a conductas de afrontamiento emocional negativas (p. ej., ira, humillación, vergüenza y frustración) y síntomas negativos de salud física (p. ej., dolor de estómago, dolores de cabeza y dificultad para dormir). Las enfermeras que son víctimas de acoso o intimidación pueden desarrollar problemas emocionales (por ejemplo, cambios de humor, ansiedad, depresión y miedo) o problemas de salud psicosomáticos (por ejemplo, problemas gástricos, dolores de cabeza y sensibilidad a los sonidos) en tan solo unos meses de trabajo en un entorno laboral negativo [52].

Según otros estudios, las enfermeras quirúrgicas evalúan el aspecto emocional como menos importante en comparación con sus colegas de los departamentos de oncología y hematología. En general, los profesionales sanitarios son más propensos al estrés y al desgaste profesional, porque son responsables de vidas humanas y sus acciones (o falta de acción) pueden tener un impacto grave en sus pacientes [54].

La naturaleza misma del trabajo de enfermería también puede inducir estrés. Las enfermeras a menudo experimentan bajos niveles de autonomía y poco control sobre su trabajo, son trasladadas

entre diferentes unidades de atención al paciente, experimentan una comunicación deficiente entre los miembros del equipo de atención médica y a menudo tratan con familiares de pacientes exigentes y/o poco cooperativos. Estos factores estresantes relacionados con el trabajo aumentan los sentimientos y las percepciones de las enfermeras de estar sobrecargadas de trabajo y estresadas [52].

Las enfermeras y auxiliares de enfermería enfrentan sus propias dificultades. Un estudio con personal de urgencias mostró que las principales fuentes de estrés incluían la falta de personal, la realización de tareas no propias de la enfermería, la insuficiente información por parte de los médicos y la falta de tiempo para dar apoyo emocional a los pacientes. Además, enfrentan el dolor, sufrimiento y muerte de los pacientes, lo que añade una carga emocional significativa [52, 54].

Las enfermeras tienen más margen de acción para prevenir el estrés en comparación con los médicos y auxiliares, posiblemente debido a su menor responsabilidad y mayor autonomía. Sin embargo, enfrentan desafíos como la desmotivación, la falta de expectativas laborales positivas y la incapacidad de realizar el seguimiento adecuado de la evolución del paciente [52, 55].

El estrés es común entre los médicos, y algunos psiquiatras han planteado la existencia de un "síndrome médico" que aparece frecuentemente al finalizar los estudios y comenzar la práctica profesional. Muchos médicos creen erróneamente que su profesión los hace invulnerables al estrés [55].

Se ha observado que cuanto mayor es la especialización profesional, menor es la frecuencia de aparición del estrés. Por ejemplo, los cirujanos tienden a tener nervios más templados debido a las características de su personalidad y mejores condiciones laborales, lo que los protege del estrés [55].

La especialidad profesional y el género influyen en la vulnerabilidad al estrés entre los médicos. En España, más médicas trabajan en centros de salud en comparación con los médicos, y tienen menos acceso a tareas de investigación científica. Esta situación, junto con el hecho de que muchos puestos de gestión sanitaria están ocupados por médicos, genera una mayor frustración laboral entre las médicas.

Además, una mayor proporción de médicos trabaja en el ámbito privado, lo que también contribuye a la frustración y el estrés laboral de las médicas [55].

El estrés en los profesionales de la salud puede manifestarse en tres grandes áreas [54]. En primer lugar, a nivel subjetivo, provoca sensaciones de ansiedad, depresión, y estrés, acompañadas de un retraimiento emocional que va deteriorando paulatinamente la capacidad de empatía hacia los

pacientes. En segundo lugar, se observan consecuencias físicas, que van desde migrañas y problemas cutáneos hasta trastornos más serios como el síndrome del intestino irritable, enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares. Por último, a nivel conductual, el estrés puede derivar en irritabilidad y la adopción de hábitos poco saludables, como el consumo excesivo de alcohol y otros comportamientos adictivos. Estos cambios no solo afectan el bienestar del profesional, sino que también comprometen su capacidad para brindar una atención de calidad, incrementando el riesgo de agotamiento y episodios depresivos recurrentes.

Es importante señalar que el estrés laboral puede también impactar negativamente en la vida familiar del profesional, reduciendo su calidad de vida en general.

Finalmente señalar que aunque existen diversas escalas para medir el estrés en investigación, la Escala de Estrés Percibido versión 10 (PSS-10) destaca en la literatura existente como una herramienta ampliamente utilizada y validada clínicamente para medir el nivel de estrés percibido en los profesionales sanitarios. Esto se debe a su facilidad de uso, su capacidad para evaluar de forma eficiente el estrés psicológico en diferentes contextos, y su comprobada validez y fiabilidad en estudios que abarcan tanto a población general como a grupos específicos, como los trabajadores de la salud. Además, ha demostrado ser un indicador efectivo de cómo las personas perciben situaciones estresantes y su capacidad para manejarlas, lo que la hace particularmente relevante para los estudios de estrés ocupacional en entornos de alta presión como el sanitario [51].

Este enfoque hace que la PSS-10 sea una elección ideal para nuestra investigación al proporcionar resultados comparables y contribuir a una mejor comprensión del impacto del estrés en los profesionales sanitarios.

II.2.4. Concepto de Burnout

El síndrome de burnout es un tipo de estrés laboral causado por una exposición prolongada al estrés en el trabajo. Introducido en la década de 1970 por el psicoanalista Freudenberg, y luego definido por Maslach y sus colegas, este síndrome se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento emocional, cinismo y despersonalización, y disminución de la eficacia profesional y realización personal. Puede afectar a cualquier tipo de profesión [56-62].

Desde su definición en los años 70, el burnout se ha relacionado con el agotamiento físico y emocional frecuente en trabajadores que prestan servicios a otros, debido a condiciones estresantes [7, 59, 63].

Maslach desarrolló la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), que es el instrumento más utilizado a nivel internacional para medir el burnout. Según Maslach, este síndrome es una respuesta al estrés laboral excesivo, que se manifiesta en agotamiento emocional, una actitud negativa hacia los demás (despersonalización) y una disminución en la realización personal y la competencia en el trabajo [59, 60, 64, 65].

Maslach identificó seis dimensiones principales en el ámbito laboral que pueden contribuir al agotamiento [59]. La primera es el exceso de carga de trabajo, que impide que los profesionales tengan tiempo suficiente para recuperarse adecuadamente. La segunda es la falta de control sobre los recursos necesarios para desempeñar las tareas de forma eficaz. También se menciona la insuficiencia en las recompensas, que pueden ser de tipo económico, social o incluso intrínseco, lo que genera una sensación de desvalorización. Otro aspecto importante es la falta de una comunidad sólida, donde la carencia de relaciones positivas con colegas y supervisores disminuye el apoyo social. La percepción de inequidad ya sea en relación con la carga laboral o el salario, también juega un papel crucial, generando descontento. Por último, los conflictos entre los valores personales y los de la organización pueden provocar una disonancia que afecta negativamente al bienestar del trabajador.

Estas dimensiones, según Maslach, son factores que conducen al agotamiento y deterioran la salud y el desempeño laboral [59, 64].

En 1992, el burnout fue incluido en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades como un "Estado de agotamiento vital". Aunque no se ha incorporado al DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría, el burnout es común en trabajos estresantes con contacto constante con personas, como en el sector sanitario. Sus consecuencias incluyen síntomas físicos como fatiga, ansiedad, trastornos del sueño y dolores de cabeza, así como efectos en el rendimiento laboral, como ausentismo y la intención de dejar el trabajo [57, 66].

El síndrome de burnout ha sido ampliamente estudiado en trabajadores de servicios humanos, como maestros, trabajadores sociales y personal de atención médica. El tipo de trabajo es uno de los factores principales que influye en la aparición del burnout [57, 60, 65, 66].

El burnout es una consecuencia de la exposición a estresores laborales, similar al estrés. Esta interacción entre el trabajador y las condiciones laborales de riesgo puede provocar el síndrome, afectando la salud de la persona. Se manifiesta especialmente en trabajos que requieren una intensa y duradera interacción relacional, como en servicios humanos, aunque también se ha observado en otros profesionales como directivos y deportistas. Es importante destacar las diferencias entre estrés y burnout (Tabla 3) [50, 57, 59, 66].

Tabla 3. Diferencias entre estrés y burnout. Extraído de INSST [46]

ESTRÉS	BURNOUT
Involucramiento excesivo en los problemas.	Falta de interés.
Alta actividad emocional.	Desconexión emocional.
Afecta principalmente la salud física.	Afecta principalmente la salud emocional.
Fatiga o falta de energía física.	Fatiga que impacta la motivación y energía mental.
Depresión como mecanismo para conservar energía física.	Depresión asociada a la pérdida de ideales y tristeza.
Puede ser beneficioso en situaciones controladas (eustrés).	Solo produce efectos negativos.

Debido a la falta de una definición universalmente aceptada para el síndrome de burnout, su origen multifacético, y la imprecisión y subjetividad en los criterios diagnósticos, es complicado obtener una evaluación precisa de su prevalencia en la población general. Las estimaciones sugieren que hasta un 20% de la población activa podría verse afectada, aunque esta cifra varía significativamente según los umbrales utilizados para definir el burnout severo. Un estudio en Finlandia que examinó la relación entre burnout y factores sociodemográficos encontró solo ligeras diferencias entre los distintos grupos poblacionales. Se observó una incidencia algo mayor con el aumento de la edad y algunas variaciones según el género, como la relación del burnout en mujeres con el nivel educativo y socioeconómico, y en hombres con el estado civil [56].

La prevalencia del síndrome de burnout muestra variaciones globales. En Europa, por ejemplo, la incidencia es del 10% en los países de la Unión Europea frente al 17% en los países no pertenecientes a la Unión Europea. Dentro de la Unión Europea, la tasa varía desde el 4,3% en Finlandia hasta el 20,6% en Eslovenia, mientras que, en los países no pertenecientes a la Unión Europea, oscila del 13% en Albania al 25% en Turquía. Este estudio también indicó que, en el nivel nacional, el síndrome de burnout parece correlacionarse positivamente con la carga de trabajo [56].

II.2.5. Modelos del Proceso de Burnout

El burnout ha sido explicado a través de varios modelos teóricos que buscan desentrañar tanto su proceso como sus causas. Los modelos teóricos sobre el burnout se dividen en dos grandes categorías: modelos del proceso y modelos explicativos o comprensivos [67].

Modelos del Proceso

Estos modelos describen las fases o etapas que constituyen el burnout:

- Uno de los primeros enfoques fue propuesto por Cherniss quien describe un proceso en tres fases: estrés (desajuste entre demandas y recursos), agotamiento (respuesta emocional al desajuste), y afrontamiento (cambios conductuales y actitudinales).
- Maslach et al por su parte, desarrollaron uno de los modelos más influyentes, proponiendo tres dimensiones clave del burnout: Secuencia de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP), y baja realización personal (RP).
- Golembiewski et al.: sugiere que el estrés laboral crónico lleva a que los profesionales adopten estrategias de afrontamiento, como la despersonalización, y que esto a su vez reduce su sensación de logro o realización personal, lo que finalmente provoca agotamiento emocional.
- Leiter: afirma que es la baja realización personal la que desencadena el agotamiento emocional, creando un ciclo negativo en el entorno laboral.
- Lee et al: proponen que tanto la despersonalización como la baja realización personal son consecuencia directa del agotamiento emocional.
- Gil-Monte: plantea que el burnout se inicia con una baja realización personal combinada con altos niveles de agotamiento emocional, lo que lleva a la despersonalización como un intento de protegerse de la sobrecarga emocional.
- Manzano: sostiene que la baja realización personal evoluciona hacia el agotamiento emocional, y si esta situación se cronifica, conduce a la despersonalización como mecanismo de defensa.
- Van Dierendonck et al.: argumentan que el proceso comienza con una baja realización personal, que luego puede derivar en despersonalización y agotamiento emocional.
- Modelo de Edelwich: escribe cuatro fases que los profesionales atraviesan: inicialmente, un entusiasmo desmedido basado en expectativas irreales; seguido de **un estancamiento**, donde se pierde dicho entusiasmo; luego aparece la frustración, acompañada de agotamiento

emocional, y finalmente se llega a la apatía, una fase de indiferencia total hacia el trabajo y sus demandas.).

- Modelo de Price: describe seis fases en el desarrollo del burnout: desorientación, labilidad emocional, culpa, soledad y tristeza, búsqueda de ayuda, y finalmente, el restablecimiento del equilibrio emocional.
- Modelo de Gil-Monte: introduce un enfoque de cuatro fases: ilusión inicial por el trabajo, desgaste psíquico, actitudes negativas hacia los demás (indolencia), y culpa, aunque este último factor no está presente en todos los casos.

Modelos Explicativos o Compresivos

Estos modelos abordan las causas subyacentes del burnout y se han tratado en la sección anterior. Estos modelos ofrecen diferentes perspectivas sobre cómo se desarrolla el burnout y las etapas que lo caracterizan, proporcionando un marco integral para entender el síndrome. Desde la década de los ochenta, diversos autores han propuesto modelos etiológicos del burnout. A continuación, se presentan las principales teorías que sustentan estos modelos (teoría Sociocognitiva del Yo, teoría del Intercambio Social, teoría Organizacional, Perspectiva Integradora) [67]:

Teoría Sociocognitiva del Yo:

Esta teoría, basada en los estudios de Bandura, postula que las cogniciones del individuo determinan sus acciones y viceversa. Desde la perspectiva sociocognitiva, se destacan modelos que explican el burnout como el **modelo de Competencia Social de Harrison** que subraya que los profesionales en áreas de servicio, especialmente motivados y altruistas, pueden experimentar burnout cuando las condiciones laborales afectan negativamente su sentido de eficacia ó el **modelo de Pines** que señala que el burnout surge cuando individuos altamente motivados que otorgan un sentido profundo a su trabajo se sienten desilusionados, aunque esto no necesariamente provoca burnout, sino que puede causar estrés o fatiga.

Teoría del Intercambio Social:

En esta teoría, el **modelo de Buunk** sugiere que el burnout en enfermería se origina en la interacción social con pacientes y compañeros, junto con la percepción de falta de control y equidad. El **modelo de Hobfoll** sostiene que el burnout se desencadena cuando el individuo percibe una amenaza a sus recursos motivacionales, siendo crucial la pérdida de estos recursos. Sin embargo, el uso de estrategias activas de afrontamiento puede ayudar a mitigar sus efectos.

Teoría Organizacional:

Basada en los factores de estrés derivados del entorno organizacional y las estrategias de afrontamiento adoptadas por los individuos para enfrentarlo. Modelos basados en la teoría organizacional serían:

- Modelo de Golembiewski: El burnout es una respuesta al estrés laboral, caracterizado por agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP). El estrés laboral y la falta de rol adecuado contribuyen al burnout.
- Modelo de Cox: Desde una perspectiva transaccional del estrés laboral, el burnout se ve como una respuesta a estrategias de afrontamiento ineficaces, con AE como dimensión central.
- Modelo de Winnubst: La estructura y cultura organizacional, junto con el apoyo social, son factores clave en el desarrollo del burnout.

Perspectiva Integradora: Esta perspectiva combina variables personales, de interacción social y organizacionales para proporcionar una visión completa del burnout [67]. Modelos basados en la Perspectiva Integradora serían:

- Modelo de Gil-Monte: Considera variables personales, organizacionales y estrategias de afrontamiento. El burnout es una respuesta al estrés percibido mediado por evaluaciones cognitivas.
- Modelo de Moreno-Jiménez: El burnout depende de la vulnerabilidad o resistencia individual y la capacidad para abordar el estrés.
- Modelo de Demerouti: Cada profesión tiene factores específicos de riesgo y protección frente al burnout, con la sobrecarga de trabajo y la pérdida de recursos como factores centrales.

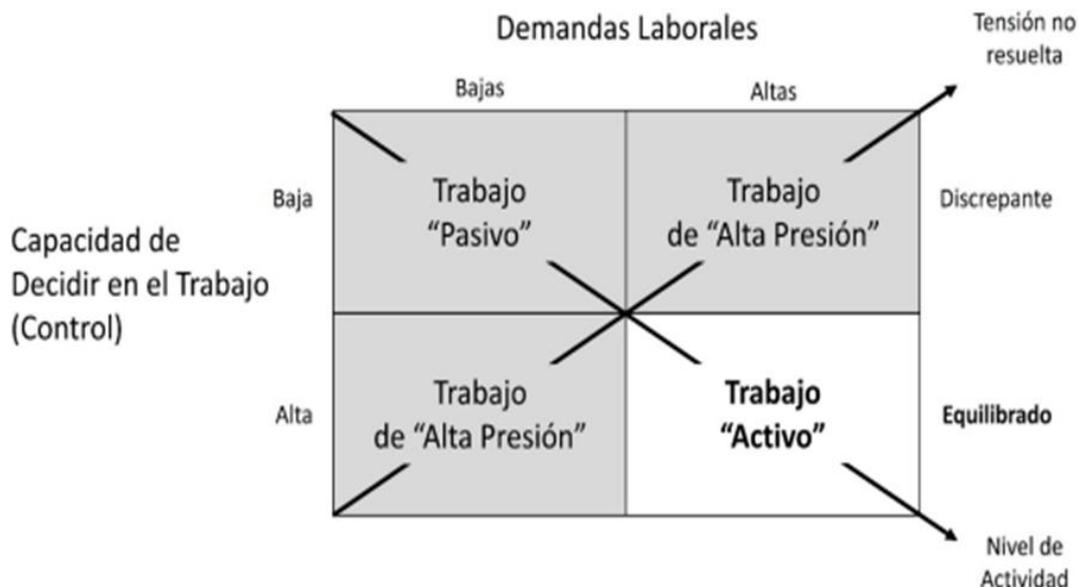
Y es que el síndrome de burnout tiene una etiología multifacética, lo que ha llevado al desarrollo de varios modelos psicológicos para explicarlo. Estos modelos incluyen el modelo de demanda-control, que examina el equilibrio entre las demandas laborales y el control que el empleado tiene sobre su trabajo; el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa, que analiza el equilibrio entre el esfuerzo invertido y las recompensas obtenidas; y el modelo de injusticia organizacional, que se enfoca en la equidad en los procedimientos organizacionales y sus interacciones [56].

A continuación, describiremos algunos de estos modelos:

Modelo de demanda-control

El modelo de demanda-control, propuesto por Karasek en 1979, se enfoca en la relación entre el nivel de demanda (tensión) y el grado de control (libertad de decisión) en el entorno laboral. La demanda incluye todos los aspectos del trabajo que pueden generar estrés, como la carga de trabajo, el ritmo, la presión de tiempo, el tiempo de desplazamiento, y la dificultad de las tareas. El control, por otro lado, se refiere a la capacidad del empleado para organizar y manejar su carga de trabajo. Este modelo sugiere un diagrama que ilustra cuatro tipos de situaciones laborales basadas en la tensión del trabajo y la actitud del empleado, clasificando los trabajos en categorías de alta y baja tensión, y trabajos activos y pasivos. (Figura 8) [48, 56, 68].

Figura 8. Modelo demanda-control laboral. Extraído de Martínez-Mejía et al [48].



El cuadrante de trabajo de baja tensión se caracteriza por empleos que, aunque carecen de tareas desafiantes, ofrecen al trabajador cierta autonomía en la toma de decisiones, como ajustar horarios

o fijar metas. Estos puestos suelen ser rutinarios, y quienes se encuentran en esta categoría pueden experimentar aburrimiento progresivo.

En contraste, los trabajos de alta tensión son aquellos que presentan altas exigencias y/o complejidades con un control limitado por parte del empleado sobre las condiciones y objetivos laborales, lo que incrementa significativamente el riesgo de estrés [48, 56, 68].

Los empleos pasivos son aquellos que requieren tareas simples y repetitivas con escaso margen de decisión. Aunque estos trabajos suelen generar poco estrés, tampoco ofrecen grandes desafíos. Por otro lado, los empleos activos son muy demandantes, pero permiten a los empleados un alto grado de autonomía en su labor. Este modelo, por tanto, se enfoca en el equilibrio entre las demandas del trabajo y el control que el empleado tiene sobre su entorno profesional [48, 56, 68].

Modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa

El modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa se basa en el principio de reciprocidad de la teoría del intercambio social, donde los esfuerzos deben ser adecuadamente recompensados. Un desbalance entre grandes esfuerzos y bajas recompensas genera estrés y emociones negativas, mientras que una recompensa justa contribuye al bienestar y la salud. Este modelo examina tanto los factores externos, como el esfuerzo laboral, como los internos, como el compromiso personal excesivo, y se centra más en la percepción del desajuste que en los aspectos objetivos. Las recompensas laborales incluyen compensaciones económicas, reconocimiento y control, y también se consideran las condiciones del mercado laboral y la dificultad para encontrar empleo [48, 56, 68].

Según Siegrist, los empleados pueden aceptar un desequilibrio entre esfuerzo y recompensa en situaciones como contratos laborales mal definidos, escasas alternativas de empleo, expectativas estratégicas a futuro, o patrones cognitivos que subestiman las demandas externas y sobreestiman los recursos personales. Los empleados con un compromiso excesivo a menudo subestiman el equilibrio entre las demandas y sus recursos de afrontamiento, exponiéndose a un intercambio prolongado y no recíproco. Este desequilibrio está asociado con síntomas psicósomáticos, problemas de salud y bienestar subjetivo, incluidos riesgos elevados de enfermedades cardíacas, malestar general y dolores musculoesqueléticos, entre otros (Figura 9) [48, 56, 68]

Figura 9. Modelo de desequilibrio Esfuerzo-Recompensa. Tomado de Martínez-Mejía et al [48].



Teoría de las demandas y recursos laborales (DRL)

La teoría de las demandas y recursos laborales (DRL) es un marco integral que combina distintas perspectivas sobre el estrés y la motivación en el entorno laboral. Explica cómo las demandas y los recursos en el trabajo afectan el bienestar de los empleados, incluyendo el burnout y el engagement, y cómo los empleados emplean comportamientos proactivos y reactivos para gestionar estas demandas y recursos. Originada en la investigación sobre burnout y engagement, la teoría DRL ha integrado conocimientos de diversas teorías sobre el estrés y la motivación laboral, como la teoría de los dos factores, la teoría de las características del trabajo, el modelo de demandas y control en el trabajo, el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa y la teoría de la conservación de recursos. De esta manera, ofrece una visión más completa del bienestar y rendimiento de los empleados [64, 69, 70].

A diferencia de modelos previos que se centraban en un conjunto limitado de características laborales, la teoría DRL es flexible y abarca una gran variedad de aspectos del trabajo.

Todos los modelos de diseño del trabajo coinciden en que ciertos aspectos físicos, sociales o psicológicos del entorno laboral influyen en el bienestar de los empleados, afectando su salud, comportamiento y desempeño.

Por ejemplo, el modelo de demandas y control sugiere que las demandas laborales son más estresantes cuando se tiene poco control sobre el trabajo, mientras que la teoría de las características del trabajo identifica cinco aspectos clave (variedad de habilidades, identidad de la tarea, significado de la tarea, autonomía y retroalimentación) que impactan positivamente en la motivación y el desempeño laboral [69-70].

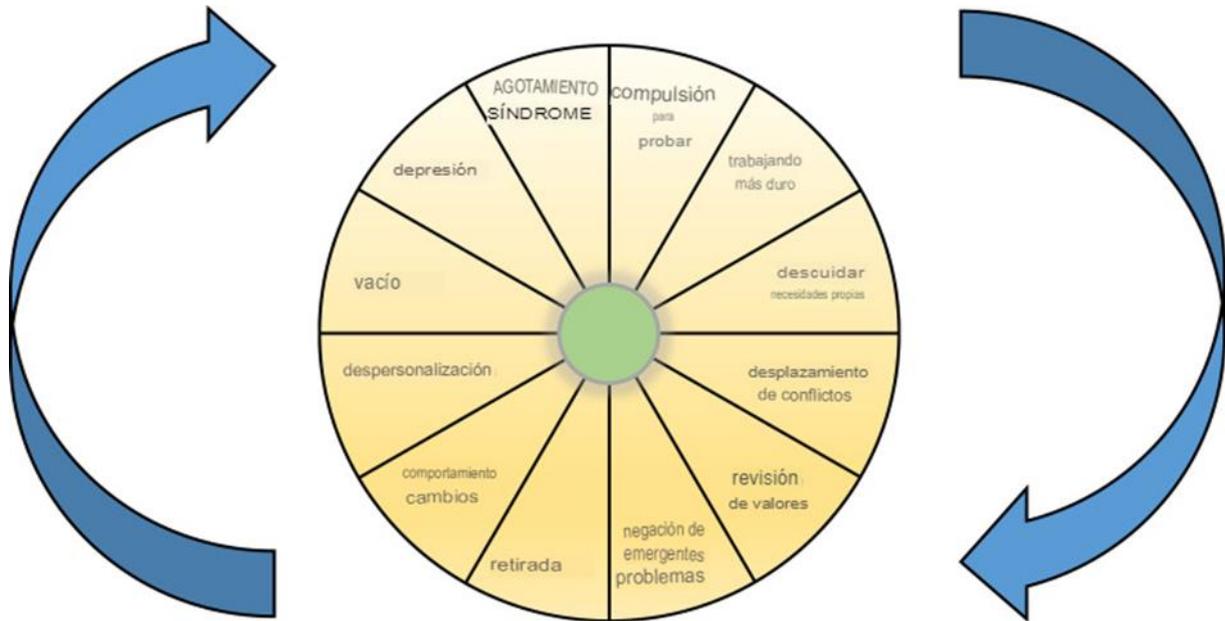
Modelo de Burnout en 12 Fases

El modelo de burnout en 12 fases, desarrollado por los psicólogos Herbert Freudenberger y Gail North en 1992, está diseñado para ayudar a los individuos a evaluar su orientación personal y profesional. Las fases no necesariamente ocurren en un orden fijo (Figura 10) [56, 71]. El modelo de burnout en 12 fases, propuesto por Herbert Freudenberger y Gail North en 1992, ofrece una perspectiva gradual sobre cómo el agotamiento emocional y físico se desarrolla en los individuos, tanto a nivel personal como profesional. Este proceso no sigue un orden fijo y puede variar en cada persona. Inicialmente, el individuo siente una presión constante por demostrar su valía, lo que provoca un compromiso excesivo con el trabajo. A medida que la necesidad de control y perfección aumenta, las necesidades personales comienzan a ser descuidadas, lo que resulta en errores y hábitos de vida menos saludables. Este estrés creciente se traduce en conflictos tanto en el entorno laboral como en el familiar, aunque los síntomas aún no son evidentes.

Con el tiempo, la persona comienza a revisar sus valores, volviéndose más emocionalmente distante y relegando aspectos antes importantes a un segundo plano. En esta etapa, se tiende a negar la existencia del problema, lo que conlleva una disminución del rendimiento laboral, acompañada de cinismo y quejas. A medida que avanza el proceso, la persona tiende al aislamiento, percibiendo a sus seres queridos como una carga, mientras que la crítica se vuelve intolerable.

Este aislamiento da paso a un cambio de comportamiento, donde la indiferencia y el agotamiento predominan, haciendo que cualquier tarea adicional se sienta como una carga abrumadora. La despersonalización se intensifica, y la persona se describe a sí misma como una "máquina" que debe seguir funcionando, dejando completamente de lado su salud física y mental. En las fases finales, pueden aparecer fobias y ataques de pánico, junto con una profunda depresión caracterizada por autodesprecio, agotamiento extremo e incluso pensamientos suicidas. Finalmente, el agotamiento total se manifiesta a nivel físico, psicológico y emocional, resultando en un colapso completo.

Figura 10. Modelo de 12 etapas para el desarrollo del síndrome de burnout según lo descrito por Freudenberger. Replicado de De Hert et al [56].



Modelo de las 5 Etapas del Burnout

Este modelo de cinco etapas comienza con el entusiasmo, el cual eventualmente se ve afectado por las tensiones laborales. Si no se adoptan estrategias de afrontamiento efectivas en esta fase inicial, es probable que se inicie el proceso de burnout. La siguiente etapa es el estancamiento, en la que el estrés comienza a hacerse evidente. En esta fase, se empieza a notar que algunos días son más difíciles que otros, y la vida se centra cada vez más en el trabajo y las responsabilidades, mientras que la familia, la vida social y las prioridades personales quedan descuidadas. Los síntomas del estrés comienzan a aparecer, afectando tanto emocional como físicamente [50, 56, 72].

Posteriormente, se desarrolla una etapa de estrés crónico que lleva a la frustración. En esta fase, las personas sienten que sus esfuerzos no tienen resultados visibles y experimentan una sensación de fracaso y de falta de reconocimiento, lo que las hace sentirse incompetentes e inadecuadas. Esto desemboca en una etapa de apatía, caracterizada por la desesperación y la desilusión. En esta fase, las personas pierden la esperanza de cambiar su situación y se vuelven indiferentes [50, 72].

Finalmente, se alcanza la etapa de agotamiento habitual, donde los síntomas de burnout se vuelven tan severos que pueden causar problemas físicos o emocionales significativos. En esta etapa, la persona puede verse obligada a buscar ayuda e intervención para enfrentar el burnout. (figura 11) [50, 56, 72].

Figura 11. Modelo simplificado de cinco etapas para el desarrollo del síndrome de burnout. Extraído de De Hert et al [56].



II.2.6. Síntomas y trastornos asociados al Burnout

El síndrome de burnout se define como un estado de agotamiento emocional profundo, en el que el agotamiento físico y psicológico se convierte en el elemento central. Este agotamiento se manifiesta como una sensación creciente de cansancio extremo tanto a nivel físico como mental en el trabajo [50, 56].

La despersonalización, también conocida como cinismo, se caracteriza por actitudes negativas y de aislamiento que surgen como una forma de protegerse del agotamiento emocional. Esto incluye el distanciamiento de colegas y usuarios, la deshumanización de las relaciones personales y una tendencia a culpar a otros por las frustraciones laborales [50, 57].

La baja realización personal, otra dimensión del síndrome, resulta de una autoevaluación negativa en la que el trabajador siente que no puede cumplir con las demandas laborales, superando su capacidad de respuesta [50, 56].

Aunque el síndrome de burnout se observa principalmente en profesiones que requieren interacción con personas, como médicos, enfermeras, trabajadores sociales y maestros, también se ha identificado en otros campos profesionales. Tal y como describe Pazmiño Santamaría [73] en el

burnout organizacional es común experimentar sentimientos de indefensión, depresión, desesperanza, irritabilidad, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad e intolerancia (plano emocional). A nivel cognitivo, el burnout provoca pérdida de valores, alteraciones del autoconcepto, disminución de la autoestima, desorientación cognitiva, distracción y la sensación de fracaso profesional. Desde una perspectiva conductual, los profesionales pueden mostrar absentismo laboral, desvalorización, auto sabotaje, desorganización, mayor consumo de sustancias y falta de consideración hacia sus responsabilidades laborales. Finalmente, en el ámbito social, el aislamiento, el mal humor, los conflictos interpersonales, la evitación profesional y la formación de grupos críticos son respuestas comunes ante el desgaste profesional.

Adicionalmente, se presentan síntomas psicósomáticos como dolores osteomusculares, quejas psicósomáticas, cambios en el peso, pérdida de apetito, insomnio, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales y aumento en los niveles de glucosa, ácido úrico, triglicéridos y colesterol. Los síntomas del burnout pueden ser diversos y afectan globalmente a la persona (Figura 12) [73]:

Figura 12: Los síntomas del burnout agrupado en tres categorías principales, abarcando factores implícitos en el personal. Tomado de Pazmiño Santamaría et al [73].

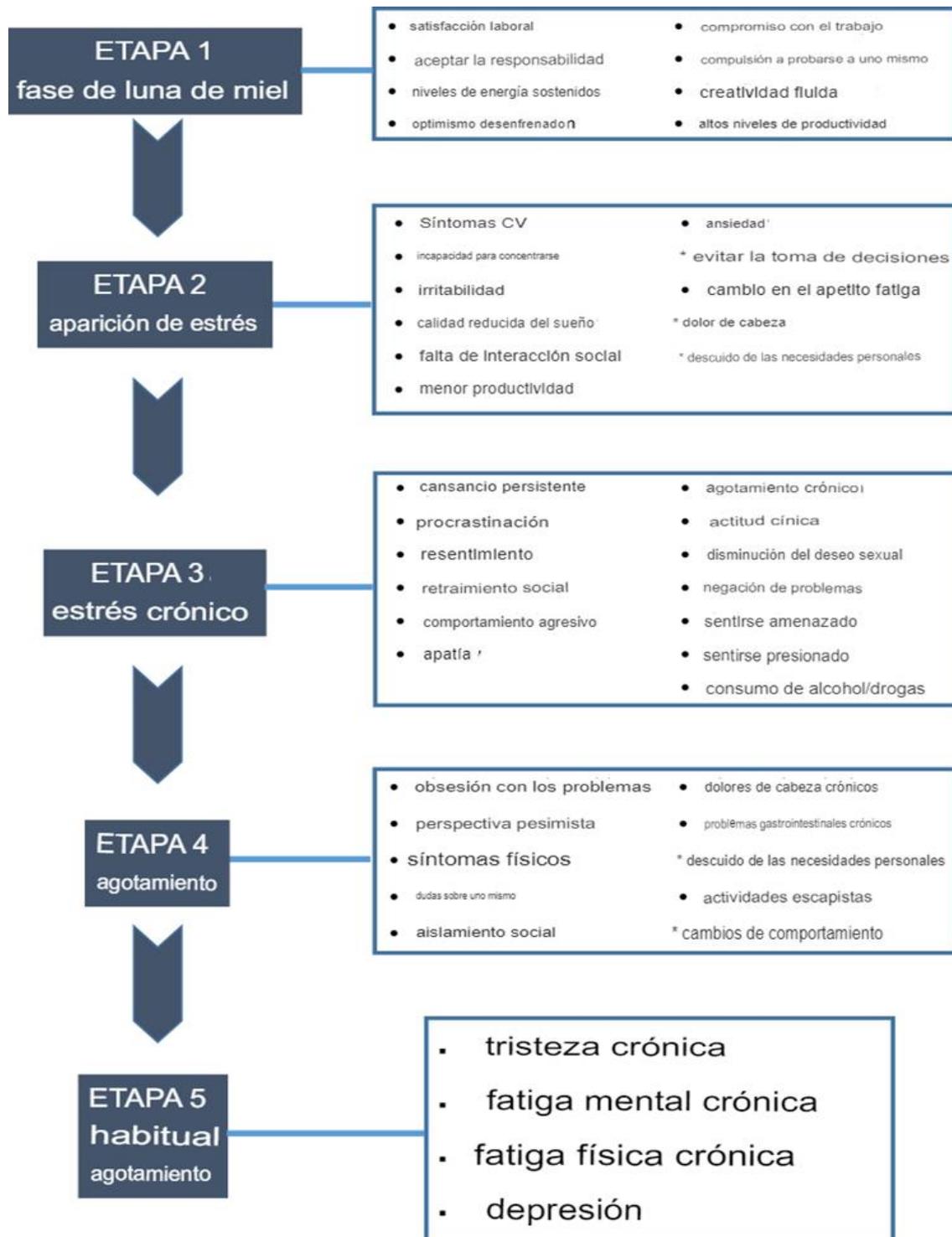
Síntoma	Factores
Psicosomático	<ul style="list-style-type: none"> - Dolores de cabeza. - Hipertensión. - Resfriados frecuentes y alergias. - Ulceras y desórdenes gastrointestinales.
Emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Distanciamiento afectivo. - Sentimientos de soledad y vacío. - Depresión y aburrimiento. - Impaciencia.
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones interpersonales distantes y frías. - Disminución de la calidad del servicio prestado. - Cambios bruscos de humor.
	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de conflictos con compañeros.

Las personas que padecen burnout suelen mostrar una variedad de problemas, incluyendo síntomas psicossomáticos como debilidad e insomnio; síntomas emocionales como ansiedad y depresión; problemas de actitud como hostilidad, apatía y desconfianza; y comportamientos como agresividad, irritabilidad y aislamiento, entre otros [74].

La lista de síntomas del síndrome de burnout es extensa y muchos de ellos no son específicos (Figura 13). Los síntomas se correlacionan con las diferentes etapas del síndrome y se agrupan en varias categorías. Inicialmente, se observan síntomas de advertencia en la fase temprana, como un mayor compromiso con los objetivos y agotamiento. Esto es seguido por una fase de menor compromiso hacia pacientes y clientes, compañeros de trabajo y el propio trabajo, junto con mayores demandas. A continuación, se presentan reacciones emocionales y culpabilización, como depresión y agresión.

Eventualmente, estos síntomas resultan en una disminución del rendimiento cognitivo, motivación, creatividad y juicio, además de un aplanamiento de la vida emocional, social e intelectual, reacciones psicossomáticas y desesperación [56].

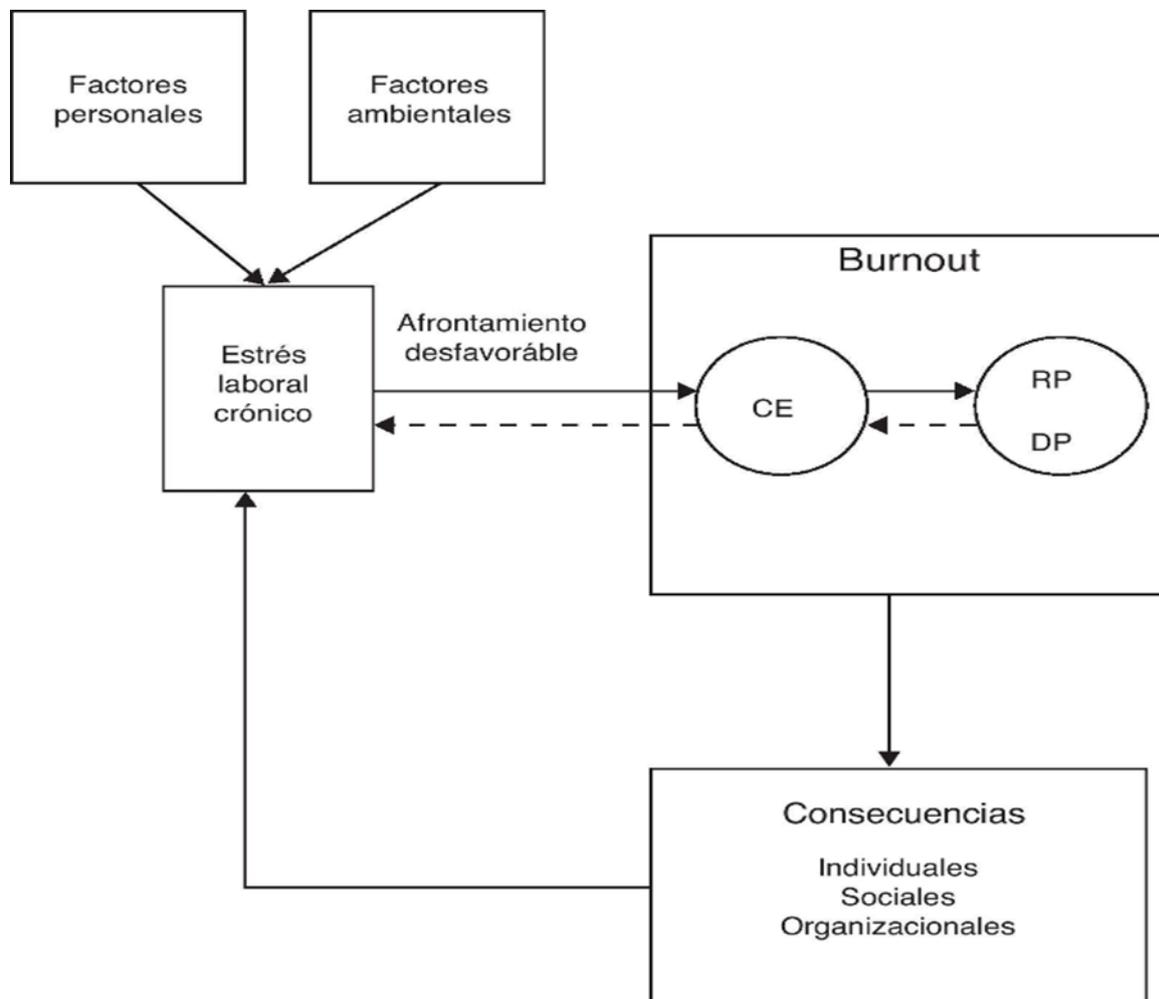
Figura 13. Síntomas en las diferentes etapas del burnout. Tomado de De Hert et al [56].



II.2.7. Factores y variables vinculadas al Burnout

Los factores que influyen en la aparición del síndrome de burnout están bien documentados y se pueden dividir en características personales y factores del entorno. Este síndrome se describe como un trastorno adaptativo causado por estrés laboral crónico, resultante de la discrepancia entre los ideales personales y la realidad del trabajo diario. La capacidad de manejar el estrés, estrechamente vinculada a la satisfacción laboral, está relacionada con el proceso de desgaste profesional (Figura 14) [75].

Figura 14. Modelo teórico del proceso de burnout. Extraído de Matía et al [75].



**cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP).

La mayoría de las variables relacionadas con el burnout se asocian con la dimensión del cansancio emocional. Esta dimensión es la que más se vincula con altos niveles de estrés crónico y, de las tres dimensiones, es la que proporciona más diferencias y mejor evalúa la presencia del síndrome, siendo considerada el núcleo del que evolucionan las otras dimensiones [75].

El síndrome de burnout es un fenómeno multifacético que resulta de la interacción de diversos factores individuales y organizacionales. [67, 76, 77].

Los factores individuales, como la personalidad del trabajador y las estrategias de afrontamiento, actúan como moderadores que pueden amplificar o mitigar los efectos de los factores organizacionales.

Rasgos como el neuroticismo pueden aumentar la susceptibilidad al burnout, mientras que otros, como la extraversión y la escrupulosidad, pueden ser protectores. Estrategias de afrontamiento activas y centradas en el problema tienden a reducir el burnout, mientras que las estrategias de evitación y centradas en la emoción pueden aumentar el riesgo [61, 70].

Figura 15. Moduladores de burnout individuales. Replicado de Edú-Valsania et al [70].

Protectores del agotamiento	Potenciadores del síndrome de Burnout
Amabilidad	Neuroticismo
Conciencia	Locus de control externo
Extraversión	Personalidad tipo A
Apertura a la experiencia	Alexitimia
Capital psicológico positivo	Afrontamiento centrado en las emociones
Afrontamiento centrado en problemas	

Las disposiciones personales influyen en cómo los individuos perciben y responden a su entorno laboral. Por ejemplo, un mismo estímulo puede ser visto como estresante por algunas personas y no por otras, lo que evidencia que la personalidad moldea la percepción del estrés laboral. La personalidad no solo predice resultados subjetivos, como la satisfacción laboral, sino también resultados objetivos como el estatus ocupacional y los ingresos [78].

A continuación, se detallarán los principales factores que influyen en la aparición del burnout, es decir, los factores de personalidad y psicológicos, laborales o profesionales, sociodemográficos y organizacionales. Cada uno de estos elementos contribuye de manera significativa al desarrollo del síndrome, como se explicará en los siguientes apartados [76-78]:

Factores Psicológicos relacionados con el burnout: [76-78]

La Personalidad Resistente se caracteriza por tres rasgos fundamentales: el compromiso, el control y la capacidad de ver los retos como oportunidades. Este tipo de personalidad ha sido considerado como un factor protector frente al estrés y el burnout, ayudando a mitigar sus efectos. En contraposición, el denominado "Patrón de Conducta Tipo A" incluye comportamientos como la hiperactividad, la hostilidad y una alta competitividad. Estos rasgos, lejos de ser beneficiosos, se asocian con un mayor riesgo de desarrollar burnout.

Otro aspecto importante es el locus de control, es decir, la creencia de una persona sobre quién o qué determina los resultados de su vida. Aquellos con un locus de control externo, que suelen atribuir los eventos a factores fuera de su control, presentan un mayor riesgo de agotamiento, especialmente en ambientes laborales adversos. En cambio, tener una alta autoeficacia, es decir, confiar en las propias capacidades para afrontar desafíos, se ha relacionado con una menor probabilidad de desarrollar burnout. De igual manera, una autoestima elevada actúa como un amortiguador frente a este síndrome, reduciendo la susceptibilidad a sus efectos.

El locus de control externo, que como antes hemos señalado se refiere a la tendencia de una persona a creer que los resultados de sus acciones dependen de más factores externos que de su propio esfuerzo, es un factor relevante en el desarrollo del burnout. Las personas con este tipo de percepción suelen sentirse menos capacitadas para manejar el estrés laboral, lo que aumenta su vulnerabilidad a experimentar agotamiento emocional. De manera similar, una baja autoestima puede generar una sensación de incompetencia, lo que contribuye a un mayor desgaste emocional al no confiar en sus posibilidades.

Por otro lado, los estilos de afrontamiento desadaptativos, como la evitación o la negación, agravan los síntomas del burnout, ya que no permiten gestionar de manera efectiva el estrés acumulado. La inteligencia emocional, entendida como la capacidad para manejar tanto las propias emociones como las de los demás, juega un papel clave en la prevención del burnout, permitiendo a los individuos regulares mejores sus respuestas emocionales. El neuroticismo, que implica una tendencia a experimentar emociones negativas como la ansiedad y la depresión, también incrementa la susceptibilidad al burnout.

La variabilidad individual en la experiencia del burnout es evidente, ya que, incluso bajo condiciones laborales similares, algunos empleados desarrollan burnout mientras que otros no. Esto sugiere que las características personales juegan un papel crucial. Investigaciones meta analíticas han mostrado que los rasgos de personalidad, especialmente el neuroticismo, están fuertemente correlacionados con el burnout.

El neuroticismo, que se asocia con la tendencia a experimentar emociones negativas y comportamientos relacionados, es un predictor significativo del burnout, incluso más que factores laborales como el desequilibrio esfuerzo-recompensa y el apoyo social en el trabajo [61, 76- 78].

Factores Profesionales vinculadas al Burnout: [76-78]

La antigüedad en el trabajo ha sido analizada en diversos estudios como un posible factor que influye en el agotamiento emocional. Aunque se ha identificado una relación negativa entre ambos, es decir, a mayor antigüedad, menor agotamiento, estas correlaciones son generalmente pequeñas y deben interpretarse con cautela debido a la falta de consistencia en los resultados de investigaciones más recientes. En cuanto a la carga de trabajo, la evidencia disponible presenta resultados mixtos. Aunque se ha observado que una mayor carga está vinculada con un aumento del estrés del rol, esto no necesariamente se traduce en un incremento del agotamiento emocional.

Los compromisos excesivos, tanto en el ámbito personal como profesional, también han demostrado ser un factor importante en el desarrollo del burnout. El perfeccionismo, caracterizado por la búsqueda de estándares extremadamente altos, guarda una alta compensación con el riesgo de burnout, particularmente cuando se produce un desequilibrio entre las exigencias profesionales y el mantenimiento de la salud mental. Por su parte, aquellos con menor experiencia profesional pueden estar más predispuestos al burnout, al enfrentarse a una mayor incertidumbre y presión en su desempeño laboral. El estrés relacionado con el desempeño del rol es una clave de riesgo psicosocial.

Los factores físicos en el entorno de trabajo, como la temperatura, la iluminación y las condiciones higiénicas, también influyen en el bienestar de los empleados, y su mala gestión puede exacerbar el burnout. Las demandas y contenidos del puesto, como los turnos rotativos o la sobrecarga de trabajo, están asociados con un mayor riesgo de burnout. Del mismo modo, la diversidad de tareas y la calidad del feedback recibido pueden tener un impacto relevante en el agotamiento.

La autonomía en la toma de decisiones es otro aspecto crucial: cuando los trabajadores sienten que tienen poco control sobre su entorno laboral y poca participación en las decisiones, los niveles de burnout tienden a ser más elevados.

Las demandas laborales se refieren a las exigencias físicas o psicológicas que los trabajos imponen a los empleados, generando costos fisiológicos y psicológicos como el agotamiento. Estas demandas pueden superar las capacidades de una persona, especialmente cuando el trabajo es ineficiente o distrae de tareas prioritarias. Sistemas de trabajo mal diseñados y exigencias crónicas excesivas pueden llevar al agotamiento de los empleados [79].

Aunque la relación entre demandas laborales y agotamiento es evidente, otros factores como el significado encontrado en el trabajo pueden mediar esta relación. En conjunto, las demandas laborales se asocian fuertemente con el agotamiento de los médicos [79].

Así pues, la carga de trabajo, horarios inmanejables y personal inadecuado son aspectos críticos. Cargas de trabajo excesivas están asociadas con mayor estrés, menor desempeño y más errores. La percepción de suficiente personal y la carga de trabajo mental son predictores del agotamiento en el personal de salud [79].

Finalmente, otras variables del entorno laboral, como un sueldo bajo, la falta de reconocimiento social y la inestabilidad contractual, también se han relacionado con un mayor riesgo de burnout. Además, el uso de nuevas tecnologías puede incrementar la carga laboral y, al mismo tiempo, reducir el apoyo social, agravando aún más los efectos del estrés.

El Workaholism o adicción al trabajo también es un factor significativo, ya que la carga excesiva de trabajo impide encontrar un equilibrio entre el trabajo y la vida personal [76].

Factores sociodemográficos relacionados al Burnout: [78-79]

El género juega un papel importante en la experiencia del burnout. Las mujeres, en general, tienden a reportar niveles más altos de agotamiento emocional, lo cual podría estar relacionado con una mayor carga emocional tanto en el trabajo como en el hogar, debido a responsabilidades domésticas adicionales. Los hombres, por su parte, suelen manifestar más despersonalización, es decir, un distanciamiento emocional de su entorno laboral como un mecánico.

La edad también influye en la aparición del burnout. Los empleados más jóvenes tienden a sufrir más de agotamiento emocional, probablemente debido a su menor experiencia ya la falta de habilidades desarrolladas para gestionar el estrés laboral. Sin embargo, a medida que envejecen, pueden ir adquiriendo mejores mecanismos de afrontamiento, lo que tiende a reducir estos niveles de agotamiento.

El estado civil también ha sido objeto de estudio en relación con el burnout. En algunos casos, las personas que se encuentran divorciadas o separadas muestran mayores niveles de burnout, aunque ciertos estudios no han logrado establecer esta relación de manera consistente.

En cuanto a tener hijos, los resultados de las investigaciones son más inconsistentes. Mientras que algunos estudios sugieren que tener hijos podría reducir los niveles de burnout al brindar una fuente de apoyo emocional o significado, otros estudios no han encontrado una relación significativa entre estos hechos.

Factores organizacionales relacionados al Burnout: [78-79]

El clima organizacional es un factor determinante en el desarrollo del burnout. El clima organizacional, entendido como las percepciones del entorno laboral, también influye significativamente en el desarrollo del burnout. Un clima negativo, especialmente en sectores como el de la salud, puede aumentar la ansiedad, la depresión y el burnout, siendo la falta de apoyo y la presión excesiva algunos de los factores más determinantes

Un entorno laboral estresante se caracteriza por altos niveles de sobrecarga y conflicto de roles. La sobrecarga de roles ocurre cuando los empleados perciben que tienen más tareas de las que pueden manejar, lo que es un predictor consistente de burnout. El conflicto de roles, por su parte, surge cuando los trabajadores se enfrentan a demandas contradictorias, lo que también contribuye significativamente al agotamiento emocional y la despersonalización [77].

Por el contrario, un clima organizacional funcional se define por ofrecer oportunidades de crecimiento, claridad en los roles y alta cooperación entre los empleados. La claridad de roles, que implica que los trabajadores entiendan claramente sus responsabilidades, se asocia de manera negativa con el agotamiento emocional y la despersonalización. Además, la cooperación y el apoyo de colegas y supervisores son elementos clave para mitigar los efectos del burnout.

Además, el liderazgo transformacional, que incluye motivación inspiradora, estimulación intelectual y consideración individual, se ha relacionado con menores niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y con una mayor realización personal. Estudios han demostrado que líderes con calificaciones de liderazgo transformacional más altas pueden reducir el burnout entre sus subordinados [77]. Estudios han mostrado que un liderazgo transformacional efectivo se asocia con menores niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y con mayores niveles de realización personal entre los empleados.

Tabla 4: Visión simplificada de las variables que pueden estar vinculadas al burnout, clasificándolas en categorías sociodemográficas, individuales y organizacionales. Elaboración propia.

Categoría	Variable	Descripción
<i>Sociodemográficas</i>	Edad	La edad puede influir en los niveles de burnout, con diferencias entre grupos etarios.
	Género	Diferencias de género pueden afectar la experiencia y los niveles de burnout.
	Estado civil	El estado civil puede influir en la percepción y manejo del estrés laboral.
	Carga familiar	Responsabilidades familiares pueden contribuir al estrés y burnout.
<i>Individuales</i>	Personalidad	Características de personalidad (e.g., perfeccionismo) pueden predisponer al burnout.
	Estrategias de afrontamiento	Métodos individuales para manejar el estrés pueden afectar los niveles de burnout.
	Salud mental	Preexistencia de condiciones de salud mental puede aumentar la vulnerabilidad al burnout.
	Motivación y satisfacción	Niveles de motivación y satisfacción laboral influyen en el riesgo de burnout.
<i>Organizacionales</i>	Carga de trabajo	Volumen y naturaleza de las tareas laborales pueden contribuir al burnout.
	Apoyo institucional	Nivel de apoyo recibido por parte de la organización afecta el bienestar laboral.
	Recursos disponibles	Disponibilidad de recursos (e.g., personal, tecnología) influye en el burnout.
	Cultura organizacional	La cultura y clima de la organización impactan la experiencia de estrés y burnout.
	Flexibilidad laboral	Grado de flexibilidad en horarios y tareas laborales afecta el bienestar.
	Oportunidades de desarrollo	Disponibilidad de oportunidades para crecimiento profesional influye en la satisfacción laboral y burnout.

II.2.8. Medida del Burnout

Existen diversas escalas para medir el grado de burnout en los profesionales, Estas herramientas permiten evaluar el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal, proporcionando una visión integral del impacto del burnout en el individuo.

A continuación, vamos a describir alguna de ellas:

El instrumento más aplicado en la valoración del burnout es el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson). El MBI es una herramienta compuesta por 22 ítems, diseñada para evaluar el burnout. Originalmente se probó con 47 ítems en más de mil trabajadores del sector servicios en Estados Unidos, reducidos a 22 tras análisis factorial. Inicialmente, el instrumento medía intensidad y frecuencia del burnout, pero desde 1986 se enfoca solo en la frecuencia. Evalúa tres dimensiones del burnout: insatisfacción (con 8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems) y despersonalización (5 ítems). Existen dos versiones adicionales: el MBI-ES y el MBI-GS, que incluye 16 ítems distribuidos en eficacia personal, agotamiento y cinismo [59, 80, 81].

Actualmente existen tres versiones dirigidas a profesionales de distintos ámbitos:

- MBI-Human Services Survey (MBI-HSS). Es la versión clásica del cuestionario y está dirigido a profesionales de la salud.
- MBI Educators Survey (MBI-ES). Dirigida a profesionales de la educación.
- MBI-General Survey (MBI-GS). Aplicable en todas las profesiones, esta versión mantiene la estructura tridimensional, pero incluye 16 ítems. En esta versión se redefine el concepto de burnout como “una crisis en la relación con el propio trabajo, sin que signifique necesariamente una crisis de las relaciones con las personas en el trabajo [82].

La validez del MBI ha sido confirmada por diversos estudios, que han respaldado su estructura de tres factores.

Otra herramienta sería el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), creado por Demerouti y colegas en 2003. El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), se desarrolló para abordar limitaciones del MBI y MBI-GS. A diferencia del MBI, que tiene ítems negativos y positivos en diferentes escalas, el OLBI utiliza formulaciones tanto afirmativas como negativas en una sola escala.

El OLBI mide dos dimensiones del burnout: agotamiento y desvinculación del trabajo. El agotamiento en el OLBI incluye aspectos físicos e intelectuales, además de los afectivos. Cada

dimensión se evalúa con ocho ítems, que se responden en una escala de cuatro puntos, desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo" [82].

La validez del OLBI ha sido confirmada en varias investigaciones, mostrando una buena consistencia interna y validez factorial en diferentes muestras.

Otras herramientas incluyen la Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP), que con 20 ítems evalúa reacciones cognitivas, afectivas, conductuales y psicofisiológicas del burnout en personal de salud. La Burnout Measure (BM), con 21 ítems, relaciona el burnout con el tedio y se aplica en diversos campos laborales. La Shirom-Melamed Burnout Questionnaire, con 22 ítems, mide fatiga física, cansancio cognitivo y debilidad [80].

En México y España, se han desarrollado escalas como el Cuestionario Breve de Burnout de Moreno y colaboradores, que incluye antecedentes, factores y consecuencias del burnout. El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), creado por Gil-Monte y otros, analiza ilusión, desgaste psíquico, indolencia y culpa en una muestra de profesores mexicanos [80].

Recientemente, Uribe desarrolló la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) para evaluar el burnout en una muestra mexicana, incluyendo subescalas psicósomáticas como sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuróticos, dolor, ansiedad y depresión [80].

No hay consenso sobre la medición del burnout. Como hemos visto existen diferentes instrumentos para medir el burnout ocupacional y que se consideran válidas para medir burnout en profesionales de la salud [83-84].

II.2.9. Prevención y afrontamiento del Burnout

El afrontamiento se refiere a los esfuerzos tanto mentales como conductuales realizados para manejar demandas específicas que se perciben como desafiantes o que superan los recursos personales. Una persona puede sentirse psicológicamente vulnerable a una situación si carece de recursos adecuados para enfrentarla y considera que las posibles consecuencias negativas de no manejarla bien son significativas. Existen diferentes enfoques para manejar el estrés, como estrategias cognitivas o conductuales, evitación tanto mental como conductual, abordaje centrado en las emociones, o el uso de sustancias [85].

Para entender las estrategias de afrontamiento en el contexto del burnout, es importante precisar que no se limitan solo a las acciones destinadas a superar el síndrome, como a menudo se piensa [86].

Las estrategias de afrontamiento se aplican cuando las demandas de una situación estresante superan los recursos disponibles de una persona. Estas estrategias incluyen esfuerzos tanto conductuales como cognitivos destinados a disminuir o gestionar las demandas internas y externas. Los individuos pueden emplear una variedad de estrategias, que pueden ser adaptativas o desadaptativas, para manejar el estrés [87].

Existen dos categorías principales de estrategias de afrontamiento: el afrontamiento directo, que se enfoca en modificar la causa del estrés y resolver problemas, y el afrontamiento indirecto, que se centra en regular las respuestas emocionales al estrés. Este último puede incluir evitar la situación problemática a través de actividades distractoras y buscar apoyo social [87].

Entre las estrategias clave de afrontamiento se encuentran: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva [87].

Las estrategias de afrontamiento representan mecanismos de respuesta al estrés y se dividen en tres etapas: primero, la anticipación, donde la persona evalúa la situación que enfrentará, identifica posibles estresores y planifica cómo manejarlos; segundo, el impacto, que es el momento en que ocurre el evento y se confirma si los estresores eran como se habían anticipado; y por último, el post-impacto, donde se responde al estresor y se asumen las consecuencias de las decisiones tomadas [86].

Estas estrategias se pueden clasificar en adaptativas, de compromiso y apoyo, no adaptativas y de falta de compromiso. Las estrategias no adaptativas, que incluyen el distanciamiento del estresor mediante auto-distracción o negación, suelen llevar a consecuencias negativas del estrés, como la despersonalización y el agotamiento emocional [86].

En el ámbito institucional, es crucial fortalecer las estrategias adaptativas de afrontamiento. Para mejorar el afrontamiento basado en el apoyo, se deben promover medidas que fortalezcan las relaciones interpersonales entre compañeros y fomenten la interacción con familiares y amigos. La comunicación efectiva ayuda a reducir la percepción negativa del estresor y a utilizar las habilidades para enfrentarlo, ya que el apoyo emocional y social contribuye a aumentar la confianza, autoestima y sensación de autoeficacia [86].

Para potenciar el afrontamiento de compromiso, se deben ofrecer programas que desarrollen habilidades en la resolución de problemas. Entre estas habilidades se incluyen la gestión eficaz del tiempo, la búsqueda de información, el análisis objetivo de las situaciones, la adaptación de expectativas a la realidad y la formación continua en distintos aspectos laborales [86].

Para reducir el burnout en el personal sanitario, se pueden implementar diversas estrategias. Un enfoque es el entrenamiento en resiliencia, que enseña técnicas para manejar el comportamiento cognitivo y aumentar la capacidad de adaptación a los desafíos de la profesión. También se ha sugerido que la meditación puede ayudar a manejar el estrés, facilitando su manejo independientemente de su origen. Además, la práctica de yoga ha mostrado reducir el agotamiento emocional y la despersonalización tras varias semanas de práctica [88].

Enfocar las intervenciones en la satisfacción laboral y la calidad de vida ha mostrado ser beneficioso, especialmente en cuidados paliativos. La fatiga por compasión, que puede llevar al agotamiento, también puede ser abordada mediante programas específicos diseñados para reducir la empatía y compasión excesiva. Además, fomentar la actividad física y proporcionar información sobre estilos de vida saludables puede contribuir a la reducción del estrés [88].

Los cambios en el entorno laboral, como crear un ambiente que favorezca la práctica profesional, pueden disminuir las tasas de agotamiento y aumentar la satisfacción laboral. La capacitación en habilidades de comunicación también ha demostrado reducir el nivel de agotamiento en enfermeras [88].

Aumentar la conciencia sobre los signos y el impacto del burnout es crucial para su prevención, al igual que realizar evaluaciones periódicas del síndrome. Los programas de capacitación regulares deben normalizar el continuo del burnout, desde la satisfacción por compasión hasta la fatiga por compasión, y promover la autoconciencia y el autocuidado. La capacitación debe adaptarse a las necesidades logísticas de la fuerza laboral, considerando modalidad, duración y frecuencia. Las intervenciones deben incluir educación sobre el burnout, promoción de la salud, socialización entre colegas, formación de equipos, planificación del autocuidado y actividades de atención plena. También es crucial aprovechar recursos existentes, como aplicaciones de atención plena y rastreadores de estado de ánimo [89].

La práctica de la atención plena promueve el bienestar mental al reducir el estrés percibido y aumentar el bienestar psicológico. Esta práctica puede integrarse en capacitaciones, autocuidado, actividades de mentoría y cultura organizacional como un principio filosófico. Es fundamental aumentar la conciencia sobre los signos del burnout, establecer rutinas de autocuidado y mantener un equilibrio entre el trabajo y la vida personal para mitigar el agotamiento [89].

Figura 16. Recomendaciones de autocuidado. Tomado de Habeger et al [89].

Recomendaciones de autocuidado
Tomar descansos, mantener una carga de trabajo sostenible y manejable, desarrollar relaciones laborales saludables y desarrollar hábitos saludables como hacer ejercicio, comer bien y dormir lo suficiente.
Autoconciencia, equilibrio, flexibilidad, salud física, apoyo social, espiritualidad, utilización del tiempo libre, tomar descansos según sea necesario, utilizar habilidades de gestión del tiempo, utilizar técnicas de higiene del sueño, mantener una dieta equilibrada y realizar actividad física, y desarrollar un sólido sistema de apoyo social.
Crea una rutina de autocuidado.
Practique el autocuidado y aumente el apoyo profesional.
Disminuir la velocidad y dividir los proyectos grandes en tareas manejables.

Construir relaciones sólidas entre compañeros de trabajo, supervisores y pares puede mejorar el bienestar personal y crear un entorno laboral más saludable. El apoyo social y las conexiones positivas pueden reducir el estrés psicológico.

La mentoría, que está asociada con menores niveles de burnout, ofrece una forma de apoyar a los profesionales emergentes y extender los beneficios de las intervenciones individuales. Debe incluir reuniones regulares, actividades sociales y apoyo profesional [89].

Fomentar relaciones positivas con colegas y promover el compromiso laboral puede reducir el riesgo de burnout. Las oportunidades para fortalecer estas relaciones pueden incluir actividades de formación de equipos y eventos de reconocimiento. Las organizaciones deben dialogar con los empleados para identificar formas efectivas de apoyar el compromiso entre pares [89].

II.2.10. Burnout en el sector sanitario

El síndrome de burnout es reconocido como una condición comúnmente relacionada con comportamientos negativos en individuos que trabajan en el sector de la salud y la educación. Las personas afectadas por el burnout pierden la capacidad de encontrar significado en su rol laboral y el propósito de su trabajo, desinteresándose por las personas que atienden. Este síndrome es particularmente difícil de manejar, especialmente en los profesionales de la salud. Hay un incremento en el número de profesionales de la salud que muestran signos de depresión, pasividad, pérdida de confianza en sus habilidades, pérdida de identidad profesional y autoestima. Estos problemas se manifiestan en una menor presencia profesional, afectando tanto a la organización como a sus clientes [57, 90].

El burnout representa un riesgo significativo en profesiones con interacciones públicas frecuentes, como la medicina. Los médicos enfrentan altos niveles de estrés social y emocional, que comienzan durante su formación académica y continúan en su práctica profesional, especialmente en entornos hospitalarios cada vez más exigentes. Un estudio reciente indicó que el 76% de los médicos presenta síntomas de burnout, atribuibles a la alta carga de trabajo, malas condiciones laborales, falta de apoyo gerencial y frustración con el sistema público. El burnout está vinculado a la insatisfacción laboral, licencias por enfermedad, intenciones de cambio de empleo y menor satisfacción del paciente. Aunque hay literatura sobre el burnout, aún se requiere más investigación sobre los factores que contribuyen a este síndrome en los médicos [86-89].

El agotamiento emocional y la naturaleza exigente del cuidado de pacientes contribuyen al burnout en los proveedores de atención médica, provocando aumento del ausentismo y reduciendo la eficiencia laboral. Por lo tanto, la identificación y prevención del agotamiento son cruciales para mejorar la calidad de los servicios prestados [57].

Los trabajadores del sector de la salud experimentan tasas más altas de agotamiento laboral en comparación con otros empleos debido a su mayor exposición a demandas organizacionales estresantes, la naturaleza agotadora de la atención al paciente y el alto agotamiento emocional. Este agotamiento causa aumento del ausentismo y reduce la eficiencia en el trabajo, por lo que su identificación y prevención son esenciales para mejorar la calidad de los servicios prestados [57, 91].

El burnout entre los empleados ha sido estudiado principalmente en Europa, Estados Unidos y Oriente Medio. Factores demográficos como la edad, el género, el tipo de ocupación, el estilo de

gestión, la falta de apoyo social, la falta de éxito, la falta de oportunidades de promoción, la experiencia, las horas extras, las condiciones de trabajo indeseables y el trabajo por turnos pueden contribuir al burnout. Los estudios muestran generalmente una relación negativa entre el burnout y la satisfacción laboral, influenciada por la estructura organizacional; también se encontró una relación positiva entre la experiencia laboral y la falta de apoyo social [57, 91].

Los trabajadores de la salud, especialmente los médicos de urgencias y perioperatorios, están en un riesgo particularmente alto de sufrir burnout. Esto puede llevar a consecuencias personales negativas como abuso de sustancias, relaciones fallidas e incluso suicidio. En el ámbito profesional, puede resultar en una menor satisfacción del paciente, disminución en la calidad de atención e incluso errores médicos que pueden culminar en demandas por mala praxis, implicando costos significativos para los cuidadores y hospitales [56].

Períodos prolongados de altos niveles de estrés son precursores del burnout, el cual se define como estrés crónico que culmina en agotamiento emocional, despersonalización y una disminución en la eficacia profesional. Recientemente, se ha observado un aumento alarmante en los niveles de burnout entre las enfermeras durante la pandemia, pasando del 40,6% en 2019 al 49,2% en 2021-2022. Aumentos similares se han visto en médicos y otros trabajadores de la salud [53].

La investigación sobre el burnout y el bienestar del personal de salud mental ha avanzado menos que en otras áreas de la salud. Sin embargo, estudios indican que el burnout es un problema significativo en este grupo, con tasas de prevalencia que van del 21% al 67%. Por ejemplo, enfermeras iraníes en salas psiquiátricas reportaron mayor agotamiento emocional y despersonalización comparado con colegas de otras especialidades. Asimismo, casi la mitad de los psiquiatras italianos y el 69% de los terapeutas psicológicos del Reino Unido informaron altos niveles de burnout [94].

El Informe Nacional de Medscape sobre Burnout y Suicidio en Médicos de 2020 reportó una tasa de burnout del 43%, similar al 46% en 2015 y al 39,8% en 2013. Aunque la mayoría de los estudios coinciden en que no hay un efecto significativo del género en la incidencia del burnout, los datos de Medscape muestran que las mujeres médicas reportan síntomas de burnout con mayor frecuencia que los hombres (51% vs. 43% en 2015 y 48% vs. 37% en 2020). Además, parece haber diferencias de género en los síntomas específicos: agotamiento y fatiga son comunes en ambos sexos, pero la sensación de falta de eficacia es más común en mujeres. Los médicos varones tienden a dudar menos de la calidad de su trabajo comparado con sus colegas femeninas [56].

Estimar la incidencia exacta del burnout en médicos es complicado. Una revisión sistemática de 182 estudios publicados entre 1991 y 2018, que incluyó a 109.628 participantes en 45 países, mostró

una variabilidad sustancial en las estimaciones de prevalencia, desde 0% hasta 80,5%. Esta variabilidad se debe a diferencias en las definiciones y métodos de evaluación del burnout. No se encontraron asociaciones significativas entre el burnout y factores demográficos [56].

El Informe Nacional sobre el Agotamiento y el Suicidio de los Médicos de Medscape de 2020 clasificó la incidencia del burnout en 29 especialidades médicas. Las especialidades con mayor incidencia de burnout son urología (54%), neurología (50%) y nefrología (49%). Las especialidades con menor incidencia incluyen cirugía general (35%), psiquiatría (35%) y ortopedia (34%). La anestesiología se ubicó en el puesto 16 con un 41%, la medicina de urgencias en el puesto 14 con un 43% y los cuidados críticos en el puesto 10 con un 44% [56].

Durante la última década, se han publicado varios estudios que analizan específicamente el síndrome de burnout en la comunidad médica. Una revisión sistemática reciente identificó un total de 167 artículos sobre el tema, de los cuales finalmente se incluyeron 17 para evaluar la prevalencia y los factores desencadenantes del síndrome de burnout. De este estudio, se desprende que la incidencia del síndrome de burnout varía sustancialmente entre los diferentes informes, oscilando entre el 10% y el 59%. Parece ocurrir en todas las etapas de la carrera y está relacionado con una situación laboral estresante. No se observó una relación específica entre el síndrome de burnout y el género o el estado civil. Sin embargo, los autores subrayan que el pequeño número de estudios incluidos junto con las grandes diferencias en su metodología y enfoque de presentación de informes dificultan la obtención de conclusiones fiables y justifican una mayor investigación [56, 58].

Aunque el uso de puntajes de corte para el burnout es controvertido, y algunos investigadores argumentan que las normas de la escala son poco fiables y que usar un punto de corte para un síndrome no médico es inapropiado, estos datos indican niveles elevados de estrés y actitudes negativas hacia el trabajo en el personal de salud mental. Este estrés tiene un impacto profundo en la productividad; cifras de 2016 sugieren que el personal toma más días de baja por enfermedad que aquellos en atención aguda y atención primaria. El estrés laboral también es mayor, con un 41% del personal de salud mental reportando sentirse mal debido al estrés en el último año, en comparación con el 35% en atención aguda [94].

En el estudio Coping with COVID, una encuesta nacional estadounidense fue administrada por múltiples organizaciones de atención médica que abarcaron 20,947 encuestados en 42 organizaciones e informaron que el estrés diario fue calificado como alto o muy alto por el 30% de los trabajadores de la salud. La ansiedad o depresión fue descrita por el 38% de los trabajadores del sector de la atención médica. Las trabajadoras describieron entornos de trabajo más desafiantes que los hombres [49].

El Burnout es más común en los centros de salud, y ciertos especialistas como urgenciólogos, oncólogos y neumólogos enfrentan presiones tanto de quienes los contratan como de los pacientes.

Los factores estresantes incluyen la sobrecarga laboral, la percepción inadecuada del tiempo necesario, la falta de personal o recursos y la recepción de demandas incompatibles [55].

Las causas del burnout y el estrés en el personal de salud mental son similares a las de otros profesionales de la salud e incluyen dotación de personal inadecuada, exceso de trabajo, mala gestión, falta de apoyo y pocas oportunidades de desarrollo de habilidades. Sin embargo, el trabajo en salud mental presenta características específicas que pueden explicar las diferencias observadas en este grupo. Entre estas se encuentran el "trabajo emocional" de tratar a pacientes con trastornos mentales, altos niveles de violencia, la detención y tratamiento involuntario de pacientes, el cuidado de personas que pueden autolesionarse y la falta de financiamiento adecuado para los servicios de salud mental [94].

Todo trabajo sanitario requiere un componente emocional, pero la atención en salud mental implica una intensa implicación emocional con los pacientes a lo largo del tiempo. Estas demandas emocionales inducen un estrés de moderado a alto en el personal de salud mental, así como altas tasas de depresión [94].

La violencia contra el personal es mayor en los servicios de salud mental. En el Reino Unido, hubo 46,107 agresiones reportadas contra personal de salud mental en 2015-16, representando casi el 70% de todos los informes de agresiones en el NHS. El impacto de estas agresiones es significativo en términos de enfermedades, litigios y las consecuencias físicas y psicológicas para las víctimas [94].

Las detenciones involuntarias implican que el personal debe cuidar a pacientes que no eligen recibir tratamiento, y en el Reino Unido ha habido un aumento continuo en el uso de la Ley de Salud Mental para detener pacientes. Las medidas coercitivas como el aislamiento, la restricción y la medicación forzada son actividades de alto riesgo y estresantes tanto para pacientes como para el personal. Los intentos de suicidio, la ideación suicida y la autolesión son más frecuentes y el cuidado de estos pacientes es emocionalmente agotador [94].

Desde el punto de vista de la calidad del servicio, las dimensiones del burnout se relacionan con una reducción de la energía emocional necesaria para la atención al cliente (agotamiento emocional), una disminución de la compasión hacia los clientes y sus problemas (despersonalización) y una falta de sentido de competencia y satisfacción con el propio trabajo (sentimientos reducidos de realización personal). El burnout, por definición, inhibe la capacidad de un individuo para desempeñarse óptimamente en el trabajo, lo que probablemente sacrifique la

calidad del servicio. No es sorprendente que se hayan documentado impactos negativos del burnout en los resultados del cliente, especialmente cuando los clientes presentan síntomas más graves [77].

Además de influir negativamente en la calidad de la atención, los altos niveles de agotamiento también pueden tener efectos nocivos en el bienestar físico y mental de un médico. Muchos de los problemas de salud física asociados con el agotamiento están relacionados con el agotamiento emocional y son similares a los correlatos de salud física del estrés prolongado [77].

La principal queja de los médicos respecto a sus trabajos es el tiempo excesivo que dedican a tareas administrativas, tanto clínicas (búsqueda de resultados de laboratorio, documentación de historiales) como no clínicas (facturación). Estos deberes son vistos como menos significativos, y su aumento se asocia con un mayor riesgo de agotamiento profesional. Un estudio con 1,774 médicos encontró que un mayor tiempo en tareas administrativas disminuye la satisfacción laboral y aumenta el agotamiento. Los médicos sienten que estas tareas afectan negativamente la calidad de la atención y la concentración durante las consultas. Aunque transferir estas tareas a las enfermeras puede reducir el agotamiento de los médicos, puede aumentar el de las enfermeras [79].

Investigaciones indican que la prevalencia del síndrome de burnout entre los médicos puede variar entre el 30% y el 40%, con cifras incluso más altas en Estados Unidos y en algunos países de Latinoamérica [86].

La satisfacción laboral en el ámbito de la salud está estrechamente vinculada con factores como el estrés, el rendimiento y las relaciones interpersonales, todos los cuales influyen en el desempeño profesional. Abordar los factores psicosociales puede ser crucial para reducir o prevenir accidentes laborales y promover el bienestar del personal de salud [86].

Durante el periodo de formación en el sector salud, las actividades académicas, así como las variables personales, educativas y socioambientales, pueden provocar estrés y enfermedades asociadas. Los residentes, en particular, son una población especialmente vulnerable debido a las altas demandas asistenciales, intelectuales y emocionales, lo que resulta en la mayor incidencia del síndrome de burnout durante el primer año de residencia [86].

Entre los profesionales sanitarios, un grupo laboral que está particularmente expuesto al síndrome de burnout son las enfermeras. Las investigaciones han revelado cómo diversas condiciones laborales, como un trabajo exhaustivo, ser trasladado entre diferentes unidades de atención al paciente dentro de una organización, altas demandas laborales y relaciones ineficaces con compañeros de trabajo, supervisores y/o médicos pueden producir niveles más altos de burnout. Además, otras condiciones como el acoso laboral entre enfermeras y su relación con la cultura organizacional, la evitación de un estilo de gestión conflictivo, la baja satisfacción laboral y el

aumento de las proporciones enfermera-paciente también se han identificado como facilitadores del síndrome de burnout.

La satisfacción laboral puede verse influenciada tanto por factores psicosociales como organizacionales del trabajo [93].

Además, el burnout afecta a los lugares de trabajo de las enfermeras, tanto públicos como privados (más bajas laborales, menor eficacia laboral, más absentismo, etc.). Los usuarios de los servicios sanitarios también se ven afectados a medida que se deteriora la calidad de la atención sanitaria. Debido a la naturaleza de su trabajo, las enfermeras están en riesgo de desarrollar el síndrome de burnout. Estudios recientes relacionan altos niveles de agotamiento emocional con un aumento de la morbilidad asociada a trastornos psiquiátricos relacionados. Otros estudios informan de altas tasas de prevalencia de agotamiento emocional y despersonalización acompañadas de bajos niveles de realización personal entre el personal de enfermería [74].

Un buen ejemplo de esta situación es la frecuencia con la que surgen enfermedades somáticas entre los profesionales. En el ámbito sanitario, existe evidencia empírica que demuestra que la calidad de vida de las enfermeras disminuye en paralelo con el aumento de su fatiga. Esta fatiga está estrechamente vinculada a la alta demanda de cuidados [55].

Un flujo de trabajo ineficiente genera frustración y presión de tiempo en los médicos. Un estudio con 422 médicos de familia e internistas encontró que un flujo de trabajo adverso está asociado con síntomas de agotamiento emocional.

Las interrupciones y distracciones disminuyen la calidad de la atención y aumentan la carga cognitiva, retrasan las tareas y aumentan el riesgo de errores. Las alertas electrónicas irrelevantes e inoportunas también contribuyen al agotamiento [79].

Las crecientes demandas laborales y las expectativas de productividad, junto con la documentación y comunicación con pacientes fuera del horario laboral, aumentan la carga de trabajo de los médicos. Muchos profesionales completan tareas laborales en su tiempo personal, lo que afecta el equilibrio entre trabajo y vida personal y alimenta el agotamiento.

Las tareas profesionales invaden el tiempo personal más que en otros campos. La angustia moral, resultado de conflictos éticos en la práctica médica, contribuye significativamente al agotamiento, especialmente en cuidados críticos. Esta angustia surge cuando los valores profesionales no coinciden con las demandas de pacientes, colegas o la organización. Episodios repetidos de angustia moral pueden causar agotamiento, desilusión y desesperación. Intervenciones en entornos con altos

eventos moralmente angustiosos y la promoción de la resiliencia moral pueden mitigar este impacto negativo [79].

La relación con los pacientes es una fuente importante de satisfacción para los médicos, pero las demandas laborales que limitan el tiempo de atención directa contribuyen al agotamiento. La interacción con pacientes difíciles o irrespetuosos y las experiencias de muerte y agonía del paciente son factores estresantes significativos. La falta de civilidad por parte de pacientes y sus familias también afecta negativamente a las enfermeras y otros profesionales de la salud [79].

El personal de salud, al tratar con pacientes, se enfrenta a una fuente considerable de estrés. Esto se debe a la responsabilidad de aliviar el sufrimiento de los pacientes, que a menudo implica lidiar con formas intensas de sufrimiento que pueden agotar emocionalmente a quienes los atienden. Los síntomas distintivos del síndrome de burnout, como el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización profesional, son comunes en este contexto [86].

III. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

III.1. HIPÓTESIS

La violencia percibida por el profesional sanitario de los Servicios de Urgencias está vinculada a factores socio laborales, se asocia con un mayor Burnout y estrés laboral y varía en intensidad y modalidad según el nivel asistencial (intrahospitalario o extrahospitalario).

III.2. OBJETIVOS

1. Identificar y comparar la incidencia y los tipos de episodios violentos que experimentan los profesionales sanitarios en los Servicios de Urgencias, diferenciando entre los entornos intrahospitalarios y extrahospitalarios.
2. Evaluar la influencia de las características sociolaborales (sexo, edad, puesto de trabajo, antigüedad, nivel asistencial) en la probabilidad de sufrir situaciones de violencia laboral en los Servicios de Urgencias.
3. Determinar el nivel de estrés laboral percibido por los profesionales sanitarios en los Servicios de Urgencias y cómo este puede estar influenciado por diferentes tipos de violencia (verbal, psicológica, física y sexual). Además, se estudiará de qué manera la percepción de esta violencia contribuye al aumento del estrés y a la reducción de la satisfacción laboral.
4. Valorar la relación entre la violencia percibida por los profesionales sanitarios y la prevalencia del síndrome de Burnout, identificando si diferentes tipos de violencia afectan distintas dimensiones del Burnout (agotamiento emocional, despersonalización, y desrealización).
5. Evaluar el estrés laboral percibido por los profesionales sanitarios en los Servicios de Urgencias y analizar si está influenciado por diferentes modalidades de violencia (verbal, psicológica, física y sexual). Además, se examinará cómo la percepción de esta violencia puede contribuir al incremento del estrés en el ámbito laboral.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

Inicialmente se realiza una revisión bibliográfica acerca de la Violencia laboral en el entorno sanitario, burnout y estrés laboral en las bases de datos habituales Cochrane, Medline, Teseo, Embase, y una segunda revisión sobre referencias bibliográficas aparecidas en la primera búsqueda.

IV.1. Tipo de estudio

Este es un estudio multicéntrico, observacional, longitudinal y retrospectivo, con un año de duración.

IV.2. Diseño del estudio

IV.2.1. Población del estudio

El estudio se realizó en los servicios de urgencias de siete hospitales de tamaño intermedio (con capacidad de 100 a 500 camas) y en 17 Unidades Médicas de Emergencia (UME), que forman parte del dispositivo de urgencias críticas extrahospitalarias del Servicio Murciano de Salud.

Los siete hospitales de la Región de Murcia fueron seleccionados en función de su accesibilidad al personal, disposición para colaborar en el estudio, y su ubicación geográfica, con el objetivo de asegurar una representatividad adecuada y una distribución geográfica equilibrada. Los hospitales incluidos fueron los siguientes:

- Hospital General Universitario Morales Meseguer (Murcia)
- Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia)
- Hospital Rafael Méndez (Lorca)
- Hospital General Universitario Santa María del Rosell (Cartagena)
- Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena-Mar Menor)
- Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (Cieza)
- Hospital Comarcal del Noroeste (Caravaca)
- Hospital Virgen del Castillo (Yecla)

En cuanto a las Unidades de Emergencia Extrahospitalarias (UME), el estudio se llevó a cabo en cada uno de los cinco equipos de las 17 bases distribuidas a lo largo de la región. Estas unidades son las siguientes:

- **UME 1:** Murcia Oeste - Área de Salud VI (Vega Media del Segura)
- **UME 2:** Alcantarilla - Área de Salud I (Murcia/Oeste)
- **UME 3:** Lorca - Área de Salud III (Lorca)
- **UME 4:** Cartagena - Área de Salud II (Cartagena)
- **UME 5:** Cieza - Área de Salud IX (Vega Alta del Segura)
- **UME 6:** Yecla - Área de Salud V (Altiplano)
- **UME 7:** Caravaca - Área de Salud IV (Noroeste)
- **UME 8:** Águilas - Área de Salud III (Lorca)
- **UME 9:** Mazarrón - Área de Salud II (Cartagena)
- **UME 10:** La Manga - Área de Salud II (Cartagena)
- **UME 11:** Torre Pacheco - Área de Salud VIII (Mar Menor)
- **UME 12:** Molina de Segura - Área de Salud VI (Vega Media del Segura)
- **UME 13:** Cartagena - Área de Salud II (Cartagena)
- **UME 14:** Murcia - Área de Salud VII (Murcia/Este)
- **UME 15:** San Javier - Área de Salud VIII (Mar Menor)
- **UME 16:** Alhama de Murcia - Área de Salud I (Murcia/Oeste)
- **UME 17:** Jumilla - Área de Salud V (Altiplano)

Se incluyó a todos los trabajadores de los servicios descritos anteriormente, con un total de 1062 profesionales. La población del estudio estaba compuesta por médicos (adjuntos y residentes), profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores pertenecientes a los servicios de urgencias de los siete hospitales de la red sanitaria del Servicio Murciano de Salud (SMS). En las Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME), el personal estaba compuesto por médicos (adjuntos y residentes), enfermeros, conductores y técnicos sanitarios.

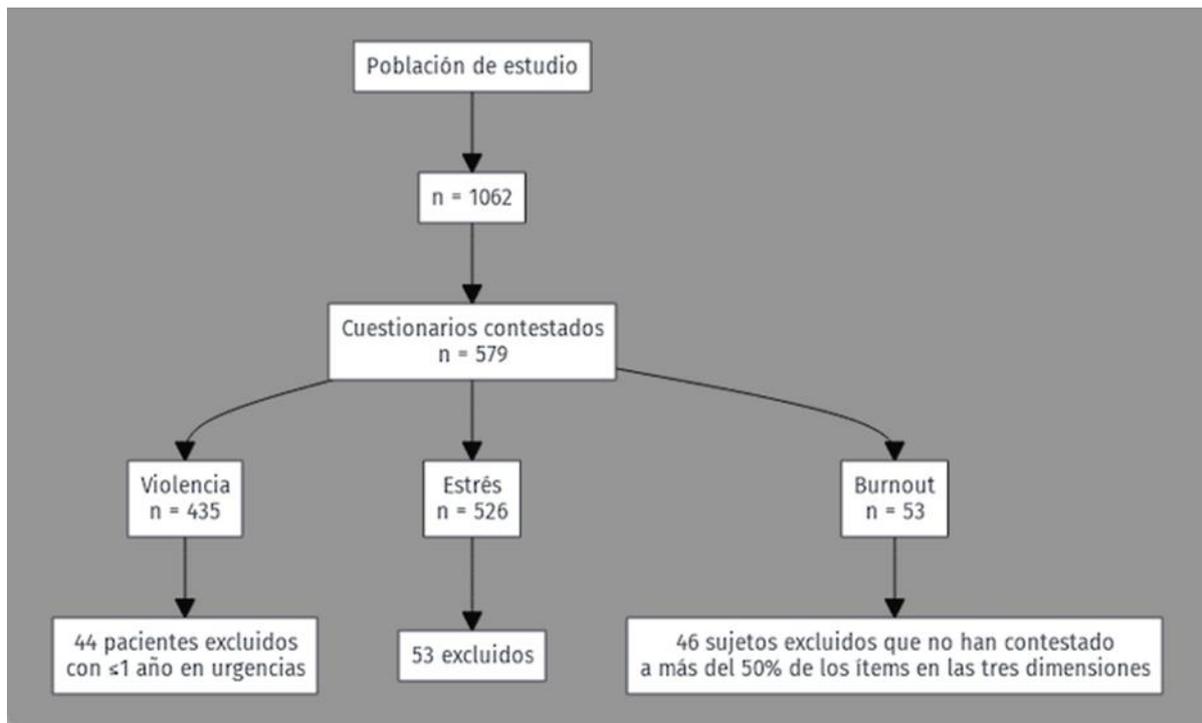
Cada una de las 17 bases de las UME cuenta con cinco equipos, cada uno integrado por cuatro profesionales, excepto en las UME 15, 16 y 17, donde los equipos están compuestos por tres profesionales: un médico, un enfermero y un técnico-conductor.

IV.2.2. Características de la muestra

Se distribuyeron los cuestionarios a toda la población de estudio (n=1062) (personal sanitario de los servicios de urgencias de la Región de Murcia, hospitalarias y extrahospitalarias).

Respondieron al cuestionario 579 profesionales, lo que representa una tasa de respuesta del 54,5%. Aproximadamente una cuarta parte de los encuestados (n=435) fue excluida del análisis de violencia percibida debido a que tenían menos de 12 meses de antigüedad laboral. En el estudio de estrés, 526 sujetos completaron correctamente el cuestionario, mientras que en el análisis del síndrome de burnout se incluyeron los datos de 533 participantes que respondieron a más del 50% de las preguntas correspondientes a esta escala.

Fig. 17. Población de estudio.



IV.3. Procedimiento para la recogida de la información.

Para la recolección de datos, se emplearon cuestionarios validados. En concreto para la percepción de violencia se utilizó la escala “Perception of Aggression scale”-(POPAS)– para el grado del estrés se ha utilizado la escala abreviada de estrés percibido "Perceived Stress Scale"(PPS-10) para determinar el grado de burnout el cuestionario Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS).

A los participantes se les solicitó su consentimiento verbal para participar en el estudio y se les informó que toda la información recopilada sería tratada con estricta confidencialidad y anonimato.

Se indicó que los datos se utilizarían exclusivamente con fines de investigación y que en la difusión de resultados no se haría ninguna mención que pudiera permitir la identificación de individuos o instituciones.

Los cuestionarios se administraron después de explicar el objetivo del estudio y obtener el consentimiento informado. La participación fue voluntaria y anónima. Los cuestionarios se entregaron personalmente para su cumplimentación, resolviendo cualquier duda que pudiera surgir. Para garantizar el anonimato, los cuestionarios completados se depositaron en una caja cerrada ubicada en una habitación privada, fuera de la vista del personal.

IV.4. Definición de variables

Violencia percibida:

Evaluación subjetiva de incidentes violentos y/o agresividad por parte de pacientes, usuarios o compañeros de trabajo. Se exploró mediante 12 ítems que evaluaban diferentes tipos de violencia y su origen interno (procedente de colegas) o externo (familiares y/o acompañantes).

Se interpretó de las siguientes formas:

Cuantitativamente: Número total de episodios violentos reportados.

Cualitativamente: Tipo específico de violencia (verbal, psicológica, física o sexual) y origen del incidente (interno o externo).

En algunas ocasiones se ha codificado el número de episodios de violencia utilizando como punto de corte: sufrir algún episodio (sí) o no sufrir ningún episodio (no).

Estrés laboral percibido:

Experiencia subjetiva relacionada con la exposición a condiciones laborales potencialmente estresantes, evaluada mediante un inventario de 10 ítems que miden la autovaloración del estrés y los síntomas de estrés experimentados durante el último mes.

En algunas ocasiones se ha codificado el estrés laboral utilizando como punto de corte el percentil percentil 85 como punto de corte para clasificar a los participantes en dos categorías: puntuaciones inferiores al percentil 85 y puntuaciones mayores o iguales al percentil 85.

Síndrome de burnout:

Resultado negativo del estrés laboral crónico, evaluado a través de tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal, de acuerdo con el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS):

Agotamiento emocional (AE): Es la disminución de los recursos afectivos individuales necesarios para afrontar las demandas de la tarea que se debe desempeñar. Se expresa como cansancio, fatiga, sensación de incapacidad para trabajar, de estar exhausto para movilizar recursos personales y poder establecer relaciones interpersonales.

Despersonalización (DP): Componente del síndrome de burnout que consiste en una abstracción y eliminación de los componentes afectivos en las relaciones interpersonales, lo que se expresa en distancia afectiva o frialdad en el trato interpersonal hacia el que recibe el servicio, indiferencia, insensibilidad, distanciamiento, actitudes cínicas e inculpables hacia los mismos, ausencia de implicación personal e incapacidad para ser empático, identificar sus necesidades emocionales y afectivas y comprender los problemas que presentan.

Realización personal (RP): Consiste en una percepción de la eficacia profesional ante el afrontamiento de los problemas, el manejo de los conflictos, mantenimiento de la capacidad

empática, sensación de energía, satisfacción personal y gratificación. Como componente del síndrome de burnout se considera su ausencia o disminución.

Para el estudio del Burnout, se ha recurrido al percentil 66 de las dimensiones del MBI como punto de corte para clasificar a los participantes en dos categorías: aquellos con puntuaciones inferiores al percentil 66 (nivel moderado-bajo) y aquellos con puntuaciones iguales o superiores a dicho percentil (nivel alto).

Variables sociodemográficas y laborales

Se han determinado las siguientes variables:

- Sexo: (Masculino/Femenino). Variable cualitativa nominal.
- Edad: (Menos de 25 años, 25-29, 30-34, 40-44, 45-49, 50-54, y más de 55 años). Variable cualitativa discreta.
- Puesto de trabajo: (Auxiliar, Celador, Enfermero, Médico, Médico Residente, Conductor). Variable cualitativa nominal.
- Tipo de contrato: (Sustituto, Interino, Titular). Variable cualitativa nominal.
- Años de trabajo en Urgencias: tiempo de labor asistencial desempeñado en el momento de la evaluación, medido en intervalos. Variable cualitativa ordinal con las siguientes categorías:
 - Grupo 1: 1-4 años. Grupo 2: 5-9 años. Grupo 3: 10 o más años.
- Nivel asistencial: UME (dispositivo de urgencias críticas extrahospitalarias) u Hospital (Servicios de urgencias hospitalarias).

IV.5. Instrumentos de medida.

- **Escala de Percepción de Agresión (POPAS):** Para medir la percepción de violencia, adaptada para los servicios de urgencias. Se ha empleado la versión adaptada del cuestionario validado POPAS –Perception of Aggression scale- [36].

La escala original incluye 15 preguntas sobre modalidades de violencia que pueden afectar al trabajador: (1) maltrato verbal; (2) agresión verbal amenazante; (3) maltrato vejatorio; (4) conducta de provocación; (5) conducta pasiva de oposición; (6) conducta de promoción de la

discordia; (7) peligro para la integridad física; (8) destrucción de bienes materiales; (9) agresión física leve; (10) agresión física severa; (11) autolesión física de terceros; (12) intentos de suicidio de terceros; (13) suicidios consumados de terceros; (14) acoso sexual y (15) violación. Cada una de estas modalidades de violencia se ilustra con diferentes ejemplos en el mismo cuestionario.

En la versión adaptada a los servicios de urgencias (anexo 1) se eliminaron 3 de las preguntas (intento de “suicidio”, y “suicidio” de terceras personas y “violación consumada”) al considerar su escasa ocurrencia en este contexto. Las respuestas eran abiertas para recoger las frecuencias anuales de cada ítem, distinguiendo el origen del incidente violento: externo (provocado por pacientes, acompañantes o familiares) o interno (provocado por colegas).

▪ **Escala abreviada de Estrés Percibido (PSS-10):**

La evaluación del estrés percibido se ha realizado mediante la escala abreviada de estrés percibido "Perceived Stress Scale"(PSS-10) en su adaptación castellana [95].

La PSS-10 fue diseñada para medir el grado en que las situaciones de la vida son evaluadas como estresantes. Esta versión reducida está compuesta por cuatro ítems evaluados a través de una escala de cinco opciones de respuesta desde 0, «Nunca» a 4, «Muy a menudo y evalúa el grado en que el profesional sanitario considera que los acontecimientos de su vida están desbordando sus capacidades en el último mes. Una puntuación más elevada implica mayor percepción de estrés ante los acontecimientos. La PSS-10 mide el grado en que el individuo percibe aspectos de su vida como incontrolables, impredecibles y sobrecargados. Se les pide a los participantes que respondan a cada pregunta en una escala Likert de 5 puntos que va de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo), indicando con qué frecuencia se han sentido o pensado de cierta manera durante el último mes.

El PSS-10 fue diseñada para su uso en muestras de la comunidad con al menos una educación secundaria. Las preguntas son fáciles de entender al igual que las alternativas de respuesta. Además, las preguntas son de carácter general y, por lo tanto, están relativamente libres de contenido específico de cualquier grupo de subpoblación.

La puntuación tiene un rango de entre 0 a 40 puntos, puntuaciones más altas son indicativas de mayor estrés percibido.

- Cuestionario **Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)**: Se utiliza para evaluar el síndrome de burnout a través de 22 ítems en una escala tipo Likert de siete puntos. El Cuestionario *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) se empleó como instrumento de medida para valorar el grado de Burnout en función de tres dimensiones: Agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP), que consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de siete opciones [96].

Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert de 7 puntos, con un valor de 0 a 6, donde: 0 = Nunca 1 = Alguna vez al año o menos, 2= Una vez al mes o menos, 3= Algunas veces al mes, 4= Una vez por semana, 5= Algunas veces por semana y 6= diariamente. Esta escala de carácter autoadministrado se compone de las tres subescalas antes mencionadas que parten del modelo multidimensional. (Anexo 2)

Agotamiento emocional (AE): consta de nueve ítems vinculados al cansancio emocional derivado de las demandas laborales. Da idea de la sensación de que no "poder ofrecer nada más", manifestando síntomas físicos y emocionales. Corresponde a los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Puntuación máxima 54 y es directamente proporcional a la intensidad del síndrome.

Se considera como valor relativamente deseable la categoría baja, en comparación con los valores no deseables en las categorías media y alta de agotamiento emocional.

Despersonalización (DP): componente del síndrome de burnout que consiste en una abstracción y eliminación de los componentes afectivos en las relaciones interpersonales, lo que se expresa en distancia afectiva o frialdad en el trato interpersonal hacia el que recibe el servicio, indiferencia, insensibilidad, distanciamiento, actitudes cínicas e inculpables hacia los mismos, ausencia de implicación personal e incapacidad para ser empático, identificar sus necesidades emocionales y afectivas y comprender los problemas que presentan

Se determina por cinco ítems del Inventario de Burnout de Maslach que lo componen los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. La puntuación máxima es de 30 puntos.

Se consideró como valor relativamente deseable la categoría baja, en comparación con los valores no deseables en las categorías media y alta de despersonalización.

Realización personal (RP): consiste en una percepción de eficacia profesional ante el afrontamiento de los problemas de los alumnos, el manejo de los conflictos, mantenimiento de la capacidad empática, sensación de energía, satisfacción personal y gratificación. Como componente del síndrome de burnout se considera su ausencia o disminución.

Se determina por ocho ítems del Inventario de burnout de Maslach, redactados en un sentido positivo. La realización personal está formada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

La puntuación máxima es de 48 puntos, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto

En nuestro estudio estudiaremos esta subescala de Burnout en sentido contrario (desrealización)

Se consideró como valor no deseable las categorías alta y media de desrealización, y relativamente deseable la categoría baja de desrealización personal en el trabajo.

El MBI-HSS presenta una alta consistencia interna de 0.80 y unos altos índices de fiabilidad.[92].

IV.6. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Se incluirán en el estudio todos los profesionales que se encuentren en activo en el servicio de urgencias hospitalarias. Esto comprende a médicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores que desempeñan sus funciones en dicho entorno. En el caso de las unidades de urgencias extrahospitalarias, se considerarán aquellos profesionales que integren los equipos de la Unidad Móvil de Emergencias (UME) en el momento de la realización de la investigación. Esta inclusión asegura que todos los participantes tengan una experiencia directa y relevante en situaciones de emergencia, tanto dentro del hospital como en escenarios extrahospitalarios.

Criterios de exclusión:

Serán excluidos del estudio aquellos profesionales que se encuentren de baja laboral o en situación de excedencia en el momento de la investigación. Asimismo, se considerará como criterio de exclusión tener una experiencia laboral inferior a un año en el puesto de trabajo, especialmente en lo que concierne a la parte del estudio relacionada con la violencia percibida.

IV.7. Aspectos éticos.

Una vez el comité de calidad ética de la Universidad aprobó el estudio, se solicitó permiso para realizar la investigación tanto al Director Médico de la Gerencia de Emergencias Sanitarias 061 como a los Jefes de Servicio y supervisores de enfermería de cada uno de los 7 Servicios de Urgencias hospitalarios incluidos en el estudio.

La información recogida fue procesada informáticamente y analizada de forma global, respetando la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de las personas y centros participantes.

IV.8. Análisis estadísticos.

La información recogida se codificó en una base de datos en el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27.0 para su posterior análisis. Todos los datos fueron analizados y representados gráficamente utilizando el mismo programa informático. También se utilizó de forma complementaria el programa STATA para el análisis del riesgo relativo.

Para el análisis estadístico descriptivo de la población se han empleado los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se ha obtenido el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente; y para las variables cuantitativas, los valores mínimos, máximo, media y desviación típica (DE). Todos los parámetros observados se han presentado con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

Para el análisis de la violencia percibida se ha realizado un análisis univariante mediante el test de la Ji-cuadrado y la ANOVA, complementado con un test “post hoc”, para contrastar las hipótesis de homogeneidad de proporciones y medias respectivamente.

Las diferencias entre la incidencia per cápita y la proporción de profesionales con al menos un incidente violento, según el origen del episodio (externo o interno), se evaluaron utilizando la prueba t -Student y la prueba Z para muestras independientes, respectivamente.

Adicionalmente, se emplearon Regresiones de Poisson con análisis robusto de las varianzas multivariantes para estimar el RR (riesgo relativo) y analizar las asociaciones entre las características sociodemográficas y laborales con el riesgo de sufrir al menos un incidente violento.

Para el estudio del estrés laboral y burnout, las comparaciones entre grupos para las variables cuantitativas se realizaron mediante la prueba t-Student, comprobando previamente los supuestos de normalidad (test Shapiro-Wilk) y el de homogeneidad de varianzas (prueba de Leve). En el caso de incumplimiento de alguno de los supuestos se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Para determinar el efecto de las variables demográficas /laborales y los tipos de violencia sufrida por los profesionales en el estrés laboral y el MBI, se realizaron modelos de regresión logística calculando las odds ratio correspondientes a nivel univariante y multivariante.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 27.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas con $p < 0,05$.

V. RESULTADOS

V.1. RESULTADOS VIOLENCIA PERCIBIDA

La proporción de mujeres es ligeramente superior (53,7%), la mayoría trabaja en el ámbito hospitalario (71,7%), y las edades se sitúan, sobre todo, en el rango de entre 25 a 39 años (45,9%).

Predominan las profesiones de enfermería (33,0%) y medicina (32,3%) y lo más habitual es que sean profesionales con una dilatada experiencia laboral (≥ 10 años) en Urgencias (42,0%), (Tabla 5).

No obstante, este perfil difiere de forma significativa entre ambos niveles asistenciales (Tabla 5).

	n	%	Nivel asistencial		P(b)
			UME(a) (%)	Hospital (%)	
Sexo					≤ 0.01
Hombre	201	46.3	69.1	37.2	
Mujer	233	53.7	30.1	62.8	
Edad					NS
25-39	196	45.9	50.4	44.2	
40-50	140	32.8	26.5	35.2	
>50	91	21.3	23.1	20.6	
Profesión					
Auxiliar	54	12.9	13.8	17.3	
Celador	40	9.6	0.0	12.8	≤ 0.01
Enfermero	138	33.0	32.5	31.1	NS
Médico	135	32.3	33.3	30.1	NS
Médico residente	24	5.7	0.0	7.7	≤ 0.01
Conductor	27	6.5	20.3	0.0	NS
Tipo de contrato					
Sustituto	63	14.5	13.0	15.1	
Interino	120	27.7	17.9	31.4	≤ 0.01
Titular	250	57.7	68.3	53.2	≤ 0.01
Experiencia laboral(c)					
1-4 años	101	23.2	13.8	26.9	≤ 0.01
5-9 años	148	34.0	25.2	37.5	≤ 0.05
>10 años	186	42.8	61.0	35.6	≤ 0.01
Nivel asistencial					
UME ^(a)	123	28.3	-	-	
Hospital	312	71.7	-	-	
Total	435	100.0	-	-	

(a): Unidades médicas de emergencias (nivel extrahospitalario).

V.1.2 Modalidades de violencia y tipo de agresión.

La coacción psicológica, independientemente del origen de la agresión (externa o interna) es, con diferencia, la modalidad de violencia que padecen más habitualmente los trabajadores de Urgencia ($p < 0.01$), con una incidencia anual per cápita (IApc) de $17,1 \pm 2,0$ episodios anuales (tabla 6).

Tabla 6. Incidencia anual per cápita (IApc) de episodios de violencia laboral de origen externo o interno en los servicios de urgencia (diferencias según las características del profesional agredido)

	Tipo de violencia							
	Verbal		Psicológica		Física		Sexual	
	IApc	(95%CI)	IApc	(95%CI)	IApc	(95%CI)	IApc	(95%CI)
Sexo								
Hombre	10.6	(1.8)	15.9	(2.7)	8.2	(1.5)	0.2	(0.1)
Mujer	11.2	(2.1)	18.2	(2.9)	6.8	(1.2)	0.2	(0.1)
Edad								
25-39	11.3	(2.4)	17.3	(2.8)	7.3	(1.5)	0.2	(0.1)
40-50	11.7	(2.6)	19.8	(4.3)*	7.4	(1.5)	0.2	(0.1)
>50	8.6	(1.9)	12.4	(3.0)*	7.5	(2.0)	0.3	(0.3)
Profesión								
Auxiliar	7.7	(2.3)	18.3	(7.3)	5.3	(2.2)	0.1	(0.1)
Celador	17.5	(6.9)	24.9	(6.7)*	6.9	(2.3)	0.2	(0.3)
Enfermero	11.2	(2.5)	16.9	(3.4)*	7.9	(1.7)	0.4	(0.2)
Médico	11.4	(2.9)	16.3	(3.8)*	7.3	(1.6)	0.1	(0.1)
Residente	7.5	(4.0)	14.3	(8.1)	5.2	(5.4)	0.2	(0.3)
Conductor	8.4	(3.1)	13.0	(5.4)*	11.5	(5.7)	0.4	(0.5)
Experiencia laboral								
1-4 años	8.9	(2.1)	14.8	(3.6)	4.7	(1.6)*	0.1	(0.1)
5-9 años	12.0	(3.0)	15.7	(2.5)	7.5	(1.4)*	0.3	(0.1)
>10 años	11.2	(2.0)	19.6	(3.8)	8.9	(1.7)*	0.3	(0.1)
Nivel asistencial								
UME(b)	11.1	(3.3)	13.4	(3.0)*	9.5	(2.2)*	0.2	(0.1)
Hospital	11.4	(1.7)	18.6	(2.5)*	6.6	(1.0)*	0.3	(0.1)
Total	10.9	(1.4)	17.1	(2.0)	7.4	(0.9)	0.24	(0.1)

*: $p \leq 0.05$; **: $p \leq 0.01$; IApc = \sum episodios violentos / total de sujetos.

También experimentan, con una frecuencia relativamente elevada, las agresiones verbales (IApc=10,9±1,4) y los episodios de violencia física (IApc=7,4±0,9). Sin embargo, son excepcionales los incidentes de acoso sexual (IApc=0,2±0,1) (p<0.01).

La incidencia de episodios violentos, tanto de tipo psicológico como físico, en los trabajadores de Urgencias presenta diferencias importantes entre los dos niveles asistenciales. Los primeros son más habituales en el hospital y los segundos en el ámbito extrahospitalario (p≤0.01) (tabla 6). Asimismo, los celadores (p≤0.05) y los profesionales de edad media (40 a 50 años) (p≤0.01) están más expuestos a la violencia psicológica, mientras que la de tipo físico aumentan de forma paulatina entre los profesionales con mayor experiencia laboral en urgencias (tabla 6).

Tabla 7. Incidencia anual per cápita (IApc) de las distintas modalidades de violencia laboral en los servicios de urgencia y proporción de profesionales expuestos en alguna ocasión.

<i>Tipo de violencia</i>	Número de episodios Violentos/profesional				<i>P</i> (a)	% profesionales expuestos ≥1 episodio anual				<i>P</i> (b)
	Procedente de pacientes o acompañantes		Procedente de colegas			Procedente de pacientes o acompañantes		Procedente de colegas		
	IApc	(IC95 %)	IApc	(IC95%)		%	(IC95 %)	%	(IC95 %)	
<i>Verbal</i>										
Verbal no amenazante	7.0	(1.0)	1.4	(0.5)	≤0.01	86.7	(3.2)	38.6	(4.6)	≤0.01
Verbal amenazante	2.3	(0.3)	0.2	(0.09)	≤0.01	66.9	(4.4)	12.0	(3.1)	≤0.01
<i>Psicológica</i>										
Trato vejatorio	1.7	(0.3)	0.8	(0.2)	≤0.01	50.3	(4.7)	31.0	(4.3)	≤0.01
Conducta provocadora	2.9	(0.4)	0.7	(0.1)	≤0.01	70.3	(4.3)	28.7	(4.3)	≤0.01
Conducta de oposición	4.4	(0.6)	0.9	(0.2)	≤0.01	74.5	(4.1)	32.0	(4.4)	≤0.01
Promoción de la discordia	4.1	(1.0)	1.6	(0.4)	≤0.01	59.3	(4.6)	39.3	(4.6)	≤0.01
<i>Física</i>										
Amenaza integridad física	0.9	(0.2)	0.08	(0.03)	≤0.01	37.7	(4.6)	3.0	(1.6)	≤0.01
Conductas destructivas	3.0	(0.4)	0.2	(0.08)	≤0.01	74.0	(4.1)	7.6	(2.5)	≤0.01
Agresión física no lesiva	0.4	(0.1)	0.04	(0.02)	≤0.01	18.6	(3.7)	1.6	(1.2)	≤0.01
Agresión física lesiva	0.05	(0.05)	0.01	(0.0)	≤0.01	1.8	(1.2)	0.7	(0.8)	≤0.01
Conductas autolesivas	2.7	(0.5)	0.07	(0.04)	≤0.01	65.1	(4.5)	3.0	(1.6)	≤0.01
<i>Sexual</i>										
Acoso/violencia sexual	0.13	(0.05)	0.11	(0.04)	NS	9.7	(2.8)	4.4	(1.9)	≤0.01

Prueba T de Student para muestras independientes.

Ho: IApc procedente de acompañantes o pacientes = IApc procedente de colegas.

La mayoría de los acontecimientos violentos son, con diferencia, de origen externo (protagonizados por el propio paciente o sus acompañantes) ($p \leq 0.01$), con la única excepción del acoso sexual en el que, aparte de ser inusual (0,24 episodios/profesional), no se observan diferencias significativas según el origen externo/interno (tabla 7).

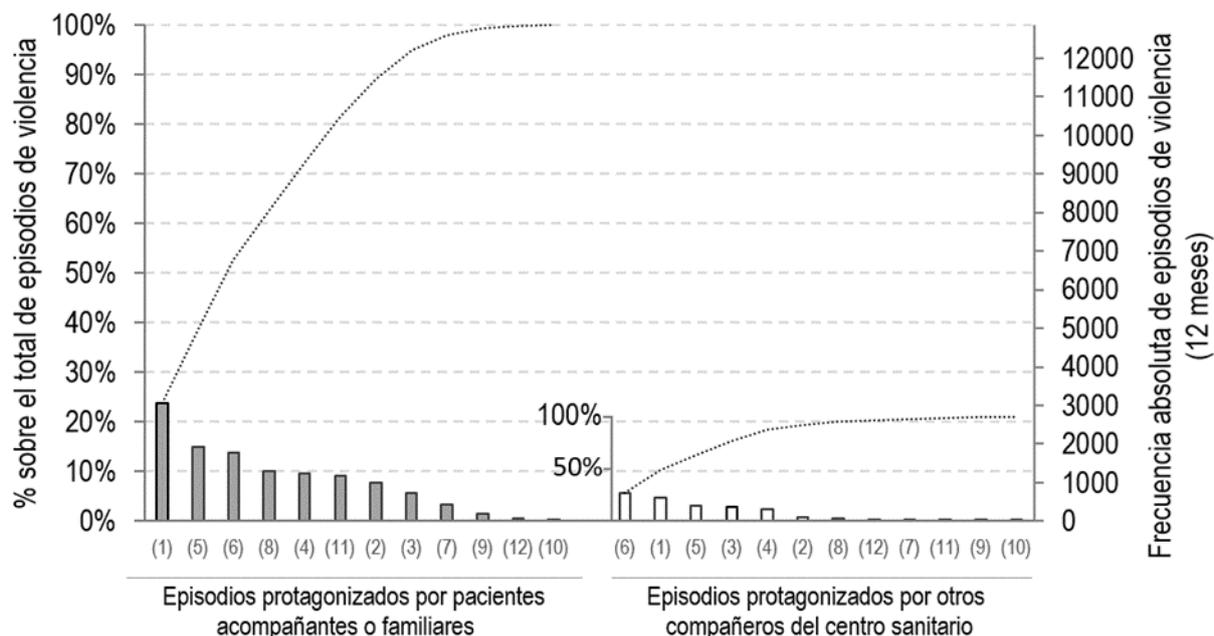
Son también insólitos los episodios de violencia física protagonizados por los propios colegas ($\leq 0,2$ episodios anuales/profesional) o por los acompañantes/pacientes ($\leq 0,9$), con la salvedad, para estos últimos, de los episodios de destrucción de bienes materiales (IApc=3,0 \pm 0,4) o de conductas autolesivas (IApc=2,7 \pm 0,5).

Entre los episodios de violencia psicológica provocados por pacientes/acompañantes destacan especialmente las “conductas de oposición, no colaboradoras” (IApc=4,4 \pm 0,6) o de “promoción de la discordia” (IApc=4,1 \pm 1,0); esta última, es también la modalidad de violencia psicológica más habitual de los propios colegas (IApc=1,6 \pm 0,4).

Por otra parte, las manifestaciones de agresión verbal suelen ser fundamentalmente de tipo no intimidatorio, independientemente de su origen: externo (IApc=7,0 \pm 1,0) o interno (IApc=1,4 \pm 0,5) (tabla 7).

En síntesis, las “agresiones verbales no intimidatorias” y la “conducta de oposición no colaboradora” suponen aproximadamente el 40% de todas las manifestaciones violentas de origen externo, mientras que en las de origen interno (provocadas por colegas) las “conductas que propician conflictos en las relaciones interpersonales” y las “agresiones verbales no intimidatorias” suponen prácticamente el 50% del total (figura 18).

Figura 18. Importancia relativa de las modalidades de violencia percibida en los servicios de urgencia.



(1): Agresiones verbales no amenazantes; (2): Agresiones verbales amenazantes; (3): Trato vejatorio; (4): Comportamientos provocadores; (5): Conductas de oposición; (6): Conductas que fomentan discordia; (7): Amenazas de la integridad física; (8): Episodios de conductas destructivas; (9): Agresiones físicas (sin lesiones); (10): Agresiones físicas (con lesiones); (11): Conductas autolesivas; (12): Episodios de acoso sexual.

Casi todos los profesionales han padecido algún episodio de violencia laboral a lo largo del año (97,9%). La mayoría han sido objeto de excesos verbales no intimidatorios provocados por los pacientes/acompañante (86,7%±3,2), mientras que el 38,6% han padecido este tipo de conducta por parte de sus propios colegas.

Es asimismo, muy elevada la magnitud de profesionales expuestos a “conductas no colaboradoras” (74,5%±4,1), “destrucción de objetos” (74,0±4,1), “conductas de oposición” (70,3%±4,3) e, incluso, “agresiones verbales percibidas como intimidatorias” (66,9%±4,4) de los pacientes o acompañantes.

Aunque mucho menos habitual, resulta llamativo, por su trascendencia, el hecho de que, en un año, la tercera parte de los trabajadores de los servicios de urgencia se han sentido amenazados por el paciente o sus acompañantes; es más, uno de cada diez ha sido víctima de acoso sexual, e incluso dos de cada 100 han sufrido una agresión con lesiones (tabla 7).

Después de controlar los posibles factores de confusión, se comprueba que todas las características sociolaborales del profesional con excepción del sexo influyen sobre el riesgo de padecer alguna situación de violencia laboral (³¹ episodio/año). En este sentido, en el ámbito hospitalario, los trabajadores de los servicios de urgencia están menos expuestos, en relación con sus homónimos del nivel primer nivel asistencial, a las amenazas de la integridad física por parte de sus compañeros de trabajo (IC95% ajustado RR:0.11-0.81), o a las agresiones leves, sin lesiones, provocadas por los propios pacientes o sus acompañantes (IC95% ajustado RR:0.32-0.82) (tablas 8 y 9).

Tabla 8. Factores socio-laborales y riesgo relativo de padecer algún episodio de violencia laboral de origen externo (usuarios, familiares o acompañantes) en los servicios de urgencia^{(a),(b)}

	Verbal		Psicológica				Física				Sex ^d
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(11)	(12)
	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa
<i>Sexo</i>											
<i>femenino</i>	0.99	1.06	0.94	1.00	0.98	0.90	0.86	0.99	0.79	0.99	1.45
<i>Profesión</i>											
Enfermero	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Médico	0.94	1.13	0.90	1.02	0.88	1.08	0.96	1.05	0.43 **	1.00	0.45
Otros	0.90 **	0.99	1.02	0.92	0.84 **	1.05	1.03	0.93	0.99	0.98	1.06
<i>Hospital vs. UME</i>	1.05	1.14	1.26	1.08	1.03	1.00	0.79	1.01	0.51 **	0.88	0.71
<i>Experiencia laboral</i>											
1-4 años	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
≥ 5 años	1.10	1.31 *	1.21	0.98	0.94	1.32 *	1.63 *	1.26 *	2.13 *	1.23	1.71
<i>Contrato laboral</i>											
Titular	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Sustituto	0.99	1.16	1.22	0.90	0.96	1.18	1.13	1.07	1.18	1.06	0.94
Interino	0.94	0.95	1.03	0.85	0.99	1.12	0.95	1.02	1.06	1.05	1.29

(a)Riesgo relativo ajustado (RRa) mediante regresiones de Poisson multivariantes Período de seguimiento = un año. (b): Se excluye la "violencia física grave" debido a las bajas tasas de incidencia. (c): UME: Unidades móviles de emergencia (d)sexual (1): Verbal no amenazante; (2) Verbal amenazante; (3) Trato vejatorio; (4) Conducta provocadora; (5) Conducta de oposición;

(6) Promoción de la discordia; (7) Amenaza integridad física; (8) Conductas destructivas; (9) Agresión física lesiva; (11) Conductas autolesivas; (12) Acoso/violencia sexual.

*: $p \leq 0.05$ **: $p \leq 0.011$.

Tabla 9. Factores socio-laborales y riesgo relativo de padecer algún episodio de violencia laboral de origen interno (colegas/compañeros de trabajo) en los servicios de urgencia^{(a),(b)}

	Verbal		Psicológica				Física			Sex
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(11)	(12)
	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa	RRa
<i>Sexo femenino</i>	0.98	0.82	1.20	0.97	1.05	0.93	1.20	0.88	0.42	0.79
<i>Profesión</i>										
Enfermero	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Médico	1.08	0.99	1.27	0.92	1.25	1.24	0.53	0.55	1.23	0.22**
Otros	1.01	1.45	1.31	0.97	1.18	1.01	0.94	0.87	1.98	0.44
<i>Hospital vs. UME^(c)</i>										
	1.74**	0.89	1.53**	1.54**	1.43	1.40**	0.24**	1.30	0.96	2.59
<i>Experiencia laboral^(a)</i>										
1-4 años	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
≥ 5 años	1.11	1.52	1.35	0.99	1.05	1.12	1.06	0.84	4.01	1.64
<i>Contrato laboral</i>										
Titular	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Sustituto	0.95	1.21	0.84	0.60	0.83	0.74	0.71	2.20	2.97	1.44
Interino	0.87	1.31	1.55**	0.82	0.90	0.91	1.57	1.39	0.87	1.41

(a)Riesgo relativo ajustado (RRa) mediante regresiones de Poisson multivariantes Período de seguimiento = un año. (b): Se excluye la "violencia física grave" debido a las bajas tasas de incidencia. (c): UME: Unidades móviles de emergencia (d)sexual (1): Verbal no amenazante; (2) Verbal amenazante; (3) Trato vejatorio; (4) Conducta provocadora; (5) Conducta de oposición; (6) Promoción de la discordia; (7) Amenaza integridad física; (8) Conductas destructivas; (9) Agresión física lesiva; (11) Conductas autolesivas; (12) Acoso/violencia sexual.

*: $p \leq 0.05$; **: $p \leq 0.01$.

Por el contrario, en el hospital, el riesgo de padecer tanto agresiones verbales no intimidatorias (IC95% ajustado RR:1.3-2.5), como violencia psicológica por parte de los colegas es mayor, en casi todas las modalidades estudiadas – conducta de provocación, comportamiento promotor de la discordia y trato irrespetuoso -. Este último, es también más probable en los profesionales con un contrato de interinidad (IC95% ajustado RR:1.09-3.10) (tabla 9).

Curiosamente, los profesionales con mayor experiencia laboral en Urgencias (³⁵ años), tienen un riesgo más elevado de padecer episodios de violencia de origen “externo”. De hecho, son un marcador de riesgo de las “agresiones verbales con amenazas” y de los “episodios de conductas ajenas promotoras de desavenencias en el entorno laboral” ($p \leq 0,05$) (tabla 8). Pero, destaca, sobre

todo, el riesgo de exposición a la violencia física en sus diversas modalidades tales como las situaciones en las que la integridad corporal está en peligro (IC95% ajustado RR:1.09-2.46) y hay una destrucción de bienes materiales (IC95% ajustado RR:1.05-1.52) o es víctima de una agresión física lesiva (IC95% ajustado RR:1.50-4.31) (tabla 8).

Precisamente este tipo de agresiones físicas lesivas son menos frecuentes entre el personal médico que en el de enfermería (IC95% ajustado RR:0.24-0.77) (tabla 8). Asimismo, entre los primeros el riesgo de sufrir acoso sexual por otro colega disminuye a casi la quinta parte (RR ajustado:0.22; p£0.01) (tabla 9).

V.2. EL ESTRÉS LABORAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA.

El estrés laboral medio en una escala comprendida entre 0 (mínimo) y 100 (máximo) de la muestra fue de 27,8 puntos con una desviación típica de 13,4, con valores comprendidos en un rango de entre 0 y 77,5.

En la figura 19 se muestra el histograma de los valores observados del estrés laboral en la muestra de estudio.

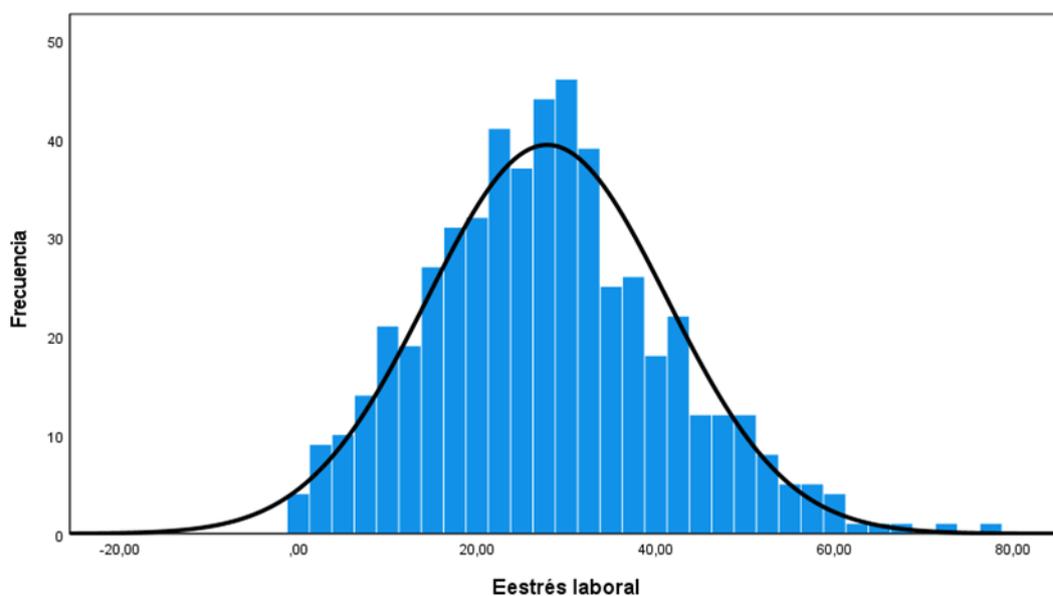


Figura 19. Distribución de los valores del estrés laboral.

A continuación, se presentan los análisis del grado de estrés en función a los episodios de violencia sufridos por los profesionales.

Tabla 10. Grado de estrés laboral según la exposición a episodios violentos^a.

	n	media	IC (95%)	p
Agresión verbal amenazante				
< P50(≤ 3 episodios violentos/año)	242	26,2	[24,6-27,7]	(p<0,05)
≥ P50	282	29,2	[27,5-30,9]	
Agresión verbal no amenazante				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	184	25,5	[23,8-27,2]	(p<0,05)
≥ P50	340	29,0	[27,6-30,6]	
Trato vejatorio				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	210	23,7	[22,3-25,2]	(p<0,0001)
≥ P50	314	30,5	[29,0-32,1]	
Actitud provocadora				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	237	25,3	[23,7-26,9]	(p<0,0001)
≥ P50	287	29,9	[28,2-31,5]	
Actitud obstaculizadora				
< P50(≤ 2 episodios violentos/año)	258	24,9	[23,4-26,4]	(p<0,0001)
≥ P50	266	30,6	[28,9-32,3]	
Promoción de la discordia				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	218	24,5	[22,9-29,1]	(p<0,0001)
≥ P50	306	30,2	[28,6-31,8]	
Amenazas de integridad física				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	426	27,9	[26,6-26,1]	N.S ^(a)
≥ P50	98	27,5	[24,6-30,5]	
Conducta destructiva				
< P50(≤ 2 episodios violentos/año)	236	26,5	[24,8-28,2]	(p<0,05)
≥ P50	288	28,8	[27,3-30,4]	
Agresión física leve				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	420	27,8	[26,5-29,1]	N.S
≥ P50	104	27,7	[24,9-30,4]	
Agresión física seria				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	514	27,9	[26,7-29,1]	N.S
≥ P50	10	24,0	[14,9-33,8]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	188	26,6	[24,6-28,5]	N.S
≥ P50	335	28,6	[24,6-28,5]	
Agresión sexual				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	463	27,4	[27,2-28,6]	(p<0,05)
≥ P50	59	31,0	[27,5-34,6]	

^(a)N. S: no significativo.

De forma global (Tabla 7), los profesionales con un número de episodios violentos superior al P50 de agresión verbal amenazante, agresión verbal no amenazante, trato vejatorio, actitud provocadora, actitud obstaculizadora, promoción de la discordia, conducta destructiva y agresión sexual mostraron un nivel de estrés significativamente superior a los profesionales con un número de episodios violentos inferior al P50.

En el resto de los tipos de violencia no se observaron diferencias significativas en el nivel de estrés entre los profesionales con un número de episodios violentos inferior al P50 y los profesionales con un número de episodios violentos superior al P50.

Respecto a los episodios violentos ocasionados por pacientes/acompañantes (Tabla 8), los profesionales con un número de episodios violentos superior al P50 de agresión verbal amenazante, agresión verbal no amenazante, trato vejatorio, actitud provocadora, actitud obstaculizadora, promoción de la discordia y conducta destructiva mostraron un nivel de estrés significativamente superior a los profesionales con menor exposición a episodios violentos (inferiores al P50).

En el resto de los tipos de violencia no se observaron diferencias significativas en el nivel de estrés en función de la frecuencia de exposición a episodios violentos.

Respecto a los episodios violentos ocasionados por pacientes/acompañantes (Tabla 11), en los profesionales con un número de episodios violentos superior al P50 de cualquier modalidad de agresión verbal, violencia psicológica (trato vejatorio, actitud provocadora, actitud obstaculizadora, promoción de la discordia) y conducta destructiva el nivel de estrés fue significativamente superior.

Tabla 11. Grado de estrés laboral según la exposición a episodios violentos ocasionados por pacientes/ acompañantes.

	n	media	IC(95%)	p
Agresión verbal amenazante				
< P50(≤ 3 episodios violentos/año)	278	26,4	[25,1-28,1]	p<0,05
\geq P50	246	30,1	[27,4-31,0]	
Agresión verbal no amenazante				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	191	25,7	[23,9-27,4]	p<0,05
\geq P50	333	29,1	[27,5-30,6]	
Trato vejatorio				
< P50(<1 episodios violentos/año)	272	25,7	[24,3-27,1]	(p<0,0001)
\geq P50	252	30,1	[28,3-31,9]	
Actitud provocadora				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	180	25,1	[23,2-26,9]	(p<0,001)
\geq P50	344	29,3	[27,8-30,7]	
Actitud obstaculizadora				
< P50(≤ 2 episodios violentos/año)	305	25,8	[24,4-27,2]	(p<0,0001)
\geq P50	219	30,6	[28,7-32,5]	
Promoción de la discordia				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	229	25,7	[24,2-27,3]	(p<0,001)
\geq P50	295	29,5	[27,8-31,1]	
Amenazas de integridad física				
< P50(<1 episodios violentos/año)	339	27,6	[26,1-29,0]	N.S
\geq P50	185	28,3	[26,3-30,2]	
Conducta destructiva				
< P50(≤ 2 episodios violentos/año)	242	26,5	[24,8-28,2]	(p<0,05)
\geq P50	282	29,0	[27,4-30,6]	
Agresión física leve				
< P50(<1 episodios violentos/año)	422	27,8	[26,6-29,1]	N.S
\geq P50	102	27,8	[25,0-30,6]	
Agresión física seria				
< P50(<1 episodios violentos/año)	515	27,9	[26,7-29,1]	N.S
\geq P50	9	25,0	[14,1-35,9]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	188	26,6	[24,6-28,5]	N.S
\geq P50	335	28,6	[24,6-30,0]	
Agresión sexual				
< P50(<1 episodios violentos/año)	475	27,7	[26,4-28,9]	N.S
\geq P50	47	29,5	[25,6-33,4]	

N.S: no significativo.

Respecto a los episodios violentos ocasionados por colegas (Tabla 12), los profesionales con un número de episodios violentos superior al percentil 50 (P50) de agresión verbal amenazante, cualquier modalidad de violencia psicológica y agresión sexual mostraron niveles de estrés significativamente superiores.

Tabla 12. Grado de estrés laboral de los profesionales de los servicios de urgencia según el nivel de exposición a episodios violentos ocasionados por colegas.

	n	media	IC(95%)	p
Agresión verbal amenazante				
< P50(≤ 3 episodios violentos/año)	330	26,5	[25,1-27,8]	(p<0,05)
\geq P50	194	30,2	[28,1-32,2]	
Agresión verbal no amenazante				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	465	27,6	[26,4-28,8]	N.S
\geq P50	59	29,4	[25,2-33,6]	
Trato vejatorio				
< P50(<1 episodios violentos/año)	359	25,2	[23,9-26,4]	(p<0,0001)
\geq P50	165	33,6	[31,5-35,8]	
Conducta provocadora				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	383	26,5	[25,2-27,8]	(p<0,001)
\geq P50	141	31,4	[29,1-33,8]	
Actitud obstaculizadora				
< P50(≤ 2 episodios violentos/año)	355	26,1	[24,7-27,4]	(p<0,0001)
\geq P50	169	31,5	[29,4-33,5]	
Promoción de la discordia				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	317	25,3	[23,9-26,6]	(p<0,001)
\geq P50	207	31,7	[29,8-33,7]	
Amenazas de integridad física				
< P50(<1 episodios violentos/año)	510	27,8	[26,6-29,0]	N.S
\geq P50	14	28,2	[19,7-36,7]	
Conducta destructiva				
< P50(≤ 2 episodios violentos/año)	489	27,6	[26,4-28,8]	N.S
\geq P50	35	31,2	[26,2-36,3]	
Agresión física leve				
< P50(<1 episodios violentos/año)	517	27,9	[26,7-29,1]	N.S
\geq P50	7		[7,4-36,9]	
Agresión física seria				
< P50(<1 episodios violentos/año)	521	27,9	[26,7-29,0]	N.S
\geq P50	3	20,0	[-7,1-47,1]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
< P50(≤ 1 episodios violentos/año)	508	27,8	[26,7-29,0]	N.S
\geq P50	15	28,3	[19,9-36,8]	
Agresión sexual				
< P50(<1 episodios violentos/año)	500	27,5	[26,4-28,7]	(p<0,05)
\geq P50	22	34,0	[28,7-39,2]	

N.S: no significativo.

Factores relacionados con el estrés laboral.

Se exponen a continuación los resultados de los modelos de regresión logística realizados a nivel univariante y multivariante para determinar el efecto de las variables demográficas /laborales y los tipos de violencia sufrida por los profesionales en el estrés laboral.

Para la categorización del estrés se empleó el percentil 85 como punto de corte para clasificar a los participantes en dos categorías: puntuaciones inferiores al percentil 85 y puntuaciones mayores o iguales al percentil 85. El valor fue de 42,5 puntos, por lo que el 83,9% de la muestra se situó por debajo de ese valor y un 16,1% obtuvo un valor igual o superior (Tabla 13).

Tabla 13. Descriptivos participantes según percentil 85.

Estrés (puntuación)	n	%
≥ 42,5	85	14,7
< 42,5	443	76,5

En la Tabla 14 se observa que sin ajustarse por el resto de variables, el sexo, el nivel asistencial y el tipo de contrato mostraron un efecto estadísticamente significativo sobre el estrés. En concreto, las mujeres tienen 2,5 veces más probabilidad de tener estrés elevado que los hombres ($p = 0,001$).

Por otra parte, los profesionales del segundo nivel asistencial tienen más riesgo de tener un estrés elevado que los que trabajan en la UME ($OR = 1,96$, $p = 0,026$). Según el tipo de contrato, el padecimiento de estrés elevado es un 80% más frecuente en las profesionales con un contrato de interinidad en relación con los que tienen una plaza fija ($IC\ 95\% OR: 1,1-2,9$).

Tabla 14. Factores sociodemográficos relacionados con la obtención de puntuaciones elevadas de estrés laboral ($\geq P85$) en los profesionales de urgencias⁽¹⁾.

	Estrés laboral, <i>n</i> (%)		Regresión logística univariante	
	<P85	$\geq P85$	OR (IC 95%)	<i>p</i> -valor
Sexo				
Hombre	214 (90,3)	23 (9,7)	1	
Mujer	228 (78,9)	61 (21,1)	2,49 (1,49 - 4,16)	0,001
Edad				
25-39	196 (80,3)	48 (19,7)	1	
40-54	219 (86,2)	35 (13,8)	0,65 (0,41 - 1,05)	0,079
>54	20 (95,2)	1 (4,8)	0,20 (0,03 - 1,56)	0,126
Puesto				
Enfermero	138 (85,7)	23 (14,3)	1	
Médico	129 (77,7)	37 (22,3)	1,72 (0,97 - 3,05)	0,063
Otros	156 (86,7)	24 (13,3)	0,92 (0,50 - 1,71)	0,799
Nivel asistencial				
UME	131 (89,7)	15 (10,3)	1	
Hospital	312 (81,7)	70 (18,3)	1,96 (1,08 - 3,55)	0,026
Tipo de contrato				
Titular	235 (86,1)	38 (13,9)	1	
Sustituto	88 (88)	12 (12)	0,84 (0,42 - 1,69)	0,63
Interino	119 (77,8)	34 (22,2)	1,77 (1,06 - 2,95)	0,029
Meses urgencias				
< 6	49 (89,1)	6 (10,9)	1	
6-11	50 (86,2)	8 (13,8)	1,31 (0,42 - 4,04)	0,643
> 11	342 (82,8)	71 (17,2)	1,70 (0,70 - 4,11)	0,243

OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza

(1): Análisis de Regresión logística univariante.

Según el tipo de violencia (Tabla 15), todas mostraron un efecto estadísticamente significativo sobre el estrés. Respecto a la violencia verbal, los profesionales que sufren 10 ó más episodios tienen 2,3 veces más probabilidad de estrés elevado que los que sufren 2 o menos episodios. En relación con la violencia psicológica, los profesionales que sufren entre 5 y 16 episodios y los que sufren 17 o más episodios tienen 2,6 y 4,2 veces más probabilidad, respectivamente, de tener estrés alto que los que tienen menos de cinco episodios. En la violencia sexual, los profesionales que sufren 1 episodio tienen 1,9 veces más probabilidad de estrés que los que no han sufrido ningún episodio. Por otra parte, el estrés laboral extremo ($P \geq 85$) fue 2 veces más frecuente entre los profesionales más expuestos a los episodios de violencia física (IC95% OR:1,1-3,5).

Tabla 15. Análisis descriptivo y regresión logística univariante de tipos de violencia sobre el estrés.

	Estrés laboral, <i>n</i> (%)		Regresión logística univariante	
	Moderado/bajo <P85	Extremo ≥P85	OR (IC 95%)	<i>p</i> -valor
Nº episodios de violencia verbal				
Tercil 1 (≤ 2 episodio)	134 (89,3)	16 (10,7)	1	
Tercil 2 (3-9 episodios)	167 (84,3)	31 (15,7)	1,56 (0,82 - 2,96)	0,18
Tercil 3 (≥ 10 episodios)	138 (78,4)	38 (21,6)	2,31 (1,23 - 4,33)	0,009
Nº episodios de violencia psicológica				
Tercil 1 (≤ 4 episodios)	157 (92,9)	12 (7,1)	1	
Tercil 2 (5-16 episodios)	149 (83,2)	30 (16,8)	2,63 (1,30 - 5,34)	0,007
Tercil 3 (≥ 17 episodios)	133 (75,6)	43 (24,4)	4,23 (2,14 - 8,35)	< 0,001
Nº episodios de violencia sexual				
Tercil 2 (0 episodios)	394 (85,1)	69 (14,9)	1	
Tercil 3 (≥ 1 episodio)	44 (74,6)	15 (25,4)	1,95 (1,03 - 3,69)	0,041
Nº episodios de violencia física				
Tercil 1 (≥ 2 episodios)	173 (87,8)	24 (12,2)	1	
Tercil 2 (3-6 episodios)	124 (84,9)	22 (15,1)	1,28 (0,69 - 2,38)	0,439
Tercil 3 (≥ 7 episodios)	141 (78,3)	39 (21,7)	1,99 (1,15 - 3,47)	0,015

OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza

En la Tabla 16 se muestra el resultado del modelo de regresión logística multivariante por pasos hacia delante utilizando el método de Wald e introduciendo en el modelo las variables demográficas/laborales con un p-valor $\leq 0,100$ a nivel univariante y todos los tipos de violencia.

Respecto a las variables demográficas, el sexo y el puesto de trabajo tienen efecto significativo sobre el estrés laboral extremo ($P \geq 85$). Las mujeres tienen 3 veces más probabilidad de tener estrés alto que los hombres ($p < 0,001$). Por otra parte, los médicos tienen 2,5 veces más probabilidad de tener cifras de estrés elevado que los enfermeros ($OR = 2,50$, $p = 0,004$).

Según el tipo de violencia, la de tipo psicológico fue la que mostró un efecto significativo. Los profesionales que sufren de entre 5-16 episodios y los que sufren ≥ 17 episodios tienen 2,71 y 4,19 veces más probabilidad de tener estrés que los que tienen ≤ 4 episodios respectivamente.

Tabla 16. Factores relacionados con el estrés laboral extremo ($P \geq 85$)⁽¹⁾.

	Wald	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo (Mujer vs. Hombre)	13,55	2,90 (1,64 - 5,10)	< 0,001
Puesto			
Enfermero		1,0	
Médico	8,353	2,50 (1,34 - 4,64)	0,004
Otros	0,177	0,87 (0,45 - 1,68)	0,674
Nº episodios de violencia psicológica			
Tercil 1		1,0	
Tercil 2	7,195	2,71 (1,31 - 5,60)	0,007
Tercil 3	15,768	4,19 (2,07 - 8,49)	< 0,001

B: coeficiente de regresión. ET: error típico. OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza.

Modelo: $\chi^2(5) = 41,6$; $p < 0,001$; R^2 de Nagelkerke = 0,138.

(1): Análisis de Regresión logística multivariante.

V.3. DESGASTE PROFESIONAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA.

En la tabla 17 se muestra el análisis descriptivo de las puntuaciones de las dimensiones del Maslach Burnout Inventory (MBI) y en las figuras 18, 19 y 20 se muestran los histogramas de las puntuaciones de las dimensiones de la escala MBI.

Tabla 17. Análisis descriptivo de las puntuaciones de las distintas dimensiones del MBI.

	Mínimo	Máximo	Media	DT
Agotamiento emocional	0	54,0	14,9	9,9
Despersonalización	0	26,0	5,7	5,0
Desrealización	0	100,0	14,3	12,6

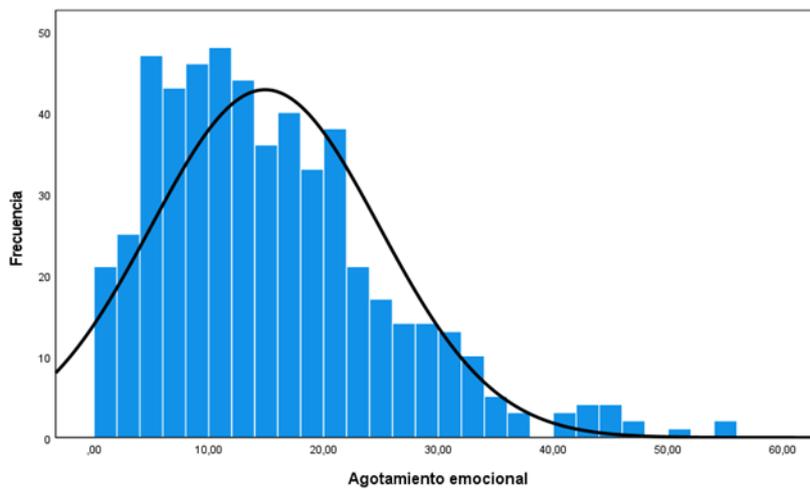


Figura 20. Distribución de las puntuaciones de la dimensión Agotamiento emocional.

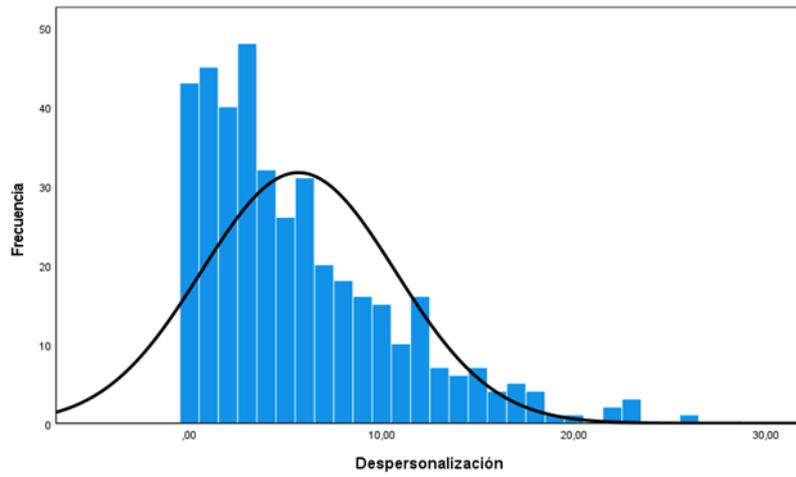


Figura 21. Distribución de las puntuaciones de la dimensión Despersonalización.

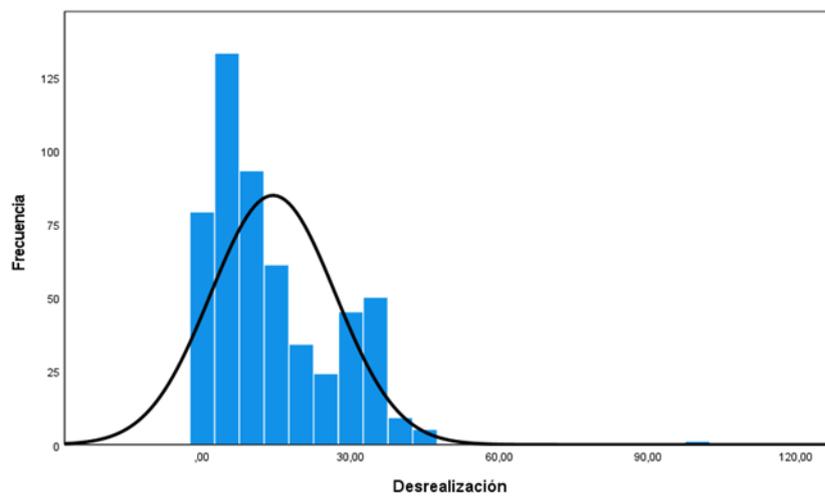


Figura 22. Distribución de las puntuaciones de la dimensión Desrealización.

V.3.1. Tipos de violencia ocasionados por pacientes/acompañantes.

Tabla 18. Puntuaciones de la dimensión Agotamiento emocional del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por pacientes/acompañantes.

	n	media	IC(95%)	p
Agresión verbal amenazante				
Ninguna	81	20,8	[17,6-24,0]	(p<0,001)
Alguna (≥ 1 episodios/año) *	448	28,8	[27,0-30,6]	
Agresión verbal no amenazante				
Ninguna	190	24,1	[21,8-26,5]	(p<0,001)
Alguna *	339	29,5	[27,5-31,6]	
Trato vejatorio				
Ninguno	271	24,5	[22,5-26,5]	(p<0,001)
Alguno *	258	30,8	[28,3-33,2]	
Actitud provocadora				
Ninguna	180	24,7	[22,3-27,1]	(p<0,05)
Alguna *	349	29,1	[27,0-31,1]	
Actitud obstaculizadora				
Ninguna	154	24,5	[21,7-27,3]	(p<0,05)
Alguna *	375	28,8	[26,9-30,7]	
Promoción de la discordia				
Ninguna	227	24,5	[22,5-26,5]	(p<0,001)
Alguna *	302	29,9	[27,6-32,2]	
Amenazas de integridad física				
Ninguna	339	27,6	[25,6-29,6]	N.S
Alguna *	190	27,7	[25,1-30,2]	
Conducta destructiva				
Ninguna	140	26,2	[23,2-29,1]	N.S
Alguna *	389	28,1	[26,2-29,9]	
Agresión física leve				
Ninguna	424	27,5	[25,7-29,2]	N.S
Alguna *	105	28,2	[24,6-31,7]	
Agresión física seria				
Ninguna	519	24,1	[12,9-37,0] ^(d)	N.S
Alguna *	10	23,1	[09,2-27,7]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
Ninguna	187	26,1	[23,6-28,6]	N.S
Alguna *	341	28,4	[26,4-30,5]	
Agresión sexual				
Ninguna	477	27,0	[25,4-28,7]	N.S
Alguna *	50	33,1	[26,8-39,4]	

*: (≥ 1 episodios/año)

El agotamiento emocional fue significativamente más elevado ($P < 0,05$) en los profesionales con algún episodio de violencia verbal o psicológica (agresión verbal amenazante, no amenazante, trato vejatorio, actitud provocadora, obstaculizadora y promoción de la discordia).

Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en el agotamiento emocional entre profesionales que han sufrido o no algún episodio de violencia física o sexual (tabla 18).

Tabla 19. Puntuaciones de la dimensión Despersonalización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por pacientes/acompañantes.

	n	media	IC (95%)	<i>p</i>
Agresión verbal amenazante				
Ninguna	81	10,9	[8,5-13,2]	(p<0,001)
Alguna (≥ 1 episodios/año) *	448	19,9	[18,3-21,5]	
Agresión verbal no amenazante				
Ninguna	190	14,4	[12,2-16,5]	(p<0,001)
Alguna *	339	20,9	[19,1-22,7]	
Trato vejatorio				
Ninguno	271	15,3	[13,6-17,0]	(p<0,001)
Alguno *	258	21,9	[19,7-24,1]	
Actitud provocadora				
Ninguna	180	14,3	[12,1-16,3]	(p<0,001)
Alguna *	349	20,8	[18,9-22,6]	
Actitud obstaculizadora				
Ninguna	154	16,9	[14,6-19,1]	(p<0,001)
Alguna *	375	17,8	[16,4-19,2]	
Promoción de la discordia				
Ninguna	227	15,4	[13,5-17,2]	(p<0,001)
Alguna *	302	21,0	[19,0-23,0]	
Amenazas de integridad física				
Ninguna	339	18,1	[16,4-19,9]	N.S
Alguna *	190	19,4	[17,0-21,7]	
Conducta destructiva				
Ninguna	140	15,4	[13,9-18,3]	(p<0,001)
Alguna *	389	19,7	[16,7-19,5]	
Agresión física leve				
Ninguna	424	17,9	[16,4-19,5]	N.S
Alguna *	105	20,9	[17,7-24,2]	
Agresión física seria				
Ninguna	519	13,3	[06,6-26,6]	N.S
Alguna *	10	18,3	[13,3-50,0]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
Ninguna	187	15,1	[13,1-17,0]	(p<0,001)
Alguna *	341	20,5	[18,6-22,4]	
Agresión sexual				
Ninguna	477	18,4	[16,9-19,9]	N.S
Alguna *	50	20,1	[15,6-24,7]	

*: (≥ 1 episodios/año)

En despersonalización (Tabla 19), los profesionales con un número de episodios violentos superior a un episodio de agresión verbal amenazante, agresión verbal no amenazante, trato vejatorio, actitud provocadora, actitud obstaculizadora y promoción de la discordia, conducta destructiva y conducta autolesiva en otro sujeto mostraron un nivel de despersonalización significativamente superior a los profesionales que no han sufrido ningún episodio. ($P < 0,05$).

En el resto de los tipos de violencia no se observaron diferencias significativas en el nivel de despersonalización entre los profesionales que habían sufrido o no algún episodio de violencia.

Los profesionales más expuestos a las agresiones verbales de tipo amenazante de los pacientes/acompañantes mostraron un nivel de desrealización significativamente superior (incremento del 20,8%) (tabla 20). En el resto de tipos de violencia no se observaron diferencias significativas en el nivel de desrealización.

Tabla 20. Puntuaciones de la dimensión Desrealización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por pacientes/acompañantes.

	n	media	IC (95%)	p
Agresión verbal amenazante				
Ninguna	81	14,9	[12,3-17,5]	(p<0,05)
Alguna (≥ 1 episodios/año) *	448	18,0	[16,7-19,4]	
Agresión verbal no amenazante				
Ninguna	190	16,2	[14,3-18,1]	N.S
Alguna *	339	18,3	[16,8-19,8]	
Trato vejatorio				
Ninguno	271	16,8	[15,2-18,5]	N.S
Alguno *	258	18,3	[16,6-20,1]	
Actitud provocadora				
Ninguna	180	16,0	[14,1-17,9]	N.S
Alguna *	349	18,9	[16,9-19,9]	
Actitud obstaculizadora				
Ninguna	154	16,8	[14,6-19,1]	N.S
Alguna *	375	17,8	[16,4-19,3]	
Promoción de la discordia				
Ninguna	227	16,3	[14,5-18,1]	N.S
Alguna *	302	18,5	[17,0-20,1]	
Amenazas de integridad física				
Ninguna	339	17,4	[15,9-18,9]	N.S
Alguna *	190	17,9	[15,8-19,9]	
Conducta destructiva				
Ninguna	140	16,1	[13,9-18,3]	N.S
Alguna *	389	18,1	[16,7-19,5]	
Agresión física leve				
Ninguna	424	17,6	[16,3-19,0]	N.S
Alguna *	105	17,3	[14,5-20,1]	
Agresión física seria				
Ninguna	519	14,6	[06,2-25,0]	N.S
Alguna *	10	19,8	[10,4-22,9]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
Ninguna	187	17,2	[15,2-19,2]	N.S
Alguna *	341	17,8	[16,4-19,3]	
Agresión sexual				
Ninguna	477	17,6	[16,4-18,9]	N.S
Alguna *	50	17,3	[13,4-21,1]	

*: (≥ 1 episodios/año). N.S: diferencias no significativas.

V.3.2. Tipos de violencia ocasionados por colegas.

Tabla 21. Puntuaciones de la dimensión Agotamiento emocional del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por colegas.

	n	media	IC(95%)	p
Agresión verbal amenazante				
Ninguna	330	25,0	[23,2-26,8]	(p<0,001)
Alguna (≥ 1 episodios/año) *	199	32,0	[29,2-34,8]	
Agresión verbal no amenazante				
Ninguna	467	27,2	[25,6-28,8]	N.S
Alguna *	62	30,7	[25,2-36,3]	
Trato vejatorio				
Ninguno	361	23,9	[22,2-25,6]	(p<0,001)
Alguno *	168	35,5	[32,5-38,6]	
Actitud provocadora				
Ninguna	386	25,0	[23,3-26,8]	(p<0,001)
Alguna *	143	34,6	[31,4-37,8]	
Actitud obstaculizadora				
Ninguna	358	25,0	[23,1-26,8]	(p<0,001)
Alguna *	171	33,1	[30,3-35,9]	
Promoción de la discordia				
Ninguna	319	24,8	[22,9-26,8]	(p<0,001)
Alguna *	210	31,8	[29,3-34,3]	
Amenazas de integridad física				
Ninguna	513	27,5	[25,9-29,1]	N.S
Alguna *	16	30,3	[17,7-42,9]	
Conducta destructiva				
Ninguna	493	27,6	[25,9-29,2]	N.S
Alguna *	36	28,3	[21,9-34,8]	
Agresión física leve				
Ninguna	522	24,1	[12,9-37,1]	N.S
Alguna *	7	20,4	[18,5-25,9]	
Agresión física seria				
Ninguna	526	24,1	[12,7-37,1]	N.S
Alguna *	3	24,1	[22,2-25,9]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
Ninguna	511	24,1	[12,9-37,1]	N.S
Alguna *	17	20,3	[14,8-37,4]	
Agresión sexual				
Ninguna	503	24,1	[12,9-37,1]	N.S
	24	32,4	[22,2-38,9]	

*: (≥ 1 episodios/año). N.S: diferencias no significativas.

En agotamiento emocional (Tabla 21), los profesionales que experimentaron más de un episodio de agresión verbal amenazante, trato vejatorio, actitud provocadora, actitud obstaculizadora o promoción de la discordia presentaron niveles significativamente más altos de agotamiento emocional que aquellos sin episodios violentos. No se encontraron diferencias significativas en el agotamiento emocional para otros tipos de violencia.

En despersonalización (Tabla 22), los profesionales que sufrieron más de un episodio de agresión verbal amenazante, agresión verbal no amenazante, trato vejatorio, actitud provocadora, actitud obstaculizadora, promoción de la discordia, conducta destructiva y conducta autolesiva en otro sujeto mostraron un nivel de despersonalización significativamente superior a los profesionales que no sufrieron ningún episodio v. En el resto de los tipos de violencia no se observaron diferencias significativas en el nivel de despersonalización entre los profesionales que no sufrieron ningún episodio y los que sufrieron al menos un episodio al año.

Tabla 22. Puntuaciones de la dimensión Despersonalización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por colegas.

	n	media	IC(95%)	p
Agresión verbal amenazante				
Ninguna	330	17,4	[15,7-19,2]	(p<0,05)
Alguna (≥ 1 episodios/año) *	199	20,4	[18,1-22,8]	
Agresión verbal no amenazante				
Ninguna	467	18,3	[16,8-19,8]	N.S
Alguna *	62	20,8	[16,8-24,7]	
Trato vejatorio				
Ninguno	361	17,0	[15,3-18,7]	(p<0,001)
Alguno *	168	21,9	[19,3-24,6]	
Actitud provocadora				
Ninguna	386	16,8	[15,2-18,4]	(p<0,001)
Alguna *	143	23,3	[20,3-26,3]	
Actitud obstaculizadora				
Ninguna	358	17,3	[15,6-19,0]	(p<0,05)
Alguna *	171	21,3	[18,8-23,8]	
Promoción de la discordia				
Ninguna	319	16,0	[14,3-17,7]	(p<0,001)
Alguna *	210	22,4	[20,0-24,8]	
Amenazas de integridad física				
Ninguna	513	18,5	[17,1-19,9]	N.S
Alguna *	16	21,0	[09,6-32,5]	
Conducta destructiva				
Ninguna	493	18,4	[16,9-19,8]	N.S
Alguna *	36	21,3	[15,1-27,5]	
Agresión física leve				
Ninguna	522	13,3	[06,6-26,6]	N.S
Alguna *	7	13,3	[13,3-30,0]	
Agresión física seria				
Ninguna	526	13,4	[06,6-26,6]	N.S
Alguna *	3	13,4	[06,6-45,0]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
Ninguna	511	13,3	[06,6-26,6]	N.S
Alguna *	17	13,3	[06,6-30,1]	
Agresión sexual				
Ninguna	503	13,3	[06,7-26,7]	N.S
Alguna *	24	18,3	[10,1-45,1]	

*: (≥ 1 episodios/año). N.S: diferencias no significativas.

Tabla 23. Puntuaciones de la dimensión Desrealización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados por colegas.

	n	media	IC(95%)	p
Agresión verbal amenazante				
Ninguna	330	17,1	[15,6-18,6]	N.S
Alguna (≥ 1 episodios/año) *	199	18,4	[16,5-20,3]	
Agresión verbal no amenazante				
Ninguna	467	17,4	[16,2-18,7]	N.S
Alguna *	62	18,6	[14,4-22,9]	
Trato vejatorio				
Ninguno	361	16,5	[15,1-17,9]	(p<0,05)
Alguno *	168	20,0	[17,7-22,3]	
Actitud provocadora				
Ninguna	386	16,7	[15,3-18,1]	(p<0,05)
Alguna *	143	20,0	[17,5-22,4]	
Actitud obstaculizadora				
Ninguna	358	16,8	[15,3-18,2]	(p<0,05)
Alguna *	171	21,3	[17,2-21,4]	
Promoción de la discordia				
Ninguna	319	16,1	[14,6-17,5]	(p<0,05)
Alguna *	210	19,9	[17,8-21,9]	
Amenazas de integridad física				
Ninguna	513	17,4	[16,2-18,6]	N.S
Alguna *	16	22,3	[13,4-31,1]	
Conducta destructiva				
Ninguna	493	17,2	[16,0-18,4]	N.S
Alguna *	36	22,4	[16,2-28,6]	
Agresión física leve				
Ninguna	522	14,6	[06,2-25,0]	N.S
Alguna *	7	14,6	[03,1-27,0]	
Agresión física seria				
Ninguna	526	14,6	[06,2-25,0]	N.S
Alguna *	3	18,7	[11,4-27,0]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
Ninguna	511	14,6	[06,2-25,1]	N.S
Alguna *	17	18,7	[10,4-27,1]	
Agresión sexual				
Ninguna	503	14,6	[06,2-25,5]	N.S
Alguna *	24	22,9	[12,5-28,1]	

*: (≥ 1 episodios/año). N.S: diferencias no significativas.

En desrealización (Tabla 23), los profesionales que sufrieron más de un episodio de trato vejatorio, actitud provocadora, actitud obstaculizadora y promoción de la discordia presentaron niveles significativamente superiores en comparación con quienes experimentaron solo un episodio. No se observaron diferencias significativas en los niveles de desrealización para los otros tipos de violencia.

V.3.3. Tipos de violencia ocasionados en su totalidad (pacientes/acompañantes y colegas).

Tabla 24. Puntuaciones de la dimensión Agotamiento emocional del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados en su totalidad (pacientes/acompañantes y colegas).

	n	media	IC(95%)	p
Agresión verbal amenazante				
Ninguna	71	19,9	[16,7-23,1]	(p<0,001)
Alguna (≥ 1 episodios/año) *	458	28,7	[27,1-30,5]	
Agresión verbal no amenazante				
Ninguna	183	24,3	[21,9-26,8]	(p<0,05)
Alguna *	346	29,3	[27,2-31,3]	
Trato vejatorio				
Ninguno	209	21,2	[19,2-23,3]	(p<0,001)
Alguno *	320	31,7	[29,6-33,9]	
Actitud provocadora				
Ninguna	161	23,4	[20,8-25,9]	(p<0,001)
Alguna *	368	29,4	[27,5-31,4]	
Actitud obstaculizadora				
Ninguna	132	22,9	[19,9-25,8]	(p<0,001)
Alguna *	397	29,1	[28,7-31,4]	
Promoción de la discordia				
Ninguna	164	22,6	[20,4-24,9]	(p<0,001)
Alguna *	365	29,8	[27,8-31,8]	
Amenazas de integridad física				
Ninguna	335	27,4	[25,4-29,4]	N.S
Alguna *	194	27,9	[25,3-30,6]	
Conducta destructiva				
Ninguna	137	26,1	[22,9-29,1]	N.S
Alguna *	392	28,1	[26,3-30,1]	
Agresión física leve				
Ninguna	422	27,5	[25,7-29,3]	N.S
Alguna *	107	28,0	[24,5-31,5]	
Agresión física seria				
Ninguna	518	24,1	[12,9-37,1]	(p<0,05)
Alguna *	11	22,2	[09,2-27,7]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
Ninguna	187	26,1	[23,7-28,7]	N.S
Alguna *	341	28,4	[26,4-30,5]	
Agresión sexual				
Ninguna	465	26,9	[25,3-28,6]	(p<0,05)
Alguna *	62	33,1	[27,9-38,2]	

*: (≥ 1 episodios/año). N.S: diferencias no significativas.

En agotamiento emocional (Tabla 24), los profesionales que sufrieron más de un episodio de agresión verbal amenazante, agresión verbal no amenazante, trato vejatorio, actitud provocadora, actitud obstaculizadora, promoción de la discordia, agresión física seria o agresión sexual mostraron niveles significativamente más altos de agotamiento emocional en comparación con quienes no sufrieron ningún episodio. No se encontraron diferencias significativas para otros tipos de violencia.

En despersonalización (Tabla 25), los profesionales con un número de episodios violentos superior a un episodio al año de agresión verbal amenazante, agresión verbal no amenazante, trato vejatorio, actitud provocadora, actitud obstaculizadora, promoción de la discordia, conducta destructiva y conducta autolesiva en otro sujeto mostraron un nivel de despersonalización significativamente superior a los profesionales que no habían sufrido ningún episodio violento.

En el resto de los tipos de violencia no se observaron diferencias significativas en el nivel de despersonalización entre los profesionales que habían ó no sufrido algún tipo de violencia.

Tabla 25. Puntuaciones de la dimensión Despersonalización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados en su totalidad (pacientes/acompañantes y colegas).

	n	media	IC(95%)	p
Agresión verbal amenazante				
Ninguna	71	11,3	[08,7-13,9]	(p<0,001)
Alguna (≥ 1 episodios/año) *	458	19,7	[18,1-21,2]	
Agresión verbal no amenazante				
Ninguna	183	14,4	[12,2-16,6]	(p<0,001)
Alguna *	346	20,7	[19,0-22,5]	
Trato vejatorio				
Ninguno	209	14,6	[12,6-16,6]	(p<0,001)
Alguno *	320	21,2	[19,3-23,1]	
Actitud provocadora				
Ninguna	161	14,1	[11,8-16,4]	(p<0,001)
Alguna *	368	20,5	[18,7-22,2]	
Actitud obstaculizadora				
Ninguna	132	14,1	[11,5-16,6]	(p<0,001)
Alguna *	397	20,1	[18,4-21,7]	
Promoción de la discordia				
Ninguna	165	14,1	[12,1-16,2]	(p<0,001)
Alguna *	365	20,5	[18,7-22,3]	
Amenazas de integridad física				
Ninguna	335	18,1	[16,3-19,8]	N.S
Alguna *	194	19,4	[17,1-21,7]	
Conducta destructiva				
Ninguna	137	15,3	[12,7-17,8]	(p<0,05)
Alguna *	392	19,7	[18,1-21,4]	
Agresión física leve				
Ninguna	422	17,9	[16,4-19,5]	N.S
Alguna *	107	20,8	[17,6-24,1]	
Agresión física seria				
Ninguna	518	13,3	[06,6-26,6]	N.S
Alguna *	11	16,7	[11,6-45,1]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
Ninguna	187	15,1	[13,1-17,0]	p<0,01
Alguna *	341	20,5	[18,6-22,4]	
Agresión sexual				
Ninguna	465	18,1	[16,6-19,6]	N.S
Alguna *	62	22,1	[17,8-26,4]	

*: (≥ 1 episodios/año). N.S: diferencias no significativas.

En desrealización (Tabla 26), los profesionales que experimentaron más de un episodio de agresión verbal amenazante, actitud provocadora o promoción de la discordia mostraron un nivel de desrealización significativamente superior en comparación con aquellos que solo experimentaron un episodio.

Tabla 26. Puntuaciones de la dimensión Desrealización del MBI (Maslach Burnout Inventory) según la exposición a distintos tipos de violencia ocasionados en su totalidad (pacientes/acompañantes y colegas)

	n	media	IC(95%)	p
Agresión verbal amenazante				
Ninguna	71	14,5	[11,6-17,3]	(p<0,05)
Alguna (≥ 1 episodios/año) *	458	18,1	[16,7-19,3]	
Agresión verbal no amenazante				
Ninguna	183	16,4	[14,4-18,3]	N.S
Alguna *	346	18,2	[16,7-19,7]	
Trato vejatorio				
Ninguno	209	16,3	[14,4-18,2]	N.S
Alguno *	320	18,4	[16,9-20,0]	
Actitud provocadora				
Ninguna	161	15,6	[13,5-17,7]	(p<0,05)
Alguna *	368	18,4	[16,9-19,9]	
Actitud obstaculizadora				
Ninguna	132	16,4	[13,9-18,8]	N. S
Alguna *	397	17,9	[16,6-19,3]	
Promoción de la discordia				
Ninguna	164	14,9	[12,9-17,1]	(p<0,05)
Alguna *	365	18,7	[17,3-20,2]	
Amenazas de integridad física				
Ninguna	335	17,4	[15,9-18,8]	N.S
Alguna *	194	17,8	[15,8-19,9]	
Conducta destructiva				
Ninguna	137	15,9	[13,7-18,2]	N.S
Alguna *	392	18,1	[16,7-19,5]	
Agresión física leve				
Ninguna	422	17,6	[16,3-19,1]	N.S
Alguna *	107	17,2	[14,4-19,9]	
Agresión física seria				
Ninguna	518	14,6	[06,2-25,1]	N.S
Alguna *	11	18,7	[09,3-21,9]	
Conducta autolesiva en otro sujeto				
Ninguna	187	17,2	[15,2-19,2]	N.S
Alguna *	341	17,8	[16,4-19,3]	
Agresión sexual				
Ninguna	465	17,5	[16,2-18,8]	N.S
Alguna *	62	18,3	[14,7-21,9]	

*: (≥ 1 episodios/año). N.S: diferencias no significativas.

V.3.4. Modelos de regresión logística univariante y multivariante en el burnout.

Para el estudio del Burnout mediante la categorización de las dimensiones del MBI, se utilizó el percentil 66 como punto de corte para clasificar a los participantes en dos grupos: aquellos con puntuaciones inferiores al percentil 66 (Burnout medio-bajo) y aquellos con puntuaciones iguales o superiores a este percentil (Burnout alto).

En la Tabla 27 se muestran los valores de los percentiles 66 de cada una de las dimensiones del MBI (Maslach Burnout Inventory).

Tabla 27. Percentiles 66 de las dimensiones del MBI.

Dimensión MBI	Puntuación P₆₆
Agotamiento emocional	18,0
Despersonalización	6,3
Desrealización	16,0

Tras la categorización de las dimensiones, en la Tabla 28 se muestra el descriptivo de los participantes en cada una de las categorías en las dimensiones del MBI.

Tabla 28. Análisis descriptivo de los participantes en las dimensiones del MBI.

	n	%
Agotamiento emocional		
< 18	350	65,5
≥ 18	184	34,5
Despersonalización		
< 6,32	265	66,1
≥ 6,32	136	33,9
Desrealización		
< 16	341	63,9
≥ 16	193	36,1

V.3.5. Agotamiento emocional

El sexo, la edad y el nivel asistencial mostraron un efecto estadísticamente significativo sobre el agotamiento emocional elevado. Este fenómeno es más habitual en los profesionales del sexo femenino (OR = 1,52, p = 0,025), pero menos frecuente en los profesionales de entre 40 - 54 años (OR = 0,73, p = 0,090). Por otra parte, se da con una mayor asiduidad en los profesionales que trabajan en un hospital en relación con los que prestan sus servicios en la UME (OR = 3,52, p < 0,001).

Tabla 29. Análisis descriptivo y regresión logística univariante de variables demográficas/laborales sobre el agotamiento emocional.

	Agotamiento emocional, n (%)		Regresión logística univariante	
	< 18	≥ 18	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo				
Hombre	169 (70,7)	70 (29,3)	1	
Mujer	180 (61,4)	113 (38,6)	1,52 (1,05 - 2,18)	0,025
Edad				
25-39	152 (61,5)	95 (38,5)	1	
40-54	176 (68,8)	80 (31,3)	0,73 (0,50 - 1,05)	0,09
>54	17 (77,3)	5 (22,7)	0,47 (0,17 - 1,32)	0,151
Puesto				
Enfermero	109 (66,5)	55 (33,5)	1	
Médico	94 (57)	71 (43)	1,50 (0,96 - 2,34)	0,077
Otros	131 (71,2)	53 (28,8)	0,80 (0,51 - 1,26)	0,341
Nivel asistencial				
UME	121 (83,4)	24 (16,6)	1	
Hospital	229 (58,9)	160 (41,1)	3,52 (2,18 - 5,71)	< 0,001
Tipo de contrato				
Titular	184 (66,4)	93 (33,6)	1	
Sustituto	70 (68,6)	32 (31,4)	0,90 (0,56 - 1,47)	0,686
Interino	95 (62,1)	58 (37,9)	1,21 (0,80 - 1,82)	0,368
Meses urgencias				
< 6	38 (69,1)	17 (30,9)	1	
6-11	42 (70)	18 (30)	0,96 (0,43 - 2,12)	0,916
> 11	269 (64,5)	148 (35,5)	1,23 (0,67 - 2,25)	0,503

OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza.

Todas las modalidades de violencia (Tabla 30), influyeron de manera significativa sobre el agotamiento emocional profesional, con la excepción de las agresiones de tipo físico.

La exposición a la violencia verbal incrementa significativamente el riesgo de padecer un agotamiento emocional considerable ($\geq P66$) en los profesionales: aquellos que han vivido entre 3 y 9 episodios presentan una probabilidad 1,63 veces mayor de padecerlo, mientras que los afectados por 10 o más episodios ven como esta probabilidad se eleva a 2,74 veces en comparación con quienes experimentaron solo 2 o menos. Del mismo modo, la violencia psicológica tiene un impacto notable: sufrir entre 5 y 16 episodios aumenta el riesgo de agotamiento en un 1,64, y este riesgo se dispara a 3,47 veces cuando el número de episodios es de 17 o más, siempre en relación con quienes vivieron 4 o menos episodios.

En cuanto a la violencia sexual, incluso un solo episodio basta para incrementar el riesgo de agotamiento emocional en 1,70 veces frente a quienes no han experimentado ninguno.

Tabla 30. Análisis descriptivo y regresión logística univariante de los tipos de violencia sobre el agotamiento emocional.

	Agotamiento emocional, <i>n</i> (%)		Regresión logística univariante	
	< 18	≥ 18	OR (IC 95%)	<i>p</i> -valor
Nº episodios de violencia verbal				
Tercil 1 (≤ 2 episodios)	115 (77,2)	34 (22,8)		1
Tercil 2 (3-9 episodios)	135 (67,5)	65 (32,5)	1,63 (1,00 - 2,64)	0,048
Tercil 3 (≥ 10 episodios)	100 (55,2)	81 (44,8)	2,74 (1,69 - 4,44)	< 0,001
Nº episodios de violencia psicológica				
Tercil 1 (≤ 4 episodios)	132 (78,6)	36 (21,4)		1
Tercil 2 (5-16 episodios)	125 (69,1)	56 (30,9)	1,64 (1,01 - 2,67)	0,045
Tercil 3 (≥ 17 episodios)	93 (51,4)	88 (48,6)	3,47 (2,17 - 5,55)	< 0,001
Nº episodios de violencia sexual				
Tercil 2 (0 episodios)	314 (67,4)	152 (32,6)		1
Tercil 3 (≥ 1 episodio)	34 (54,8)	28 (45,2)	1,70 (1,03 - 2,91)	0,049
Nº episodios de violencia física				
Tercil 1 (≥ 2 episodios)	139 (70,9)	57 (29,1)		1
Tercil 2 (3-6 episodios)	95 (63,3)	55 (36,7)	1,41 (0,90 - 2,22)	0,136
Tercil 3 (≥ 7 episodios)	115 (62,8)	68 (37,2)	1,44 (0,94 - 2,22)	0,095

OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza

En la Tabla 31 se muestra el resultado del modelo de regresión logística multivariante por pasos hacia delante de Wald, introduciendo en el modelo las variables demográficas/laborales con un p -valor $\leq 0,100$ a nivel univariante y todos los tipos de violencia.

Respecto a las variables demográficas, el sexo, el puesto y el nivel asistencial presentan efectos estadísticamente significativos. Las mujeres tienen 1,61 veces más probabilidad de tener agotamiento emocional que los hombres (OR = 1,61, $p = 0,028$). Por otra parte, los médicos tienen 1,8 veces más probabilidad de tener agotamiento emocional que los enfermeros (OR = 1,79, $p = 0,024$).

Además, en los profesionales que trabajan en un hospital se multiplica por 4 el riesgo de padecer niveles altos de este componente del “Burnout”. (OR = 4,09, $p < 0,001$).

Según el tipo de violencia, la psicológica es la única que tuvo un efecto determinante. Los profesionales que sufren 5-16 episodios y los que sufren ≥ 17 episodios tienen 1,67 y 3,43 veces más probabilidad de tener agotamiento emocional que los que tienen ≤ 4 episodios, respectivamente.

Tabla 31. Regresión logística multivariante sobre el agotamiento emocional (4 pasos).

	B (ET)	Wald	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo (Mujer vs. Hombre)	0,48 (0,22)	4,81	1,61 (1,05 - 2,46)	0,028
Puesto				
Enfermero	1			
Médico	0,58 (0,26)	5,10	1,79 (1,08 - 2,96)	0,024
Otros	-0,44 (0,25)	2,98	0,65 (0,39 - 1,06)	0,084
Nivel asistencial (Hospital vs. UME)	1,41 (0,30)	22,85	4,09 (2,29 - 7,28)	< 0,001
Nº episodios de violencia psicológica				
Tercil 1	1			
Tercil 2	0,51 (0,26)	3,75	1,67 (0,99 - 2,80)	0,053
Tercil 3	1,23 (0,26)	22,90	3,43 (2,07 - 5,69)	< 0,001

B: coeficiente de regresión. ET: error típico. OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza.

Modelo: $\chi^2(6) = 71,28$; $p < 0,001$; R^2 de Nagelkerke = 0,184.

V.3.6. Despersonalización.

En la Tabla 32 se destaca el impacto estadísticamente significativo del sexo, el nivel asistencial y el tipo de contrato sobre la despersonalización profesional (moderada-alta). Las mujeres, por ejemplo, presentan una menor probabilidad de desarrollar despersonalización en comparación con los hombres (OR = 0,63, $p = 0,031$). En cuanto al entorno laboral, los profesionales que desempeñan sus funciones en hospitales muestran 1,77 veces más probabilidades de experimentar este fenómeno en comparación con quienes trabajan en la UME (OR = 1,77, $p = 0,018$). Respecto al tipo de contrato, los profesionales interinos presentan un riesgo menor de presentar puntuaciones moderadas-altas ($>P66$) de este distanciamiento emocional frente a los titulares (OR = 0,51, $p = 0,009$).

Tabla 32. Análisis descriptivo y regresión logística univariante de variables demográficas/laborales sobre despersonalización.

	Despersonalización, <i>n</i> (%)		Regresión logística univariante	
	< 6,32	≥ 6,32	OR (IC 95%)	<i>p</i> -valor
Sexo				
Hombre	113 (60,8)	73 (39,2)	1	
Mujer	152 (71)	62 (29)	0,63 (0,42 - 0,96)	0,031
Edad				
25-39	120 (66,7)	60 (33,3)	1	
40-54	129 (67,2)	63 (32,8)	0,98 (0,63 - 1,51)	0,915
>54	11 (52,4)	10 (47,6)	1,82 (0,73 - 4,52)	0,198
Puesto				
Enfermero	85 (69,7)	37 (30,3)	1	
Médico	79 (62,2)	48 (37,8)	1,40 (0,82 - 2,36)	0,215
Otros	92 (68,1)	43 (31,9)	1,07 (0,63 - 1,82)	0,792
Nivel asistencial				
UME	91 (74,6)	31 (25,4)	1	
Hospital	174 (62,4)	105 (37,6)	1,77 (1,10 - 2,85)	0,018
Tipo de contrato				
Titular	137 (60,6)	89 (39,4)	1	
Sustituto	43 (70,5)	18 (29,5)	0,64 (0,35 - 1,19)	0,159
Interino	84 (75)	28 (25)	0,51 (0,31 - 0,85)	0,009
Meses urgencias				
< 6				
6-11				
> 11	265 (66,1)	136 (33,9)		

OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza.

Según el tipo de violencia (Tabla 33), mostraron un efecto estadísticamente significativo sobre la despersonalización moderada-alta exposición creciente a agresiones de tipo verbal y psicológica. Respecto a la violencia verbal, los profesionales que sufren 3-9 episodios y lo que sufren ≥ 10 episodios tienen 2,30 y 3,38 veces más probabilidad, respectivamente, de tener despersonalización que los que tienen ≤ 2 episodios. En relación con la violencia psicológica, los profesionales que sufren ≥ 17 episodios tienen 2,68 veces más probabilidad de despersonalización que los que sufren ≤ 4 episodios.

Tabla 33. Análisis descriptivo y regresión logística univariante de los tipos de violencia sobre la despersonalización.

	Despersonalización, <i>n</i> (%)		Regresión logística univariante	
	< 6,32	$\geq 6,32$	OR (IC 95%)	<i>p</i> -valor
Nº episodios de violencia verbal				
Tercil 1 (≤ 2 episodios)	79 (81,4)	18 (18,6)		1
Tercil 2 (3-9 episodios)	103 (65,6)	54 (34,4)	2,30 (1,25 - 4,23)	0,007
Tercil 3 (≥ 10 episodios)	83 (56,5)	64 (43,5)	3,38 (1,84 - 6,21)	< 0,001
Nº episodios de violencia psicológica				
Tercil 1 (≤ 4 episodios)	84 (75)	28 (25)		1
Tercil 2 (5-16 episodios)	105 (72,4)	40 (27,6)	1,14 (0,65 - 2,00)	0,641
Tercil 3 (≥ 17 episodios)	76 (52,8)	68 (47,2)	2,68 (1,57 - 4,60)	< 0,001
Nº episodios de violencia sexual				
Tercil 2 (0 episodios)	230 (65)	124 (35)		1
Tercil 3 (≥ 1 episodio)	35 (74,5)	12 (25,5)	0,64 (0,32 - 1,27)	0,199
Nº episodios de violencia física				
Tercil 1 (≥ 2 episodios)	98 (70,5)	41 (29,5)		1
Tercil 2 (3-6 episodios)	78 (68,4)	36 (31,6)	1,10 (0,65 - 1,89)	0,72
Tercil 3 (≥ 7 episodios)	89 (60,1)	59 (39,9)	1,59 (0,97 - 2,59)	0,066

OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza

En la Tabla 34 se muestra el resultado del modelo de regresión logística multivariante por pasos hacia delante de Wald, introduciendo en el modelo las variables demográficas/laborales con un p-valor $\leq 0,100$ a nivel univariante y todos los tipos de violencia.

Respecto a las variables demográficas, se identificaron dos factores clave. En primer lugar, el sexo mostró un efecto significativo: las mujeres tienen un 48% menos de probabilidad de experimentar despersonalización en comparación con los hombres (OR = 0,52, p = 0,005). Por otro lado, el nivel asistencial también resultó ser un factor relevante. Los profesionales que trabajan en hospitales tienen 2 veces más probabilidades de sufrir despersonalización que aquellos que trabajan en las unidades móviles de emergencia (UME) (OR = 2,1, p = 0,005).

En relación con la violencia verbal, los resultados revelaron un aumento progresivo en la probabilidad de despersonalización a medida que crece el número de episodios vividos. Los profesionales que han experimentado un número moderado de episodios (tercil 2) tienen una probabilidad 2 veces mayor de sufrir despersonalización en comparación con aquellos en el tercil más bajo. En cuanto a la violencia psicológica, no se observaron diferencias significativas en el tercil 2 (5-16 episodios). Sin embargo, los profesionales que se encuentran en el tercil más alto de exposición a violencia psicológica tienen una probabilidad 1,8 veces mayor de experimentar despersonalización.

Tabla 34. Regresión logística multivariante sobre la despersonalización (4 pasos).

	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo (Mujer vs. Hombre)	0,52 (0,33 - 0,82)	0,005
Nivel asistencial (Hospital vs. UME)	2,11 (1,26 - 3,54)	0,005
Nº episodios de violencia verbal		
Tercil 1	1,0	
Tercil 2	2,10 (1,12 - 3,97)	0,021
Tercil 3	2,25 (1,12 - 4,50)	0,022
Nº episodios de violencia psicológica		
Tercil 1	1,0	
Tercil 2	0,97 (0,54 - 1,75)	0,921
Tercil 3	1,89 (1,00 - 3,57)	0,049

B: coeficiente de regresión. ET: error típico. OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza. Modelo: $\chi^2(6) = 37,29$; $p < 0,001$; R^2 de Nagelkerke = 0,123.

V.3.7. Desrealización.

En la Tabla 35 se observa que el nivel asistencial, el tipo de contrato y los meses en urgencias mostraron un efecto estadísticamente significativo sobre la desrealización. Así, los profesionales que trabajan en un hospital tienen 1,63 veces más probabilidad de tener desrealización que los que trabajan en la UME (OR = 1,63, p = 0,022). Por tipo de contrato, los sustitutos tienen 1,63 veces más probabilidad de tener desrealización que los titulares (OR = 1,93, p = 0,005). Por otra parte, los profesionales que llevan más de 11 meses en urgencias tienen menos probabilidad de desrealización que los que llevan menos de 6 meses (OR = 0,01, p < 0,001).

Tabla 35. Análisis descriptivo y regresión logística univariante de variables demográficas/laborales sobre desrealización.

	Desrealización, n (%)		Regresión logística univariante	
	≥ 16	< 16	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo				
Hombre	156 (65,3)	83 (34,7)	1	
Mujer	184 (62,8)	109 (37,2)	1,11 (0,78 - 1,59)	0,555
Edad				
25-39	156 (63,2)	91 (36,8)	1	
40-54	161 (62,9)	95 (37,1)	1,01 (0,70 - 1,45)	0,951
>54	18 (81,8)	4 (18,2)	0,38 (0,13 - 1,16)	0,089
Puesto				
Enfermero	109 (66,5)	55 (33,5)	1	
Médico	101 (61,2)	64 (38,8)	1,26 (0,80 - 1,97)	0,322
Otros	118 (64,1)	66 (35,9)	1,11 (0,71 - 1,73)	0,648
Nivel asistencial				
UME	104 (71,7)	41 (28,3)	1	
Hospital	237 (60,9)	152 (39,1)	1,63 (1,07 - 2,46)	0,022
Tipo de contrato				
Titular	185 (66,8)	92 (33,2)	1	
Sustituto	52 (51)	50 (49)	1,93 (1,22 - 3,07)	0,005
Interino	103 (67,3)	50 (32,7)	0,98 (0,64 - 1,49)	0,91

OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza.

Según el tipo de violencia (Tabla 36), la violencia verbal. mostró un efecto estadísticamente significativo sobre la desrealización. Los profesionales que sufren entre 3-9 episodios tienen mayor probabilidad de tener desrealización que los que tienen ≤ 2 episodios. Los otros tipos de violencia (psicológica, sexual y física), aunque muestran tendencias leves, no presentan asociaciones estadísticamente significativas con la desrealización.

Tabla 36. Análisis descriptivo y regresión logística univariante de los tipos de violencia sobre la desrealización.

	Desrealización, <i>n</i> (%)		Regresión logística univariante	
	≥ 16	< 16	OR (IC 95%)	<i>p</i> -valor
Nº episodios de violencia verbal				
1	66 (44,3)	83 (55,7)	1	
2	65 (32,5)	135 (67,5)	1,69 (1,08 – 2,64)	0,023
3	58 (32)	123 (68)	1,02 (0,66 – 1,57)	0,924
Nº episodios de violencia psicológica				
1	68 (40,5)	100 (59,5)	1	
2	61 (33,7)	120 (66,3)	1,37 (0,89 – 2,12)	0,156
3	60 (33,1)	121 (66,9)	1,03 (0,66 - 1,59)	0,911
Nº episodios de violencia sexual				
2	168 (36,1)	298 (63,9)	1	
3	19 (30,6)	43 (69,4)	1,28 (0,72 – 2,26)	0,404
Nº episodios de violencia física				
1	75 (38,3)	121 (61,2)	1	
2	56 (37,3)	94 (62,7)	1,37 (0,90 – 2,10)	0,147
3	57 (31,1)	126 (68,9)	1,32 (0,84 - 1,12)	0,236

OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza

A nivel multivariante, ninguna de las variables introducidas en el modelo mostró efecto estadísticamente significativo.

VI. DISCUSIÓN

Dado que este estudio aborda una temática extensa y diversa, la discusión se desarrollará en torno a tres ejes principales. En primer lugar, se examinará la frecuencia y los tipos de episodios violentos en los diferentes entornos asistenciales y se evaluará la influencia de las características sociodemográficas y laborales en la exposición a la violencia. En segundo lugar, se analizará la relación entre la violencia percibida y el estrés laboral, teniendo en cuenta también las variables sociodemográficas, y finalmente, se estudiará la relación entre el síndrome de “Burnout” y los episodios de violencia, tras controlar estadísticamente dichas variables sociolaborales.

VI.1. Incidencia y Tipos de Episodios Violentos en entornos intrahospitalarios y extrahospitalarios.

VI.1.1. Respecto a la incidencia global de la Violencia en los Servicios de Urgencias.

Este estudio confirma que la violencia en los Servicios de Urgencias es un problema prevalente y multifacético, afectando a una amplia gama de profesionales sanitarios y manifestándose principalmente en formas psicológicas y verbales, seguidas de violencia física, mientras que la violencia sexual es relativamente infrecuente.

Nuestros resultados muestran que la forma más prevalente de violencia es la coacción psicológica con una incidencia per cápita de 17 episodios anuales, lo que la convierte en la modalidad de violencia más común ambos sexos, aunque afecta sobre todo a mujeres. Este hallazgo coincide con estudios previos como los realizados por Hu H et al [98] y Zhu et al. [18] que identifican a los entornos de urgencias como particularmente vulnerables a la violencia psicológica debido a factores como la alta carga emocional, el estrés constante y la rápida toma de decisiones, así como con estudios que subrayan la mayor exposición de las mujeres a agresiones psicológicas debido a sesgos de género, como señala Camerino et al. [97].

No todos los estudios, sin embargo, coinciden en que la violencia psicológica sea la forma predominante de violencia en los entornos de urgencias. Por ejemplo, Aljohani et al encontraron que la violencia verbal era más prevalente que la psicológica en ciertos departamentos de emergencia con alta densidad de pacientes [99], debido a la frustración verbal expresada por los pacientes y familiares frente a los retrasos en la atención o la percepción de falta de recursos [100]. Esta diferencia podría reflejarse en la tendencia de los pacientes a verbalizar su malestar en situaciones de espera prolongada o cuando perciben una atención insuficiente [101].

La incidencia de violencia física (IApc de 7,4) es menor pero su impacto no debe ser subestimado, especialmente en términos de sus efectos sobre el bienestar mental del personal sanitario. Un estudio de Bernaldo-de-Quirós et al [102] realizado en unidades de urgencias prehospitalarias mostró que la violencia física, aunque menos frecuente en general, podría ser más impactante en menoscabo psicológico a largo plazo sobre el personal que la violencia verbal o la psicológica.

VI.1.2. Respecto a la incidencia y diferencias específicas según tipos de violencia.

La prevalencia de la violencia psicológica y verbal varían significativamente según el nivel asistencial y las características del personal. Como se ha mencionado antes, nuestros resultados señalan que las agresiones psicológicas representan la modalidad de violencia más frecuente entre los trabajadores de urgencias, independientemente del origen de la agresión (externa o interna). Un estudio de Pai et al. mostró que el 68% de los trabajadores de la salud habían experimentado algún tipo de violencia psicológica en su lugar de trabajo, siendo este el tipo más común de violencia en comparación con la física o verbal [103].

Otros estudios, sin embargo, presentan resultados contradictorios. La investigación realizada por Pompeii et al en Estados Unidos encontró que la violencia verbal superaba a la psicológica en el entorno hospitalario, y argumentaba que la falta de capacitación en habilidades de comunicación entre el personal hospitalario podría aumentar la frecuencia de episodios de agresión verbal, en lugar de la violencia psicológica. [104]

Asimismo, este mismo estudio sugiere que la normalización de la violencia verbal en los entornos hospitalarios puede conducir a un sesgo de percepción, subestimando este fenómeno.

En este sentido Dafnyet et al. señalan que en muchos casos las agresiones verbales no se registran formalmente porque los profesionales de la salud consideran este comportamiento como parte inherente de su trabajo, [105] lo que podría sesgar los datos y dar una impresión falsa de que la violencia verbal es menos común de lo que realmente es de modo que esta subestimación puede explicar por qué algunos estudios encuentran que la violencia psicológica parece ser más frecuente, aunque la violencia verbal podría estar ocurriendo con igual o mayor frecuencia.

Nuestros resultados indican que, aunque las agresiones verbales (IApc = 11) y los episodios de violencia física (IApc = 7) son relativamente frecuentes en los servicios de urgencias, los incidentes de acoso sexual son prácticamente inusuales (IApc = $0,2 \pm 0,1$). Estos hallazgos sugieren que, si

bien todas las formas de violencia laboral representan un motivo de preocupación, las agresiones verbales y psicológicas son más prevalentes que las físicas y sexuales.

Esta tendencia es consistente con investigaciones anteriores, como las de Liu et al., que también identifican un patrón predominante de violencia verbal y psicológica en entornos laborales sanitarios. [11,18]

VI.1.3. Respecto a las diferencias de la violencia entre Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

En el análisis de la violencia según el nivel asistencial, los datos de nuestro estudio revelan diferencias significativas. La violencia psicológica es más frecuente en los entornos intrahospitalarios (IApc = 18.6), mientras que la violencia física es más prevalente en los entornos extrahospitalarios (IApc = 9.5). Esto coincide con investigaciones como las de Timmins et al. y MohammadiGorj et al. que destacan que la falta de control ambiental y las condiciones impredecibles de las emergencias extrahospitalarias aumentan el riesgo de violencia física [101, 106].

También un estudio de Boyle et al. encontró que los trabajadores de servicios de emergencias médicas extrahospitalarias enfrentan una tasa significativamente más alta de violencia física en comparación con los trabajadores de urgencias hospitalarias debido a la naturaleza de su trabajo, que implica a menudo intervenciones en entornos no controlados [107].

Este patrón puede deberse a que los entornos hospitalarios, más estructurados, permiten un mayor control sobre las dinámicas laborales y proporcionan más apoyo institucional, reduciendo así las agresiones físicas. Por otro lado, los entornos extrahospitalarios, como las unidades móviles, son menos predecibles y tienen menos recursos de seguridad, lo que aumenta el riesgo de violencia física.

Otros estudios como Aljohani et al. sin embargo, muestran que la violencia física puede ser igualmente prevalente en ciertos servicios de urgencias hospitalarios, como pediatría y psiquiatría [99], debido a factores como la aglomeración de pacientes y la falta de personal adecuado. Además, Rosenthal et al. sugiere incluso que en los hospitales con menos recursos para implementar protocolos de manejo de conflictos pueden ver una prevalencia más alta de agresiones físicas, lo que indica que la organización y los recursos disponibles pueden influir significativamente en la incidencia de este tipo de violencia [108].

Por otro lado, el estudio de Sé A. et al. destaca que la variabilidad en la incidencia de violencia también puede estar influenciada por factores como la localización geográfica de los hospitales y las diferencias culturales en la percepción de la violencia. En algunos contextos, la falta de

protocolos de seguridad adecuados puede llevar a una mayor prevalencia de violencia física en los entornos hospitalarios [109].

Nuestra investigación también destaca que la exposición a amenazas contra la integridad física por parte de compañeros de trabajo es menor para los trabajadores de urgencias hospitalarias en comparación con aquellos que trabajan en urgencias extrahospitalarias (IC95% ajustado RR: 0.11-0.81). Este hallazgo podría estar relacionado con las diferencias en el entorno de trabajo y en las dinámicas laborales características de cada tipo de servicio mencionadas anteriormente. En las urgencias hospitalarias, la supervisión directa y la presencia de más personal pueden contribuir a una mayor regulación del comportamiento y reducir los conflictos interpersonales.

Un estudio de Lanctôt et al. sugiere que los entornos hospitalarios, debido a su estructura más organizada y regulada, podrían tener menos conflictos interpersonales entre colegas en comparación con los entornos extrahospitalarios, donde las situaciones pueden ser más caóticas e impredecibles [110].

VI.1.4. Respecto a las diferencias en la incidencia de violencia según características sociodemográficas y laborales.

Los resultados del presente estudio también subrayan la importancia de las características sociodemográficas y laborales en la exposición a diferentes formas de violencia.

Por ejemplo, se observa que las mujeres en los servicios de urgencias tienen una mayor incidencia de violencia psicológica (IApc = 18) en comparación con los hombres (IApc = 16). Sin embargo, estos últimos experimentan más episodios de violencia física (IApc = 8) que las mujeres. Estos hallazgos coinciden con estudios previos, como el de Magnavita y Heponiemi, que indican que las mujeres suelen ser más vulnerables a la violencia psicológica debido a factores culturales y de percepción de género, mientras que los hombres, en roles considerados físicamente demandantes, son más propensos a enfrentar agresiones físicas [16].

En cuanto a las diferencias por grupo de edad, el estudio muestra una mayor incidencia entre las mujeres y los trabajadores de mediana edad (40-50 años) de violencia psicológica (IApc = 20) en comparación con otros grupos de edad. Esto podría deberse a que los trabajadores de mediana edad suelen ocupar posiciones intermedias con responsabilidades tanto hacia los superiores como hacia los subordinados, lo que podría aumentar su exposición a la presión psicológica.

Un estudio de Estry-Behar et al. muestra que los trabajadores de la salud de mediana edad tienden a experimentar mayores niveles de estrés laboral y, en consecuencia, pueden ser más vulnerables a la violencia psicológica [111]. Sin embargo, Magnavita et al. encontraron que los hombres en posiciones de liderazgo también son susceptibles a altos niveles de violencia psicológica, lo que podría reflejar diferencias en la distribución de roles y responsabilidades en distintos entornos sanitarios [16].

Por otra parte, nuestros resultados muestran que los profesionales con mayor experiencia laboral (≥ 10 años) presentan un riesgo más elevado de experimentar violencia externa, especialmente "agresiones verbales con amenazas" y "conductas promotoras de discordia" en el entorno laboral. Esto concuerda con estudios como Shafran-Tikva et al. que indican que los profesionales con más experiencia pueden estar más expuestos a situaciones de riesgo debido a su implicación en decisiones críticas o su mayor tiempo de exposición en el entorno laboral [112].

Los resultados de este estudio destacan diferencias significativas en la exposición a la violencia laboral según la categoría profesional de los trabajadores de los servicios de urgencias. Las enfermeras y los médicos, junto con los celadores, son los grupos más afectados por la violencia, especialmente en su forma psicológica y verbal.

El personal de enfermería y los celadores muestran la mayor incidencia de violencia psicológica, con un IApc de 17 y 25 episodios, respectivamente. Estos resultados son consistentes con estudios previos como el llevado a cabo por Aspera et al. que señala la elevada exposición de estos profesionales a agresiones verbales y psicológicas debido a su contacto constante con pacientes y familiares en situaciones de tensión [113].

Los médicos también presentan una notable incidencia de violencia, especialmente psicológica, con un IApc de 16 y aunque la exposición de los médicos a la violencia física es menor que la de otros profesionales como los celadores), no debe subestimarse. Este grupo suele enfrentar violencia de tipo físico y verbal, particularmente en situaciones de urgencia extrema donde la comunicación rápida y eficaz es fundamental para la atención de los pacientes. Estudios como los de Arnetz et al. sugieren que los médicos pueden ser blancos de la violencia debido a las decisiones clínicas críticas que toman bajo presión, lo que puede generar conflictos con pacientes o sus acompañantes [114].

Asimismo, se evidencia que los médicos residentes y el personal de apoyo, como los auxiliares de enfermería, presentan niveles más bajos de violencia en comparación con sus colegas más experimentados. Esto puede atribuirse a la menor exposición prolongada a situaciones críticas y a la menor visibilidad de estos roles en los episodios de conflicto con pacientes o familiares lo que va en consecuencia con otra línea de investigación como la llevada a cabo por Fang et al. [115].

VI.1.5. Respecto a la relevancia de la fuente de la violencia (Interna vs. Externa).

La mayoría de los episodios violentos son de origen externo, protagonizados por pacientes o acompañantes ($p \leq 0.01$), con la única excepción de la violencia sexual, donde no se observaron diferencias significativas en cuanto al origen. Este hallazgo coincide con investigaciones previas que identifican a los pacientes y familiares como los principales perpetradores de violencia en los entornos sanitarios en forma de abuso verbal, violencia psicológica, agresión física en estudios como los realizadas por Mento et al. [16] y Lanctôt et al [110].

Por otra parte, el estudio de Montes-Villaseñor et al. [116] describe por ejemplo la violencia interpersonal en la población de médicos residentes y señala que entre los agresores más asiduos fueron los jefes de servicio y los compañeros residentes, lo que sugiere que la violencia interna puede estar subestimada debido a una cultura de silencio o temor a represalias, especialmente en entornos donde las dinámicas jerárquicas son fuertes. No obstante, este posible sesgo no parece que sea lógico en nuestro estudio, dado que la información se ha recopilado garantizando el anonimato y la confidencialidad.

Los datos obtenidos revelan que, en los entornos hospitalarios, el riesgo de sufrir agresiones verbales no intimidatorias y violencia psicológica por parte de colegas es significativamente mayor en casi todas las modalidades estudiadas, especialmente entre los profesionales con contratos de interinidad.

Este hallazgo está en consonancia con el estudio de Ferri et al, que destaca la violencia entre colegas. Las dinámicas de poder, los contratos temporales y la precariedad laboral pueden aumentar el riesgo de violencia interna en el ámbito sanitario [6].

VI.1.6. Implicaciones Prácticas y recomendaciones basadas en la Evidencia.

Dado el alto riesgo de violencia en ambos niveles asistenciales, se requieren estrategias de prevención adaptadas. Para los entornos hospitalarios, se sugiere fortalecer la capacitación en habilidades de comunicación y manejo de conflictos, así como fomentar una cultura organizacional que promueva la denuncia de violencia interna y proporcione apoyo psicológico adecuado. Aunque Arnetz et al. [114] y Fricke et al. [117] apoyan estas estrategias, algunos autores, como Beattie et al [118] argumentan que solo serán efectivas si se acompañan de cambios organizativos más

profundos, que incluyan mejoras en las condiciones laborales y una cultura institucional de tolerancia cero hacia la violencia.

En los entornos extrahospitalarios, la implementación de medidas de seguridad adicionales y la capacitación en técnicas de desescalada son esenciales para minimizar el riesgo de violencia física y este planteamiento también es compartido por Schwartz et al. [119]

VI.2. Relación entre la violencia percibida y el estrés laboral.

VI.2.1. Impacto del estrés laboral según la exposición a violencia.

Los resultados muestran que los profesionales de urgencias de los Servicios de salud que experimentan más episodios de violencia presentan niveles de estrés significativamente más altos que aquellos con menos exposición a estos eventos. En particular, los episodios de agresión verbal (amenazante y no amenazante), trato vejatorio, actitudes provocadoras, y otros tipos de conductas violentas como la promoción de la discordia y el acoso sexual se correlacionan con niveles de estrés elevados. Este hallazgo es consistente con estudios previos que demuestran una relación directa entre la exposición a violencia en el lugar de trabajo y el aumento del estrés laboral. Por ejemplo, Magnavita encontró que la violencia en el lugar de trabajo es un determinante clave del estrés entre los trabajadores de salud, con efectos negativos tanto en el bienestar psicológico como en la satisfacción laboral [17]. Magnavita argumenta que la relación entre la violencia en el lugar de trabajo y el estrés es bidireccional, ya que un ambiente estresante puede aumentar la vulnerabilidad de los trabajadores a la violencia, y la exposición a la violencia puede, a su vez, elevar los niveles de estrés.

VI.2.2. Variabilidad en los niveles de estrés según el tipo de violencia y su origen.

Los resultados indican que, de forma general, los episodios de violencia psicológica, como las agresiones verbales amenazantes o no amenazantes, muestran una correlación significativa con niveles más altos de estrés laboral. Esto es consistente con publicaciones previas, como la de Rosenthal et al. [108] que destaca que la violencia verbal y psicológica es particularmente dañina debido a su carácter recurrente y al hecho de que puede ser percibida como una amenaza constante en el entorno laboral.

Respecto a la violencia física, los resultados del estudio indican que, aunque esta forma de violencia es menos frecuente, también se asocia con niveles elevados de estrés, especialmente en los casos de agresiones físicas leves. Los hallazgos sugieren que la violencia física, aunque menos prevalente, puede tener un efecto significativo sobre el bienestar psicológico de los profesionales de la salud. Este dato se alinea con estudios que han demostrado que la violencia física, debido a su naturaleza tangible y a menudo traumática, puede inducir respuestas de estrés agudo e incluso crónico en los trabajadores afectados.

Por ejemplo, Rosenthal et al también encontró que los incidentes de violencia física en los hospitales están asociados con un aumento significativo en los niveles de estrés y agotamiento emocional entre el personal sanitario [108]. Este estudio sugiere que los episodios de violencia física, aunque sean de menor frecuencia, tienen un impacto considerable debido a la percepción de amenaza directa que representan para la seguridad personal de los trabajadores. Al igual que en nuestra investigación los episodios de violencia de origen externo (por parte de pacientes o sus acompañantes) son los más frecuentes y se asocian directamente con niveles elevados de estrés laboral.

Por otro lado, nuestros datos resaltan que aunque menos común, la violencia de origen interno (de colegas o superiores) está claramente correlacionada con altos niveles de estrés entre los trabajadores de la salud. Los episodios de violencia interna son particularmente dañinos ya que afectan no solo la salud mental sino también la cohesión y moral del equipo.

Estudios que están en consonancia con nuestros resultados, como Beattie et al. [118], destacan que la violencia interna puede ser más difícil de gestionar debido a las dinámicas de poder y la posible falta de apoyo institucional para denunciar estos incidentes.

VI.2.3. Variación del estrés según las características sociolaborales del personal sanitario.

El análisis de regresión logística de este estudio demuestra que las mujeres y los médicos tienen una mayor probabilidad de experimentar niveles elevados de estrés en comparación con otros grupos. Específicamente, en las mujeres la probabilidad de reportar altos niveles de estrés se duplica, mientras que el personal médico tiene el doble de riesgo de sufrir estrés en relación con los enfermeros. Este patrón puede explicarse por la alta carga emocional y las exigencias profesionales específicas en estos grupos, como se ha destacado en otros estudios como Rutledge et al [120] que relacionan el género y la profesión con la vulnerabilidad al estrés en entornos de atención médica [120].

Además, los profesionales con contratos interinos tienen una mayor probabilidad de experimentar estrés, lo que podría estar relacionado con la inestabilidad laboral y la falta de apoyo institucional. Los resultados del estudio de Daouda et al. señalan el mismo razonamiento [121].

VI.2.4. Implicaciones prácticas y recomendaciones basadas en la evidencia en relación con el estrés.

Los resultados sugieren la necesidad de desarrollar intervenciones específicas que aborden las diferentes formas de violencia en el lugar de trabajo para mitigar su impacto en el estrés laboral. Se recomienda implementar programas de capacitación en manejo de conflictos y estrategias de comunicación, así como proporcionar apoyo psicológico y recursos adecuados para los profesionales de la salud expuestos a violencia en su entorno laboral.

Además, sería beneficioso desarrollar políticas laborales que reconozcan las diferencias de género y experiencia, y que fomenten un ambiente de trabajo más seguro y menos estresante.

VI.3. Relación entre la violencia percibida y el burnout

VI.3.1. Respecto a la dimensión agotamiento emocional del burnout

El agotamiento emocional es una dimensión crítica del síndrome de burnout que refleja una disminución de los recursos emocionales del profesional para enfrentar las demandas del trabajo. Los resultados de nuestro estudio muestran que la violencia en el lugar de trabajo, en sus diferentes formas (verbal, psicológica y sexual), tiene un efecto significativo sobre el agotamiento emocional de los profesionales de la salud. En particular, la violencia psicológica parece tener un impacto más profundo en el agotamiento emocional, como lo demuestra la odds ratio significativamente elevada (OR = 3,5) para aquellos que han experimentado episodios múltiples de este tipo de violencia.

Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que sugieren que la violencia psicológica, debido a su naturaleza persistente y a menudo invisible, puede ser más dañina para el bienestar emocional a largo plazo que otras formas de violencia más visibles, como la violencia física.

Bernaldo de Quirós et al. destaca que los episodios de violencia psicológica recurrentes incrementan significativamente el riesgo de desarrollar síntomas de agotamiento emocional, lo que subraya la importancia de abordar estas formas de agresión en los programas de prevención de riesgos laborales [102].

Además, los profesionales de la salud expuestos a episodios recurrentes de violencia verbal (tanto amenazante como no amenazante), trato vejatorio, actitudes provocadoras, y promoción de la discordia experimentan niveles significativamente más altos de agotamiento emocional en comparación con aquellos que no han sufrido dichos episodios. Este hallazgo coincide con estudios previos que evidencian cómo la violencia verbal está asociada con mayores niveles de agotamiento emocional en los entornos sanitarios. Mento et al. [20] y Gascón et al [122] indican que los profesionales expuestos a violencia verbal repetida presentan una mayor probabilidad de sufrir agotamiento emocional debido a la constante amenaza a su integridad emocional y profesional.

Respecto a la violencia física parece ser menos común pero igualmente significativa en términos de su impacto emocional. Aunque en este estudio la exposición a episodios de violencia física no fue significativa a nivel univariante; Sin embargo, estudios como el de Magnavita et al [16] han indicado que incluso un solo episodio de violencia física puede tener efectos duraderos sobre la salud mental de los trabajadores de la salud.

Nuestros resultados también muestran diferencias demográficas en el agotamiento emocional relacionado con la violencia: respecto al género, las mujeres presentan una probabilidad significativamente mayor de experimentar agotamiento emocional en comparación con los hombres. Esta diferencia, aunque pequeña, debe ser considerada al diseñar intervenciones para reducir el agotamiento emocional en el personal sanitario y podría estar relacionada con la carga emocional adicional que las mujeres pueden enfrentar en entornos de trabajo debido a factores socioculturales, como la expectativa de mayor empatía y cuidado emocional en la práctica profesional [126]; en cuanto a la profesión, los médicos tienen una mayor probabilidad de presentar agotamiento emocional en comparación con los enfermeros (OR = 1,79, p = 0,024). Esto podría deberse a las demandas específicas del rol médico, incluyendo la responsabilidad en la toma de decisiones críticas y la presión constante para mantener un alto nivel de rendimiento en circunstancias difíciles. El metaanálisis llevado a cabo por Zhang et al. [124] describe que el 40% de los médicos de urgencias experimentan altos niveles de agotamiento emocional. Otros estudios, sin embargo, indican que los enfermeros presentan niveles más altos de agotamiento que sus colegas médicos [125].

Por otra parte, los profesionales que trabajan en hospitales tienen una probabilidad mucho más elevada de presentar agotamiento emocional que aquellos que trabajan en Unidades Médicas de

Emergencia (UME). Esta diferencia puede estar relacionada con la naturaleza del entorno hospitalario, donde la exposición a situaciones críticas es más constante y las condiciones de trabajo pueden ser más estresantes debido a la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos y la alta densidad de pacientes. No se encontraron estudios específicos que comparen directamente el agotamiento emocional entre trabajadores de urgencias hospitalarias y unidades médicas de emergencia extrahospitalarias. La literatura sugiere que la exposición constante a situaciones traumáticas y estresantes en ambos entornos hospitalarios contribuye significativamente al agotamiento emocional [20, 102]. Por ello es importante plantear la implementación de programas de entrenamiento basados en la regulación emocional e intentar así reducir el agotamiento emocional en los trabajadores de urgencias.

VI.3.2. Respecto a la dimensión de despersonalización del burnout

Según nuestros datos, la despersonalización, caracterizada por un distanciamiento emocional y una actitud cínica hacia los pacientes, está significativamente asociada con haber experimentado episodios recurrentes de violencia psicológica y verbal. Investigaciones previas destacan en el mismo sentido que la violencia psicológica perpetua un ciclo de frialdad emocional como mecanismo de defensa.

Por ejemplo, según con Schat y Frone [127] la violencia en el lugar de trabajo puede fomentar actitudes de despersonalización, especialmente cuando las agresiones son verbales o psicológicas y se presentan de forma frecuente o sostenida.

El análisis revela que tanto la violencia verbal como la psicológica tienen un efecto significativo sobre la despersonalización. Los profesionales que experimentan episodios de violencia verbal tienen una probabilidad considerablemente mayor de despersonalización. Esto se alinea con investigaciones previas de autores como Ferretti et al [128] que señalan que la violencia verbal, debido a su naturaleza frecuente y su impacto en la autoestima y la relación interpersonal, puede llevar a actitudes de indiferencia y desapego emocional como mecanismos defensivos.

La violencia psicológica también se muestra como un factor determinante en la despersonalización, con profesionales que sufren múltiples episodios (≥ 17 episodios) mostrando una probabilidad significativamente mayor de desarrollar esta condición (OR = 2,68, $p < 0,001$). Estos resultados sugieren que la violencia psicológica, caracterizada por trato vejatorio o conductas provocadoras ó de promoción de la discordia, contribuye al desgaste emocional y al distanciamiento interpersonal, factores centrales en la despersonalización tal y como describe Gascón et al en su estudio [112].

En el análisis de la despersonalización, los resultados muestran que el sexo, el nivel asistencial y el tipo de contrato influyen significativamente. Las mujeres presentan una menor probabilidad de experimentar despersonalización en comparación con los hombres, lo cual coincide con estudios anteriores que sugieren que las trabajadoras sanitarias tienden a emplear estrategias de afrontamiento más emocionales y de apoyo, lo que puede protegerlas contra la despersonalización [126]. Sin embargo, es importante considerar que los roles sociales y culturales también pueden influir en la manera en que las mujeres experimentan y reportan estos síntomas [129].

Este análisis también muestra que los profesionales que trabajan en hospitales tienen una probabilidad significativamente mayor de despersonalización que aquellos en las Unidades Móviles de Emergencia (UME). Este hallazgo puede deberse a la naturaleza de los entornos hospitalarios, donde los profesionales enfrentan una mayor carga de trabajo, alta presión y expectativas intensas de los pacientes y familiares. La exposición a constantes episodios de violencia verbal y psicológica, comunes en los hospitales, podría contribuir al desarrollo de la despersonalización como mecanismo de defensa frente a las demandas emocionales del entorno.

Estudios en entornos hospitalarios que mencionen la alta carga emocional y la exposición a violencia, como el trabajo de Hamdan y Hamra [130] describen cómo el entorno hospitalario con alta presión y demandas constantes puede fomentar mecanismos de defensa como la despersonalización para manejar el estrés emocional. Otro estudio relevante es el de Mento et al. [20] que analiza los determinantes organizacionales de la violencia en el lugar de trabajo y cómo estos factores pueden contribuir al desgaste emocional y la despersonalización en los trabajadores de la salud. Respecto al burnout en el contexto de urgencias extrahospitalarias estudios como la investigación de Thielmann et al [131] y muestran niveles significativos de despersonalización, y que esto se relaciona con la carga emocional y el estrés de trabajar en situaciones impredecibles y de alta presión.

Sin embargo, es importante señalar que no se han identificado estudios previos en la literatura consultada que comparen directamente los niveles de despersonalización entre los profesionales de la salud en hospitales y los que trabajan en entornos de emergencia extrahospitalarios.

La falta de investigaciones comparativas sobre estos dos contextos asistenciales limita la comprensión de las razones subyacentes a estas diferencias. Por tanto, se hace necesaria la realización de futuros estudios que aborden específicamente estas variables, explorando las

particularidades de cada entorno y su relación con el fenómeno del burnout en sus distintas dimensiones, como la despersonalización.

Respecto al tipo de contrato, los profesionales interinos muestran una menor probabilidad de experimentar despersonalización en comparación con los titulares.

Esto podría estar relacionado con la flexibilidad percibida en las responsabilidades laborales y el menor compromiso emocional debido a la naturaleza temporal del contrato [132].

VI.3.3. Respecto a la dimensión de desrealización del burnout

La desrealización, como componente del síndrome de burnout, se refiere a la percepción de disminución o ausencia de logro personal y satisfacción profesional, afectando la motivación y el bienestar de los trabajadores de la salud.

Según nuestro análisis se encontró que la violencia verbal tiene un efecto significativo sobre la desrealización. Los profesionales que experimentan múltiples episodios de violencia. A medida que los episodios de violencia verbal aumentan, también lo hace la probabilidad de que los trabajadores experimenten una sensación de falta de logro o insatisfacción con su desempeño laboral.

En particular, nuestros hallazgos indican que aquellos profesionales que han sido víctimas de entre 3 y 9 episodios de violencia verbal tienen casi el doble de probabilidad de sentir que su trabajo carece de sentido o que no están alcanzando sus metas profesionales en comparación con quienes han experimentado 2 o menos episodios.

La falta de realización personal en el entorno sanitario no solo afecta el bienestar emocional de los profesionales, sino que también puede influir en la calidad del cuidado que ofrecen a los pacientes. La violencia verbal, al minar su autoestima y la percepción de eficacia en el trabajo, contribuye a un estado de frustración y agotamiento que impide a los profesionales sentir satisfacción por sus logros.

Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que han vinculado la violencia en el entorno laboral con un mayor desgaste profesional [20,112]. Nuestro estudio además pone de manifiesto que la violencia verbal, específicamente, tiene un efecto directo en la disminución de la

realización personal, lo que hace aún más urgente la implementación de medidas preventivas y de apoyo en los centros sanitarios.

Respecto a la violencia psicológica y desrealización, esta relación no alcanzó significación estadística, por lo que su impacto podría depender de otros factores moderadores o contextuales no analizados en este estudio.

Respecto al impacto de las variables demográficas y laborales los resultados de la regresión logística univariante revelan que los profesionales que trabajan en hospitales tienen 1,63 veces más probabilidades de experimentar desrealización que aquellos en Unidades Móviles de Emergencia (UME) (OR = 1,63, p = 0,05). Por lado, los trabajadores con contratos temporales (sustitutos) muestran una probabilidad significativamente mayor de desrealización en comparación con los profesionales con contratos fijos (OR = 1,93, p = 0,005), lo que puede reflejar una menor estabilidad laboral y una percepción de menor apoyo organizacional, factores que son conocidos por contribuir al agotamiento emocional y desrealización en entornos de alta presión como se refleja en el estudio llevado a cabo por Aronsson et al [133].

Por el contrario, aquellos con más de 11 meses de experiencia en urgencias tienen menos probabilidad de desrealización que los trabajadores con menos de 6 meses (OR = 0,01, p < 0,001). Este resultado sugiere que la adaptación y la familiarización con el entorno de trabajo pueden jugar un papel protector, disminuyendo los efectos negativos del burnout laboral a largo plazo como describen otros autores como Nahrgang et al. [134].

Así, algunas recomendaciones prácticas para mitigar la desrealización entre los profesionales de la salud, especialmente en aquellos con contratos temporales y en ambientes hospitalarios, sería implementar programas de apoyo organizacional que fomenten la estabilidad laboral y el desarrollo profesional como sugiere en su estudio Ilyas et al. y establecer estrategias de manejo de conflictos y formación específica para mejorar la capacidad de afrontamiento ante situaciones de violencia verbal, que es una de las formas de violencia más comúnmente reportadas en estos entornos [135].

VI.4. Limitaciones del estudio.

Las limitaciones de nuestra investigación que podrían influir en los resultados y la interpretación de los mismos serían:

1. La naturaleza retrospectiva del estudio implica que los datos se recopilan a posteriori, lo cual puede facilitar sesgos de memoria y a la percepción subjetiva de los participantes.
2. Al haber excluido a los participantes con menos de 12 meses de antigüedad laboral, el estudio podría no capturar experiencias de violencia laboral, estrés o burnout que ocurren al comienzo de la carrera profesional de los trabajadores de la salud, un periodo que puede ser particularmente vulnerable.
3. El estudio se realizó en siete hospitales y 17 Unidades Médicas de Emergencia (UME) de la Región de Murcia. Aunque se seleccionaron para asegurar una distribución geográfica equilibrada, los resultados pueden no ser representativos de otros entornos geográficos con diferentes características sociodemográficas, culturales o de recursos.
4. El estudio se realizó en el año 2019, lo cual representa una limitación importante porque las condiciones laborales, y los factores de estrés pueden haber cambiado desde entonces lo que podría afectar la generalización de los resultados a la situación actual.
5. La información se recopiló mediante cuestionarios autoadministrados, lo que puede llevar a un sesgo de respuesta debido a la percepción subjetiva de los participantes, especialmente en temas sensibles como la violencia laboral y el estrés.
6. Aunque se utilizaron instrumentos validados (como la escala POPAS para la percepción de violencia y la PSS-10 para el estrés percibido), la adaptación de estos instrumentos al contexto de los servicios de urgencias puede introducir limitaciones en la comparabilidad de los resultados con otros estudios realizados en contextos diferentes o con otros grupos de población.
7. Dado que es un estudio observacional, es difícil controlar todas las variables confusoras que puedan influir en la relación entre la violencia laboral y sus consecuencias en términos de estrés y burnout. Variables como el apoyo social, las características personales y el ambiente de trabajo pueden no haberse controlado adecuadamente.

VII. CONCLUSIONES.

- La violencia laboral procedente de usuarios y colegas en los servicios de urgencias de salud constituye un fenómeno muy habitual que afecta al 98% del personal sanitario a lo largo de un año.
- De entre las distintas modalidades de violencia, la coacción psicológica ha sido, con diferencia, la más común, seguida de las agresiones verbales no amenazantes. Aunque la violencia física es menos habitual, sigue teniendo un impacto relevante.
- La violencia percibida por los profesionales sanitarios en los Servicios de Urgencias está fuertemente vinculada a factores sociodemográficos y laborales, a la vez que determina, de forma decisiva, el grado de “desgaste emocional” y el nivel de estrés laboral del personal sanitario.
- La violencia se manifiesta con una intensidad cuantitativa y cualitativa diferente según el nivel asistencial (intrahospitalario o extrahospitalario).
- La principal fuente de violencia en los servicios de urgencias proviene de los pacientes/familiares/acompañantes.
- En el entorno intrahospitalario, la violencia externa (protagonizada por pacientes/acompañantes), es la más frecuente, destacando las agresiones verbales no intimidatorias y las conductas de oposición pasiva. La violencia interna (entre colegas), aunque menos corriente, también es relevante. Dos de cada cinco episodios verbales no intimidatorios y la mitad de las conductas que promueven conflictos y tensiones laborales son de origen interno.
- En Unidades Móviles de Emergencia (UME), los episodios de violencia física tienden a ser más frecuentes como consecuencia de la falta de control del entorno y las condiciones impredecibles del ejercicio de la profesión.

- Las características sociolaborales del personal sanitario han estado íntimamente relacionadas con la intensidad y la modalidad de violencia laboral. Los médicos y los profesionales con más años de experiencia afrontan más agresiones físicas. El personal de enfermería está más expuesto a la violencia verbal y a la psicológica. Los profesionales con contratos temporales informan de una mayor incidencia de violencia, en particular de tipo psicológica y verbal.
- El estrés laboral y el desgaste emocional, especialmente en sus dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, han estado determinados por la violencia en el entorno laboral, tanto de origen externo como interno.
- Es necesario abordar la violencia laboral en los servicios de salud desde una perspectiva multidimensional considerando factores individuales y organizacionales. Las estrategias de intervención deben individualizarse y adaptarse a las realidades específicas de cada contexto laboral.
- Estas intervenciones deberían incluir programas de capacitación en el manejo de conflictos, establecimiento de redes de apoyo para los trabajadores y la implementación de políticas de tolerancia cero hacia la violencia.
- Además, es fundamental promover una cultura organizacional basada en el respeto mutuo y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud, con el objetivo de mejorar tanto el bienestar del personal como la atención brindada a los pacientes.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Allen JJ y Anderson CA. Agresión y violencia: definiciones y distinciones. Manual de violencia y agresión de Wiley. 2017. 1–14. doi: 10.1002/9781119057574.whbva001
2. Alzate M, Durán M, Sabucedo JM. Agresión y violencia. En J. M. Sabucedo y J. F. Morales. Psicología Social. 2015. 217-238
3. Martínez Pacheco A. La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. Política y cultura. 2016. (46):7-31. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422016000200007&lng=es&tlng=es.
4. Undurraga R, López Hornickel N. Trayectorias Laborales de Mujeres y Violencia en el Trabajo: Una Cuestión de Género. Psykhe (Santiago) [Internet]. Noviembre de 2020 [consultado el 20 de julio de 2024];29(2). Disponible en: <https://doi.org/10.7764/psykhe.29.2.1494>
5. Barros C, Meneses RF, Sani A, Baylina P. Workplace Violence in Healthcare Settings: Work-Related Predictors of Violence Behaviours. Psych [Internet]. 9 de agosto de 2022 [consultado el 21 de julio de 2024];4(3):516-24. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/psych4030039>
6. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. Psychol Res Behav Manag. 2016 Sep 23;9:263-275. doi: 10.2147/PRBM.S114870. PMID: 27729818; PMCID: PMC5042196.
7. Giménez Lozano JM, Martínez Ramón JP, Morales Rodríguez FM. Doctors and Nurses: A Systematic Review of the Risk and Protective Factors in Workplace Violence and Burnout. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 22 de marzo de 2021 [consultado el 24 de julio de 2024];18(6):3280. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18063280>
8. Yang BX, Stone TE, Petrini MA, Morris DL. Incidence, type, related factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: a cross-sectional survey. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. Febrero de 2018 [consultado el 21 de julio de 2024];32(1):31-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.013>
9. Toro JP, Gómez-Rubio C. Factores facilitadores de la violencia laboral: Una revisión de la evidencia científica en América Latina. Cienc Amp Trab [Internet]. Agosto de 2016 [consultado el 20 de julio de 2024];18(56):110-6. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0718-24492016000200006>
10. Kumari A, Kaur T, Ranjan P, Chopra S, Sarkar S, Baitha U. Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. J Postgrad Med. 2020 Jul-Sep;66(3):149-154. doi: 10.4103/jpgm.JPGM_96_20. PMID: 32675451; PMCID: PMC7542052.
11. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, Yan S, Sampson O, Xu H, Wang C, Zhu Y, Chang Y, Yang Y, Yang T, Chen Y, Song F, Lu Z. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2019 Dec;76(12):927-937. doi: 10.1136/oemed-2019-105849. Epub 2019 Oct 13. PMID: 31611310.
12. Neall A, Tuckey M. A methodological review of research on the antecedents and consequences of workplace harassment. J Occup Organ Psychol. 2014;87:225-57. doi: 10.1111/JOOP.12059.
13. Lever I, Dyball D, Greenberg N, Stevelink S. Health consequences of bullying in the healthcare workplace: a systematic review. J Adv Nurs. 2019. doi: 10.1111/jan.13986.
14. Schlick C, Ellis R, Etkin C, Greenberg C, Greenberg J, Turner P, et al. Experiences of gender discrimination and sexual harassment among residents in general surgery programs across the US. JAMA Surg. 2021. doi: 10.1001/jamasurg.2021.3195.
15. Guo L, Ryan B, Leditschke I, Haines K, Cook K, Eriksson L, et al. Impact of unacceptable behaviour between healthcare workers on clinical performance and patient outcomes: a systematic review. BMJ Qual Saf. 2022;31:679-87. doi: 10.1136/bmjqs-2021-013955.
16. Magnavita N, Larese Filon F, Giorgi G, Meraglia I, Chirico F. Assessing Workplace Violence: Methodological Considerations. Med Lav. 2024 Feb 22;115(1):e2024003. doi: 10.23749/mdl.v115i1.15186. PMID: 38411977; PMCID: PMC10915676.
17. Lim MC, Jeffree MS, Saupin S@, Giloi N, Lukman KA. Workplace violence in healthcare settings: the risk factors, implications and collaborative preventive measures. Ann Med Surg [Internet]. Mayo de 2022 [consultado el 21 de julio de 2024];103727. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103727>
18. Zhu H, Liu X, Yao L, Zhou L, Qin J, Zhu C, Ye Z, Pan H. Workplace violence in primary hospitals and associated risk factors: A cross-sectional study. Nurs Open. 2022 Jan;9(1):513-518. doi: 10.1002/nop2.1090. Epub 2021 Oct 16. PMID: 34655279; PMCID: PMC8685843.
19. Shi L, Zhang D, Zhou C, Yang L, Sun T, Hao T, Peng X, Gao L, Liu W, Mu Y, Han Y, Fan L. A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses. BMJ Open [Internet]. Junio de 2017 [consultado el 21 de julio de 2024];7(6):e013105. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013105>

20. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MR, Cedro C, Pandolfo G, Zoccali RA. Workplace violence against healthcare professionals: a systematic review. *Aggress Violent Behav* [Internet]. Marzo de 2020 [consultado el 22 de julio de 2024];51:101381. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>
21. Pagnucci N, Ottonello G, Capponi D, Catania G, Zanini M, Aleo G, Timmins F, Sasso L, Bagnasco A. Predictors of events of violence or aggression against nurses in the workplace: A scoping review. *J Nurs Manag*. 2022 Sep;30(6):1724-1749. doi: 10.1111/jonm.13635. Epub 2022 May 26. PMID: 35420236; PMCID: PMC9796891.
22. Babiarczyk B, Turbiarz A, Tomagová M, Zeleníková R, Önlér E, Sancho Cantus D. Violence against nurses working in the health sector in five European countries-pilot study. *Int J Nurs Pract*. 2019 Aug;25(4):e12744. doi: 10.1111/ijn.12744. Epub 2019 Jun 7. PMID: 31172630.
23. Fujimoto H, Hirota M, Kodama T, Greiner C, Hashimoto T. Violence exposure and resulting psychological effects suffered by psychiatric visiting nurses in Japan. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017 Oct;24(8):638-647. doi: 10.1111/jpm.12412. Epub 2017 Aug 24. PMID: 28840659.
24. Fafliora E, Bampalis VG, Zarlas G, Sturaitis P, Lianas D, Mantzouranis G. Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings. *Work*. 2015;53(3):551-60. doi: 10.3233/WOR-152225. PMID: 26835853.
25. Hong S, Kim H, Nam S, Wong JYH, Lee K. Nurses' post-traumatic stress symptoms and growth by perceived workplace bullying: An online cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2021 Jul;29(5):1338-1347. doi: 10.1111/jonm.13275. Epub 2021 Feb 8. PMID: 33486839.
26. Pandey M, Bhandari TR, Dangal G. Workplace Violence and its Associated Factors among Nurses. *J Nepal Health Res Counc*. 2018 Jan 1;15(3):235-241. doi: 10.3126/jnhrc.v15i3.18847. PMID: 29353895.
27. Ridenour M, Lanza M, Hendricks S, Hartley D, Rierdan J, Zeiss R, Amandus H. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work*. 2015;51(1):19-28. doi: 10.3233/WOR-141894. PMID: 24894691; PMCID: PMC4674794.
28. Kumari M, Verma M, Das T, Pardeshi G, Kishore J, Padmanandan A. A Study of Workplace Violence Experienced by Doctors and Associated Risk Factors in a Tertiary Care Hospital of South Delhi, India. *J Clin Diagn Res*. 2016 Nov;10(11):LC06-LC10. doi: 10.7860/JCDR/2016/22306.8895. Epub 2016 Nov 1. PMID: 28050406; PMCID: PMC5198359.
29. Blom N, Fadeeva A, Barbosa EC. The concept and measurement of violence and abuse in health and justice fields: toward a framework aligned with the UN sustainable development goals. *Soc Sci* [Internet]. 24 de mayo de 2023 [consultado el 22 de julio de 2024];12(6):316. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/socsci12060316>
30. Bunce A, Carlisle S, Capelas Barbosa E. The concept and measurement of interpersonal violence in specialist services data: inconsistencies, outcomes and the challenges of synthesising evidence. *Soc Sci* [Internet]. 23 de junio de 2023 [consultado el 22 de julio de 2024];12(7):366. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/socsci12070366>
31. Grych J, Hamby S. Advancing the measurement of violence: challenges and opportunities. *Psychol Violence* [Internet]. 2014 [consultado el 22 de julio de 2024];4(4):363-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/a0037886>
32. Ortuño-Sierra J, Marugán Garrido N, Gutiérrez García A, Ciarreta López A, Camara-Pastor T. Measuring Violence Behaviours in the Context of Romantic Relationships during Adolescence: New Evidence about the Modified Conflict Tactics Scale. *Children* (Basel). 2023 Feb 3;10(2):297. doi: 10.3390/children10020297. PMID: 36832426; PMCID: PMC9955858.
33. Kumari A, Singh A, Ranjan P, Sarkar S, Kaur T, Upadhyay AD, Verma K, Kappagantu V, Mohan A, Baitha U. Development and Validation of a Questionnaire to Evaluate Workplace Violence in Healthcare Settings. *Cureus*. 2021 Nov 28;13(11):e19959. doi: 10.7759/cureus.19959. PMID: 34976540; PMCID: PMC8713433.
34. Won SE, Choi MI, Noh H, Han SY, Mun SJ. Measuring workplace violence for clinical dental hygienists. *Int J Dent Hyg*. 2021 Aug;19(3):340-349. doi: 10.1111/idh.12527. Epub 2021 Jul 12. PMID: 34092027.
35. Singh A, Ranjan P, Kaur T, Sarkar S, Upadhyay AD, Baitha U, Sethi P, Jadon RS, Jorwal P. Development and Validation of a Comprehensive Questionnaire to Assess Interpersonal Discord (Bullying, Harassment, and Discrimination) at the Workplace in a Healthcare Setting. *Cureus*. 2021 Oct 3;13(10):e18467. doi: 10.7759/cureus.18467. PMID: 34754633; PMCID: PMC8564218.
36. Oud N. The Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) [Internet]. 2001 [cited 2020 Nov 10]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Nico_Oud/publication/270159849_The_Perception_of_Prevalence_of_Aggression_Scale_POPAS_Questionnaire/links/54a17790cf256bf8baf71c1/The-Perception-of-Prevalence-of-Aggression-Scale-POPAS-Questionnaire.pdf.
37. Loughland CM, Lawrence G, Allen J, Hunter M, Lewin TJ, Oud N, Carr VJ. Aggression and trauma experiences among carer-relatives of people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(12):1031-40. doi: 10.1007/s00127-009-0025-5.

38. Swain N, Gale C, Greenwood R. Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting. *N Z Med J*. 2014;127(1394):10-8. Disponible en: <http://www.nzma.org.nz>.
39. APA. APA Dictionary of Psychology. 2023. Disponible en: <https://dictionary.apa.org/occupational-stress>
40. Burman R, Goswami TG. A Systematic Literature Review of Work Stress. *Int J Manag Stud* [Internet]. 1 de julio de 2018 [consultado el 22 de julio de 2024];V(3(9)):112. Disponible en: [https://doi.org/10.18843/ijms/v5i3\(9\)/15](https://doi.org/10.18843/ijms/v5i3(9)/15)
41. Saradha MU, Saravanan K. A study of professional job stress among the health care workers during the emergency period. *Surv Fish Sci* [Internet]. 2023 [citado el 23 de julio de 2024];10(4S):1102–12. Disponible en: <https://sifisheriesciences.com/journal/index.php/journal/article/view/1159>
42. Adamopoulos IP, Syrou NF. Associations and correlations of job stress, job satisfaction and burn out in public health sector. *Eur J Environ Public Health* [Internet]. 16 de junio de 2022 [consultado el 24 de julio de 2024];6(2):em0113. Disponible en: <https://doi.org/10.21601/ejeph/12166>
43. Lizancos, FM, Castro-Molina FJ. Manejo del estrés en profesionales sanitarios. *Difusión Avances de Enfermería*, 2018.
44. Guzmán A. El estrés laboral: Origen, consecuencias y cómo combatirlo (Work stress, origin, consequences and how to combat it). *Daena: International Journal of Good Conscience*. 2020;(8) 1-19.
45. Buitrago-Orjuela LA, Barrera-Verdugo MA, Plazas-Serrano LY, Chaparro-Penagos C. Estrés laboral: una revisión de las principales causas consecuencias y estrategias de prevención. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá* [Internet]. 11 de noviembre de 2021 [citado 23 de julio de 2024];8(2):131-46. <https://doi.org/10.24267/23897325.553>
46. Palaniappan K. Introductory Chapter: Occupational Stress and General Coping Strategies [Internet]. *Identifying Occupational Stress and Coping Strategies*. IntechOpen; 2023. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.110803>
47. Osorio JE, Cárdenas Niño L. Estrés laboral: estudio de revisión. *Diversitas* [Internet]. 27 de marzo de 2017 [consultado el 23 de julio de 2024];13(1):81. Disponible en: <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.06>
48. Martínez-Mejía E. Modelos de estrés laboral: funcionamiento e implicaciones para el bienestar psicosocial en las organizaciones. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*. 2022; 12(24): 17-28.
49. Joshi K, Modi B, Singhal S, Gupta S. Occupational Stress among Health Care Workers [Internet]. *Identifying Occupational Stress and Coping Strategies*. IntechOpen; 2023. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.107397>
50. INSST. Estrés laboral. Estresores y factores moduladores del estrés. La respuesta de estrés: fisiológica, cognitiva, emocional y conductual. Los casos específicos de adicción al trabajo, tecno-estrés, tecno-adicción y otras manifestaciones asociadas al estrés laboral y su prevención. Modelos explicativos de karasek, johnson y siegrist, otros. Síndrome de estar quemado por el trabajo (burnout). Definición y delimitación conceptual. Antecedentes y factores de riesgo. Evaluación del riesgo. Caracterización del síndrome. Efectos sobre la persona y sobre la organización. Estrategias de prevención en origen, de minimización del riesgo y de protección. Temas específicos del Proceso Selectivo para ingreso en la Escala de Titulados Superiores del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, O.A., M.P. (INSST). Parte 4: “Ergonomía y psicología aplicada”. [citado el 23 de julio de 2024]. 2024. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/4155701/Tema%2013.%20Estr%C3%A9s%20laboral.pdf>
51. Chakraborti A, Ray P, Sanyal D, Thakurta R, Bhattacharayya A, Mallick A, Das R, Ali S. Assessing perceived stress in medical personnel: in search of an appropriate scale for the Bengali population. *Indian J Psychol Med*. 2013;35:29-33. doi: 10.410.
52. Jordan TR, Khubchandani J, Wiblehauser M. The Impact of Perceived Stress and Coping Adequacy on the Health of Nurses: A Pilot Investigation. *Nurs Res Pract*. 2016;2016:5843256. doi: 10.1155/2016/5843256. Epub 2016 Nov 1. PMID: 27882246; PMCID: PMC5108847.
53. Rink LC, Oyesanya TO, Adair KC, Humphreys JC, Silva SG, Sexton JB. Stressors Among Healthcare Workers: A Summative Content Analysis. *Glob Qual Nurs Res*. 2023 Mar 30;10:23333936231161127. doi: 10.1177/23333936231161127. PMID: 37020708; PMCID: PMC10068501.
54. Koinis A, Giannou V, Drantaki V, Angelaina S, Stratou E, Saridi M. The Impact of Healthcare Workers Job Environment on Their Mental-emotional Health. *Coping Strategies: The Case of a Local General Hospital*. *Health Psychol Res*. 2015 Apr 13;3(1):1984. doi: 10.4081/hpr.2015.1984. PMID: 26973958; PMCID: PMC4768542.
55. García-Moran M de C, Gil-Lacruz M. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona* [Internet]. 17 de febrero de 2016 [citado 23 de julio de 2024];19(019):11-0. Disponible en: <https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/968>

56. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth.* 2020 Oct 28;13:171-183. doi: 10.2147/LRA.S240564. PMID: 33149664; PMCID: PMC7604257.
57. Bazmi E, Alipour A, Yasamy MT, Kheradmand A, Salehpour S, Khodakarim S, Soori H. Job Burnout and Related Factors among Health Sector Employees. *Iran J Psychiatry.* 2019 Oct;14(4):309-316. PMID: 32071605; PMCID: PMC7007511.
58. Alkamees AA, Aljohani MS, Kalani S, Ali AM, Almatham F, Alwabili A, Alsughier NA, Rutledge T. Physician's Burnout during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Mar 5;20(5):4598. doi: 10.3390/ijerph20054598. PMID: 36901612; PMCID: PMC10001574.
59. Maslach C, Leiter MP. *The handbook of stress and health* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017. Understanding burnout; [consultado el 24 de julio de 2024]; p. 36-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch3>
60. Bayes A, Tavella G, Parker G. The biology of burnout: causes and consequences. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 30 de abril de 2021 [consultado el 24 de julio de 2024]:1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15622975.2021.1907713>
61. Golonka K, Mojsa-Kaja J, Blukacz M, Gawłowska M, Marek T. Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. *Int J Occup Med Environ Health* [Internet]. 8 de marzo de 2019 [consultado el 24 de julio de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01323>
62. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being. *Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2019 Oct 23. 2, A Framework for a Systems Approach to Clinician Burnout and Professional Well-Being. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552621/>
63. Perrián Sotelo N, Pérez Fernández M, Troya Fernández JC. Estrés y Burnout en personal sanitario. Mindfulness como estrategia de afrontamiento. *Sanum revista medico-sanitaria* [Internet]. el 9 de noviembre de 2022 [citado el 24 de julio de 2024];6(4). Disponible en: <https://revistacientificasanum.com/vol-6-num-4-octubre-2022-estres-y-burnout/>
64. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health* [Internet]. 5 de junio de 2020 [consultado el 24 de julio de 2024];18(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
65. Kovács M, Muity G, Szapáry Á, Nemeskéri Z, Váradi I, Kapus K, Tibold A, Zalayné NM, Horvath L, Fehér G. The prevalence and risk factors of burnout and its association with mental issues and quality of life among hungarian postal workers: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 11 de enero de 2023 [consultado el 24 de julio de 2024];23(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15002-5>
66. Arias Gallegos Walter L., Muñoz del Carpio Toia Agueda, Delgado Montesinos Yesary, Ortiz Puma Mariela, Quispe Villanueva Mario. Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Med. segur. trab.* [Internet]. 2017 Dic [citado 2024 Jul 24] ; 63(249): 331-344. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000400331&lng=es.
67. Portero de la Cruz S. Estrés laboral, burnout, satisfacción, afrontamiento y salud general del personal sanitario de urgencias. Universidad de Córdoba, UCOPress; 2019.
68. Chirico F. Job stress models for predicting burnout syndrome: a review. *Ann Ist Super Sanita.* 2016 Jul-Sep;52(3):443-456. doi: 10.4415/ANN_16_03_17. PMID: 27698304.
69. Bakker AB, Demerouti E, Sanz-Vergel A, Rodríguez-Muñoz A. Job Demands-Resources theory: New developments over the last decade. *J Work Organ Psychol* [Internet]. Diciembre de 2023 [consultado el 24 de julio de 2024];39(3):157-67. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/jwop2023a17>
70. Edú-Valsania S, Laguña A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Feb 4;19(3):1780. doi: 10.3390/ijerph19031780. PMID: 35162802; PMCID: PMC8834764.
71. Fountouki A, Theofanidis D. Professional Burnout: Models Explaining the Phenomena in Nursing. *International Journal of Caring Sciences.* 2022; 15(1):1587. <https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/74.%20Theofanidis.pdf>
72. Barrera Morín, MA. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un centro de atención sociosanitaria. Universidad de la Laguna. 2020.
73. Pazmiño Santamaría AE. El síndrome de burnout y el desempeño laboral del personal del área comercial de una empresa industrial de la ciudad de Ambato. Universidad Técnica De Ambato. 2017.
74. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud* [Internet]. Enero de 2015

- [consultado el 24 de julio de 2024];52(1):240-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
75. Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Atencion Primaria* [Internet]. Septiembre de 2014 [consultado el 24 de julio de 2024];44(9):532-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.021>
 76. Gudzinskiene V, Pozdniakovas A, Sinkuniene JR. Individual factors that cause professional burnout syndrome in social workers, employed in community rehabilitation centre for addictive diseases. *SHS Web Conf* [Internet]. 2022 [consultado el 24 de julio de 2024];131:03004. Disponible en: <https://doi.org/10.1051/shsconf/202213103004>
 77. Green AE, Albanese BJ, Shapiro NM, Aarons GA. The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychol Serv*. 2014 Feb;11(1):41-9. doi: 10.1037/a0035299. PMID: 24564442; PMCID: PMC4294456.
 78. Bianchi R, Manzano-García G, Rolland JP. Is Burnout Primarily Linked to Work-Situated Factors? A Relative Weight Analytic Study. *Front Psychol* [Internet]. 13 de enero de 2021 [consultado el 24 de julio de 2024];11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.623912>
 79. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being. *Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2019 Oct 23. 4, Factors Contributing to Clinician Burnout and Professional Well-Being. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552615/>
 80. Torres Hernández EF, El Sahili González LF, Gutiérrez Olivárez V. Análisis del "Burnout" y sus escalas de medición. *Praxis Investigativa ReDIE*. 2019;11(20):106-124. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6951593>
 81. Williamson K, Lank PM, Cheema N, Hartman N, Lovell EO; Emergency Medicine Education Research Alliance (EMERA). Comparing the Maslach Burnout Inventory to Other Well-Being Instruments in Emergency Medicine Residents. *J Grad Med Educ*. 2018 Oct;10(5):532-536. doi: 10.4300/JGME-D-18-00155.1. PMID: 30386478; PMCID: PMC6194874.
 82. Lubbadah T. Job burnout: a general literature review. *Int Rev Manag Mark* [Internet]. 1 de mayo de 2020 [consultado el 24 de julio de 2024];10(3):7-15. Disponible en: <https://doi.org/10.32479/irmm.9398>
 83. Shoman Y, Marca SC, Bianchi R, Godderis L, van der Molen HF, Guseva Canu I. Psychometric properties of burnout measures: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021 Jan 13;30:e8. doi: 10.1017/S2045796020001134. PMID: 33436137; PMCID: PMC8057391.
 84. Spontón C, Trógolo M, Castellano E, Medrano LA. Medición del burnout: Estructura factorial, validez y confiabilidad en trabajadores argentinos. *Interdiscip Rev Psicol Cienc Afines* [Internet]. 2019 [citado el 24 de julio de 2024];36(1):87-103. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272019000100007
 85. Maresca G, Corallo F, Catanese G, Formica C, Lo Buono V. Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Feb 21;58(2):327. doi: 10.3390/medicina58020327. PMID: 35208650; PMCID: PMC8877512.
 86. Serna Corredor Diana Sofía, Martínez Sánchez Lina María. Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *ccm* [Internet]. 2020 Mar [citado 2024 Jul 24]; 24(1): 372-387. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812020000100372&lng=es. Epub 01-Mar-2020.
 87. Martínez JP, Méndez I, Ruiz-Esteban C, Fernández-Sogorb A, García-Fernández JM. Profiles of burnout, coping strategies and depressive symptomatology. *Front Psychol* [Internet]. 2 de abril de 2020 [consultado el 24 de julio de 2024];11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00591>
 88. de Oliveira SM, de Alcantara Sousa LV, Vieira Gadelha MDS, do Nascimento VB. Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2019 Mar 29;15:64-73. doi: 10.2174/1745017901915010064. PMID: 31015857; PMCID: PMC6446475.
 89. Habeger AD, Connell TDJ; LMSW;2; Harris RL; LBSW;3; Jackson C. Promoting Burnout Prevention Through a Socio-Ecological Lens. *Dela J Public Health*. 2022 May 31;8(2):70-75. doi: 10.32481/djph.2022.05.008. PMID: 35692986; PMCID: PMC9162404.
 90. Petrelli F, Scuri S, Tanzi E, Nguyen C, Grappasonni I. Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Biomed*. 2018 Nov 28;90(1):24-30. doi: 10.23750/abm.v90i1.7626. PMID: 30889151; PMCID: PMC6502147.
 91. Azam K, Khan A, Alam MT. Causes and Adverse Impact of Physician Burnout: A Systematic Review. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2017 Aug;27(8):495-501. PMID: 28903843.

92. Elshaer NS, Moustafa MS, Aiad MW, Ramadan MI. Job stress and burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Alex J Med* [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [consultado el 24 de julio de 2024];54(3):273-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.06.004>
93. Stufano A, Awoonor-Williams JK, Vimercati L. Editorial: Factors and health outcomes of job burnout. *Front Public Health*. 2022 Nov 8;10:1023462. doi: 10.3389/fpubh.2022.1023462. PMID: 36424976; PMCID: PMC9679783.
94. Johnson J, Hall LH, nalzins K, Baker J, Melling K, Thompson C. Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2018 [citado el 24 de julio de 2024];27(1):20–32. Disponible en: <https://eprints.whiterose.ac.uk/125589/>.
95. Roberti JW, Harrington LN, Storch EA. Further Psychometric Support for the 10-Item Version of the Perceived Stress Scale. *J Coll Couns*. 2006;9(2):135-147. doi:10.1002/j.2161-1882.2006.tb00100.x
96. Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
97. Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BI, Hasselhorn HM. Factores relacionados con el trabajo y violencia entre el personal de enfermería en el estudio europeo NEXT: un estudio de cohorte longitudinal. *Int J Nurs Stud*. Enero de 2008;45(1):35-50. doi: 10.1016/j.ij
98. Hu H, Gong H, Ma D, Wu X. Association between workplace psychological violence and work engagement among emergency nurses: The mediating effect of organizational climate. *PLoS One*. 2022;17. doi: 10.1371/journal.pone.0268939.
99. Aljohani B, Burkholder J, Tran Q, Chen C, Beisenova K, Pourmand A. Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2021;196:186-197. doi:10.1016/j.puhe.2021.02.009.
100. Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers - A problem in Turkey?. *J Forensic Leg Med*. 2007;14(7):423-8. doi:10.1016/j.jflm.2007.03.004.
101. Timmins F, Catania G, Zanini M, Ottonello G, Napolitano F, Musio M, Aleo G, Sasso L, Bagnasco A. Nursing management of violence in the emergency department: Can we do more? *J Clin Nurs*. 2022. doi: 10.1111/jocn.16211.
102. Bernaldo-de-Quirós M, Piccini A, Gómez M, Cerdeira J. Consecuencias psicológicas de la agresión en la atención de urgencias prehospitalarias: estudio transversal. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):260-70. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011.
103. Pai HC, Lee S. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2011;20(9-10):1405-12. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03450.x. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2010.03450.x>.
104. Pompeii LA, Schoenfisch AL, Lipscomb HJ, Dement JM, Smith CD, Upadhyaya M. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *Am J Ind Med*. 2015 Nov;58(11):1194-204. doi: 10.1002/ajim.22489. Epub 2015 Jun 15. PMID: 26076187
105. Dafny H, Beccaria G. "I don't even tell my partner": Nurses' perceptions of verbal and physical abuse against nurses working in a regional hospital. *J Clin Nurs*. 2020. doi: 10.1111/jocn.15362.
106. MohammadiGorji S, Bosch S, Valipoor S, Portu G. Investigation of the impact of healthcare environmental design on staff safety: A systematic review. *HERD*. 2020;14:251-72. doi: 10.1177/1937586720921407.
107. Boyle MJ, Koritsas S, Coles J, Stanley J. A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emerg Med J*. 2007;24(11):760-3. doi: 10.1136/emj.2007.046789. Disponible en: <https://emj.bmj.com/content/24/11/760>
108. Rosenthal L, Byerly A, Taylor A, Martinovich Z. Impact and prevalence of physical and verbal violence against healthcare workers. *Psychosomatics*. 2018;59(6):584-90. doi: 10.1016/j.psym.2018.04.007.
109. Sé A, Machado W, Gonçalves RC, Tonini T, Cruz V, Silva H, Oliveira R, Figueiredo N. Consequências da violência contra enfermeiros no contexto do atendimento pré-hospitalar. *Enferm Foco*. 2023;14. doi: 10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202353
110. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav*. 2014;19(5):492-501. doi: 10.1016/j.avb.2014.07.010.
111. Estryng-Behar M, Van der Heijden BI, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, Hasselhorn HM. Violence risks in nursing—results from the European 'NEXT' Study. *Occup Med (Lond)*. 2008;58(2):107-14. doi: 10.1093/occmed/kqm142. Disponible en: <https://academic.oup.com/occmed/article/58/2/107/1427116>.
112. Shafran-Tikva S, Chinitz D, Stern Z, Feder-Bubis P. Violence against physicians and nurses in a hospital: how does it happen? A mixed-methods study. *Isr J Health Policy Res*. 2017;6(1):59. doi: 10.1186/s13584-017-0189-5. Disponible en: *Israel Journal of Health Policy Research*.

113. Aspera T, Hernández-Carranco R, Gutiérrez-Barrera T, Quintero-Valle L. Violencia contra el personal de salud antes y durante la contingencia sanitaria COVID-19. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2020;58:134-43..
114. Arnetz J, Hamblin L, Sudan S, Arnetz B. Organizational determinants of workplace violence against hospital workers. *J Occup Environ Med.* 2018;60:693–699. doi: 10.1097/JOM.0000000000001345.
115. Fang H, Wei L, Mao J, Jia H, Li P, Li Y, et al. Scope and risk factors of psychological violence towards standardized doctors and resident physicians: An experience in northern China. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18: [Article number]. doi: 10.1186/s12955-020-01574-y.
116. Montes-Villaseñor Evangelina, García-González Janet, Blázquez-Morales María Sobeida Leticia, Cruz-Juárez Alma, De-San-Jorge-Cárdenas Xóchitl María del Carmen. Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *CienciaUAT [revista en la Internet].* 2018 Jun [citado 2024 Sep 21]; 12(2): 54-66. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100054&lng=es.
117. Fricke J, Siddique S, Douma C, Ladak A, Burchill C, Greysen R, et al. Workplace violence in healthcare settings: A review of guidelines and systematic reviews. *Trauma Violence Abuse.* 2022;24:3363-83. doi: 10.1177/15248380221126476.
118. Beattie J, Innes K, Griffiths D, Morphet J. Workplace violence: Analyzing the tensions between duty of care, worker safety, and zero tolerance. *Health Care Manag Rev.* 2020. doi: 10.1097/HMR.0000000000000286.
119. Schwartz, F., y Bjorklund, P. (2019). Proyecto de mejora de la calidad para gestionar la violencia en el lugar de trabajo en los hospitales: lecciones aprendidas. *Journal of Nursing Care Quality* , 34, 114–120. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000358>
120. Rutledge T, Stucky E, Dollahide A, Shively M, Jain S, Wolfson T, Weinger M, Dresselhaus T. A real-time assessment of work stress in physicians and nurses. *Health Psychol.* 2009;28(2):194-200. doi: 10.1037/a0013145.
121. Daouda O, Bun R, Bouziad K, Miliani K, Essa-Eworo A, Espinasse F, Seytre D, Casetta A, Nérome S, Nascimento A, Astagneau P, Temime L, Hocine M. Multilevel approach of individual and organizational predictors of stress and fatigue among healthcare workers at a university hospital: a longitudinal study. *Occup Environ Med.* 2022;79:839-847. doi: 10.1136/oemed-2022-108220.
122. Gascón S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, Albesa A, Montero-Marín J, García-Campayo J, Martínez-Jarreta B. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs.* 2013 Nov;22(21-22):3120-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x. Epub 2012 Sep 17. Erratum in: *J Clin Nurs.* 2013 Nov;22(21-22):3235. Martínez-Jarreta B, Andrés E, Santed MA [added]. PMID: 22978353.
123. Barea, M., Castro, C., Vargas, P., Melerom., O., SolísCorrea, F., Moreno, C., Osuna, A., & Correa, M. (2023). Síndrome de Burnout en profesionales que trabajan en salud mental. *European Psychiatry* , 66, S437 - S437. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.940>
124. Zhang Q, Mu MC, He Y, Cai ZL, Li ZC. Burnout syndrome in emergency physicians: A meta-analysis and systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2020 Aug 7;99(32). doi: 10.1097/MD.00000000000021462.
125. Li H, Cheng B, Zhu X. Quantification of burnout syndrome in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int Emerg Nurs.* 2018;39:46-54. doi: 10.1016/j.ienj.2017.12.005.
126. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. *J Vocat Behav.* 2010;77:168-85. doi: 10.1016/j.jvb.2010.04.006.
127. Schat A, Frone M. Exposure to psychological aggression at work and job performance: The mediating role of job attitudes and personal health. *Work Stress.* 2011;25:23-40. doi: 10.1080/02678373.2011.563133.
128. Ferretti F, Gualtieri G, Carabellese F, Gusinu R, Masti A, Pozza A, Coluccia A. Aggression toward healthcare workers: The effect of indirect victimization on burnout dimension. *J Aggress Maltreat Trauma.* 2020;30:1113-23. doi: 10.1080/10926771.2020.1806978.
129. Etzion D, Pines A. Sex and culture in burnout and coping among human service professionals. *J Cross Cult Psychol.* 1986;17:191-209. doi: 10.1177/0022002186017002004.
130. Hamdan M, Hamra A. Burnout among workers in emergency departments in Palestinian hospitals: prevalence and associated factors. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:407. doi: 10.1186/s12913-017-2356.
131. Thielmann B, Schwarze R, Böckelmann I. A systematic review of associations and predictors for job satisfaction and work engagement in prehospital emergency medical services—challenges for the future. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(5):4578. doi: 10.3390/ijerph20054578.
132. Kalliath T, O'Driscoll M, Gillespie D. The relationship between burnout and organizational commitment in two samples of health professionals. *Work Stress.* 1998;12(2):179-185. doi: 10.1080/02678379808256858.
133. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdóttir Í, Skoog I, Träskman-bendz L, Hall C. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health.* 2017;17:264. doi: 10.1186/s12889-017-4153-7.

134. Nahrgang J, Morgeson F, Hofmann D. Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *J Appl Psychol.* 2011;96(1):71-94. doi: 10.1037/a0021484.
135. Ilyas S, Abid G, Ashfaq F. The impact of perceived organizational support on professional commitment: a moderation of burnout and mediation of well-being. *Int J Sociol Soc Policy.* 2022. doi: 10.1108/ijssp-06-2022-0170

ANEXO I. CUESTIONARIO



**Tu información
cuenta mucho**

Hosp

Cuestionario sobre Percepción de la violencia en el ambiente laboral (Servicios de Urgencias de Hospitales –SUH-)

Estimado colega:

La violencia en el contexto laboral es un problema emergente que puede afectar especialmente a los profesionales de los servicios de urgencias.

Con este cuestionario se pretende conocer la magnitud y repercusiones de este problema en las puertas de urgencias, recopilando para ello la valiosa información que puedes aportarnos.

La información recogida será procesada informáticamente y analizada de forma global, respetando la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de las personas y centros participantes.

Te agradecemos de antemano tu disposición a responder al cuestionario y el tiempo y la atención que le vas a dedicar.

Una vez cumplimentado el cuestionario y con el fin de garantizar el total anonimato de las respuestas y saber que no es necesario ponernos en contacto contigo para resolver las dudas que pudieras tener en relación con este estudio, por favor:

1. Separa y rellena los datos de la solapa inferior (tarjeta de participación).
2. Deposita, el “cuestionario” y la “tarjeta de participación”, una vez separados, en la “urna” de recepción de cuestionarios.

✂----- TARJETA DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO-----

S-0. Por favor, marca con una X la(s) casilla(s) que corresponda(n):

Nombre: **Apellidos:**

1. He contestado el cuestionario y lo he depositado en la “urna” de recepción de cuestionarios.
2. Envíenme el informe de resultados globales del estudio al email →
3. No deseo participar en el estudio.

Sección A. Percepción de episodios violentos.

A continuación se relatan una serie de situaciones que un profesional podría experimentar en la puerta de urgencias.

Señale, por favor, el número de veces aproximadas (nº de episodios) **durante el último año** en las que ha sido el **AFECTADO DIRECTO** de dicha situación, distinguiendo su frecuencia (0,1,2.. etc., nº de veces) de acuerdo con el perfil del sujeto agresor..

DURANTE EL ÚLTIMO AÑO (los 12 meses anteriores) **en la puerta de urgencias ...**

1. Número aproximado de episodios de agresión verbal NO AMENAZANTE: ocasiones en las que alguien le ha hablado a gritos, o con expresiones malsonantes o con insultos personales en las que **NO** se ha sentido amenazado, atemorizado o intimidado (excluya episodios acompañados de agresión física).

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro

2. Número aproximado de episodios de agresión verbal AMENAZANTE: experiencias en las que le han hablado a gritos, con expresiones malsonantes, o con insultos o amenazas personales en las que **SI** se ha sentido atemorizado, intimidado o amenazado explícitamente (excluya episodios acompañados de agresión física).

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro

3. Número de episodios en los que ha recibido algún tipo de trato vejatorio: experiencias directas en las que ha presenciado que alguien ha intentado ridiculizarle, achicarle o reducir su autoestima o moral mediante palabras, actos o gestos (excluya episodios acompañados de agresión física).

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro

4. Número de episodios en los que un tercero ha tenido una actitud provocadora: situaciones en la que alguien se ha comportado de una forma tan provocadora o desafiante con usted que es fácil que uno "pierda los nervios" o "se salga de sus casillas", aunque haya podido mantener la calma (excluya episodios acompañados de agresión física).

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro

5. Número de episodios en los que un tercero ha tenido una actitud obstaculizadora: experiencias en las que alguien ha adoptado con usted una conducta no colaboradora o de resistencia pasiva, que sin ser abiertamente agresiva, resulta incómoda o irritante (excluya episodios acompañados de agresión física).

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro



----- solapa inferior -----

DURANTE EL ÚLTIMO AÑO (12 últimos meses)...

6. Número de episodios en los que la conducta de un tercero promueve la discordia: situaciones en las que ha presenciado que el comportamiento o los comentarios de alguien han promovido la desconfianza, la rivalidad o “sembrado” la discordia entre usted y otro(s) sujeto(s) (excluya episodios acompañados de agresión física).

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro

7. Número de episodios en los que ha sentido amenazada su integridad física: situaciones en las que alguien le ha arrojado algún objeto (sin alcanzarle), ha realizado un gesto o un movimiento intimidador, le ha intentado sujetar/inmovilizar o le ha amenazado con algún objeto o cualquier tipo de arma, sin que se haya consumado la agresión.

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro

8. Número de episodios en los que ha presenciado una conducta destructiva: situaciones en las que un sujeto arroja, golpea o da patadas a objetos, mobiliario, etc... con la intención de deteriorarlos.

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro

9. Número de episodios en los que ha sufrido una agresión física leve: situaciones en las que usted ha sido empujado, zarandeado, arañado, mordido, golpeado, etc... sin lesiones o con daños mínimos (rasguños, moratones o esguinces) que no han requerido atención sanitaria.

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro

10. Número de episodios en los que ha sufrido una agresión física seria: situaciones en las que un sujeto le ha provocado lesiones que requieren hospitalización o tratamiento (fracturas, heridas profundas, pérdida de conciencia, pérdida de piezas dentarias, lesiones internas, etc..).

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro

11. Número de episodios en los que ha presenciado conductas autolesivas en otro sujeto: situaciones en las que usted ha presenciado de forma directa que otra persona se lesiona a sí misma (se golpea, se da cabezazos, se corta la piel, se quema con cigarrillos, se tira de los pelos, se muerde, se arroja contra el suelo, etc...).

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro

12. Número de episodios en los que ha sido objeto de acoso sexual: (p.e gestos obscenos, peticiones impertinentes de relaciones sexuales, conductas sexuales exhibicionistas, amenazas de asalto sexual, etc...).

Pacientes/acompañantes (Nº veces) → ← Ocasionados por → ← (Nº veces) Personal del centro

Sección B. Sentimientos relacionados con el trabajo en la puerta de urgencias

A continuación encontrará una serie de enunciados sobre las sensaciones que podríamos tener en relación con nuestro trabajo. Por favor, indique con qué frecuencia tiene ese sentimiento en su trabajo, señalando con una cruz la casilla correspondiente.

	<u>Diaria- Mente</u> 6 ↓	<u>Varias veces por semana</u> 5 ↓	<u>Una vez por semana</u> 4 ↓	<u>Varias veces por mes</u> 3 ↓	<u>Una vez por Mes</u> 2 ↓	<u>Alguna vez al Año</u> 1 ↓	<u>Nunca</u> 0 ↓
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Al final de la jornada me siento agotado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento "quemado" por el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me encuentro con mucha vitalidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento frustrado por mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<u>Diaria- Mente</u> ↓	<u>Varias veces por semana</u> ↓	<u>Una vez por semana</u> ↓	<u>Varias veces por mes</u> ↓	<u>Una vez por mes</u> ↓	<u>Alguna vez al año</u> ↓	<u>Nunca</u> ↓
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección C. Sensaciones relacionadas con el trabajo durante el último mes.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor, indique con una "X" cómo se ha sentido usted o ha pensado en cada situación durante el último mes.

Durante el último mes...

1. Me he sentido afectado por sucesos inesperados en el trabajo.	① Nunca	② Casi nunca	③ De vez en cuando	④ A menudo	⑤ Muy a menudo
2. Me he sentido incapaz de controlar las cosas importantes de mi trabajo.	① Nunca	② Casi nunca	③ De vez en cuando	④ A menudo	⑤ Muy a menudo
3. Me he sentido nervioso o estresado.	① Nunca	② Casi nunca	③ De vez en cuando	④ A menudo	⑤ Muy a menudo
4. Me he sentido seguro de de mi capacidad para manejar los problemas relacionados con el trabajo.	① Nunca	② Casi nunca	③ De vez en cuando	④ A menudo	⑤ Muy a menudo
5. He tenido la sensación que las cosas me han ido bien en el trabajo.	① Nunca	② Casi nunca	③ De vez en cuando	④ A menudo	⑤ Muy a menudo
6. He tenido la sensación de que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer en mi trabajo.	① Nunca	② Casi nunca	③ De vez en cuando	④ A menudo	⑤ Muy a menudo
7. No he podido controlar las dificultades del trabajo.	① Nunca	② Casi nunca	③ De vez en cuando	④ A menudo	⑤ Muy a menudo

Durante el último mes...

8. Creo que tenía el control de todas las cosas de mi trabajo.	① Nunca	② Casi nunca	③ De vez en cuando	④ A menudo	⑤ Muy a menudo
9. Me he enfadado porque algunas cosas que me han ocurrido en el trabajo estaban fuera de mi control.	① Nunca	② Casi nunca	③ De vez en cuando	④ A menudo	⑤ Muy a menudo
10. He sentido que las dificultades en el trabajo se acumulaban tanto que no podía superarlas	① Nunca	② Casi nunca	③ De vez en cuando	④ A menudo	⑤ Muy a menudo

Sección D. Datos sociodemográficos

1. Sexo		① Hombre	② Mujer						
2. Edad (años)	① < 25 a.	② 25-29 a.	③ 30-34 a.	④ 35-39 a.	⑤ 40-44 a.	⑥ 45-49 a.	⑦ 50-54 a.	⑧ 55-59 a.	⑨ > 60 a.
3. ¿Cuántos años, aproximadamente, está trabajando en una puerta de urgencias?	<input type="text"/> años								
4. ¿Cuántos MESES hace, aproximadamente, que empezó a trabajar en la puerta de urgencias actual?		① < 6 meses	② 6-11 meses	③ ≥12 meses					
5. ¿Qué tipo de contrato tiene en la puerta de urgencias?		① Sustituto	② Interino	③ Titular					
6. ¿Cuál es su puesto de trabajo en la puerta de urgencias?		① Conductor	② Enfermero	③ Médico	④ Técnico.				
7. ¿Trabaja en otros servicios o centros sanitarios aparte de en esta puerta de urgencias?	① Sí	② No							
7.1. ¿Dónde?		① en un centro de salud	② En una UME/SUAP	③ Otros					
8. Fecha de cumplimentación del cuestionario:	_____ / _____ de 2012 día mes								

9. Si en este cuestionario no le hemos preguntado por algún aspecto que usted considere importante, puede utilizar este espacio para exponerlo.

Muchas gracias por su participación