



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña

Suffered and perceived violence by nurses Integrated Health District A Coruña

***Martínez Isasi, Santiago **García Zurita, Abelardo **Felipez Agrelo, Iria
Castro Dios, Diana Josefa

*Doctor Universidad A Coruña. Enfermero CPRL Liceo La Paz E-mail: smtzisasi@gmail.com

**Enfermera/o en EOXI. A Coruña. España.

Palabras clave: Violencia; Enfermería; Área de Salud

Keywords: Violence; nursing; hospital healthcare area

RESUMEN

Introducción: La violencia sufrida y percibida por el personal de Enfermería está en aumento desde hace dos décadas de manera global y ningún acto violento está justificado. Son muchas las consecuencias sobre la salud de las enfermeras como consecuencia de la violencia en el trabajo y múltiples variables que intervienen en la violencia y casi todas ya estudiadas.

Objetivo: Conocer y describir las agresiones percibidas y sufridas por el personal de enfermería en el EOXI A Coruña.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, de la información recogida a través de un cuestionario autoaplicado, individual y anónimo, llevado a cabo con el personal de enfermería del Área Sanitaria A Coruña.

Resultados: La participación ha sido del 14,5% de la muestra inicial. De los enfermeros que han cubierto la encuesta declaran haber sufrido una agresión el 68,3%, siendo la violencia verbal el tipo de mayor frecuencia (37,2%), seguido por la combinación de agresión verbal y física (18,6%). El 35,6% han sentido el respaldo de la empresa y únicamente han denunciado el 20% de los que han sido víctimas de violencia hacia su persona.

Conclusiones: Los actos violentos sufridos en los cuales se ha tramitado la denuncia son muy bajos. El conocerlos y trabajar sobre ellos en los diferentes contextos donde se producen y de manera piramidal en la organización haría que podamos luchar de manera eficiente contra este problema.

ABSTRACT

Introduction: The violence perceived and suffered by the Nursing staff is being globally increased for two decades, and no violent act must be justified. There exists a high amount of facts affecting Nurses'

health as consequence of suffering violence at work, as well as multiple variables involved on it, most of them have been already discussed.

Objective: Knowing and describing verbal and non- verbal assaults/attacks suffered by the nursing staff at the EOXI A Coruña.

Methods and material: Cross-descriptive study based on collecting data through an individual and anonymous questionnaire, which should be carried out together with the nursing staff from the regional health area of A Coruña.

Results: Participation has been set at 14.5 % out of the first sample. 68.3 % of the survey respondents admit having suffered at least an assault/attack, being the verbal violence the one with most prominence (37,2%), followed by a combination of both verbal and physical (18,6%). Only 35,6% have been supported by their company, whereas only a 20% of them have denounced being victims of violence.

Conclusion: It might be concluded that reported violent acts are minority. Being aware of their existence as well as working through the contexts where they occur, would permit us fighting against them efficiently.

INTRODUCCIÓN

El individuo se puede considerar como el eje principal de los recursos humanos. Ha de ser visto como un todo integrado y ser el elemento fundamental de la organización, ya que sin personas no hay organizaciones posibles. Las organizaciones para desarrollarse y crecer necesitan empleados capaces de pensar y obrar en libertad y con creatividad.

Existe una interrelación entre trabajo y salud. Por un lado, el trabajo puede tener una influencia positiva sobre la salud, manifestado como la satisfacción de las necesidades de supervivencia, el desarrollo de capacidades físicas e intelectuales pero también negativa como provocar accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, daños, deshumanización, alienación, y por otro lado, sin salud el trabajo puede llegar a ser muy difícil e incluso imposible⁽¹⁾.

Se observa una conciencia creciente de que la violencia en el lugar de trabajo no es un fenómeno episódico e individual, sino un problema enraizado en factores más amplios, de orden social, económico, organizativo y cultural. La violencia en el trabajo rompe o altera la funcionalidad del espacio laboral, y cualquier acción que se adopte contra ella ha de estar instaurada en la organización de la empresa⁽¹⁾.

La violencia se define como la cualidad del violento; acción violenta o contra el natural modo de proceder, de tal modo, que la persona violenta se define como la que está fuera de su estado natural o modo entre otras acepciones⁽¹⁾. Definir violencia en el lugar de trabajo es complejo y no existe un consenso en su definición, pero debe ser más amplio que la mera agresión física (pegar, golpear, empujar, disparar,...) y debe incluir y comprender otras conductas susceptibles de violentar e intimidar al que las sufre. Así, la violencia en el trabajo incluye, además de las agresiones físicas, las conductas verbales o físicas amenazantes, intimidatorias, abusivas y acosantes. Existe la tendencia a asociar la violencia con la agresión física⁽²⁾.

La violencia laboral se define en el Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud, por: "Incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los viajes de ida y vuelta a él, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su

bienestar o su salud”⁽¹⁾. Otra definición que encontramos es “Cualquier incidente en el cual un empleado es abusado, amenazado o atacado por un miembro del público (paciente, cliente y/o compañeros de trabajo)”⁽²⁾.

La violencia se manifiesta de muchas formas, siendo la violencia física la más reconocida. La violencia psicológica, entendiéndola como “Uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas” ⁽⁵⁾, es un problema ya que se ha subestimado durante años, siendo una forma grave de violencia⁽⁶⁾.

Pero existen otros tipos de violencia como son el abuso verbal, acoso, intimidación y agresión^(5,7).

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en una preocupación prioritaria a nivel mundial en las últimas décadas. En el año 1998 la OIT publicó un informe sobre La Violencia en el Trabajo⁽⁶⁾, en él se señalaba que el personal sanitario presenta un grado de riesgo mucho mayor que otros ámbitos laborales, y un mayor riesgo en la mujeres que en los hombres y se reconocía que las agresiones psicológicas son una forma grave de violencia. Otra de las conclusiones del informe es que la violencia en el entorno de trabajo se deriva de una combinación de causas, relativas a las personas, el medio ambiente y las condiciones de trabajo, así como a las formas de interacción entre los propios trabajadores, entre los clientes y los trabajadores y entre éstos y los empleadores.

En 2002 la (OMS) publicó un Informe mundial sobre la violencia y la salud⁽⁸⁾ en el cual se declara la violencia como un problema de salud público, insta a los países miembros a que evalúen el problema y se pongan medidas, y ese mismo año en el marco del Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud, se emitieron unas directrices para abordar la violencia en el trabajo en el sector de la salud.

En 2007 se publica el Acuerdo Marco Europeo sobre el Acoso y la Violencia en el Trabajo⁽⁹⁾, en el cual se condena toda forma de acoso y de violencia e insiste en la obligación que tienen los empresarios de proteger a los trabajadores contra tales situaciones.

En un primer momento, una vez definido y estimada la magnitud del problema se empiezan a aportar soluciones, como la necesidad de enfoque global del problema, analizar los factores generadores de violencia, explorar estrategias variadas.

En el año 2002, se publican unas directrices que van destinadas a apoyar las respuestas concretas que se lleven a cabo en los planos empresarial, sectorial, nacional e internacional de los sectores tanto público como privado⁽⁵⁾. En el año 2007, se pide a las empresas a nivel Europeo la tolerancia cero frente a la violencia en el trabajo y que especifiquen procedimientos para tratar los casos de acoso y violencia que se produzcan⁽⁹⁾.

En 2010 se emitieron unas Directrices multisectoriales para solucionar la violencia y el acoso de terceros relacionados con el trabajo⁽¹⁰⁾, entre las que destaca, la preocupación por los efectos de la violencia en el ámbito laboral y la importancia de

buenas prácticas y medidas para solucionar los casos de violencia en todos los entornos como elemento común.

La violencia en el sector de la salud va en aumento desde hace años^(7,11,12) y concretamente sobre el personal de enfermería. La violencia sobre los profesionales de la salud tiene importantes repercusiones sobre la salud de los trabajadores e directamente supone un coste económico por un descenso de la productividad y un mayor absentismo laboral⁽¹¹⁾. La propia OMS denuncia que casi el 25% de los incidentes de violencia en el trabajo se producen en el sector sanitario⁽¹²⁾.

La violencia en el sector de la salud se asocia con la baja calidad de los cuidados⁽⁷⁾, en determinadas unidades psiquiatría^(7,13-15), geriatría⁽⁷⁾ y urgencias^(13,14,16), la edad⁽¹³⁾, el trabajo nocturno^(13,14,17) y la incertidumbre en el tratamiento de los pacientes⁽¹³⁾.

Entre las posibles causas del aumento de la agresividad y de la conflictividad contra el personal sanitario pueden encontrarse⁽¹²⁾: La masificación de las salas de espera con familias alteradas, escasez de personal, la necesidad que tienen los pacientes y familiares de una atención rápida y eficaz, ausencia de medidas de seguridad, la confluencia de pacientes con complicaciones mentales, marginalidad y drogadicción, pacientes que reciben del médico una respuesta que no quieren oír de un diagnóstico no esperado, negativa a una concesión de una baja laboral, muerte inesperada, negativa a prescribir un medicamento, desacuerdo con el médico de urgencias por considerar que el problema de un enfermo es menos prioritario que otro.

El aumento de la violencia percibida puede ser debido a un descenso del número de enfermeras, aumento de la carga de trabajo, bajo liderazgo enfermero, baja autonomía enfermera, mala relación con el colectivo médico, etc.⁽¹⁵⁾

El desconocimiento de las obligaciones o deberes que vinculan a los propios pacientes, se contraponen con el extremo conocimiento que tienen de los derechos que les son reconocidos por las distintas normas, lo cual encuentra su inmediata explicación en la difusión que por parte de los distintos medios de comunicación se lleva a cabo de este amplio abanico de derechos que nos ocupa, y provoca de forma paralela en los hospitales en los pacientes, un desconocimiento de los límites del propio Sistema Público de Salud y su funcionamiento entre otros⁽¹²⁾.

Los efectos sobre los profesionales de enfermería se pueden clasificar en biofisiológicos, cognitivos, emocionales y sociales. El problema radica en que, a diferencia de las agresiones físicas, el impacto de otros tipos de conductas violentas es difícil de determinar⁽¹⁸⁾. Todos estos efectos tienen consecuencias negativas sobre el rendimiento del profesional⁽¹⁸⁾, en la organización del trabajo⁽¹⁸⁾, calidad en la asistencia⁽¹⁸⁾, sobre todo en el entorno general del trabajo⁽¹⁸⁾, absentismo laboral⁽¹⁸⁾, aumento del burnout entre los profesionales de enfermería^(7,13), abandono de la profesión⁽⁷⁾ y cambio del empleador⁽⁷⁾.

El personal sanitario debe de asumir todas sus obligaciones laborales y además soportar la violencia en cualquiera de sus formas de familiares y/o pacientes, bajo tales circunstancias, el personal sanitario puede sentirse desmotivado en una profesión tan vocacional.

Como factores protectores están descritos: la relación enfermera paciente y el trabajo en equipo⁽⁷⁾.

La mejora en las técnicas de comunicación con el enfermo y el aprendizaje de métodos para hacer frente a situaciones violentas puede salvaguardar la integridad de los sanitarios. Si eso fuera así existirían, posiblemente, muchas menos agresiones; lo que pasa es que también hay una violencia explosiva, que es imposible de manejar y ante la cual el personal de enfermería ha avanzado con una protección legal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal de la información recogida a través de un cuestionario autoaplicado, individual y anónimo llevado a cabo con el personal de enfermería del Área Sanitaria A Coruña

La muestra a estudio fue elegida de forma aleatoria entre el personal de enfermería que desarrollan la labor en esta área de salud. La muestra final son 145 enfermeros.

El cuestionario consta de 7 preguntas con respuestas cerradas. Se recogió la edad y género como variables sociodemográficas y variables relativas a la violencia (Anexo 1). El cuestionario se envía por correo electrónico a los enfermeros del Área Sanitaria de A Coruña a través de la herramienta Google Drive. El cuestionario se envió el 23 de Marzo de 2014 y se aceptaron cuestionarios hasta el 30 de Abril.

Los datos fueron recogidos en hoja de cálculo Excel y analizados con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versión 20.0.

Las cualitativas se han descrito mediante tablas de frecuencia en valores absolutos y/o relativos. Para estimar la significación estadística de la asociación entre variables se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. El nivel de significación se fijó en $p < 0,05$.

Se realizó un análisis de regresión logística para identificar qué variables independientes (sexo y edad) modificaban el resto de variables. En el caso de la variable independiente edad, se estableció un intervalo de edad dicotómico (20-49 años y 50-65 años). Para la variable independiente género, se usó el hombre o mujer como referencia en función de los resultados esperados. En todos los análisis, se calcularon *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza (IC) del 95% para cada covariable.

RESULTADOS

La muestra la componen 145 enfermeros sobre un total de 1000 encuestas enviadas, lo que corresponde un 14,5%.

La distribución por género es mayor en las mujeres (91%) con respecto a los hombres.

La Intervalo de edad más representado (Gráfico 1) es de 50-65 años (35.9%), seguido de 30-39 años (29%), 40-49 años (24,1%) y 20-29 años (11%).

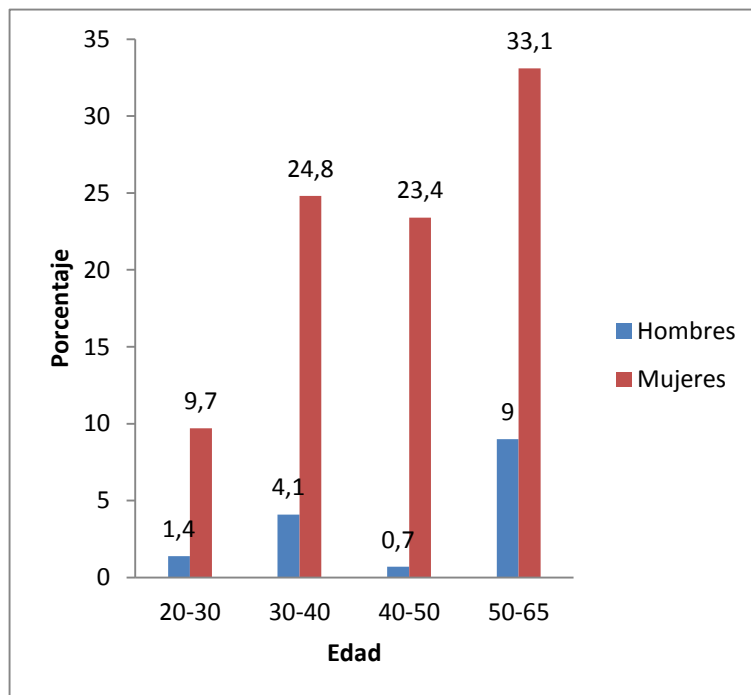


Gráfico 1. Distribución del sexo por intervalos de edad

El 68,3% de los enfermeros que ha cubierto la encuesta declaran haber sufrido una agresión (Gráfico 2), siendo la violencia verbal el tipo de mayor frecuencia (37,2%), seguido por la combinación de agresión verbal y física (18,6%), la psicológica (6,9%) y física (4,8%).

El agresor más frecuente es el propio paciente (32,4%), (familiares 26,9%), compañeros de trabajo (8,3%) y otros (0,7%).

De los enfermeros agredidos el 35,6% han sentido el respaldo de la empresa y únicamente han denunciado el 20% de los que han sido víctimas de violencia hacia su persona.

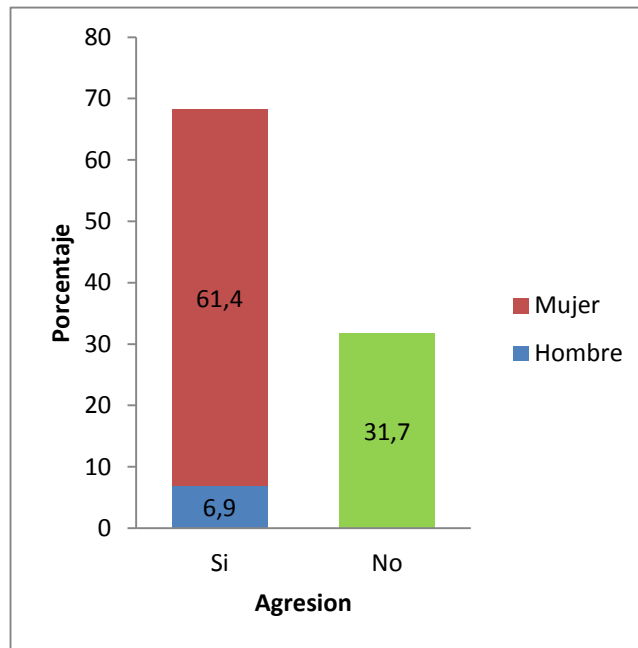


Gráfico 2. Porcentaje de Enfermeros agredidos y género

Edad

Al analizar la edad y si han sufrido una agresión, nos encontramos que el grupo de edad de 30-39 años (34,3%), es el que ha sufrido un porcentaje mayor de agresión, seguido de 50-65 años (32,3%), 40-49 años (24,2%) y por último 20-29 años (9,1%).

El tipo de agresión sufrida con mayor frecuencia en todos los grupos de edad es la verbal, siendo mayor en el grupo de edad 50-65 años (21,2%). La agresión física presenta una frecuencia mayor en el grupo de edad de 30-39 años (16,2%). La agresión psicológica es inferior en los grupos de menor edad para presentar el porcentaje superior en el grupo de edad de 50-65 años (6,1%).

Los principales agresores son el paciente y la familia, agrediendo los pacientes con mayor frecuencia en el grupo de edad 30-39 años (38,3%) y la familia de los 50-65 años (38,5%).

Existe una relación estadística significativa entre la edad y la denuncia de la agresión ($p=0,50$), siendo los profesionales de mayor edad los que más denuncian. Las personas entre 50-65 años denuncian 3,8 veces más que las menores de esa edad.

Género

En ambos sexos la frecuencia de agresión de agresión es mayor que el no haberla sufrido.

La agresión más frecuente en las mujeres es la verbal (47,5%), igual que en los hombres (7,1%). La agresión física sucede principalmente en las mujeres (7,1%) y la combinación de la verbal y la física es más frecuente en las mujeres 26,3%. Existe una relación estadística significativa ($p=0,023$)

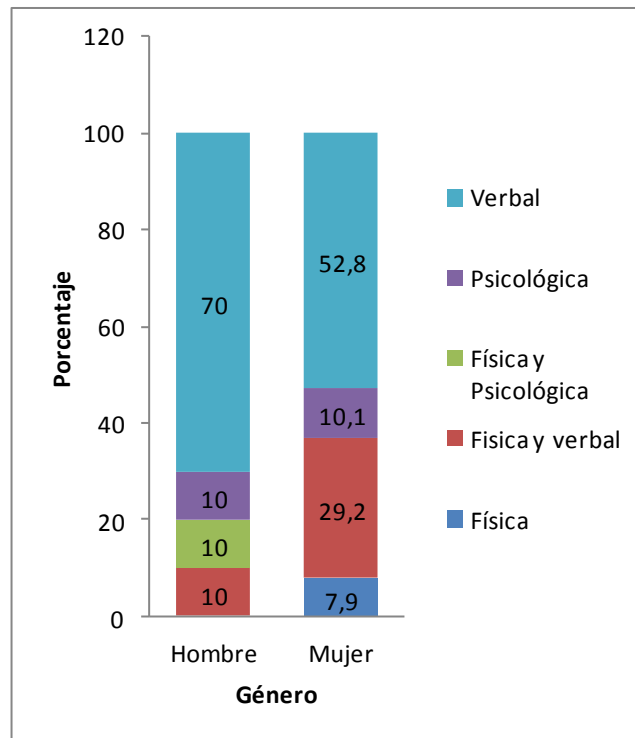


Gráfico 3. Distribución por sexo del tipo de agresión

El agresor principal en ambos géneros es el paciente. Cuando el agresor es un compañero la agresión es sobre una mujer (91,7%).

En ambos géneros lo más frecuente es no encontrar respaldo de la empresa y no tramitar denuncia. La agresión más frecuente por los pacientes es la agresión física y verbal (48,9%) y la verbal (38,3%). La familia suele agredir de forma verbal (74,4%) y entre compañeros de trabajo la agresión más frecuente es verbal (50%) y la psicológica (41,7%). Existe una relación estadística significativa ($p=0,000$) entre el tipo de agresión y el agresor.

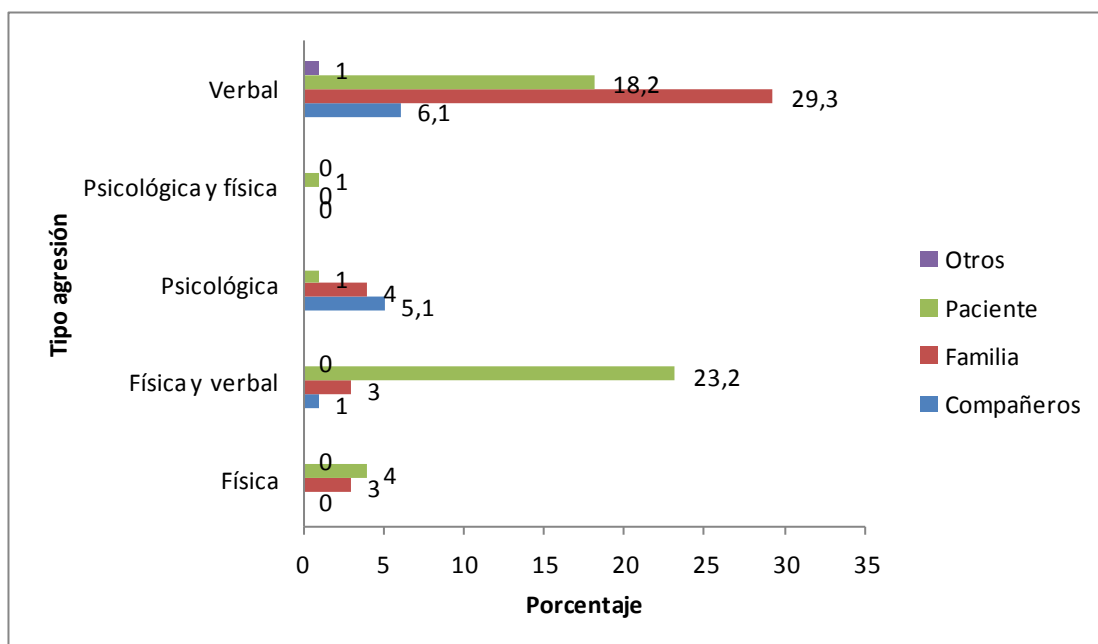


Gráfico 4. Distribución del tipo de agresión en función del agresor

Al analizar el respaldo de la empresa, se observa que es mayor en las agresiones verbales (56,2%) y de las agresiones en las cuales se tramita denuncia la verbal es la más frecuente (57,9%).

El respaldo de la empresa es mayor en las agresiones de los pacientes (59,4%) y del 9,4% cuando son otros compañeros los agresores.

La tramitación de la denuncia se realiza con mayor frecuencia cuando el agresor es la familia (63,2%) y en un 5,3% cuando el agresor es otro compañero y entre las enfermera/os víctimas de una agresión, se ha tramitado la denuncia en un 57,9% la violencia verbal.

El respaldo de la empresa es 3,23 veces mayor (OR=3,23, IC [1,130-9,237]) hacia las agresiones cuando se tramita denuncia y existe una relación estadística significativa ($p=0,025$).

DISCUSIÓN

El tamaño de la muestra es pequeño. Las causas principales podrían ser: el acceso limitado del personal a su correo electrónico corporativo y las reticencias a cubrir cuestionarios de este tipo. A pesar de ello, es importante el estudio, ya que es una muestra anónima y aleatoria que nos aproxima a la realidad de un problema importante de los profesionales de enfermería.

La proporción de mujeres es superior en nuestro estudio (91%) con respecto a otros estudios⁽⁷⁾, aunque comparado con los datos del Instituto Gallego de estadística (88,92%)⁽¹⁹⁾ y Farrell G⁽¹¹⁾ nuestra muestra es similar.

Las cifras de agresiones hacia el personal de enfermería en el Área Sanitaria de A Coruña (68,3%) presenta cifras ligeramente inferiores con respecto al estudio de Galian Muñoz⁽¹⁴⁾ (71%), aunque usan una metodología diferente. En un estudio a nivel Europeo⁽⁷⁾ encontramos cifras muy inferiores comparado con nuestro estudio (media aproximada de 46 puntos).

El tipo de agresión más frecuente es la agresión verbal, coincidiendo con otros trabajos similares^(14,17,20).

El paciente, en nuestro estudio, es el agresor principal, al igual que lo encontrado por Farrell G⁽¹¹⁾ y Roche⁽¹⁵⁾, aunque difiere de lo encontrado por Senuzun Ergün⁽¹⁷⁾, Gates D⁽¹⁶⁾ y en el estudio realizado por la organización Colegial de Enfermería⁽²¹⁾ donde el principal agresor es la familia.

Encontramos una asociación entre el tipo de agresión y el agresor ($p<0,05$), elemento importante para trabajar en la prevención de agresiones.

El respaldo de la empresa hacia el personal de Enfermería es mayor en nuestro estudio que en el trabajo de Madrid Franco⁽²⁰⁾.

La denuncia de la agresión en nuestra muestra presenta cifras similares a los datos de Madrid Franco⁽²⁰⁾. La denuncia en función del tipo de agresión presenta cifras

similares a las señaladas por Senuzum Ergün⁽¹⁷⁾ en violencia física, aunque cifras inferiores cuando la violencia es verbal.

La percepción por parte del agredido de respaldo de la empresa fomenta que el trabajador denuncie la violencia hacia su persona ($p < 0,05$), este dato ha de ser tenido en cuenta por la empresa a la hora de planificar políticas de prevención de agresiones sobre el personal sanitario y hacer hincapié en los colectivos más jóvenes de la enfermería de la importancia de la tramitación de la denuncia, ya que el personal de mayor edad es el que tramita un mayor número de denuncias ($p < 0,05$).

La principal limitación del estudio es la el tamaño de la muestra y el posible sesgo de selección.

CONCLUSIONES

Las cifras de violencia en nuestra área son elevadas, ya que ningún acto violento está justificado.

Los actos violentos sufridos en los cuales se ha tramitado la denuncia son muy bajos y es necesario que:

- La empresa haga hincapié en la importancia de que todo incidente violento sea notificado por parte de la persona trabajadora agredida
- El personal de Enfermería debe tomar conciencia de la importancia de la tramitación de la denuncia cuando se haya sido víctima de violencia en cualquiera de sus tipos.

Es preciso facilitar e informar sobre el proceso de declaración de incidentes violentos por parte de los profesionales, haciendo especial hincapié en las peculiares características de la organización del trabajo del personal de enfermería.

Se deben llevar a cabo políticas, por parte de los responsables, de manejo de situaciones violentas y trato al paciente, e identificar situaciones y grupos más vulnerables para incidir sobre ellos.

REFERENCIAS

1. Pérez Bilbao JL. Condiciones de trabajo y sicopatología laboral. Boletín de estudios económicos. 2004; LYX(183): 243-259.
2. Chapell D, Di Martino V. Violence at work. International Labour Office; 1998.Genova. [en línea]1998[fecha de acceso 29de Abril de 2014]; serie 14(489). URL disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_publ_9221108406_en.pdf.
3. Real Academia Española. Diccionario de la lengua Española. 22º Edición. Madrid (España): Espasa; 2001. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
4. Pérez Bilbao J, Nogareda Cuixart C. NTP 489: Violencia en el Lugar de trabajo. Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. 1998. España. [en línea]1998[fecha de acceso 20 de marzo de 2014]; serie 14(489). URL disponible en:http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_489.html

5. Organización Internacional del Trabajo, Consejo internacional de enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud Ginebra; 2002.
6. Organización Internacional del Trabajo. Cuando trabajar es un riesgo. Boletín nº 231. Publicación simultánea en Ginebra y Washington DC. 1998.
7. Estryng-Behar M, Van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le nezet O, Conway PM *et al*. Violence risk in nursing-result from the European “Next” Study. Occupational Medicine. 2008;58:107–114
8. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002.
9. Acuerdo Marco Europeo sobre el Acoso y la Violencia en el trabajo, 26 Abril de 2007. Boletín Oficial del Estado. Nº 12. (14-1-2008).
10. Diálogo Social Europeo: Directrices multisectoriales para solucionar la violencia y el acoso de terceros relacionados con el trabajo. FSESP, UNI-Europa, CSEE, HOSPEEM, CMRE, EFEE, EuroCommerce, CoESS. 2010. [en línea]2010[fecha de acceso 05 de Marzo de 2014]; serie 14(489). URL disponible en: http://www.confecom.cat/wp-content/uploads/2008/04/CCC-053-DIRECTRICES_EVITAR_VIOLENCIA_TERCEROS.pdf.
11. Farrel G, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. J Adv Nurs. 2005; 55(6): 778–78.
12. Martínez Leon M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. Revista bioética. 2010;18(2): 263-274.
13. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace-a factor in recruitment and retention. J Nurs Management. 2002;10:13-20.
14. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. Rev Esp Salud public. 2012; 86: 279-291.
15. Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. J Nurs Scholarship. 2010;42(1):13–22.
16. Gates D, Ross CS, McQuen L. Violence: Recognition, Management and Prevention. J Emerg Med. 2006; 31(3): 331–337.
17. Senuzun Ergün F & Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. Int Nurs Rev.2005; 52: 154–160.
18. Needham I, Abderhalden C, Halfens RJ, Fischer JE, Dassen T. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. J Adv Nurs. 2005;49(3):283-96.
19. Instituto Galego de Estatística. Profesionais sanitarios colexiados segundo sexo e provincia onde se colexiaron. Santiago de Compostela: IGE; 2012.
20. Madrid Franco PJ, Salas Moreno MJ, Madrid Franco M. Situación de las agresiones a enfermería en el Área de salud de Puertollano. Enfermería del trabajo. 2011;1:11-17.
21. Organización Colegial de Enfermería. Consejo general. Estudio sobre las agresiones a la profesión enfermera.

Recibido: 15 de mayo 2014; Aceptado 18 de agosto 2014

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia