

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



TRABAJO
FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA
CURSO ACADÉMICO 2014/2015
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE MURCIA

Título del trabajo:
Violencia de los usuarios
hacia el personal de
enfermería en las unidades
hospitalarias de psiquiatría
de los hospitales públicos de
la Región de Murcia

Nombre del autor/a:
Inmaculada Galián Muñoz
Nombre del tutor/a:
Bartolomé Llor Esteban

INDICE

RESUMEN	2
<u>1.</u> INTRODUCCIÓN	4
<u>1.1</u> DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA LABORAL	4
<u>1.2</u> LA VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO	5
<u>1.3</u> VIOLENCIA LABORAL EN CENTROS DE SALUD MENTAL	6
<u>1.4</u> CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN A VIOLENCIA.....	6
<u>2.</u> OBJETIVOS	7
<u>3.</u> MATERIAL Y METODOS	8
3.1. TIPO DE ESTUDIO Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	8
3.2. RECOGIDA DE DATOS	8
3.3. INSTRUMENTOS	9
3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	10
3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	11
<u>4.</u> RESULTADOS	11
<u>5.</u> DISCUSIÓN.....	15
<u>6.</u> CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	18
<u>7.</u> BIBLIOGRAFIA	19

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es estudiar las manifestaciones hostiles de los usuarios hacia los profesionales de enfermería de los servicios de psiquiatría de los hospitales públicos dependientes del Servicio Murciano de Salud (SMS), determinando la frecuencia de exposición a diversas conductas violentas, conociendo las características sociodemográficas y laborales asociadas a una mayor exposición y analizando la relación de la exposición a conductas hostiles con la presencia de posibles consecuencias psicológicas, tales como variaciones en la satisfacción laboral y la presencia de burnout.

Para ello se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal en el personal de enfermería de los servicios de psiquiatría de los hospitales del SMS en el año 2010. Para ello se entregó un cuestionario anónimo autoaplicado al 30% de estos profesionales, siendo estratificada por hospital. Se obtuvo una muestra total de 77 trabajadores.

Con este estudio hemos detectado que los trabajadores objeto de nuestro estudio están expuestos más frecuentemente a manifestaciones de violencia verbal que físicas, siendo las conductas de violencia más referidas los enfados del paciente por cuestionar las decisiones del profesional. Al comparar la exposición a violencia según variables sociodemográficas y laborales, sólo hemos obtenido diferencias significativas según el sexo del profesional, no detectando una correlación entre el nivel de exposición a violencia con los niveles de burnout o satisfacción laboral.

Podemos concluir, por un lado, que la exposición a violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería de las unidades de psiquiatría de los hospitales públicos de la Región de Murcia no se veía influida significativamente por las variables sociodemográficas y laborales estudiadas, excluyendo el sexo del profesional y por otro, que la presencia de enfermedad mental en el agresor podría actuar como un atenuante a la hora de afectar la salud psicológica del trabajador.

Palabras clave: agresión, violencia laboral, personal de enfermería hospitalaria, psiquiatría

ABSTRACT

The aim of this Project is to study the hostile behaviour of patients towards psychiatric nurses within the public hospitals operated by the Health Service in Murcia, known as SMS. This Project will also try to determine the frequency of exposure to a number of violent behaviours which the nurses are exposed to, resulting in psychological problems such as the fall in job satisfaction and “burnout”.

In order to achieve these results a study was conducted in 2010 by handing over anonymous questionnaires to 30% of the mentioned professionals and stratified by hospitals. A total of seventy-seven workers filled in the questionnaires.

As a result of this study it was concluded that the most common problem faced was the exposure to verbal violence and patients reacting violently to decisions made by the professional staff. Within the sociodemographic and different occupations no links could be found related to the sex gender of staff and the way they were treated. Therefore exposure to violence, “burnout” and job satisfaction does not depend on whether you are male or female.

Overall, we can deduct that on one hand exposure to violence does not have any link to demographic or occupational factors, no link could be found to sex gender versus increased violence, and on the other hand each case could be down to the individual patient and level of violence inflicted upon the affected nurses.

Keywords: aggression, workplace violence, hospital nursing staff, psychiatry.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA LABORAL

No existe una definición estandarizada de violencia en el trabajo, aunque una de las más utilizadas internacionalmente es la desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto al Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Internacional de Servicios Públicos (ISP) que define violencia laboral como “incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo –incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo -que pongan en peligro, implícita o explícitamente su seguridad, su bienestar o su salud”¹. Según estas mismas organizaciones¹, la violencia laboral puede clasificarse según su forma de manifestarse en violencia física que definen como “el empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos”; y violencia psicológica que describe como “el uso deliberado del poder o amenazas al recurso de la fuerza física, contra una persona o grupo, que pueden dañar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas”.

Otro aspecto importante a tener en cuenta sobre la violencia sería la persona de quien procede. En este caso, la violencia laboral puede dividirse según CCOO Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Castilla y León² en violencia procedente de usuarios, pacientes y familiares, en cuya base está la escasez de personal, los tiempos y listas de espera, la deficiente información, la mala educación, la mala atención...y violencia producida por superiores (jefes “tóxicos”), compañeros y subordinados, debida a una organización que favorece la división y el enfrentamiento entre los trabajadores y las trabajadoras y puede llegar a producir, además de mucho sufrimiento, acoso psicológico (mobbing) y acoso sexual.

Nuestro trabajo de investigación recoge ambos tipos de manifestaciones de la violencia, pero se centrará sólo en el análisis de la violencia procedente de personas ajenas a las organizaciones.

1.2 LA VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO

La violencia en el lugar de trabajo ha sido, en los últimos años, un tema de creciente preocupación en muchos países³. Existen numerosos estudios descriptivos sobre el riesgo de violencia⁴⁻⁶, muchos de ellos centrados en las profesiones del sector servicios. Según la OIT, estas profesiones tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los ciudadanos debido al estrecho contacto que mantienen con ellos¹.

Dentro del sector servicios, el ámbito sanitario ocupa un lugar destacado, aunque es difícil dar una cifra de incidencia/prevalencia de actos violentos en este ámbito, debido a la gran variabilidad de datos que encontramos en la literatura científica^{4,7-10,5,6}. Así por ejemplo, mientras que Franz y colaboradores nos dicen que el 70,7% de los trabajadores de una muestra alemana había sufrido una agresión física en los últimos 12 meses⁷, otros trabajos, como el de Saarela e Isotalus en Finlandia¹⁰, encuentran que sólo uno de cada diez trabajadores del ámbito de la de salud había experimentado un incidente violento relacionado con el trabajo en el último año, o Di Martino que nos refiere que la mitad de los trabajadores de este sector han experimentado al menos un incidente de violencia física o psicológica en el último año¹¹. Esta gran variabilidad de datos puede ser debida al uso de diferentes metodologías y a la diversidad de instrumentos y criterios de evaluación utilizados en los diferentes estudios.

Existe consenso a la hora de indicar que el personal de enfermería es uno de los grupos profesionales con mayor incidencia de agresiones dentro del sector sanitario⁷⁻⁹. Sibbald¹², existiendo estudios como el realizado en la Columbia Británica, que refieren que la incidencia de violencia en este colectivo es casi cuatro veces la de cualquier otra profesión.

En los diferentes trabajos revisados, se nos enumeran distintos factores de riesgo que podrían estar influyendo en la frecuencia de exposición a la violencia del personal sanitario en general, y de enfermería en particular^{3,6,8}. Waschler, Ruiz, Llor y García-Izquierdo¹³ realizan una clasificación de estos factores en factores individuales bien de los pacientes (sexo masculino, edad, alteraciones y patologías físicas, el estado mental, su psicopatología, o sus perspectivas y atribuciones) o bien del propio personal de enfermería, como el nivel de burnout; factores ambientales o factores organizacionales como el tipo de servicio, número inadecuado de personal, la presión asistencial, la falta de privacidad o el clima de tensión; factores relacionados con el tratamiento, como el cambio de medicación y la aplicación de sujeción mecánica y factores dependientes de la interacción entre los protagonistas y factores sociales.

1.3 VIOLENCIA LABORAL EN CENTROS DE SALUD MENTAL

Los profesionales de la salud, y en particular, de la salud mental se enfrentan regularmente a agresiones^{14,15}. La tasa de violencia es especialmente alta en los entornos de hospitalización psiquiátrica, existiendo una tendencia al alza en los últimos años, especialmente entre el personal de enfermería¹⁶. Un ejemplo de la incidencia de estos hechos lo encontramos en un estudio realizado en hospitales psiquiátricos para adultos en Bélgica¹⁷ que reveló una media de 1,71 episodios por paciente al año.

Debemos tener en cuenta que estos incidentes tienen una causa multifactorial y tiene una naturaleza compleja en la que intervienen factores como la gestión de los hechos, el tipo de paciente, las variables personales de las personas que participan en la interacción...^{17,18}.

1.4 CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN A VIOLENCIA EN EL TRABAJADOR

La importancia de este riesgo no sólo radica en la frecuencia con la que se presenta, sino también por la gravedad de las posibles secuelas asociadas a él. Las consecuencias para el trabajador pueden ser muy diversas y pueden incluir desde una

contusión hasta una fractura de hueso en las agresiones físicas, pero también afecciones psicológicas de diversa índole. Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo la variabilidad de estas consecuencias dependerán tanto de la agresión como de las características personales de cada víctima¹⁹.

Centrándonos en el ámbito sanitario y en las consecuencias psicológicas para el trabajador, se puede decir que la violencia en el lugar de trabajo puede tener como resultado el desarrollo del síndrome de burnout, dolencias psicológicas y somáticas, ansiedad, depresión, insatisfacción laboral y estrés laboral. Estas alteraciones psicológicas pueden derivar en consecuencias económicas, pues pueden asociarse con un abuso de sustancias, al aumento del absentismo, o incluso el abandono de la profesión^{6,7,9,20,21}.

2. OBJETIVOS

El objetivo general del presente trabajo es estudiar las manifestaciones hostiles de los usuarios hacia los profesionales de enfermería de los servicios de psiquiatría de los hospitales públicos dependientes del Servicio Murciano de Salud (SMS), siendo nuestros objetivos específicos:

1. Determinar la frecuencia de exposición a diversas conductas violentas por parte de los usuarios hacia el personal de enfermería de las unidades psiquiátricas de los hospitales públicos del SMS
2. Conocer las características sociodemográficas y laborales asociadas a una mayor exposición a este tipo de conductas.
3. Analizar la relación de la exposición a conductas hostiles con la presencia de posibles consecuencias, tales como variaciones en la satisfacción laboral y burnout.

3. MATERIAL Y METODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se trata de un estudio descriptivo transversal a través de un cuestionario autoaplicado, individual y anónimo, llevado a cabo con el personal de enfermería de las unidades de psiquiatría de todos los hospitales públicos de la Región de Murcia. Ese año el Servicio Murciano de Salud disponía de 10 hospitales generales y un hospital psiquiátrico con una plantilla de personal de enfermería dedicada a unidades de psiquiatría de 320 trabajadores (enfermeros y auxiliares de enfermería) en atención especializada. Se entregó el cuestionario al 30% de la plantilla (110 profesionales), estratificando el muestreo en función del tamaño de las unidades y la categoría profesional obteniendo una muestra total de 77 sanitarios que cumplieron el protocolo de investigación.

La muestra estuvo compuesta por 77 profesionales de enfermería con un rango de edad que osciló entre 24 y 63 años, siendo la mayoría mujeres (83,1% vs. 16,9%). Teniendo en cuenta los datos del Servicio Murciano de Salud, la muestra supone el 28,98% del total del personal de enfermería y el 18,96% del total de los auxiliares de enfermería hospitalarios de la Región trabajando en unidades de psiquiatría, siendo la tasa de respuesta del 70%.

3.2. RECOGIDA DE DATOS

Para obtener la muestra el equipo de investigación se puso en contacto con las direcciones de enfermería de los centros a quien se informó detalladamente del estudio. Una vez que los hospitales aceptaron la participación en la investigación, se convocaron reuniones en cada uno de ellos a las que asistieron todos los supervisores de las unidades de psiquiatría de los hospitales para informarles sobre el estudio y repartirles el protocolo de investigación. Se dieron instrucciones para que cada supervisor entregara, de forma aleatoria, al 30% del personal que tenía a su cargo un protocolo para ser rellenado individualmente. El trabajador recibía la encuesta en un sobre donde debía

guardarla tras contestarla y entregarlo sin identificar y cerrado a su superior, el cual se encargaba de su devolución a los entrevistadores, siendo éstos abiertos por miembros del equipo de investigación, que les asignaron un código a efectos del análisis de datos.

En cada hospital se asignó un número de colaboradores según el tamaño de la muestra. Ellos visitaban el hospital dos veces por semana para comprobar el proceso de recogida de protocolos junto con las personas propuestas por el hospital (normalmente responsables de docencia e investigación).

El muestreo se realizó durante los tres primeros meses del año 2010, dando de plazo para la recogida de los protocolos un tiempo máximo de dos semanas desde la entrega de los cuestionarios. Los que no se recogieron en ese plazo se dieron por perdidos.

3.3. INSTRUMENTOS

El instrumento de medida utilizado fue la Escala de Conductas Hostiles-Usuarios (ECOH-U)¹³ cuyo objetivo es medir manifestaciones hostiles verbales y físicas de baja intensidad procedentes de los usuarios y percibidas por el trabajador como violentas. Para valorar la frecuencia se estableció una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta que valora la frecuencia de aparición de cada situación (1= nunca en el último año, 2= anualmente, 3= trimestralmente, 4= mensualmente, 5= semanalmente, 6=diariamente). El cuestionario está configurado por 10 ítems con un alpha total de 0,839, explicando el 57,36% de la varianza, y se divide en dos factores: Violencia verbal (alpha=0,85 explicando el 36,39% de la varianza con una carga factorial de 0,636-0,756) con 7 ítems y Violencia física de 3 ítems (alpha=0,74 explicando el 20,96 de la varianza y una carga factorial de 0,713-0,782) de 3 ítems¹³.

Para valorar el nivel de satisfacción laboral se utilizó la Escala General de Satisfacción “Overall Job Satisfaction” (OJS), desarrollada por Warr, Cook y Wall en 1979, y adaptada al español por Pérez e Hidalgo²². Compuesta por 15 ítems con formato de respuesta tipo Likert (0-6), se divide en dos subescalas: Satisfacción intrínseca (7 ítems), que aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, contenido de la tarea, etc.; y satisfacción extrínseca (8

ítems), que indaga sobre la satisfacción del trabajador en cuestiones relativas a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc. Con respecto a la consistencia interna de este instrumento, encontramos índices Alfa de Cronbach de 0,85-0,88, para la satisfacción general, de 0,74-0,78 para la subescala de factores extrínsecos y una fiabilidad de 0,79-0,85 para la subescala de factores intrínsecos¹⁷.

Para el análisis de los niveles de burnout utilizamos el Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS) traducido al castellano y validado por Gil Monte (2002). El MBI-GS consta de 16 ítem y está dividida en tres subescalas: eficacia profesional (6 ítem), agotamiento emocional (5 ítem) y cinismo (5 ítem). Los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert (desde 0 a 6). Los valores de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach, en el estudio de Gil Monte (2002), fueron 0,85 para eficacia profesional, 0,83 para agotamiento y 0,74 para cinismo²³.

Para el análisis bivariado, junto a este cuestionario se registraron una serie de variables sociodemográficas (sexo, edad y estado civil) y laborales del trabajador tales como: hospital, tipo de servicio, profesión, antigüedad en el puesto (agrupado para el análisis estadístico: <5, 6-10, >10) y en la profesión (agrupado para estudio: <10, 11-20 o >20), tipo de contrato, turno, si realiza formación continuada, si se realizan otros trabajos u horas extra.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se inició con la distribución de la muestra, presentando los porcentajes de respuesta según variables sociodemográficas y laborales. Posteriormente se recogió el número y porcentaje de trabajadores que refirió cada una de las manifestaciones de violencia que componen el cuestionario, según la frecuencia de exposición. Para el análisis de las puntuación medias obtenidas en la ECOH-U según las distintas variables se utilizó la prueba t de Student para medias obtenidas en variables dicotómicas, realizando previamente un análisis de varianzas por medio de la correlación de Pearson, y la prueba de ANOVA para variables multirrespuesta, utilizando, en estos casos, la prueba post hoc de Tukey para el establecimiento de los diferentes grupos.

Para valorar la correlación entre la exposición a violencia y la puntuación obtenida en el resto de escalas se utilizó la Correlación de Pearson.

El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS en su versión 15.0, y el nivel de significación asumido en todos los contrastes fue de 0,05.

3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

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

4. RESULTADOS

La edad de los participantes osciló entre 24 y 63 años. La mayoría eran mujeres (83,1% vs. 16,9%) y casados o con pareja de hecho (63,6%). El 44,2% de la muestra eran profesionales de enfermería y el 55,8% auxiliares de enfermería. El 64,9% de los profesionales tenían una media de antigüedad en el puesto inferior a 5 años y el 37,7% tenía una antigüedad en la profesión de menor o igual a 10. El 58,4% estaban en turno rotatorio, un 16,9% en turno de mañana y un 24,7% en otro tipo de turno. Un 93,5% hacía 10 o menos horas extras al mes y un 6,5% realizaba otra actividad laboral. El 75,3% realizaba formación continuada (tabla 1.1).

Tabla 1.1. Características sociodemográficas y laborales

Variables	n	%
Sexo		
Varón	13	16,9
Mujer	64	83,1
Estado civil		
Solteros	27	35,1
Pareja de hecho y casados	49	63,6
Divorciados, separados y viudos	1	1,3
Edad (años)		
<30	10	13
31-40	18	23,4
41-50	23	29,9
>50	18	23,4
Perdidos	8	10,4
Profesión		
Enfermería	34	44,2
Auxiliar de enfermería	43	55,8
Antigüedad en la profesión (años)		
<10	29	37,7
11-20	25	32,5
>20	21	27,3
Perdidos	2	2,6
Antigüedad en el puesto (años)		
<5	50	64,9
6-10	7	9,1
>10	20	26,0
Tipo de contrato		
Fijo (Indefinido)	37	48,1
Temporal	34	44,2
Perdidos	6	7,8
Turno		
Turno fijo mañana	13	16,9
Turno rotatorio	45	58,4
Otros	19	24,7
Horas extra		
0-10 horas	72	93,5
11-30 horas	2	2,6
Perdidos	3	3,9
Formación continuada		
Sí	58	75,3
No	19	24,7
Otra actividad laboral		
Si	5	6,5
No	71	92,2
Perdidos	1	1,3

Los profesionales refirieron que las conductas de violencia más frecuentes (al menos mensual) fueron en primer lugar los enfados del paciente por cuestionar las decisiones del profesional (24,66%) y los enfados exagerados por minucias (22%). Las manifestaciones menos habituales fueron la destrucción de puertas y cristales y las sujeciones hostiles, ya que el 67,5% de trabajadores para el primero y el 64,9% para el segundo, respondieron “nunca en el último año” (tabla 1.2).

Tabla 1.2. Frecuencia de exposición a conductas violentas

Conductas violentas	Frecuencia de exposición					
	Nunca n (%)	Anualmente n (%)	Trimestralmente n (%)	Mensualmente n (%)	Semanalmente n (%)	Diariamente n (%)
Violencia verbal						
Enfadados por demora asistencial	43(55,8)	13(16,9)	8(10,4)	4(5,2)	6(7,8)	2(2,6)
Enfadados por la falta de información	49(63,6)	11(14,3)	7(9,1)	5(6,5)	3(3,9)	1(1,3)
Malas caras o miradas de desprecio	34(44,2)	20(26)	8(10,4)	9(11,7)	4(5,2)	1(1,3)
Enfadados exagerados por minucia	40(51,9)	16(20,8)	3(3,9)	8(10,4)	6(7,8)	3(3,9)
Acusaciones injustificadas	47(61)	18(23,4)	7(9,1)	1(1,3)	1(1,3)	2(2,6)
Cuestionar las decisiones	34(44,2)	19(24,7)	4(5,2)	6(7,8)	7(9,1)	6(7,8)
Bromas irónicas	40(51,9)	15(19,5)	8(10,4)	3(3,9)	6(7,8)	4(5,2)
Violencia física						
Destrucción de puertas, cristales...	52 (67,5)	14 (18,2)	7 (9,1)	2 (2,6)	1 (1,3)	0 (0)
Sujecciones hostiles	50 (64,9)	13(16,9)	7 (9,1)	5 (6,5)	1 (1,3)	0 (0)
Empujones, zarandeos...	44 (57,1)	13 (16,9)	11 (14,3)	7 (9,1)	1 (1,3)	0 (0)

Teniendo en cuenta las variables sociodemográficas (tabla 1.3), los trabajadores varones obtuvieron una puntuación media en la escala significativamente mayor (23,68 v s 19,90 y 13,75; $p < 0,01$) tanto en la puntuación de violencia física como en la puntuación de violencia total. Los solteros tienen una puntuación significativamente mayor en violencia verbal que el resto de trabajadores con un estado civil diferente. No se observaron diferencias significativas de puntuación según edad.

Tabla 1.3. Exposición a violencia según las variables sociodemográficas y laborales

Variable	Agresión física		Agresión verbal		Agresión global	
	Media (DE)	p	Media (DE)	P	Media (DE)	P
Sexo						
Varón	7,07 (3,63)	<0,01 ^a	16,92 (7,43)	NS ^a	24 (10,48)	<0,05 ^a
Mujer	4,44 (2,01)		13,47 (6,56)		17,92 (7,87)	
Estado civil						
Solteros	4,85 (2,10)	NS ^b	16,33 (6,85)	<0,5 ^b	21,18 (8,39)	NS ^b
Pareja de hecho y casados	4,93 (2,80)		12,91 (6,52)		17,85 (8,61)	
Divorciados, separados y viudos	4 (0)		8 (0)		12 (0)	
Edad (años)						
< 30	5 (2,22)	NS ^b	16,20 (7,02)	NS ^b	21,20 (8,12)	NS ^b
31-40	5,38 (2,66)		16 (8,52)		21,38 (10,94)	
41-50	5,18 (2,95)		14,40 (5,90)		19,59 (7,93)	
> 50	4,38 (2,62)		11,94 (6,08)		16,33 (7,45)	

^a Prueba t

^b ANOVA

En la tabla 1.4 se muestran las puntuaciones obtenidas según las variables laborales. Las pruebas revelaron que no había diferencias significativas en las puntuaciones de la escala en los trabajadores de los hospitales asignados a unidades psiquiátricas según profesión, antigüedad en la profesión y en el puesto, tipo de contrato y turno de trabajo. Tampoco obtuvimos diferencias significativas entre los trabajadores

que realizan horas extras, formación continuada o tenían otros trabajos, respecto a los que no.

Tabla 1.4. Exposición a violencia según variables laborales

Variable	Agresión física			Agresión verbal			Agresión total		
	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p
Profesión									
Enfermería	4,66	2,32	NS ^a	14,72	6,63	NS ^a	19,39	7,94	NS ^a
Auxiliar enfermería	5,06	2,71		13,55	7,15		18,62	9,17	
Antigüedad en profesión									
<10 años	5	2,46	NS ^b	15,44	6,76	NS ^b	20,44	8,28	NS ^b
10-20 años	5,04	2,61		14,25	7,69		19,29	9,82	
>20 años	4,57	2,71		12,28	5,76		16,85	7,78	
Antigüedad en el puesto									
<5 años	5	2,65	NS ^b	14,42	7,33	NS ^b	19,42	9,15	NS ^b
5-10 años	5,42	3,25		12,14	5,11		17,57	8,14	
>10 años	4,45	2,01		13,85	6,01		18,30	7,64	
Tipo de contrato									
Fijo (Indefinido)	4,91	2,57	NS ^a	14,66	6,52	NS ^a	19,58	8,52	NS ^a
Temporal	4,91	2,62		13,67	7,07		18,58	8,73	
Turno									
Turno fijo mañana	4,07	1,89	NS ^b	12,61	6,65	NS ^b	16,69	8,30	NS ^b
Turno rotatorio	4,8	2,55		14,31	6,65		19,20	8,30	
Otros	5,4	2,85		14,47	7,41		19,94	9,66	
Horas extra									
0-10 horas	4,94	2,54	NS ^a	14,22	6,79	NS ^a	19,16	8,65	NS ^a
11-30 horas	3	0		15	11,31		18	11,31	
Formación continuada									
Sí	5,01	2,62	NS ^a	14,68	6,97	NS ^a	19,70	8,76	NS ^a
No	4,52	2,29		12,21	5,99		16,73	7,95	
Otra actividad laboral									
Sí	5	2,12	NS ^a	14,60	6,34	NS ^a	19,6	8,38	NS ^a
No	4,9	2,59		14,12	6,86		19,02	8,69	

^a Prueba t
^b ANOVA

De la puntuación obtenida en las escalas de satisfacción laboral y burnout, destacar que la puntuación media de satisfacción total 53,10 y de agotamiento emocional y cinismo 12,31. Se hallaron las consistencias internas de las escalas utilizadas en el estudio, siendo todas superiores o muy próximas al criterio de 0,70 recomendado por Nunnaly y Bernstein²⁴. Se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de la escala de violencia con el resto de escalas administradas. Se obtuvo que las puntuaciones tanto en las subescalas de violencia física como verbal, así como las puntuaciones globales en la escala de violencia no se correlacionan significativamente ni con la satisfacción laboral extrínseca, intrínseca y total, ni con el agotamiento emocional, el cinismo ni la eficacia profesional, en cambio, sí se correlacionaba de forma inversa de forma significativa, la las tres puntuaciones de satisfacción con los niveles de agotamiento emocional y de cinismo (Tabla 1.5).

Tabla 1.5. Estadística descriptiva, fiabilidad y correlaciones entre las variables

VARIABLES	Media	DE	Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Violencia física	4,89	2,54	3	.82								
2. Violencia verbal	14,06	6,79	7	.62**	.81							
3. Violencia global	14,06	6,79	10	.78**	.97**	.85						
4. Satisfacción laboral intrínseca	23,74	8,56	7	-.07	-.06	-.07	.89					
5. Satisfacción laboral extrínseca	29,36	8,29	8	-.06	.11	.11	.82**	.79				
6. Satisfacción laboral total	53,10	16,07	15	-.00	.02	.17	.95**	.95**	.91			
7. Agotamiento emocional	12,31	5,21	9	.09	.04	.06	-.48**	-.46**	-.49**	.88		
8. Cinismos	12,31	5,36	5	.02	-.03	-.02	-.57**	-.55**	-.59**	.55**	.73	
9. Eficacia profesional	27,74	8,74	8	-.00	-.03	-.03	.17	.20	.19	-.19	-.23*	.70

Nota. La fiabilidad de las variables de el estudio aparece en diagonal

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

5. DISCUSIÓN

Con este estudio hemos detectado que los trabajadores de enfermería de las unidades de psiquiatría de los hospitales públicos de la Región de Murcia están expuestos más frecuentemente a manifestaciones de violencia verbal que físicas, siendo las conductas de violencia más frecuentes los enfados del paciente por cuestionar las decisiones del profesional. Al comparar la exposición a violencia según variables sociodemográficas y laborales, sólo hemos obtenido diferencias según el sexo del profesional, no detectando una correlación entre el nivel de exposición a violencia con los niveles de burnout o satisfacción laboral.

Es importante destacar que la puntuación en la escala de violencia entre los trabajadores de enfermería de las unidades de psiquiatría de los hospitales públicos de la Región de Murcia es mayor que la de este grupo profesional a nivel hospitalario en general²⁵. Este aumento de la frecuencia en este grupo suele asociarse al tipo de paciente que es atendido en estas unidades, según la OSHA¹⁹. Por ello, algunos estudios se han centrado en el estudio de los síntomas psicopatológicos de pacientes, como la impulsividad, delirios, alucinaciones o la ira como factores de riesgo de violencia. Pero, Dack y colaboradores²⁶ advirtieron que, aunque hay evidencias de que

las características del paciente contribuyen en la aparición de la violencia, su efecto es pequeño por lo que el estudio de estas características puede tener una utilidad limitada para predecir o prevenir la violencia. Desde la prevención, nos interesa entender por qué un paciente determinado se agita en un momento y circunstancias concretas y no en otras, pues el conocimiento de los factores involucrados tanto en el desencadenamiento (riesgo), como en la inhibición (protección) de los episodios de agitación nos ayudará, en la valoración y prevención del riesgo de violencia futura. Por ello debemos tener en cuenta que gran parte de la atención psiquiátrica se trata de relaciones. La calidad de las interacciones del personal con los pacientes y entre sí tiene fuertes implicaciones para el bienestar del paciente y la propensión a la violencia²⁷. Investigadores como Whittington y Richter²⁸ encontraron que la violencia es el resultado de una compleja interacción de variables que influyen en cómo los miembros del personal y los pacientes interactúan y luego reaccionan a esas interacciones. Por tanto, nuestros esfuerzos deberían ir dirigidos, no tanto a la identificación del paciente agresivo, sino a la mejora de la interacción entre el profesional y el paciente, a través de la formación.

Como se ha indicado, han sido más frecuentes las manifestaciones de violencia verbal que las físicas, siendo nuestros resultados coincidentes con otros estudios^{29,30}. El ítem de esta escala más referido ha sido los enfados del paciente por cuestionar las decisiones del profesional y los enfados exagerados por minucias (22%). Ambos factores pueden ser asociados también con el hecho de que numerosos casos la asistencia de estos pacientes se produce en contra de su voluntad³¹. Debemos tener en cuenta que la violencia ejercida por enfermos mentales fuera del hospital es escasa y equiparable a la de la población general, pero aumenta cuando sufren una descompensación de su enfermedad y es en esta situación cuando suelen estar ingresados en las unidades psiquiátricas, donde los pacientes son atendidos frecuentemente por petición de terceros³¹. Este factor de riesgo no serían modificables, pero, como indica³² cuando los niveles de comportamientos desafiantes no se pueden reducir, como sería este caso, las intervenciones deben centrarse en el personal, con la puesta en marcha de programas que les ayuden a hacer frente a estas situaciones.

Algunos autores indican como factor de riesgo, ser más joven o tener menos experiencia profesional^{29,33}. En nuestro estudio la edad, la antigüedad en la profesión o en el puesto no ha sido significativa, aunque sí el estado civil, siendo los solteros los que han obtenido una puntuación mayor en la subescala de violencia verbal, estando

este factor anidado con la experiencia. Algunos autores han encontrado que los miembros del personal psiquiátricos inexpertos tienen mayores tasas de agresiones físicas que los empleados más experimentados³⁴, pero es posible que este aumento del riesgo disminuya una vez que los miembros del personal alcanzan un umbral de la experiencia clínica y la competencia y por ello no ha sido detectado en nuestro caso.

En nuestro estudio hemos obtenido diferencias por sexo del profesional, coincidiendo con otros autores que indican que los hombres tienen un mayor riesgo de violencia^{29,33}. Deberíamos investigar si este aumento se debe a que, una vez que el paciente se pone violento se prefiere la atención por personal masculino, o si la forma de interactuar con el paciente del personal masculino favorece la aparición de situaciones agresivas.

No hemos obtenido diferencias significativas según la edad, profesión, tipo de contrato, turno de trabajo o la realización de otra actividad profesional, formación continuada u horas extras. Dack y colaboradores²⁶ en su estudio no sólo hablaba del paciente, sino que también refleja la baja contribución de las características del personales del trabajador en la aparición de la violencia, pero esta falta de significación también puede deberse al número de casos estudiados.

Los resultados obtenidos en una muestra de profesionales de enfermería indican que las puntuaciones de satisfacción son más bajas que las dadas por los autores de la escala como referencia²². Este hecho concuerda con diferentes artículos y estudios recientes en enfermeras, como el de la American Association of Critical Care Nurses³⁵.

Por otro lado, si comparamos los medias de puntuación obtenidas en nuestra muestra en las diferentes dimensiones de burnout, con los datos obtenidos por Ibañes, Vilaregut y Abio³⁶ (2004) en un estudio en enfermeras de un hospital de Barcelona podemos ver que nuestra puntuación media en cansancio emocional y realización profesional es menor, siendo mayor en cinismo.

En la revisión de diferentes estudios^{6,7,9,20} hemos comprobado como la exposición a violencia puede tener diversas consecuencias psicológicas en el trabajador, que pueden ir desde la disminución de la satisfacción laboral hasta el deterioro del bienestar psicológico y la aparición del síndrome de burnout. En nuestro estudio no hemos detectado esta correlación, aunque sí hemos detectado una correlación inversa entre los

niveles de satisfacción y el agotamiento emocional y el cinismo. Puede ser debido por el bajo número de la muestra, pero también podría estar asociada a la afirmación de estudios como el de Gerberich colaboradores³⁷, que encontraron que el 40% de los trabajadores de la salud mental perciben la violencia que experimentan como una parte inevitable de su trabajo, y por tanto no le afectaría tanto personalmente.

El estudio está limitado por el hecho de que los datos fueron recogidos por medio de un cuestionario retrospectivo y autoaplicado. Esto, inevitablemente, se basa en la memoria de los participantes de los eventos, que pueden no siempre ser precisa.

A este aspecto debemos añadir que, como en todo estudio basado en cuestionarios autoaplicados, podríamos haber cometido un sesgo de autoselección, pero se ha aleatorizado la selección de los participantes y se ha asegurado su anonimato para minimizar este problema.

También se debe tener también en cuenta, que las situaciones que implica conflicto interpersonal están envueltas en subjetividad.

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Podemos concluir que los trabajadores de enfermería de las unidades de psiquiatría de los hospitales públicos de la Región de Murcia están expuestos más frecuentemente a manifestaciones de violencia verbal que físicas, pues las conductas de violencia más frecuentes han sido los enfados del paciente por cuestionar las decisiones del profesional o enfadarse por minucias, ambas verbales, frente a las manifestaciones menos habituales: la destrucción de puertas y cristales y las sujeciones hostiles (ambas físicas)

Sólo hemos obtenido diferencias significativas según el sexo del trabajador, por lo que proponemos ampliar el estudio, incluyendo a la totalidad de profesionales de enfermería en salud mental del SMS, para concluir que estos factores no suponen un factor de riesgo para la exposición a violencia en las situaciones en las que el agresor tiene una enfermedad mental.

No hemos detectando una correlación entre el nivel de exposición a violencia con los niveles de burnout o satisfacción laboral, aunque sí hemos hallado una correlación inversa entre la satisfacción laboral y el agotamiento y el cinismo. Proponemos realizar un estudio más amplio entre los profesionales sanitarios para valorar si cuando se produce una agresión por un paciente con una enfermedad mental del paciente, éste hecho actúa como modulador entre la exposición a violencia y la aparición de consecuencias psicológicas en el trabajador.

También proponemos la realización de estudios intervencionistas en las que se aborde el estudio de otras variables relacionadas con la forma de interactuar con el paciente por parte de los profesionales, así como variables personales de los trabajadores como la empatía, la resiliencia..., profundizando en las diferencias por género, para descartar que la diferencia de puntuación por sexo obtenida, se haya visto influenciada por este hecho

7. BIBLIOGRAFIA

1. OIT/CIE/OMS/ISP. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2002.
2. CCOO Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios. Guía Básica de Riesgos Laborales específicos para el Sector Sanitario. Valladolid: Secretaria de Salud Laboral CCOO Castilla y León; 2011.
3. Di Martino V. Workplace Violence in the Health Sector: Country case studies. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: World Health Organization; 2003.
4. Ayranci U. Violence Toward Health Care Workers in Emergency Departments in West Turkey. *J Emerg Med.* 2005; 28(3): 361-5.
5. Sanuzun F, Keradokovan A. Violence Towards Nursing Staff in Emergency Department in one Turkish City. *Int Nurs Rv.* 2005; 52(2): 154-60.
6. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs.*

2004; 13(1): 3–10.

7. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany -a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res* [revista en internet]. 2010 [acceso 16 de abril de 2015]; 10. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/51>.
8. Kling RN, Yassi AN, Smailes E, Lovato CY, Koehoorn M. Characterizing violence in health care in British Columbia. *J Adv Nurs*. 2009; 65(8): 1655–63.
9. Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *J Nurs Scholarsh*. 2010; 42(1): 13–22.
10. Saarela KL, Isotalus N. Workplace Violence in Finland: High-risk groups and preventive strategies. *Am. J. Ind. Med.* 1999; 36 (Supl 1): 80-1.
11. Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2002.
12. Sibbald B. Physician, protect thyself. *CMAJ*. 1998; 159(8): 987-9.
13. Waschgler K, Ruiz JA, Llor B, García-Izquierdo M. Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale-users. *J Adv Nurs*. 2013; 69: 1418-27.
14. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management. *J Adv Nurs*. 2007; 58(2): 140–9.
15. Jansen GJ, Middel B, Dassen TWN, Reijneveld MSA. Cross-cultural differences in psychiatric nurses' attitudes to inpatients aggression. *Arch Psychiatr Nurs*. 2006; 20(2): 82–93.
16. Kelly EL, Subica AM, Fulginiti A, Brekke JS, Navaco RW. A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. *J Adv Nurs*. 2015; 71(5): 1110-22.

17. Nijman H, de Kruyk C, Van Nieuwenhuizen C. Behavioral changes during forensic psychiatric (TBS) treatment in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2004; 27: 79–85.
18. Abderhalden C, Needham I, Dassen T. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008; 193: 44–50.
19. OSHA. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers. Washington: OSHA. U.S. Department of Labor; 2004.
20. Estryng-Behar M, Van del Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM et al. Violence risks in nursing-results from the European “NEXT” Study. *Occup Med (Chic Ill)*. 2008; 58(2): 107-14.
21. Quine L. Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *Br Med J*. 1999; 318: 228-32.
22. NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1984.
23. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach burnout Inventory General Survey. *Salud Publica Mex*. 2002; 44: 33-40.
24. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill; 1994.
25. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 86: 279-91.
26. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D., Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand*. 2013; 127: 255–68.
27. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2011; 189(1): 10–20.
28. Whittington R, Richter D. Interactional aspects of violent behaviour on acute psychiatric wards. *Psychol Crime Law*. 2005; 11: 377–88.

29. Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal S, El-Geres N, Al-Raqem M. Violence Against Nurses in Healthcare Facilities in Kuwait. *Int J Nurs Stud.* 2002; 39: 469-78.
30. Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: EL caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo.* 2008; 2: 49-58.
31. Gascon S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, Rueda MA. Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multi-facility Study to Evaluate the Distribution of a Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments. *Int J Occup Environ Health.* 2009; 15(1): 30-6.
32. Mills S, Rose, J. The relationship between challenging behaviour, burnout and cognitive variables in staff working with people who have intellectual disabilities. *J Ment Defic Res.* 2011; 55: 844-85
33. Landau SF, Bendalak J. Personnel Exposure to Violence in Hospital Emergency Wards: A Routine Activity Approach. *Aggressive Behavior.* 2008; 34: 88-103.
34. Carmel H, Hunter M. Staff injuries from inpatient violence. *Hospital and Community Psychology.* 1989; 40: 41–6.
35. American Association of Critical Care Nurses (AACN). AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments. Aliso Viejo: AACN; 2005.
36. Ibañez Martínez N, Vilaregut Puigdesens A, Abio Roig A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enferm Clin.* 2004; 14(3): 142-51.
37. Gerberich SG, Iglesia TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner, NM, Geisser, MS et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med.* 2004; 61: 495–503.