



## **VIOLENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO SANITARIO, ANÁLISIS SITUACIONAL Y EXPERIENCIAS DE LAS VÍCTIMAS**

**M. Rosario Gómez Romero**

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

# Violencia en el puesto de trabajo sanitario, análisis situacional y experiencias de las víctimas.

AUTORA:

M<sup>a</sup> del Rosario Gómez Romero

Tesis presentada para obtener el título de doctorado por la

Universidad Rovira i Virgili

Director:

Dr. Jordi Tous Pallarès



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Departament d'Infermeria

2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIOLENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO SANITARIO, ANÁLISIS SITUACIONAL Y EXPERIENCIAS DE LAS VÍCTIMAS

M. Rosario Gómez Romero

FAIG CONSTAR que el treball, titulat “*Violencia en el puesto de trabajo sanitario, análisis situacional y experiencias de las víctimas*”, que presenta **M<sup>a</sup> del Rosario Gómez Romero** per a l’obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la meva direcció al Departament d’Infermeria d’aquesta universitat i que aconsegueix els requeriments per a ser llegida.

Tarragona, 2 de novembre de 2015

El director de la tesi doctoral

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jordi Tous', is positioned above the printed name of the director.

Dr. Jordi Tous Pallarès

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIOLENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO SANITARIO, ANÁLISIS SITUACIONAL Y EXPERIENCIAS DE LAS VÍCTIMAS

M. Rosario Gómez Romero

A todos aquellos que me acompañan y me acompañaron en la difícil y maravillosa  
tarea que es vivir, posibilitando que sea quien soy y esté donde estoy.

Gracias por vuestra aportación.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIOLENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO SANITARIO, ANÁLISIS SITUACIONAL Y EXPERIENCIAS DE LAS VÍCTIMAS

M. Rosario Gómez Romero

## **Agradecimientos**

Agradezco a mis padres su aportación genética y educativa, cóctel que me hizo una gran luchadora pudiendo alcanzar mis metas, mis ideales.

Agradezco a mis compañeros de trabajo que en todo momento me animan a seguir, ofreciéndome su mano cada vez que doy un traspie, ayudándome a levantar y continuar, especialmente a “mi jefa”, Dra. Esperanza Ferrer.

Agradezco a mi Director, a Jordi, que ha sabido transmitirme paciencia, calma y positividad, además de conocimientos.

Agradezco la existencia de mi marido y mis hijos, sin ellos nunca hubiese iniciado esta aventura tan ardua y dificultosa. El amor nos hace mover y conseguir.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIOLENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO SANITARIO, ANÁLISIS SITUACIONAL Y EXPERIENCIAS DE LAS VÍCTIMAS

M. Rosario Gómez Romero

## Prefacio

Esta tesis Doctoral, el tema elegido, nace al plantearme una serie de interrogantes a los cuales me gustaría dar respuesta una vez concluida ésta. Qué podría aportar al desarrollo de la disciplina enfermera, por un lado desde la conceptualización teórica y por otro, que el tema de estudio permitiese ser trabajado para mejorar la práctica profesional. Investigar sobre la influencia que tienen los entornos laborales en las agresiones que sufren los profesionales de la salud en el ejercicio de su actividad, desde mi punto de vista, respondía bastante a mis inquietudes anteriores, enmarcándola desde una perspectiva: biográfica y conceptual.

He dedicado mi vida profesional al ámbito del cuidado, el cuidado del individuo, de la familia, de la comunidad, a lo largo de todo su proceso vital y en los distintos ámbitos. Desde el año 2005 el contexto de actuación de cuidados se redujo al ámbito laboral, ya que en ese año accedí a mi plaza como Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo con el objetivo de mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores y a su vez la calidad de vida de la persona, de la familia y de los *“cuidados al personal sanitario víctima de violencia al desempeñar su trabajo”*. Abordando así una de las competencias enfermera *“comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural”*.

El trabajo necesario para el desarrollo personal, es una necesidad además de un recurso, que compromete, motiva y moviliza, ocupa un lugar primordial en la vida de las personas. A través del trabajo se participa socialmente. Pero el trabajo puede suponer un riesgo, puede alterar la salud de los trabajadores. La relación trabajo-salud ha sido ampliamente estudiada considerando sus múltiples determinantes, condicionantes e interrelaciones, las que han ido cambiando con el transcurso de los años, en una dinámica en la que emergen constantemente nuevos factores y dimensiones a considerar. El trabajo no solo expone a riesgos físicos sino que ha

sido identificado como la mayor fuente de “estrés psicosocial” el cual a su vez ha sido identificado como la mayor causa de morbilidad y mortalidad (Jackson, 2002).

Al entrar a formar parte del equipo de trabajo del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en una de las Unidades Periféricas como Enfermera Especialista del Trabajo, pude observar de primera mano, la impotencia y la indefensión que relataban los profesionales que pasaban por allí y cómo el comportamiento humano que se desarrolla en cada uno de los episodios vividos por los trabajadores ante un suceso no deseado como es el de sufrir una agresión por parte de los pacientes o sus familiares en el desempeño de su actividad profesional, podía estar influenciado por el grado de exposición, la actividad, la vulnerabilidad del propio trabajador, del contexto, del sistema y del propio agresor. Pero la mayoría concluía que no sabían cómo se había llegado a ese punto, cuál había sido el detonante, y terminaban por asumir “son gajes del oficio” o “lo lleva inmerso el vestir con bata blanca”. En mi cabeza empezaron a surgir una serie de preguntas a las que no pude dar respuesta debido a la escasez de estudios realizados hasta el momento y falta de información relacionada con este tema.

Ante estas situaciones reiteradas de agresiones y desde la premisa de que todo el personal del Departamento de Salud a estudio tiene derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo y bajo la consideración de que todas las modalidades de violencia en el trabajo constituyen un riesgo psicosocial es urgente trabajar en la línea “tolerancia cero” pudiendo así contribuir a identificarlas y eliminarlas. Para ello surge la necesidad de crear políticas protectoras que envolviesen tanto al trabajador como a las instituciones. Se elabora el “Plan integral de prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat” (PIP). El plan, cuya finalidad es dar una mayor efectividad, en materia de agresiones, al derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo y el correlativo deber del empresario de protección de los mismos frente a los riesgos laborales (LPRL, 1995). Por todo ello, a propuesta de la *Conselleria de Sanitat*, se redacta y publica el “Decreto 159/2009 de 2 octubre, del Consell, por el que se establecen las actuaciones de los órganos de la

*Conselleria de Sanitat* en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat,” que tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores, mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de los riesgos derivados de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat. Los Departamentos de Salud, con el apoyo de las Unidades Periféricas (UP) del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), previa consulta y participación del Comité de Seguridad y Salud de cada Departamento, aprobarán y llevarán a efecto, la aplicación, puesta en funcionamiento y ejecución del PIP en su ámbito correspondiente. Pero este plan no contestaba a cómo se había podido llegar a ese punto, la línea de trabajo se inicia cuando el trabajador ya se ha convertido en víctima y las agresiones se seguían produciendo.

Mis dudas continuaron revoloteando en el interior de mi mente, ¿qué factores de riesgos confluían en un mismo escenario y con unos actores determinados?, ¿cuál era el detonante?

Pensé que si yo era capaz de poder contestar estas cuestiones podría actuar y trabajar de forma activa en una de mis competencias como enfermera especialista dando respuesta a incógnitas actuales de nuestra sociedad que son causa contribuyente de los problemas de salud, riesgo, sufrimiento, incapacidad o muerte.

Todas estas dudas que surgían en mi interior y que se mantuvieron al poner en marcha el PIP hicieron que me plantease la necesidad de iniciar una investigación para conocer las características del contexto, de la organización, de la víctima, del propio episodio, en definitiva, para saber cómo afecta esa situación vivida por los profesionales agredidos, su percepción del momento, contribuyendo a conocer los factores de riesgo que confluieron, convirtiéndose en detonante. Detonante que podré desactivar si lo conozco, previniendo con ello la materialización de la agresión.

Por otra parte, al adaptar nuestra titulación al proceso de Bolonia ha hecho que nuestra disciplina despegue pudiendo llegar al máximo nivel académico “Doctor”, pero no por el mero hecho de ser Doctor, sino por lo que ello conlleva: investigar es

ciencia. Nuestra disciplina se nutre de ella y nuestras prácticas de la evidencia y el conocimiento científico dándole al cuerpo teórico de nuestra disciplina, conocimientos propios. La investigación nos da cuerpo, nos arma como profesionales y nos equipara con otras.

Esta tesis pretende por una parte profundizar en diversas áreas contexto, organización, víctima, agresor, analizándolas y tras observar su resultado llegar a poder trabajar en un futuro en la prevención de riesgos tal cual apunta la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) “anteponer acciones que eviten riesgo” pudiendo alcanzar como último objetivo la erradicación de cualquier tipo de violencia tipo II.

## Índice

<b>Capítulo 1.- Introducción</b> .....	22
1.1. Salud y trabajo, condiciones de trabajo y riesgos laborales.....	23
1.2. Riesgos psicosociales en el trabajo.....	30
1.3. Violencia y condiciones de trabajo. ....	37
<b>Capítulo 2.- Marco teórico</b> .....	43
2.1. El concepto de violencia. ....	43
2.2. La violencia laboral.....	48
2.3. La víctima y el proceso de victimización.....	50
2.4. Tipos de violencia.....	52
2.5. Alcance de la violencia en el lugar de trabajo. ....	53
2.6. El género como factor de riesgo para sufrir violencia laboral.....	58
2.7. La edad como factor de riesgo de sufrir violencia laboral.....	62
2.8. La categoría profesional como factor de riesgo de sufrir violencia laboral. ....	63
2.9. La Ley de Prevención de de Riesgos Laborales y la violencia laboral. ....	65
2.10. Organización de los servicios de prevención de riesgos laborales en la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana. ....	70
2.11. El papel de los servicios de prevención de riesgos laborales para la prevención de la violencia laboral . ....	73
<b>Capítulo 3.- Objetivos y método</b> .....	81
3.1. Objetivos .....	82
3.2. Método.....	83
3.2.1. Participantes .....	84
3.2.2. Instrumentos.....	88
3.3. Procedimiento.....	90
3.3.1. Fase I. ....	91
3.3.2. Fase II. ....	93
3.3.3. Fase III. ....	95

<b>Capítulo 4.- Resultados</b> .....	99
4.1. Frecuencia e impacto de la violencia en el puesto de trabajo en trabajadores sanitarios. ....	99
4.2. Antecedentes personales y situacionales que han acompañado a cada uno de los incidentes violentos.....	128
4.3. Datos relevantes para la elaboración de un programa de intervención preventivo de los incidentes violentos. ....	141
<b>Capítulo 5.- Discusión</b> .....	145
5.2. ¿Existen contextos de mayor riesgo para las agresiones? .....	150
5.3. ¿Hay rasgos comunes en el tipo de agresiones sufridas? .....	152
5.4. ¿Qué papel juegan características del puesto, de la organización o las condiciones de trabajo?.....	155
5.5. ¿Podemos elaborar estrategias para la prevención de las conductas violentas en el trabajo hospitalario? .....	156
<b>Capítulo 6.- Conclusiones</b> .....	161
Bibliografía .....	171
Anexos.....	189

## Índice de tablas

Tabla 1 Relación multidimensional entre trabajo y la salud. ....	29
Tabla 2. Relación factores de riesgo, riesgo y enfermedades psicosociales. ....	31
Tabla 3. Entrevista estructurada: Áreas de interés. ....	90
Tabla 4. Porcentaje de agresiones por centro de trabajo .....	101
Tabla 5. Centro hospitalario y agresión por año.....	102
Tabla 6. Centro de trabajo y agresiones por año.....	103
Tabla 7. Tipo de agresión por año .....	106
Tabla 8. Quien agrede por año .....	107
Tabla 9. Sexo de la víctima y sexo del agresor.....	109
Tabla 10. Categoría profesional de las víctimas .....	111
Tabla 11. Categoría profesional de las víctimas por año. ....	115
Tabla 12. Frecuencia por rango de edad de las víctimas. ....	116
Tabla 13. Media de edad de las víctimas por año. ....	117
Tabla 14. Agresiones por rango de edad y sexo de la víctima.....	117
Tabla 15. Agresiones por tipo de contrato laboral .....	118
Tabla 16. Agresiones por tipo de contrato laboral y año de agresión.....	119
Tabla 17. Agresiones por año según la antigüedad en el puesto de trabajo. ....	120
Tabla 18. Edad agredidos y antigüedad en el puesto de trabajo. ....	121
Tabla 19. IT por agresión.....	123
Tabla 20. Tipo de agresión e incapacidad laboral.....	123



Tabla 21. Causas que propiciaron la agresión .....125

## Índice de figuras

Figura 1. Modelo de Informe del Comité Mixto para definir factores psicosociales en trabajo.....	34
Figura 2. Clasificación de la violencia.....	44
Figura 3. Mapa Comunidad Valenciana y distribución de los SPRL-CV .....	71
Figura 4. Población total de trabajadores del Departamento de salud 2005-2014 ....	85
Figura 5. Porcentaje de agresiones por año de estudio .....	86
Figura 6. Esquema de la estructura de fases en el procedimiento.....	91
Figura 7. Nivel de atención asistencial.....	99
Figura 8. Índice incidencia en atención especializada por cada 1000 trabajadores .	100
Figura 9. Índice incidencia en atención primaria por cada 1000 trabajadores .....	101
Figura 10. Porcentaje de agresiones por centro de trabajo .....	103
Figura 11. Tipo de agresión por Centro de trabajo.....	104
Figura 12. Lugar del accidente .....	105
Figura 13. Tipo de agresión.....	105
Figura 14. Quien agrede.....	106
Figura 15. Sexo de la víctima.....	108
Figura 16. Sexo del agresor .....	108
Figura 17. Incidencia agresiones por sexo .....	108
Figura 18. Tipo de agresión realizada por.....	110
Figura 19. Tipo de agresión realizada según sexo de la víctima .....	110
Figura 20. Tipo de agresión realizada según sexo del agresor .....	111
Figura 21. Categoría profesional de las víctimas .....	112
Figura 22. Prevalencia media agresiones según categoría profesional (10a) .....	112
Figura 23. Índice de incidencia de agresiones por año.....	113
Figura 24. Incidencia de agresiones por año según categoría profesional: facultativos .....	113

Figura 25. Incidencia de agresiones por año según categoría profesional: enfermera .....	114
Figura 26. Incidencia de agresiones por año según categoría profesional: auxiliar enfermería .....	114
Figura 27. Incidencia de agresiones por año según categoría profesional: otros .....	115
Figura 28. Frecuencia del rango de edad de las víctimas .....	116
Figura 29. Agresiones por rango de edad y sexo de la víctima.....	118
Figura 30. Antigüedad de las víctimas en el puesto de trabajo.....	119
Figura 31. Antigüedad de las víctimas en sanidad.....	120
Figura 32. Frecuencia de agresiones según el mes.....	122
Figura 33. Frecuencia de agresiones según el mes y año .....	122
Figura 34. Frecuencia agresiones según el mes y año .....	123
Figura 35. Denuncia de la agresión .....	124
Figura 36. Emociones básicas humanas.....	124
Figura 37. Turno de trabajo .....	125
Figura 38. Hora del día .....	126
Figura 39. Hora de trabajo .....	126
Figura 40. Posibles causas de la agresión .....	129
Figura 41. Características del contexto socioeconómico.....	130
Figura 42. Características del usuario atendiendo al nivel de exigencia .....	130
Figura 43. Frecuencia de episodios violentos .....	131
Figura 44. Características de la organización, burocracia.....	131
Figura 45. Características de la organización: Conoce la política de su empresa .....	132
Figura 46. Características de la organización, valoración del personal .....	132
Figura 47. Canales de comunicación de su empresa .....	133
Figura 48. Fuentes de información .....	133
Figura 49. Opinión en cuanto al contenido de la información recibida. ....	134

Figura 50. Estilo de mando de su empresa .....	134
Figura 51. Entiende las órdenes recibidas .....	135
Figura 52. Relación con sus superiores .....	135
Figura 53. Participación en su organización .....	136
Figura 54. Los recursos humanos adecuados. ....	137
Figura 55. Existencia condiciones de trabajo que pueda alterar su salud.....	138

## Lista de abreviaturas

AESST	Agencia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo
dt	Desviación típica
CAT	Comunicación de accidente de trabajo
CDC	Centro para el Control y Prevención de Enfermedades
CECOVA	Colegio de Enfermería de la Comunidad Valenciana
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
ET	Estatuto de los Trabajadores
EVO-PR	Entrevista violencia ocupacional para puestos de riesgo
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
ISTAS	Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud
LISOS	Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social
LO	Ley Orgánica
LOPD	Ley Orgánica de Protección de Datos
LPRL	Ley de Prevención de Riesgos Laborales
MSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad
nº	Número
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
NTP	Nota Técnica de Prevención
OIT	Organización Internacional Trabajadores
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSHA	Occupational Safety and Health Agency
PIP	Plan integral de prevención y atención de las agresiones a los
RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto Laboral
RSP	Reglamento de los Servicios de Prevención
SPRL	Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
UC	Unidad central del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
UEAPME	European association of craft, small and medium-sized enterprises.
UGT	Unión General de Trabajadores
UP	Unidad periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales



# Capítulo 1

## INTRODUCCIÓN

## Capítulo 1.- Introducción

El trabajo ocupa un lugar primordial en la vida de las personas. A través del trabajo las personas definen su identidad y su función en la sociedad, pero también puede suponer un riesgo para la salud y la seguridad de éstas (OIT, 2008). Así, toda persona tiene derecho a realizar su actividad laboral libre de todo tipo de violencia. Debe recibir un trato correcto, respetuoso y digno, que respete su intimidad y su integridad física y moral (Comisión de la Comunidad Europea, 2007).

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 8 noviembre de 1995 (LPRL, 1995) tiene como objeto proteger a los trabajadores y trabajadoras de la exposición a aquellas situaciones o actividades laborales que puedan provocar un daño a la salud. Un problema emergente a considerar es la entrada de la violencia al escenario laboral, ya que obliga al encuentro de personas bajo condiciones y fines determinados que enmarcan las relaciones que se dan (Cantera, Cervantes y Blanch, 2008). La violencia es utilizada como método para resolver conflictos entre ambas partes (Herranz, 2005).

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema mundial, cruzando fronteras, ambientes de trabajo y grupos ocupacionales. No hay una ocupación inmune a la violencia en el trabajo. Sin embargo, la violencia en el trabajo (física o psicológica) tiende a concentrarse en ciertas ocupaciones, están más expuestas aquellas personas cuyo trabajo es de atención directa al público y son especialmente vulnerables las mujeres. El sector público, el sector servicios y la atención sanitaria, se convierten en profesiones de “alto riesgo” (AESST, 2002; AESST, 2003; Cantera, y col., 2008; Chappell y Di Martino, 2006; Muñoz, Delgado de Mendoza, Romero, Bermúdez, y Cabrera, 2008; OIT, 1998; Sainz, López, Maestre, Borda, Cabrero y Rodríguez, 2011).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la portada de su revista nº 26 “Trabajo” publicó en 1998 el siguiente titular “Violencia en el lugar de trabajo, un nuevo problema mundial” y este artículo de portada se inicia con las siguientes palabras: “Golpes, esputos, lenguaje soez, daños: La violencia en el trabajo se

globaliza...” (OIT, 1998). La violencia, ha sido ignorada durante mucho tiempo, negada o considerada como una dura realidad que debe aceptarse como parte de la vida, tan solo recientemente la violencia en el trabajo ha comenzado a recibir la atención que merece como un peligro grave para la seguridad y la salud, con un alto costo para las víctimas y el desempeño de la empresa. Reduce la productividad y la competitividad (Di Martino, Gold, y Schaap, 2002). La prevención de la violencia en el trabajo es uno de los objetivos de la Comunicación de la Comisión Europea sobre la nueva estrategia de salud y seguridad en el trabajo. (OSHA, 2002). Pero nos encontramos que los esfuerzos de lucha contra la violencia en el trabajo chocan contra el muro de silencio que rodea a las víctimas (Demaret, 2003).

Los profesionales encargados de velar por la salud de la población, han sido, son y serán víctimas de actos agresivos. Las agresiones a los profesionales sanitarios perpetradas por los usuarios constituyen un problema grave y de importantes consecuencias que hasta fechas recientes era prácticamente desconocido y posteriormente ha permanecido silenciado por su escasa denuncia (Chappell y Di Martino, 2006; Gerberich, Church, MacGovern, Hansen, y Nachreiner, 2004).

Para concluir esta breve introducción, en el ámbito sanitario existen unos puestos de trabajo ocupados por unos profesionales encargados de vigilar y mantener la salud de la población. Estos trabajadores en el desempeño de su actividad laboral pueden sufrir actos agresivos, convirtiéndose en víctimas. Se debe garantizar la seguridad y la salud de estos trabajadores, por lo que el estudio y comprensión de estos sucesos es fundamental para su prevención.

### **1.1. Salud y trabajo, condiciones de trabajo y riesgos laborales.**

Describir qué es la salud resulta complejo debido a la diferente percepción que se puede tener de ella en función del momento en el que nos encontremos, de la cultura en la que estemos inmersos, del grupo social al que pertenezcamos e incluso del propio individuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 definió a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de



enfermedad o de invalidez" (Benavides, García, y Ruiz-Frutos, 2007). Se trata de una definición de carácter positivo centrada en lo que es y no en lo que falta. Incluye las diferentes dimensiones humanas, las cuales no se reducen solamente al cuerpo. Pero esta definición es estática e idealista. No se puede estar siempre en este estado y cuándo se alcanza el "estado completo de bienestar". Esta definición con el paso de los años ha ido evolucionando, la salud no es algo que se posea, sino una forma de funcionar en armonía con el medio (trabajo entre ellos). No es solo la ausencia de enfermedad, sino el alcance de que un individuo o grupo es capaz, por un lado de realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y por otro lado, cambiar o hacer frente al ambiente. La salud se desarrolla y se mantiene por una acción recíproca entre el genotipo y el medio total. El medio laboral constituye una parte importante del medio total en que vive el hombre, la salud depende en gran medida de las condiciones de trabajo (OMS, 1975).

El trabajo no es nunca neutro frente a la salud; o es patógeno o es un promotor privilegiado de salud. Por su parte, la salud es una dinámica que pone en práctica no solamente defensas contra las agresiones (lucha contra las condiciones patógenas), sino que pasa también por una dimensión positiva (satisfacción, estima de sí mismo, integración social, etc.). El trabajo aparece como un integrador social importante y toda insatisfacción en el trabajo salpica al conjunto de las condiciones que hacen posible la construcción de la salud. (MSSI, 2015)

En España, la salud es un derecho constitucional, en el artículo 40.2 de la Constitución española de 1978, recomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo y el artículo 43.1 reconoce el derecho de la protección de la salud, atribuyendo, dicho precepto constitucional, a los poderes públicos la competencia de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Con la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986) se incorpora como principio general que la salud es un fenómeno de carácter multifactorial que requiere una intervención multisectorial y recoge como principio rector de la actuación sanitaria, la promoción de la salud y la garantía de que las acciones

sanitarias se dirijan a la prevención de las enfermedades. En el capítulo IV dedicado a la Salud Laboral establece los criterios fundamentales para alcanzar sus objetivos; la prevención de los riesgos laborales y la promoción de la salud física y mental de los trabajadores. Además de indicar la necesidad de investigar las condiciones de trabajo, vigilar y promover la salud de los trabajadores se indica la necesidad de informales y formales. Reiterándose en la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo 11, de prestaciones de Salud Pública en apartado 2.g) la promoción y protección de la Salud Laboral (Ley 16/2003 de 28 mayo), desarrollándose en el Capítulo VII del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP) que busca la colaboración de los servicios de prevención con el sistema nacional de Salud, tanto para el adecuado seguimiento individual de la salud de los trabajadores como para la correcta vigilancia epidemiológica de los mismos colectivos (RSP, 1997).

Por tanto las definiciones de salud incluyen factores ambientales e individuales. La salud se convierte en un recurso para la vida, no en el objetivo de ésta, además se convierte en un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación. En el lugar de trabajo se debe de promover la efectividad de igualdad entre mujeres y hombres, considerando las variables relacionadas con el sexo tanto en el sistema de recogida y tratamiento de datos como en el estudio e investigación general en materia de prevención de riesgos laborales, sin olvidar el análisis de los riesgos y las distintas formas de enfermar debidas a las diferencias biológicas, fisiológicas y sociales entre hombres y mujeres, dando el enfoque correcto y no discriminatorio de la salud laboral y la prevención de riesgos.

En el Informe del Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1950, consideraron la Salud Ocupacional como la rama de la salud pública que busca mantener el máximo estado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones, protegerlos de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. La salud laboral cuya práctica profesional surge como respuesta a los problemas de salud ocasionados por las condiciones de trabajo, cuyo enfoque se dirige tanto a el individuo como a el

ambiente, incluye la promoción de la salud encaminada a abordar los determinantes de salud que son potencialmente modificables y a la prevención de la enfermedad. No limitándose exclusivamente al modelo tradicional de la medicina centrado en capacitar a los especialistas para que devuelvan la función a los individuos y tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todo el daño a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas; debe de ser una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Promueve el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones del trabajo realzando el bienestar físico, mental y social de los trabajadores y respaldando el perfeccionamiento y mantenimiento de su capacidad de trabajo, a la vez que busca habilitar a los trabajadores para que lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible, la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional del trabajo. En definitiva, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo (García, Declós, y Ruiz-Frutos, 2007; OIT, 2001).

En 1995, nuevamente el Comité Conjunto en Salud Ocupacional de la OIT/OMS se reunió y desarrolló una declaración por consenso sobre salud ocupacional. Esta dice lo siguiente: “El principal énfasis de la salud ocupacional está orientado a tres objetivos: (1º) el mantenimiento y la promoción de la salud de los trabajadores y de su capacidad de trabajo; (2º) el mejoramiento de los ambientes de trabajo y del trabajo mismo conducirán a más seguridad y salud; y (3º) el desarrollo de organización y culturas de trabajo, es propuesto en este contexto para significar una reflexión de los sistemas de valores esenciales adoptados en este compromiso. Tal cultura es reflejada, en la práctica, en los sistemas gerenciales, la política de personal, los principios de participación, las políticas de entrenamiento y la calidad gerencial del compromiso”.

Llegando a la conclusión de que todos los problemas de salud relacionados con el trabajo son, por definición, susceptibles de protección y prevención, ya que sus determinantes se encuentran en las condiciones de trabajo. Problemas con un impacto social y sanitario tan importante que debemos considerar la salud laboral como un área prioritaria dentro de la salud pública (García, Declós, Benavides y Ruiz-Frutos, 2007).

Pasaremos ahora a la definición de trabajo, tiene múltiples acepciones. Lo definiremos como esfuerzo humano (físico y/o mental) destinado a una actividad productiva (producción de bienes necesarios para el individuo y/o comunidad) recompensada con un salario y bajo unas condiciones determinadas. En estas condiciones encontramos los determinantes sobre los que debemos actuar. Según la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 4.7. página 32593, define condiciones de trabajo como *"cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgo para la seguridad y salud del trabajador. Queda incluida en esta definición la carga de trabajo (física o mental), la organización del trabajo (distribución de tareas, reparto de funciones y responsabilidades, distribución horaria, velocidad de ejecución, relaciones interpersonales...) que pueden llegar a perjudicar la salud de los trabajadores, a nivel físico, mental y social"*.

Unas condiciones de trabajo inapropiadas dan lugar a accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y otros daños a los trabajadores. Por lo tanto las condiciones de trabajo abarcan un conjunto de variables que influyen en el bienestar físico, mental y social de los trabajadores, en la salud de estos (Jódar y Benavides, 2007; Ruiz-Frutos, 2012).

Si las condiciones de trabajo pueden generar un riesgo, éste lo definimos como la probabilidad de que un peligro se convierta en daño real en unas determinadas condiciones. Y la definición de peligro como la capacidad intrínseca de producir daños. La LPRL en su artículo 4.2 define como "riesgo laboral" a la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Son daños derivados

del trabajo (artículo 4.3 LPRL, 1995) las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

Entre las obligaciones empresariales legisladas, que garantiza la seguridad y salud de los trabajadores y asegura el derecho de estos frente a una protección de su salud, se encuentra la integración eficaz de la actividad preventiva en la empresa para ello deberá de manera continua identificar, evaluar y controlar los riesgos, siguiendo los principios de la acción preventiva recogidos en el artículo 15 de la LPRL, pudiendo destacar que los riesgos hay que evitarlos y los que no se hayan podido evitar deberemos evaluarlos planificando la prevención, buscando un conjunto coherente que integre la técnica, la organización del trabajo, las condiciones del trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo, teniendo en cuenta las capacidades profesionales de los trabajadores, que estos tengan la información y formación suficiente y adecuada, previendo las distracciones o imprudencias no temerarias que puedan cometer.

Cuando se produzca un daño a la salud de los trabajadores o indicios de que las medidas de prevención resultan insuficientes, se deberá realizar una investigación al respecto, a fin de detectar las causas de los hechos evitando o previniendo que éstas se vuelvan a repetir mediante actuaciones preventivas.

Un "factor de riesgo laboral" sería una condición de trabajo que causa un daño a la salud del trabajador. Esta relación causal es de naturaleza probabilística y multicausal en el sentido de que no siempre que un trabajador esté expuesto a un factor de riesgo (familiar o paciente de carácter violento), se produce el daño (agresión). En la tabla 1 se describe la relación multidimensional entre trabajo y la salud.

Tabla 1 Relación multidimensional entre trabajo y la salud. Fuente: Benavides (2007, p.33).

		SALUD	
		POSITIVA	NEGATIVA
TRABAJO	POSITIVO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Salud y bienestar</li><li>• Productividad y calidad</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incapacidad</li></ul>
	NEGATIVO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Insatisfacción</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad o lesión</li></ul>

La salud y el trabajo están íntimamente unidos, sin salud no hay posibilidad de desarrollar un trabajo y a su vez, el trabajo fomenta la salud y permite una compensación financiera que permite satisfacer las necesidades básicas.

Bernardo Ramazzini ya describía esta interacción en el año 1701: *“Deberé confesar que ocasionan no poco daño a los obreros ciertos oficios que desempeñan: Donde esperaban obtener recursos para el propio mantenimiento y sostén familiar, hallan a menudo gravísimas enfermedades y maldicen el arte al que se habían dedicado mientras se alejan del mundo de los vivos...”* (INSHT, 2011, pág.10)

La Declaración Universal de Derechos del Ser Humano de 1948, en su artículo 23 recoge que *“Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo”*. El trabajo es necesario para la persona y la sociedad, para su desempeño se requiere tener salud, pero la salud puede verse alterada debido al desempeño de éste, de las condiciones de trabajo. El trabajo es uno de los determinantes del estado de salud. En un país el trabajo contribuye a la productividad y riqueza del país además de aumentar la calidad de vida de la población, por ello no se debe permitir que éste pueda alterar o mermar el estado de salud de la población.

## 1.2. Riesgos psicosociales en el trabajo.

Los "*factores de riesgo psicosocial en el trabajo*" son muy complejos y difíciles de entender. Los factores psicosociales son factores de riesgo laborales, son predictivos referidos a las condiciones organizacionales cuando tienen una probabilidad de tener efectos lesivos sobre la salud del trabajador a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos que denominamos estrés (Benavides, Gimeno, Benach, Martínez, Jarque, y Berra, 2002). Representan el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador abarcando muchos aspectos (Moreno y Baez, 2010). Tienen diferentes niveles de probabilidad de ocasionar daños y estos se relacionan con las condiciones de trabajo, fundamentalmente con su organización, con un clima laboral autoritativo y desconsiderado, siendo el marco propicio para que aparezcan riesgos psicosociales como el abuso, la violencia y el acoso que actúan sobre todo a través de procesos psicológicos a los que también se denominan estrés (precursor del efecto: enfermedad o trastorno de salud que pueda producirse), cuando actúa como desencadenante de la tensión y el estrés laboral, desde esta perspectiva son factores probables de daño para la salud pudiendo afectar al bienestar, a la salud física, psíquica y social del trabajador (Cox, Griffiths y Randall, 2003; Cox, Griffiths y Rial-González, 2005) como al desarrollo del trabajo (Martín y Pérez, 1997; Moncada y Llorens, 2007; Moreno y Baez, 2010), pudiendo alterar los recursos y capacidades personales, aumentando la probabilidad de desgaste profesional y/o violencia en el trabajo, pudiendo desencadenar enfermedades psicosociales (Moreno, 2011).

El ambiente psicosocial por una parte tendría un efecto positivo sobre la salud ya que permite satisfacer las necesidades básicas llegando hasta la autoestima y la autoeficacia o bien todo lo contrario produciendo efectos negativos sobre la salud y el bienestar. Como factores potencialmente negativos encontramos (1) la mala utilización de las habilidades, (2) la sobrecarga del trabajo, (3) la falta de control, (4) el conflicto de la autoridad, (5) la desigualdad en el salario, (6) la falta de seguridad en el trabajo, (7) los problemas en las relaciones laborales, (8) el trabajo por turnos y (9) el peligro físico. Estos factores psicosociales negativos serían los riesgos psicosociales laborales cuya existencia tiene alta probabilidad de dañar gravemente

la salud de los trabajadores, física, mental o socialmente. Son situaciones que afectan habitualmente de forma importante y grave a la salud. Afectan a derechos fundamentales del trabajador y tienen forma de protección legal (UEAPME, 2007). Los riesgos psicosociales tienen consecuencias graves como el estrés postraumático por situaciones de violencia o el desgaste profesional. Esta relación queda reflejada en la tabla 2.

Tabla 2. Relación factores de riesgo, riesgo y enfermedades psicosociales. Fuente: Moreno, 2011

Factores de riesgo psicosocial	Riesgos psicosociales	Enfermedades psicosociales
<ul style="list-style-type: none"><li>• Organización</li><li>• Ambiente físico</li><li>• Contenido de tareas</li><li>• Factores subjetivos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estrés laboral</li><li>• Desgaste profesional</li><li>• Violencia en el trabajo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sufrimiento psíquico y emocional</li><li>• Somatizaciones</li><li>• Enfermedades (cardiovasculares, respiratorias...)</li><li>• Lesiones psíquicas (ansiedad, depresión...)</li></ul>

En el Informe del Comité Mixto de la OIT/OMS sobre la medicina del trabajo tras la reunión celebrada en Ginebra del 18-24 de septiembre de 1984, recoge la definición de los factores psicosociales en el trabajo que consiste en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (OIT/OMS, 1984; Moreno y Baez, 2010; Moreno, 2014).

Los cambios vividos en nuestra sociedad moderna son debidos principalmente a los estados democráticos y a las empresas actuales. Estos protegen los derechos y sin ello difícilmente se podría pensar en el desarrollo económico y social en general (Collier, 2010; Cooper y Willians, 1994; Kaufmann y Kraay, 2002) posibilitando las condiciones de trabajo actuales. En un estado democrático las empresas crecen y dan lugar a un auge económico, comercial y tecnológico, una de sus características es su dinamismo, variabilidad y capacidad de cambio. La empresa puede ser una empresa flexible que conduce a un trabajo flexible y conlleva a la inseguridad e



incertidumbre del mercado, del trabajo y del trabajador (Carnoy, 2007; Handy, 1997), convirtiéndose la propia empresa en un factor de riesgo para el mercado, la economía y el trabajador.

Las organizaciones tienen un lado positivo, consideran que la gestión de los recursos humanos más eficiente es su consideración como personas (Casado, 2003). Los trabajadores son personas activas, agentes de su propio comportamiento (Bonache y Cabrera, 2002). Las empresas han descubierto el valor de los trabajadores como un recurso, dejando atrás a las explotaciones industriales y abusivas del siglo XVIII, desarrollando en los contextos laborales la calidad de vida, la responsabilidad social corporativa y la acción social de las empresas (Moreno, 2011). La calidad de vida laboral está relacionada con la calidad de los resultados y del sistema de producción (Elizur y Shye, 1990). Este tipo de planteamientos ha permitido hablar de organizaciones saludables que cumplen sus objetivos y facilitan el desarrollo profesional y personal de sus trabajadores (Cooper y Willians, 1994).

Los cambios empresariales exigen un esfuerzo de adaptación y una respuesta de estrés, produce nuevos riesgos sobre los que tiene escaso control, lo que lleva a una generación de la inseguridad, del miedo y del estrés. Estos nuevos riesgos provienen de las nuevas tecnologías, los nuevos sistemas de producción, las nuevas materias primas, los nuevos riesgos químicos y biológicos y la nueva forma de organizar la empresa, las fluctuaciones económicas rápidas, los nuevos sistemas de trabajo, la nueva sociodemografía del mercado laboral, las nuevas formas de contratación y en general, las nuevas formulaciones de las relaciones laborales, es decir de “riesgos psicosociales emergentes” (OSHA, 2007).

Estos riesgos psicosociales emergentes según la agencia Europea de la Seguridad y Salud en el Trabajo, se encuentran en el sector servicios que ha ido aumentando vertiginosamente desde la mitad del siglo XX a la actualidad con unas condiciones de trabajo muy diferentes al sector extractivo o industrial. En España este cambio se produjo en la mitad de la década de los 80, en particular los servicios públicos como consecuencia de la descentralización de la Administración Pública y como consecuencia de la expansión del estado de bienestar, centrado en la administración

y en la sanidad (Moreno, 2011). Los riesgos laborales del mercado de servicios son principalmente psicosociales. Son riesgos que provienen de las múltiples formas de atender a una clientela en interacción dinámica con el trabajador y esta interacción es su característica central. Entre los riesgos de tipo interactivo la violencia, el acoso y el acoso sexual serían uno de los principales, y dentro de la violencia, la violencia denominada tipo II o violencia del cliente. En este sector el trabajador no media para obtener un bien material, sino que el objeto del servicio son características personales del trabajador como su competencia, su dedicación y atención, es el trabajo emocional. No solo se le pide un resultado y un servicio sino que la ejecución del mismo sea placentera y agradable, que muestre emociones positivas por lo que hace. El agotamiento resultante de esta constante actividad interna y externa puede resultar extenuante (Martínez, 2001). El trabajo de servicios suele conllevar una demanda no solo de tiempo, dedicación y esfuerzo sino de actitud (Moreno-Jiménez, Gálvez, Rodríguez y Garrosa, 2010).

Los factores de riesgo psicosocial suelen afectar al núcleo de la organización. Su naturaleza es dinámica y cambiante, por lo que se debería crear una red organizacional de la salud laboral (Wilderon y Ashkanasy, 2011) que actúe con criterios de alerta, evaluación e intervención. Debemos conocer la organización del trabajo sobre la salud laboral, los factores y riesgos psicosociales son eventos centinelas de la salud global de una empresa, estos marcan la pauta de la atención y valoración de la empresa hacia los trabajadores (Moreno, 2011).

Los efectos de la organización del trabajo son intangibles e inespecíficos, se manifiestan a través de mecanismos emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, apatía, etc.), cognitivos (restricción de la percepción, concentración, creatividad, de decisión, etc.), conductuales (abuso drogas, violencia, aislamiento, comer compulsivamente, etc.) y fisiológicos. Todos estos procesos están estrechamente relacionados entre sí y tienen su base en la interacción entre las oportunidades y demandas de la organización y las necesidades, habilidades y expectativas individuales (Moncada y Llorens, 2007).

En la figura 1 se puede observar la relación entre los factores psicosociales y la repercusión sobre el rendimiento, la salud y la satisfacción en el trabajo.

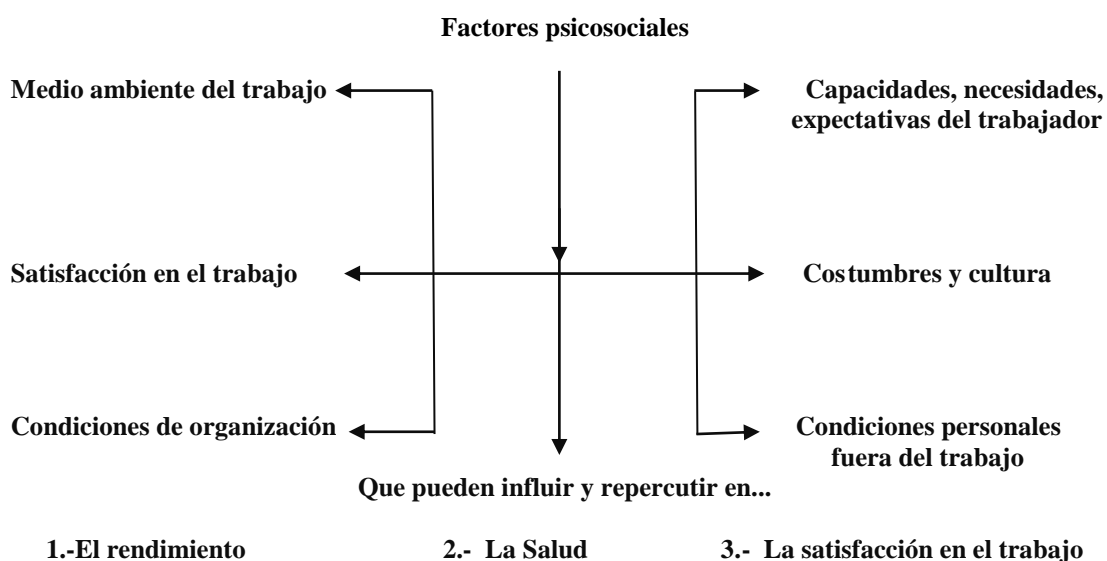


Figura 1. Modelo de Informe del Comité Mixto para definir factores psicosociales en trabajo (OIT/OMS, 1984).

El estudio de los aspectos organizacionales y psicosociales y su relación con la salud laboral, no es nuevo, aunque sí la importancia que ha ido adquiriendo en los últimos años (INSHT, 2007; Moncada y Artazcoz, 2007). Como consecuencia de los cambios producidos en las organizaciones y de los procesos de globalización actual, la exposición a los riesgos psicosociales se ha hecho más evidentes con mayor frecuencia e intensidad, haciéndose necesaria su identificación, evaluación y control con el fin de evitar los riesgos asociados para la salud y la seguridad en el trabajo (CEM, 2013; Moreno y Baez, 2010; OSHA 2007; OSHA, 2014).

Por ello, en el análisis de una situación, además de conocer cuáles son las características del trabajo debemos conocer la percepción que tienen los trabajadores y la encuesta europea en las empresas sobre riesgos nuevos y emergentes puede ayudar. Los datos sobre accidentes laborales y enfermedades profesionales se obtienen mediante encuestas de los trabajadores y sistemas de informes, pero se sabe muy poco acerca de la forma en que se gestionan los «riesgos nuevos y emergentes», como el estrés, la violencia y el acoso en el lugar de trabajo (AESST, 2013).

Los indicadores relativos a los factores de riesgo psicosocial en la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011 publicado en 2013 se pueden agrupar en tres ámbitos: uno es el de las exigencias del trabajo a las que el trabajador debe hacer frente para el cumplimiento de su tarea, otro es el grado de autonomía de que dispone para decidir cómo ejecutar la tarea y el tercero es el relativo a las relaciones sociales en el trabajo, analizadas a través de indicadores como el nivel de apoyo, el reconocimiento del trabajo y las situaciones de violencia sufridas (INSHT, 2013).

En este conjunto de interacciones puede ubicarse gran variedad de factores que construyen la complejidad del ambiente de trabajo, dentro de los *factores del medio ambiente físico*, la capacidad de perturbación que tienen estos (ruido, calor, agentes químicos, agentes biológicos...), favoreciendo el poder generar alto nivel de estrés en los trabajadores. Los *factores propios de la tarea*, sobrecarga o poca carga de trabajo, trabajo repetitivo, monótono, exigencias cognitivas, emocionales, de comunicación... *La organización del tiempo* de trabajo, el tiempo de trabajo y la jornada (turnicidad) condicionan la interacción de las personas trabajadoras, dentro y fuera de la organización; casi establece la forma de vida y de relaciones personales. *Modalidades de gestión y funcionamiento de la empresa*, definir claramente las funciones, los conflictos de competencia, poder participar en la toma de decisiones, la promoción, el reconocimiento y la remuneración.

Es importantísimo que la empresa evalúe los factores psicosociales y sus efectos. La actividad laboral es una creación artificial, donde se produce un encuentro humano y se trabaja con humanos, y la producción es sobre los humanos, por lo que requiere de un diseño de funcionamiento y una responsabilidad sobre la integridad y dignidad de las personas que en tal empeño productivo participan.

Se están produciendo cambios laborales que provocan la aparición de riesgos psicosociales vinculados al modo en que se diseña, organiza y gestiona el trabajo, así como el contexto económico y social del mismo. La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (AESST) crea un observatorio de riesgos para facilitar y trabajar anticipadamente los nuevos riesgos o riesgos emergentes, según

este Observatorio de Riesgos (2007) los define como cualquier riesgo nuevo que va en aumento.

Los diez riesgos psicosociales emergentes que los expertos han identificado como principales pueden agruparse en cinco áreas (AESST, 2007):

1. *Nuevas formas de contratación laboral e inseguridad en el puesto de trabajo*

La aparición de contratos de trabajo más precarios, junto con la tendencia a la producción ajustada (obtención de bienes y servicios con menor despilfarro) y a la subcontratación (utilización de organizaciones externas para llevar a cabo determinadas tareas), pueden afectar a la salud y la seguridad de los trabajadores. Los trabajadores sujetos a contratos precarios suelen realizar las tareas más peligrosas, trabajar en peores condiciones y recibir menos formación en materia de seguridad y salud del trabajo. El trabajo en mercados laborales inestables puede ocasionar sentimientos de inseguridad y acrecentar el estrés profesional.

2. *El envejecimiento de la población activa.* Una consecuencia del envejecimiento de la población y del retraso de la edad de jubilación es que la población activa de Europa es hoy mayor que hace unas décadas. Los expertos que participaron en la elaboración de las previsiones señalan que los trabajadores de mayor edad son más vulnerables que los jóvenes a los riesgos que se derivan de unas condiciones de trabajo deficientes. Además, el hecho de que no se les ofrezca formación permanente agrava la carga mental y emocional, lo que puede repercutir en su salud y elevar las probabilidades de sufrir accidentes laborales.

3. *Intensificación del trabajo* Muchos trabajadores manejan volúmenes de información cada vez mayores y han de hacer frente a cargas de trabajo superiores y a una mayor presión en el ámbito laboral. Algunos, en particular los que están sometidos a formas de contratación nuevas o trabajan en campos muy competitivos, suelen sentirse menos seguros.

4. *Fuertes exigencias emocionales en el trabajo.* Esta cuestión no es nueva, pero genera gran preocupación, sobre todo en los sectores de la asistencia sanitaria y de los servicios en general, que están en fase de expansión y son muy competitivos. Los expertos señalan el acoso en el trabajo como un factor de estrés emocional para los trabajadores. El problema de la violencia y el acoso puede afectar a todas las profesiones y sectores, tanto para las víctimas como para los testigos, este tipo de actuaciones genera estrés y puede afectar gravemente a su salud mental y física.

5. *Desequilibrio entre la vida laboral y personal.* Los problemas laborales pueden afectar a la vida privada del que los padece. Un empleo precario, unas cargas de trabajo excesivas y unos horarios laborales variables o impredecibles (sobre todo cuando no existe la posibilidad de que el trabajador los ajuste a sus necesidades personales) pueden provocar un conflicto entre las exigencias de la vida profesional y la vida privada. El resultado es un desequilibrio entre la vida laboral y la personal, con un efecto perjudicial para el bienestar del trabajador.

### **1.3. Violencia y condiciones de trabajo.**

La VII encuesta nacional de condiciones de trabajo (INSHT, 2013) que estudia todos los aspectos relevantes de las condiciones de trabajo y su relación con la salud y seguridad de los trabajadores, destaca el empeoramiento derivado de los factores psicosociales respecto a los 4 años anteriores debido a la percepción de tener mucho trabajo y sentirse agobiado, tener que trabajar muy rápido y el deber de atender varias tareas al mismo tiempo. Siete de cada diez trabajadores tienen algún problema de salud y manifiestan sufrir cansancio, agotamiento y estrés. El 33,8% de los trabajadores sanitarios indican que tienen mucho trabajo y se sienten agobiados. Hay que tener en cuenta las exigencias emocionales del trabajo ya que se trabaja con pacientes. El trabajador debe dominar y, a menudo, reprimir sus emociones al tiempo que ha de controlar las emociones de las personas a las que da servicio, lo cual puede ser vivido como una fuente de conflictos emocionales muy estresantes. Pero esto no significa que el contacto con el público sea necesariamente una fuente

de riesgo psicosocial aunque en ocasiones este tipo de trabajo conlleva el riesgo de sufrir actos violentos, la encuesta aporta diferentes datos que evidencian esta situación, el 12,7% de los trabajadores con atención directa al público han sufrido dichos actos. De estos el 26,5% manifiestan la falta de equipos materiales o humanos necesarios para garantizar la seguridad frente a este riesgo. Las conductas violentas a las que con más frecuencia señalan los trabajadores haber estado expuestos son: las agresiones verbales, rumores o aislamiento social; las amenazas de violencia física; y, la violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo.

Por ramas de actividad, los profesionales de la salud, de la administración pública y de la educación son los más expuestos a agresiones verbales (17,9%) y a amenazas con violencia física (9,6%, de las que 6,4% son llevadas a cabo por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo). Por ocupación el personal sanitario es el más expuesto junto al personal de defensa y seguridad. Los sanitarios han sufrido el 17% de agresiones verbales y un 9,5% de violencia física, siendo cometido por personas no pertenecientes al lugar de trabajo el 6,2%. Respecto al género, destaca que las mujeres son objeto de agresiones verbales, rumores o aislamiento en un 8% frente a los hombres que está en un 6,7%. Este informe también destaca que a medida que aumenta el tamaño de la plantilla del establecimiento de trabajo aumenta la exposición a conductas violentas.

La violencia en el trabajo, en sus diferentes formas, representa el segundo riesgo psicosocial en orden de importancia. La violencia es probablemente un rasgo de las nuevas formas y estilos de vida, predominantemente urbana, anónima, acelerada y competitiva. La violencia es un marcador de nuestra sociedad occidental que se ha trasladado al marco laboral en el que ha ido aumentando en los últimos años (Chappell y Di Martino, 2006).

La manifestación de sintomatología de corte psicósomático (dolor de cabeza, insomnio, estrés, ansiedad o nerviosismo) es significativamente mayor en los trabajadores expuestos a violencia en su puesto de trabajo frente a los que no lo están.

La violencia tiene consecuencias sobre la calidad de vida laboral y repercute en la salud del trabajador (física y/o mental). La violencia realizada por el cliente reconocida como uno de los tipos básicos de violencia en el trabajo (violencia tipo II como posteriormente describiremos), su estudio se caracteriza por ser marcadamente insuficiente hasta el momento. Por otro lado se observa que la orientación de los esfuerzos de las empresas de servicios en el mercado laboral se dirige al cliente, a la satisfacción de éste, generando conductas agresivas a partir de la frustración de las expectativas de los servicios, de la ira o la rabia ante la incapacidad para obtener lo deseado, siendo generalmente conductas agresivas reactivas (Anderson y Bushman, 2002).

La violencia física genera en los empleados miedo en un primer lugar, y una disminución de los recursos emocionales y cognitivos del trabajador en segundo lugar. Sin embargo, el análisis de los efectos de la violencia no puede hacerse atendiendo solo a la violencia realmente ejercida, a los hechos violentos, pues también la amenaza ambiental de violencia genera efectos similares. Víctimas de la violencia lo son no solo quienes la sufren, sino quienes la anticipan y quienes la contemplan, tal como puso de manifiesto Taylor (1989), también quienes presencian sucesos de violencia sufren sus efectos (Moreno y Báez, 2010). La agresión no física está más extendida en los lugares de trabajo que la física, suelen ser conductas incívicas, conducta antisocial, pudiendo ser llevado a la práctica tanto por personas ajenas a la organización como por compañeros de trabajo o jefes, con tendencia al alza.

La violencia es un riesgo laboral que ha ido teniendo cada vez mayor atención legal y de la jurisprudencia. Dentro de los riesgos psicosociales se encuentra la violencia laboral en todas sus formas y para poder abordarla debemos partir tanto de los indicadores de la organización del trabajo relacionados con la siniestralidad laboral como de los indicadores de bienestar psicosocial que contribuyen con la satisfacción laboral como factor moderador de siniestralidad.





## **Capítulo 2**

# **MARCO TEÓRICO**



## Capítulo 2.- Marco teórico

En este capítulo describiremos los conceptos necesarios para poder seguir esta investigación, las premisas de las cuales partimos y en las que nos basaremos para explicar los resultados obtenidos.

### 2.1. El concepto de violencia.

La violencia es toda acción que atenta contra la dignidad, la libertad y la integridad física y psíquica del ser humano, produciéndole sufrimiento, dolor o cualquier forma de limitación a su bienestar o al libre ejercicio de sus derechos, acompañado por un sentimiento de coerción y peligro. La carencia de respeto genera violencia. La violencia es definida en el diccionario de la lengua española como el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer daño o sometimiento grave (físico, sexual, verbal o psicológico) a un individuo o a una colectividad; o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o las futuras. Puede producirse a través de acciones y lenguajes, pero también de silencios e inacciones.

La violencia es una reacción que se revela ante hechos y situaciones capaces de afectar a un individuo y su entorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como *“el empleo intencionado de la fuerza o poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, contra otra persona, o contra un grupo o comunidad, que produce o puede producir lesión, muerte, daño psicológico, malformaciones o privaciones”* (OMS, 2002, pág. 4). Esta definición incluye la violencia interpersonal, el comportamiento suicida y la violencia colectiva.

En nuestro estudio nos centraremos única y exclusivamente en la violencia interpersonal. La violencia interpersonal a su vez se divide en dos subcategorías: violencia intrafamiliar o de pareja y la violencia comunitaria. Esta última es la que se produce entre individuos no relacionados entre sí, que pueden conocerse o no y

acontecen fuera del hogar. En este grupo estaría incluida la violencia en el lugar de trabajo.

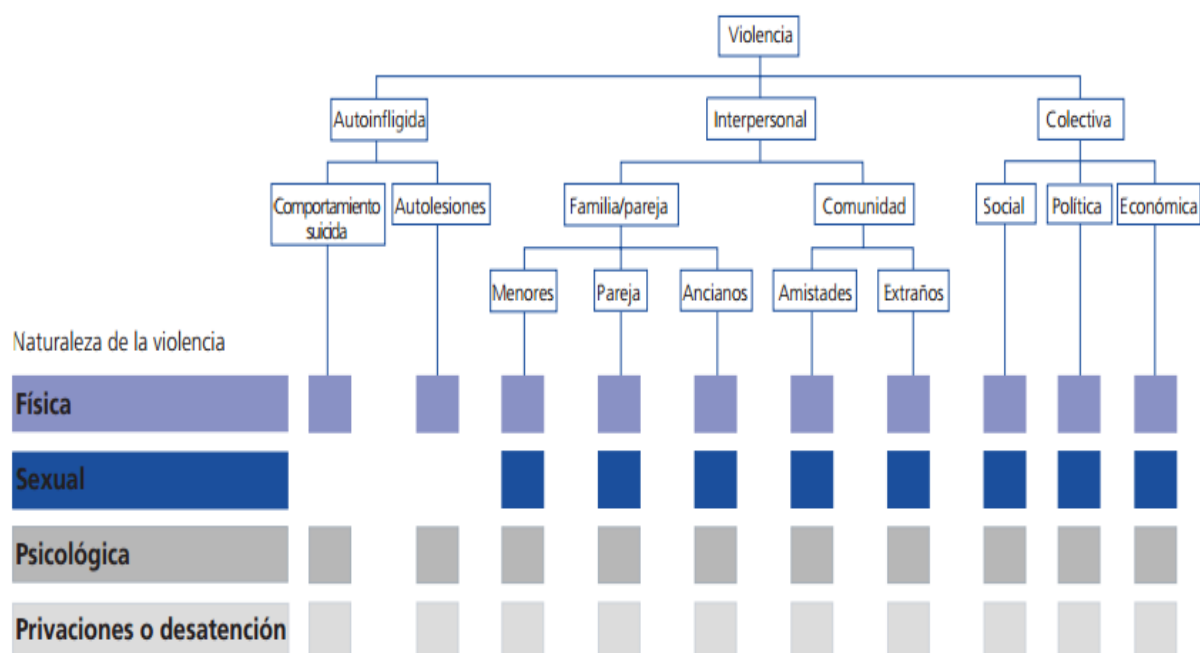


Figura 2. Clasificación de la violencia. (OPS/OMS, 2002)

La violencia es una forma de resolver conflictos, individuales y colectivos. Cuando se habla de violencia se encuentra extendida y es conocida en diferentes esferas sociales, la familia, los colegios, en los barrios, en las ciudades, en instituciones políticas, en el trabajo (UGT, 2007).

En el intento de enmarcar este estudio se diferenciarán dos pensamientos; una violencia innata frente a una violencia como fenómeno adquirido o social. Así, autores como Sigmund Freud o Konrad Lorenz, consideran que la violencia arranca de nuestra índole animal, de un impulso ingobernable hacia la agresión. Una fuerza inscrita en la estructura biológica del ser humano. Por consiguiente, considera que los instintos se relacionan con la virulencia y el individuo, al reaccionar de esta manera a estímulos desagradables y dolorosos. En este mismo orden de ideas, Freud afirma que la violencia nace de la parte animal del ser humano como una posibilidad automática e innata que se descarga fácilmente ante cualquier estímulo que se

exterioriza de una forma irracional. Ésta se expresa a través de la agresión (Sánchez, Zárate, y Chan, 2007).

Erich Fromm, cuestionó contundentemente la tesis "*instintivista*" y puso de manifiesto la determinación cultural en la configuración de la personalidad. La destructividad no es un impulso o fuerza incontrolable dentro del ser humano, sino parte de la configuración histórica de las sociedades. El hombre no nació destructivo, no lleva dentro de sí los genes de la violencia, su desarrollo, su deseo de dominio, de posicionarse frente a las cosas, lo llevó a generar formas destructivas de convivencia. La destrucción y la crueldad no pertenecen a la naturaleza humana y por lo tanto se puede intentar minimizarla (Fromm, 1985).

La violencia no parece ser innata en la naturaleza humana. Nuestro físico humano nos lleva a pensar que nuestros antepasados fueron no-violentos (no tenemos garras, ni dientes amenazadores, ni una gran fuerza, es más éstas se fueron haciendo más débiles, degenerando en los dientes actuales y en uñas inofensivas para una vida pacífica). Para sobrevivir el hombre se convierte en un animal social.

Difícilmente se podría actuar desde la perspectiva de los cuidados de enfermería si el concepto elegido fuese el de instinto innato, pero si se sigue buscando podemos definir la violencia como un fenómeno complejo, multifactorial, numerosas facetas, inserto en la sociedad en los más diversos contextos. Para analizarla y comprenderla requiere una visión integral, multidisciplinar; una visión integral del problema implica la perspectiva multidisciplinaria.

La agresividad no es violencia, es un proceso "*desestructurante*" basado en la falta de respeto a la biología amorosa humana, y es esencialmente antisocial. La agresividad como expresión de la violencia, tiene diversas formas que se expresan de diversas maneras con rasgos que no son estables y se tienen en cuenta según el estímulo o la situación que la provoca. Todo ello nos hace plantearnos ¿Es el hombre bueno por naturaleza o, por el contrario, se hace violento?. Complicada respuesta, pero la realidad es que nos encontramos viviendo en un mundo en el que la presencia de la violencia es innegable. Nos mueve el interés propio en vez de recurrir a la Ley o

aceptar arbitraje o promover el ejercicio de la legislación, impera la tendencia a la “confrontación”, aún a costa del resquebrajamiento social y de la victimización inmerecida.

Los etólogos, en sus investigaciones sobre el comportamiento innato de los animales, llegaron a la conclusión de que el instinto agresivo tiene un carácter de supervivencia. Por lo tanto, la agresión existente entre los animales no es negativa para la especie, sino un instinto necesario para sobrevivir. En 1859 Charles Darwin, en su obra sobre *"El origen de las especies por medio de la selección natural"*, nos explica que el instinto de lucha por la vida de una especie, selecciona lo mejor de esa especie, y en el caso del hombre evolucionó sobreponiéndose a la naturaleza salvaje de los primates. Sobreviven los mejores. Solamente así puede explicarse el enfrentamiento habido entre especies y grupos sociales, apenas el hombre entra en la historia, salvaje, impotente ante la naturaleza y en medio de una cierta desigualdad social que, con el transcurso del tiempo, deriva en la lucha de clases. Si ojeamos nuestra historia como humanos, encontramos una larga y constante lucha entre grupos, tribus, pueblos, comarcas, ciudades, estados o aplicando la fuerza, la superioridad de cualquier índole para infligir un daño y conseguir un fin propuesto. La historia de la humanidad es una historia de guerras y conquistas, donde el más fuerte se impone al más débil.

Los naturalistas sostienen que una de las peculiaridades de la especie humana es su educabilidad, su capacidad de adaptación y su flexibilidad; factores que dan pie y dieron pie a la evolución de la humanidad. De ahí que en las comunidades primitivas, donde los grupos humanos estaban constituidos por una veintena de individuos, los elementos agresivos no hubiesen prosperado. En esas sociedades, cuyas actividades principales eran la recolección y la caza, la ayuda mutua y la preocupación por los demás, la cooperación, no solo eran estimadas, sino que constituían condiciones estrictamente necesarias para la supervivencia del grupo (Montoya, 2006).

En el siglo XVIII, Jean-Jacques Rousseau sostenía la teoría de que el hombre era naturalmente bueno, que la sociedad corrompía esta bondad y que, por lo tanto, la persona no nacía perversa sino que se hacía. Bandura (1961), de acuerdo con el

filósofo francés, estimó que el comportamiento humano, más que ser genético o hereditario, es un fenómeno adquirido por medio de la observación e imitación. En idéntica línea se mantiene Montagu (1976), para quien la agresividad de los hombres no es una reacción sino una respuesta: el hombre no nace con un carácter agresivo, sino con un sistema muy organizado de tendencias hacia el crecimiento y el desarrollo de su ambiente de comprensión y cooperación.

En su libro *"Hombre y evolución"* Lewis (1968), rebate la teoría sobre la agresividad innata, señalando que no existen razones para suponer que el hombre sea movido por impulsos instintivos, ya que *"no existe testimonio antropológico alguno que corrobore esa concepción del hombre primitivo considerado como un ser esencialmente competitivo. El hombre, al contrario, ha sido siempre, por naturaleza, más cooperativo que agresivo. La teoría psicológica de Freud, afirmando la indiscutible base agresiva de la naturaleza humana, no tiene validez real alguna"* (pág. 136).

El antropólogo Ashley Montagu desbarata en unas pocas líneas la maldad intrínseca del ser humano, la violencia, la agresividad y el egoísmo innato de las personas. Los humanos hemos nacido, por el contrario, para la cooperación, para jugar, amar y vivir, y solo la frustración de estos impulsos conduce a la agresividad y la violencia.

El profesor de Deil S. Wright sugirió que cuanto mayor es la división del trabajo en una sociedad, tanto más belicosa es ésta y las sociedades con sistemas de clases son las más guerreras de todas. Los hombres primitivos son los menos guerreros, aumentando la belicosidad a medida que aumenta la civilización. Si la destrucción hubiese sido innata en el hombre, la tendencia hubiese sido a la inversa (Wright, 1997).

Una sociedad gigantesca se hace impersonal en exceso, y una sociedad impersonal se vuelve dura. Los seres humanos se comportan mejor en relaciones personales directas que en relaciones institucionales indirectas. Estamos viviendo en una época de indiferencia antisocial de la sociedad, hay una búsqueda desenfrenada del propio interés pudiendo resquebrajar la red social que conocemos. En esta búsqueda de



ventaja óptima posible para uno, aparece el comportamiento violento manifestado por la agresión que como cualquier tipo de comportamiento es aprendido.

## **2.2. La violencia laboral.**

El fenómeno de la violencia afecta a todas las clases sociales y a todos los niveles socioculturales. Las relaciones violentas presentan tres características básicas: se trata de una relación de fuerza, produce daño y tiene direccionalidad. Fuerza: la aplicación de poder físico o psicológico que da capacidad de obligar a alguien a hacer algo que no quiere. Daño: cualquier tipo y grado de detrimento para la integridad del otro, pudiendo ser daño físico, psíquico, etc. Así, la OMS define la violencia laboral como *“aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud”* (pág. 14). Los agresores pueden ser tanto pacientes, clientes como compañeros de trabajo y la OIT en 1998, propuso definir como violencia laboral a *“cualquier acción, todo incidente o comportamiento que no pueda considerarse una actitud razonable y con el cual se ataca, perjudica, degrada o hiere a una persona dentro del marco de su trabajo o debido directamente al mismo”*(pág.13).

Para la Health and Safety Executive del Reino Unido la violencia en el lugar de trabajo es *“toda situación en la que un trabajador sea insultado, amenazado o agredido por otra persona en circunstancias surgidas durante el desempeño de su trabajo. Los agresores pueden ser pacientes, clientes o compañeros de trabajo”* (Warshaw, 2001, pág. 4). Así, bajo el término violencia laboral se incluyen tanto las agresiones físicas y las amenazas de agresión, como los actos violentos dirigidos a las personas que trabajan o están de turno en dichas instalaciones.

En nuestro contexto, la Conselleria de Sanitat en el decreto 159/2009 de 2 octubre, definió la violencia laboral apoyándose en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo,*

*incluyendo el trayecto entre el domicilio particular y el trabajo, con la implicación de que se amenace, explícita o implícitamente, su seguridad, bienestar o salud” (pág. 36977).*

La agresión como expresión de la violencia laboral, tiene diversas formas que se expresan de diversas maneras con rasgos que no son estables y se tienen en cuenta según el estímulo o la situación que la provoca y entre ellas nos encontramos:

- La *agresión física*: considerada como la fuerza de índole mecánica, real y corporal, manifestada en contra de un individuo para alcanzar uno o varios fines.
- La *agresión verbal*: Se manifiesta acompañada de las otras formas de violencia, es decir, mediante el lenguaje físico, psicológico o moral. También incluye diversas expresiones de naturaleza oral, tales como insultos, reproches o chantajes.
- La *agresión psicológica*: Representa cualquier situación de tensión generado sobre un sujeto, una comunidad o una sociedad. A la vez, esta procacidad abarca presiones de toda clase: las provocaciones, las torturas mentales, las burlas, los temores, las amenazas y las atemorizaciones.
- La *agresión moral*: Es el rechazo que el hombre experimenta contra sus semejantes, rompiendo todos los preceptos morales. Igualmente, éste se presenta a través de la repugnancia y la oposición.

Las agresiones conllevan un proceso desestructurante basado en la falta de respeto y el carácter antisocial y cada día son más altos los índices de casos de violencia, generándose una nueva problemática con las víctimas, que son objeto de marginación y de ocultamiento. Mendelsohn en el año 1940, definió esta situación "victimización" y a la "victimología" como la ciencia encargada del estudio de la víctima.

La victimología es el estudio científico de la víctima, se ha de focalizar su estudio en los factores que llevan a una persona a convertirse, con más frecuencia que otras, en víctima y en el papel que desempeña ésta en el desencadenamiento de la agresión.

¿La víctima es un sujeto pasivo y anónimo o por el contrario da significación a la interacción agresor-víctima? De ahí la importancia de estudiar el perfil de la víctima que sufre una agresión.

### **2.3. La víctima y el proceso de victimización.**

La víctima es el ser humano que padece daño en los bienes jurídicamente protegidos por las normativa: vida, salud, propiedad, honor, honestidad, por un hecho de otro, por accidentes debidos a factores humanos, mecánicos o naturales, un criterio más amplio (lo sostiene la victimología crítica) nos lleva a asimilar el concepto de víctima a todas aquellas personas que se vieran afectadas en sus derechos.

En el Decreto 159/2009 citado ya anteriormente, en su artículo 1 define a la víctima como *“El trabajador que es objeto de un incidente de violencia en relación con su trabajo conforme a la definición ya vista de violencia en el lugar de trabajo”*.

Existen diversas formas de convertirse en víctima:

- *Precipitación*: la víctima puede actuar de tal forma que fomente o precipite la conducta del delincuente.
- *Facilitación*: aunque la víctima no intervenga activamente, puede facilitar su acción de modo deliberado o por el contrario de modo no consciente, en una situación de riesgo. En general, cualquier persona que no adopte las precauciones debidas para no ser víctima, está facilitando su victimización ya que ella misma está creando riesgos especiales.
- *Vulnerabilidad*: se refiere a la debilidad de los sujetos ante los actos de violencia. A los grupos de personas que presentan una indefensión o menor capacidad de repeler o evitar el acto y se incluye a personas ancianas, niños, mujeres y personas con retraso cognitivo.
- *Oportunidad*: se trata de una condición necesaria para que pueda ocurrir el acto y se refiere a la pertinencia, tanto de medios como de lugares en los que se encuentra la víctima potencial; ocasión que tienen los atacantes potenciales de conocer o tomar contacto con sus posibles víctimas.

- *Atractivo*: desde el punto de vista del actor unos objetivos pueden ser más atractivos que otros, derivando por tanto un mayor riesgo de victimización en función de la posesión o no de estos.
- *Impunidad*: existen ciertos criterios que aluden que el autor de estos actos tiene menor probabilidad de ser atendidos por las instituciones legales.
- *Actividad rutinaria*: Según la Teoría de la Actividad Rutinaria, la victimización está asociada con el estilo de vida, la rutina diaria o comportamiento y con variables demográficas. La actividad rutinaria influye en el grado de exposición a tal actividad del atacante potencial, cómo son de valiosos y vulnerables los individuos o sus propiedades como objetivos y cómo están guardadas o protegidas tanto ellos como sus propiedades (Cuesta y Varona, 2013).

Si atendemos al concepto de maltrato como una situación sociosanitaria fruto o consecuencia de los cambios sociodemográficos y que en la actualidad emerge con fuerza este maltrato lo podemos definir como la violencia en el lugar de trabajo que abarca desde el lenguaje ofensivo o amenazador hasta el homicidio.

Se describen tres niveles de victimización (Baca, Echeburúa, y Tamarit, 2006):

- *Victimización primaria*: es la dirigida contra una persona o individuo en particular, esta experiencia supondrá diversas consecuencias en la víctima, de índole física, psíquica, económica, social, ect. Además del posible daño físico puede sufrir un severo impacto psicológico, la víctima se siente impotente, con miedo a que la agresión se repita (ansiedad, angustia o abatimiento) e incluso con sentimiento de culpa con relación a los hechos.
- *Victimización secundaria*: es la que padecen grupos específicos. Es la relación de la víctima con el sistema jurídico penal, experiencia que puede ser más cruel que la victimización primaria. En muchas ocasiones las víctimas tienen el sentimiento de convertirse en acusadas.
- *Victimización terciaria*: es la dirigida contra la comunidad en general, es decir contra la población total. Esta victimización se asimila frecuentemente a la victimización supranacional (Beristain, 2000) .

Las cifras de víctimas de la violencia son cada vez mayores en el mundo, esto sin lugar a dudas resulta muy alarmante, pues da la evidencia que las relaciones sociales y familiares se desarrollan sobre actos violentos. Las víctimas, en su mayoría, no

saben que hacer ante un acto de violencia, no conocen el trámite a seguir o simplemente no lo comunican.

En el mundo laboral, uno de los riesgos a los que están sometidos las personas en el desempeño de su trabajo deriva de la interrelación con otras personas. Los comportamientos violentos pueden suponer un importante riesgo para la salud y seguridad de las personas.

#### **2.4. Tipos de violencia.**

Una de las clasificaciones más difundidas sobre los tipos de violencia en el trabajo es la elaborada por la *California Division of Occupational Health and Safety (Cal/OSHA)*. Esta clasificación divide a los eventos violentos en tres grupos según recoge la Nota Técnica de Prevención -NTP-489 (Pérez y Nogareda, 1998) en función de quienes son las personas implicadas y del tipo de relación existente entre ellas.

- *Violencia tipo I*: Se caracteriza este grupo porque quienes llevan a cabo las acciones violentas no tienen ninguna relación legítima de trato con la víctima. Es decir, no existe un trato comercial o de usuario entre el perpetrador y la víctima. Los casos más habituales se refieren a acciones con ánimo de robo. El mayor riesgo de sufrir violencia de este tipo lo tienen los establecimientos comerciales, bancos, lugares de almacenamiento de objetos valiosos, personas que trabajan con intercambio de dinero, taxistas, etc.
- *Violencia tipo II*: En estos casos existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima. El primero puede ser quien recibe un servicio ofrecido por el lugar afectado por el hecho violento o que ofrece la propia víctima (un cliente, un paciente, un consumidor...). Normalmente estos hechos violentos se producen mientras se ofrece el servicio (como seguridad pública, conductores autobús, personal sanitario, profesores, vendedores u otros trabajadores del sector público o privado que ofrecen servicios profesionales, públicos o privados).
- *Violencia tipo III*: En este tipo de violencia el causante de la misma tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto de tal lugar. Muchos son los escenarios que pueden plantearse en este grupo: el más común es aquel en el que hay una implicación laboral directa entre el perpetrador (por ejemplo, un empleado actual, o que ya no lo es) y el trabajador-víctima. Otro caso es

aquel en el que existe una relación personal entre ambos sujetos (cónyuge, ex-cónyuge, pariente, amigos). Más raramente suele existir una implicación más indirecta; por ejemplo, el perpetrador elige un cierto lugar (no tanto a los trabajadores que en él trabajan) porque tiene rencor, animadversión hacia tal sitio por tener para él una carga representativa o simbólica (Pérez y Nogareda, 1998).

Lo que resulta importante, como punto de partida, es proceder al análisis de los trabajos que se realizan en una empresa para identificar cuáles tienen riesgo. Para ello es importante contar con las aportaciones de los sujetos pasivos de los actos violentos, los trabajadores. Existen algunos factores que pueden incrementar la posibilidad de que se produzcan actos violentos; los más significativos de dichos factores se asocian al entorno de trabajo, al propio trabajo y a las características del perpetrador. Por tanto queda definida la violencia como la acción en la que se hace prevalecer un factor mediante el uso directo de la fuerza física o cualquier otro medio que, indirectamente haga referencia a ella. Lo cual no implica su bondad o maldad, pero si aclara la situación actual en la que es empleada en demasía y cuando ni siquiera procede. Este discurso se puede aplicar en el contexto de la relación del profesional sanitario y el paciente donde se debería aplicar la racionalidad. En estos espacios se trabaja y atiende a muchos usuarios y bajo mucha presión, en situación tensa y extrema que no han escogido.

En nuestro estudio nos centraremos en la violencia tipo II, ya que como hemos comentado, nuestro centro de interés es llegar a conocer por qué los trabajadores son agredidos en sus puestos de trabajo mientras realizaban sus tareas las cuales van dirigidas hacia personas que requieren su atención y cuidados.

## **2.5. Alcance de la violencia en el lugar de trabajo.**

A nivel mundial, la violencia en el trabajo es un riesgo laboral grave y sorprendentemente poco estudiado, sobretodo en el ámbito sanitario. Constituye un importante problema de salud y seguridad. Los trabajadores de la salud están particularmente expuestos a sufrir violencia en el trabajo. Poco se sabe de por qué ocurre y de las consecuencias de ser víctima de la violencia en el trabajo (AbuAlRub y Khawaldeh, 2014; Chechak y Csiernik, 2014; Lanctôt y Guay, 2014). Debido al

desconocimiento real de la frecuencia de la casuística de la violencia en el trabajo por la escasa comunicación y/o denuncia de los actos violentos producidos en el lugar de trabajo (Kvas y Seljak, 2014), siendo la principal razón para no denunciar la creencia de que no cambiaría nada revelando la falta de respuesta por parte de estructuras de liderazgo en las organizaciones. Si no hay denuncia, no hay noticia *criminis* y no puede haber represión, teniendo los agresores la sensación o ilusión de impunidad de sus conductas delictivas. Los profesionales de la salud tras sufrir actos violentos en sus puestos de trabajo experimentan estrés, bajo rendimiento laboral, insatisfacción laboral, ausentismo y abandono profesional (Shahzad y Malik, 2014), disminución de la calidad de vida (Wu, Lin, Li, Chai, Zhang, Wu y Zhu, 2014).

El *Instituto Nacional de la Salud y Seguridad Ocupacional* (NIOSH) ha encontrado que un promedio de 20 empleados son asesinados anualmente en los Estados Unidos. Además, cerca de 1 millón de trabajadores (18.000 por semana) son víctimas de ataques no mortales cada año. El homicidio es la segunda causa de muerte en el trabajo. Una gran parte de los ataques no mortales en los lugares de trabajo ocurren en ambientes de servicio tales como hospitales, clínicas para ancianos, y agencias de servicios sociales. El cuarenta y ocho por ciento de los ataques en los lugares de trabajo son cometidos por pacientes. Los ataques no mortales en los lugares de trabajo tienen como consecuencia más de 876.000 días de trabajo perdidos y 16 millones de dólares en pérdidas salariales. Es muy similar la proporción de ataques no mortales que ocurren entre hombres y mujeres. (NIOSH, 1997).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa de que casi un 25% de todos los incidentes de violencia en el trabajo se producen en el sector sanitario (OMS, 2002; Rodríguez, Maestre, y Borda, 2011).

Estos incidentes violentos, además del grave efecto emocional y físico que acarrea, también conlleva gastos médicos y pérdidas en la productividad. Gastos que van aumentando al agregar gastos del sistema judicial por delitos penales, servicio social y otros. Como dijo el director Rodney Hammond (2013) de la División de Prevención de la Violencia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

(CDC): “La violencia no es algo que simplemente sucede y usted no puede hacer nada al respecto. Se puede prevenir”.

Los trabajadores de hospital tienen un riesgo elevado de experimentar la violencia en el lugar de trabajo. Según los cálculos aproximados del Departamento de Estadísticas de Trabajo (“*The Bureau of Labor Statistics*”, BLS), los empleados de hospital sufrieron 2.637 agresiones no mortales en 1999, es decir, una tasa de 8,3 agresiones por cada 10.000 trabajadores. Este nivel es mucho más alto que el de las agresiones no mortales en todas las industrias del sector privado, que es de 2 por cada 10.000 trabajadores (CDC, 2002). Aun así, las críticas a la investigación sobre la violencia laboral a nivel internacional son múltiples y lo realizado hasta la fecha insuficiente (Fens, 2005).

La *III Encuesta de Condiciones de Trabajo* realizada por la Unión Europea (INSHT, 2000) recoge que el 4% de los trabajadores aseguraba haber sido víctima alguna vez de violencia física real por parte de clientes/usuarios y muchos otros decían haber sufrido amenazas e insultos por parte de aquellos. A nivel europeo los estudios repiten la información, la violencia en el lugar de trabajo se presenta como un riesgo emergente y que va en aumento. Se desconoce el por qué, no se saben las causas que lo provocan pero sí que está relacionado con las características específicas del mercado de trabajo (género, edad, sector, etc.) y del entorno de trabajo (cliente frecuencia de contacto, la presión del tiempo, control y equipo de trabajo). Parece que la calidad del contacto con el cliente está cambiando, dando lugar a riesgos de violencia más altos (Van den Bossche, Taris, Houtman, Smulders, y Kompier, 2013). En España se alcanzan cotas de gran calidad por la magnífica formación de los profesionales sanitarios, la atención generalizada a toda la población y la gratuidad y paradójicamente las agresiones aumentan.

En la *V Encuesta de Condiciones de Trabajo* realizada por la Unión Europea (ISTAS, 2010), se promueve la igualdad en ambos sexos, las mujeres predominan en el sector servicios (educación, sanidad y servicios sociales y administración pública). Los hombres constituían el grueso de la fuerza laboral en la industria y en la construcción. Para la mayoría de trabajadores encuestados (67%), el ritmo de trabajo



viene impuesto por las exigencias directas del público, por ejemplo la interacción con los clientes.

Como datos a considerar, aumenta la proporción de trabajadores con contrato temporal, una quinta parte de los trabajadores europeos tiene problemas para lograr una vida laboral satisfactoria, tienen una percepción de riesgo menor y crece cada vez más la ansiedad de los trabajadores por causa de su inseguridad en el puesto.

En 2010, iniciada la crisis económica en Europa, el 16% de los trabajadores temían perder su empleo en los próximos 6 meses. En España, Alarcón y Ruiz de Adana (2005) y Gascón (2006) ya habían detectado esta problemática a partir de un estudio realizado en un Hospital de Madrid de nivel IV. Así, se constata que casi todo el personal sanitario de urgencias (97,8%) ha sufrido algún tipo de agresión, siendo las agresiones verbales (96,8%) las más frecuentes y un escaso 1% las agresiones físicas.

En la *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo* (Almodóvar, Galiana, Hervás, y Pinilla, 2013), el 11% de los trabajadores declaran haber sufrido alguna conducta agresiva, el 22,7% la han sufrido “a menudo” y el 84,5% “a veces”. Las conductas violentas más frecuentes son las agresiones verbales, seguidas de amenazas de violencia física y finalmente violencia física. Para el sector servicios, los trabajadores de las actividades sanitarias y sociales y los trabajadores de la administración pública y educación son los más expuestos a conductas violentas. El empleado del sector servicios ha sido objeto de algún tipo de violencia en un 12,9% de los casos frente al 4% y el 6% registrado para el resto de sectores.

En la Comunidad Valenciana durante el año 2007 se registraron un 42% más de agresiones al personal de enfermería que en el año 2006, información recogida del *Colegio de Enfermería de la Comunidad Valenciana* (CECOVA). Los colegios profesionales han sido los abanderados en la defensa de los profesionales agredidos, sumándose las Organizaciones Sindicales, haciendo emerger la punta del iceberg de este problema: agresiones al personal sanitario. Realmente no se saben cuántos

incidentes violentos sufren los enfermeros a diario, pero la violencia verbal es cotidiana y va en aumento.

Concluyendo, el fenómeno de estudio de esta tesis, la *violencia tipo II* puede verse influenciada por la elección de las mujeres de trabajar en el sector sanitario (a nivel mundial el 95% lo son). Según el *Consejo Internacional de Enfermería* (CIE, 1993), el personal sanitario más amenazado por la violencia en el lugar de trabajo son las enfermeras y el personal de ambulancias. Estas agresiones suelen ser perpetradas por los propios pacientes y familiares. Tradicionalmente los profesionales sanitarios han aceptado las agresiones, amenazas y humillaciones como parte de su trabajo. Así, en 1986 un magistrado que presidía un caso en el que dos enfermeras acusaban a un paciente de haberlas asaltado, dictaminó que el “*consentimiento a trabajar aquí*” era equivalente al “*consentimiento a ser asaltado*” (CIE, 1999; Letelier y Valenzuela, 2002). Posteriormente, en el año 2009, la Sentencia 194/2009, del Juzgado Instrucción nº 22 de Madrid reconoció que el denunciado se dirigió a la enfermera en tono vejatorio y amenazante, pero, en los fundamentos jurídicos razona que “...lo cierto es que los hechos no son de tanta gravedad como para que merezca una sanción penal, y aunque no se encuentran justificadas o naturales los actos, sí que hay que entender sus sentimientos en cuanto a que a su hija se encontraba hospitalizada y pretendía de forma impaciente saber lo que pasaba. Por lo que procede a la absolución del denunciado”.

La violencia está tan generalizada, que a menudo se considera parte del contenido del puesto de trabajo y así es asumida frecuentemente por la administración y como hemos expuesto, por los Jueces y Tribunales y por tanto, por los trabajadores. Aunque no siempre es así, el Tribunal Constitucional hasta el año 2007 no dictó sentencia en la que califica la agresión al profesional sanitario público como delito de atentado a un funcionario. La importancia de esta sentencia fue que los agresores se enfrentan a penas de cárcel, mayores indemnizaciones y el agresor tendrá antecedentes penales (Martínez, Queipo, Martínez y Torres, 2010). Ante esta disparidad de sentencias, las agresiones siguen produciéndose.

Por otra parte la “no denuncia” actitud tan extendida entre los profesionales, no favorece esta situación, como ya hemos comentado, si no se conoce no se puede actuar contra ese fenómeno violento y/o agresivo quedando su hacedor impune. Pero a su vez es comprensible cuando la víctima, además de serlo también ha de pasar por un proceso de victimización secundaria.

Mucho se ha discutido si el personal sanitario del sistema público tiene la condición de funcionario a efectos penales (hecho conseguido el 1 de julio del presente año), de manera que las conductas descritas anteriormente puedan ser castigadas como delito de atentado y no que éstas queden impunes. Tanto la doctrina como la jurisprudencia, hasta este momento, aún no era unánime sobre si el personal sanitario debería ser considerado como funcionario público en vía penal. El Fiscal José María Mena (2006) en una de sus conferencias pronunció que la violencia en el lugar de trabajo, además del menoscabo de la integridad física y moral, la perturbación de la función pública que ejerce, restringe el mandato del artículo 10 de la Constitución y entorpece el efectivo disfrute de los derechos consagrados en los artículos 27 y 43. Por estas razones las agresiones a los profesionales que ejercen las funciones públicas de la sanidad merecen el más severo reproche jurídico-penal, en defensa de los bienes jurídicos, no solo individuales sino también colectivos, de esencial importancia constitucional.

Pero aun considerando al profesional como funcionario público en la aplicación de la norma, art. 550 del Código Penal los hechos caen fuera de ese tipo penal al no resultar afectado el bien jurídico objeto de la protección de la norma, quedando excluida de la tipificación en el delito de atentado la respuesta agresiva a un funcionario público por un acto médico. Situación que como ya se ha comentado se ha visto modificado al rectificar este artículo del Código Penal el 1 de julio de 2015.

## **2.6. El género como factor de riesgo para sufrir violencia laboral.**

El “género”, como lo define la OMS, se refiere a *“las funciones, comportamientos, actividades y atributos socialmente establecidos, que una sociedad considera adecuados para hombres y mujeres”* (OMS, 2013). Las desigualdades aparecen

cuando la sociedad trata de forma diferente a las personas, afectando a su capacidad de funcionar plenamente y en igualdad con los demás dentro de la comunidad (OMS, 2010). Barack Obama afirma que: *“El cambio no se producirá si esperamos a otra persona o a otro momento. Nosotros somos las personas a quienes estábamos esperando. Somos el cambio que estamos buscando”* (Obama, 2013).

Los términos sexo y género suelen ser utilizados indiscriminadamente, aunque ambos representan conceptos marcadamente diferentes (Velasco 2009). Cuando hablamos de sexo estamos hablando de la condición orgánica, biológica, que distingue al macho de la hembra. Cuando usamos el término género, hacemos “referencia a las diferencias sociales (por oposición a las biológicas) entre hombres y mujeres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura” (definición asumida por la Comisión Europea en 1998). Las relaciones de género son dinámicas y susceptibles de transformarse a través de la interacción humana.

Uno de los cambios en el rol social de las mujeres es el trabajo fuera de casa. El porcentaje de mujeres en el total de la fuerza laboral ha ido en aumento, tanto en países europeos como en España. No obstante se encuentran diferencias entre países y también según el sector de actividad económica como relata la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (Almodóvar y col. 2013)

En España, de acuerdo con la encuesta de población activa (INE, 2014), la tasa de empleo en 2007 era del 64,9% de hombres y 43,6% de mujeres, en el año 2011 la tasa de empleo pasó a ser en hombres el 53,1% y en mujeres el 41,2%; disminuyendo la brecha de género del 21,2 % al 12%. Así, las mujeres representan un porcentaje muy elevado de la fuerza laboral en determinados sectores como es el de sanidad, educación o comercio al por menor y los hombres ocupan la mayoría de puestos de alta dirección y trabajo manuales.

Actualmente las mujeres tienen niveles de educación más altos que los hombres, pero existe una clara disparidad entre el nivel de estudios alcanzados por las mujeres y sus perspectivas profesionales. A día de hoy siguen existiendo diferencias

considerables en las condiciones de trabajo de ambos sexos, que caracterizan y condicionan su oferta laboral determinando que sigan produciendo brechas de género en salarios, puestos de responsabilidad, reparto de cargas familiares, participación en el trabajo no remunerado, repercusión en el empleo de la existencia de hijos, etc. Aunque la Estrategia Europea 2020 y las políticas de empleo en los próximos años están dirigidas a promover la igualdad de género en el reparto del trabajo en toda su extensión (remunerado y no remunerado), estamos aun lejos de conseguirlo. La tasa media de empleo de mujeres en Europa es del 57,4%, en España el 45,93% y en la Comunidad Valenciana 45,29%.

La Comunidad Valenciana experimentó un crecimiento económico desde 1994 hasta 2008 impulsado en parte por la incorporación de la mujer al mundo laboral, aunque a partir del 2008 se experimentaron algunos cambios debido a la crisis económica y financiera. En el año 2014 el sector servicios aumentó a un 87,95% su población trabajadora y el 53,08% fueron mujeres. En el Departamento de Salud estudiado, el porcentaje de mujeres trabajadoras es de un 70,9% aproximadamente. El peor descenso en las cifras de ocupados se dio en el año 2009, la tasa de empleo a principio de año 2011 en hombres no llegaba a 65% y en mujeres a 41%, el sector servicios redujo sus ocupados en 36.400 el 70,33% eran mujeres (INSHT, 2007).

El género impregna, pues, toda la vida social y cultural de las personas. En todas las actividades existen sesgos de género, que, por supuesto, se reproducen también en el ámbito sanitario. De las medidas proteccionistas para las mujeres trabajadoras se ha pasado a medidas igualitarias para todas las personas trabajadoras, se promueve políticas de igualdad, tanto mujeres como hombres se encuentran sometidos a los mismos riesgos que pueden perjudicar a la salud, sin olvidar las diferencias biológicas y fisiológicas como ya se comentó, haciendo necesario un nuevo enfoque de la salud laboral y la prevención de riesgos.

Diferentes estudios confirman que hombres y mujeres con la misma ocupación y aparentemente la misma exposición enferman y se accidentan de diferente manera, y cómo factores relacionados no solo con el sexo, sino también con los roles sociales en el medio laboral y extralaboral, pueden influir en enfermedades relacionadas con

el trabajo y en la propia percepción de la salud por parte de ambos grupos (Almodóvar y Pinilla, 2007; González, 2011; Martínez, Álvarez, González y Sagües, 2010; de Vicente, Zimmermann, de la Orden y Díaz, 2010; Zimmermann, González y Martínez 2006; Zimmermann, de la Orden y Díaz, 2009).

El porcentaje de agresiones sufridas por las mujeres es mayor al de los hombres. Esto podría suceder por dos razones, la primera por ser mayoritario el número de trabajadores de sexo femenino en la sanidad y la segunda, históricamente, la violencia contra la mujer está imbricada en las normas sociales y culturales (la existencia de una cultura de la violencia que la acepta como un modo de resolver los problemas) que perpetúan la desigualdad entre las mujeres y los hombres, que perdonan y favorecen la discriminación contra la mujer, incluyendo la violencia física y verbal por parte de los hombres y otras personas. A pesar del creciente reconocimiento de la violencia frente a la mujer y los progresos logrados en los últimos años sigue siendo un problema de gran magnitud (Mayorca, Lucena, Cortés y Lucera, 2013; Ortells, Muñoz, Paguina y Morató, 2013; Tak, Haring-Sweeney, Alterman, Baron y Calvert, 2010).

Además, las mujeres percibieron más situaciones de violencia en su lugar de trabajo que los hombres, fueron intimidadas con mayor frecuencia ( $p=0,026$ ) y sufrieron más acoso sexual ( $p < 0,001$ ) (Miedema, Hamilton, Lambert, Tatemichi, Lemire, Manca y Ramsden, 2010). Por otra parte, se identifican a los agresores con el sexo masculino, constituyendo un perjuicio. Los hombres “principio de autoridad” o bien como dicen algunos autores (Mestre, Frías, y Samper, 2004) por la mayor empatía mostrada con los pacientes por parte de las mujeres.

Los resultados de la mayoría de estudios concluyeron que el ser mujer es factor que aumenta el riesgo de agresiones (Anderson y Parish, 2003; Farrell, 1999; Rippon, 2000).

En nuestro periodo de estudio que abarca desde el año 2005 al 2014, ha persistido, social y culturalmente la segregación de género. Las mujeres como hemos visto son las empleadas mayoritarias en el sector servicios (educación, sanidad y servicios

sociales y en administración pública) y, en consecuencia, la probabilidad de sufrir agresiones o comportamientos laborales violentos podría ser mayor.

## **2.7. La edad como factor de riesgo de sufrir violencia laboral.**

La población activa de Europa hoy es mayor que hace diez años debido al envejecimiento y el retraso de la jubilación, siendo los trabajadores de mayor edad más vulnerables que los jóvenes a los riesgos que se derivan de las condiciones de trabajo, unido a la escasa formación permanente ofertada, agravando la carga mental y emocional, pudiendo repercutir en su salud y aumentar las probabilidades de sufrir accidentes laborales. (Zimmermann, 2014).

La capacidad psicofísica del individuo para realizar su trabajo sin riesgo para su propia salud o la de otros es la “aptitud para trabajar”. Ligada a la definición de aptitud, se encuentra la creciente inquietud sobre los cambios demográficos y su posible impacto sobre la productividad y la salud de los trabajadores. Es ya una realidad, ampliamente admitida, de que a medio plazo, nuestra fuerza laboral será mayoritariamente añosa y que una enorme proporción de ésta estará constituida por trabajadores para los que será imperativo el diseño de medidas concretas para garantizar la salud y la prolongación de la vida laboral, como consecuencia de esos cambios fisiológicos propios del envejecimiento. Así mismo, en este punto de la estrategia, se insta al INSHT a impulsar la realización de investigaciones específicas en materia de condiciones de trabajo y salud de los trabajadores y de las trabajadoras mayores que permitan detectar perfiles de morbilidad asociados con la edad y ayuden al diseño de intervenciones concretas (BOE nº 283, 2011 pág. 125324).

En el punto opuesto, por la inexperiencia que conlleva la juventud, distintos autores establecen que los trabajadores más jóvenes tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia laboral tipo II (Cerri, Carseta, y Grosso, 2010; Nolan, Soares, Dallender, Thomsen y Arnetz, 2001; Rodríguez-Acosta, Myers, Richardson, Lipscomb, Chen, y Dement, 2010; Zeller, Dassen, Kok, Needham, y Halfens, 2012).

A pesar de la calidad de los trabajos expuestos y de sus hallazgos contradictorios, para poder respondernos debemos indagar más. La edad por sí sola no es un factor desencadenante de convertirse en víctima pero con la interacción de otros factores puede serlo. La edad normalmente va unida a la experiencia profesional, a menor edad, menor experiencia y mayor probabilidad de ser agredido (Bernaldo de Quirós, Cerdeira, Gómez, Piccini, Labrador y Crespo, 2011).

## **2.8. La categoría profesional como factor de riesgo de sufrir violencia laboral.**

El esquema de distribución de tareas y responsabilidades en función de categorías profesionales, habilidades y competencias en materia de sanidad y asistencia sanitaria que establece la *Ley General de Sanidad* (Ley 14/1986). Los profesionales sanitarios y demás colectivos del personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social han tenido históricamente en España una regulación específica. Esa regulación propia se ha identificado con la expresión "personal estatutario" que deriva directamente de la denominación de los tres estatutos de personal; el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario de tales centros e instituciones (Ley 55/2003, BOE 301, 17 dic 2003 pag.44743, pendiente de desarrollar). Siendo un estatuto marco el que deroga el régimen estatutario configurado por los tres estatutos de personal -todos ellos preconstitucionales- y por las disposiciones que los modificaron. Pero este hecho no es real ya que quedó pendiente su desarrollo que al no producirse se mantiene los tres estatutos preconstitucionales, así como sus competencias las cuales difieren respecto a las competencias recogidas por el Ministerio de Educación.

Por otra parte los trabajadores se dividen en "*personal estatutario fijo*" el cual ha superado un proceso selectivo obteniendo un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven y "*personal estatutario temporal*" que son los trabajadores de los servicios de salud que por razones de necesidad, urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, se les podrá nombrar personal estatutario temporal.



Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad, según la Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias.

La “*carrera profesional*” supondrá el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios. A fecha de hoy el reconocimiento va ligado a años trabajados que no aseguran el desarrollo de conocimientos según avanza la ciencia y cumplimiento de objetivos (Decreto 66/2006)

Con la reforma laboral de febrero de 2012 (RDL 3/2012, de 10 febrero, QS 2012/1070), se elimina el sistema de clasificación de trabajadores por categorías profesionales y se generaliza el sistema de grupos profesionales (art. 8 RDL 3/2012). El grupo profesional está relacionado con el puesto de trabajo que efectivamente desempeña un trabajador. Se tiene en cuenta la aptitud profesional, la titulación y el contenido general del puesto de trabajo e incluye a su vez distintas tareas, funciones, especialidades y responsabilidades. El grupo permite la movilidad funcional reajustando el puesto a las necesidades de la empresa, la estructura organizativa que se requiere en cada momento. Cada grupo incluye diferentes subgrupos dependiendo de responsabilidades y de los perfiles profesionales que engloba. El perfil laboral o profesional es la descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para realizar las funciones y tareas de una determinada profesión o trabajo.

Todo ello ha dado la falsa creencia que la contratación de un trabajador por el hecho de pertenecer a un determinado grupo o categoría profesional, significa ser conocedor de las tareas que ha de desempeñar en el lugar de trabajo que le haya correspondido y el puesto de trabajo adjudicado y por ende de los riesgos específicos.

En el Departamento de Salud a estudio, a los trabajadores de nuevo ingreso se les proporciona bien en papel o en soporte electrónico página [http://intranetlafe/Direcciones/acogida\\_personal\\_Enfermeria.asp](http://intranetlafe/Direcciones/acogida_personal_Enfermeria.asp) un *“Manual de acogida”* que va acorde según al grupo o categoría profesional por el que se le contrata.

Se ha comentado, que el grupo profesional más amenazado por la violencia en el lugar de trabajo es el colectivo enfermero, es el grupo que presenta buena disposición, comparado con el médico más reticente a participar, como *“sujeto estudio”* (Jacson y Ashley, 2005). El Consejo Internacional de Enfermería concluye que son el colectivo más afectado por la violencia, coincidiendo con otros autores que señalan como perfil de riesgo para la víctima el hecho de ser mujer y enfermera (Anderson y Parish, 2003; Blanch, Cantera y Cervantes, 2008; Gerberich, Church, McGovern, Hansen, Nachreiner, Geisser, Ryan, Mogin, Watt, 2004). Sin embargo, otros estudios reflejan que los más expuestos a las agresiones son los médicos y las enfermeras y los principales agresores los pacientes y los familiares (Cerri y col. 2010).

## **2.9. La Ley de Prevención de de Riesgos Laborales y la violencia laboral.**

Di Martino (2002) estima que la violencia en el lugar de trabajo no obedece únicamente a factores personales; afirma: *“Nunca podremos prevenirla o ponerle freno, si nos basamos sólo en esa premisa”*. Es necesario que esta prevención vaya acompañada de un marco jurídico que proteja a las personas, a los trabajadores ante la violencia en el lugar de trabajo. Letelier y Valenzuela (2002) consideran que la violencia laboral se deriva de una combinación de causas relativas a las personas, al medio ambiente y a las condiciones de trabajo, así como a las formas de interacción entre los propios trabajadores, y entre éstos y los empleadores.

La *Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales* recoge en su artículo 14 que los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. Este derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales. El deber

de protección constituye igualmente un deber de las administraciones públicas respecto del personal a su servicio. Además es preciso recordar lo establecido en el artículo 17, apartado h) del *Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud*, aprobado mediante la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, en el que se dispone que el citado personal ostenta el “*derecho a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones*”.

La *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* así como la *Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Estatuto Marco y Ley de Cohesión y Calidad* recogen no solo los derechos, sino también los deberes de los ciudadanos entre los que se encuentra, como deber individual de cada ciudadano, el mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro, así como al personal que preste servicios en los mismos. Existe una normativa específica aplicable a los riesgos psicosociales:

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales y Reglamento de Servicios de Prevención.

a) Normas de gestión de la prevención.

- Inclusión de los riesgos psicosociales en la LPRL: Sentencia TJE Comisión contra Italia 15.11.2001, No cabe limitar los “riesgos”.
- Art. 4.7.d), 15.1.d) y g) LPRL y Anexo IV RSP. Acuerdos Sociales Europeos sobre Estrés (2004) y Acoso y Violencia en el Trabajo (2007 y 2010).
- Evaluación de riesgos: Art. 15.1. a) y b), 16.2.a) LPRL
  - Art. 3, 4, 5, 6 y 7 RSP
  - Art. 12.1.b) LISOS
- Planificación preventiva: Art. 16.2.b) LPRL
  - Art. 8 y 9 RSP
  - Art. 12.6. LISOS
- Plan de prevención: Art. 16.1. LPRL
  - Art. 1 y 2 RSP
  - Art. 12.1.a) LISOS
- Investigación de daños a la salud: Art. 16.3 LPRL
  - Art. 12.2 LISOS

b) Compatibilidad con el puesto de trabajo.

## El estatuto de los trabajadores (ET)

- a) Derecho a la consideración debida a la dignidad
- Derecho a un trato digno: Art. 4.2.e) ET y Art. 8.11 LISOS
  - El derecho a la consideración debida a la dignidad del trabajador (incluye, entre otros, los supuestos de acoso moral en el trabajo)
  - Son infracciones de resultado: la violación del derecho a la consideración debida a la dignidad ha de quedar suficientemente probada y consumada
  - Se aplica en actuaciones inspectoras reactivas
  - Derecho a la no discriminación
  - Estatuto de los trabajadores y legislación sobre igualdad: Art. 4.2.e) y 17 ET, Art. 28 y siguientes de la Ley 62/2003 y Art. 7 y 48 LO 3/2007, Art. 8.12, 13 y 13 bis LISOS:
    - i. Acoso sexual (Art. 7 LO 3/2007 y Art. 8.13 LISOS)
    - ii. Acoso por razón de sexo (Art. 7 LO 3/2007 y Art. 8.13 bis LISOS)
    - iii. Acoso discriminatorio (Art. 28 Ley 62/2003 y Art. 8.13 bis LISOS)
    - iv. Acciones preventivas de acoso sexual y acoso por razón de sexo (Art. 48 LO 3/2007 y Art. 7.10 LISOS)
  - Derechos sobre tiempo de trabajo y tiempo de descanso.
  - Estatuto de los trabajadores – ordenación tiempo de trabajo
  - El tiempo de trabajo es factor de fatiga y estrés laboral
  - Art. 34, 35, 36 ET y Art. 7.5 LISOS :
    - i. Horas extraordinarias
    - ii. Descanso inter jornadas
    - iii. Descanso semanal
    - iv. Vacaciones
    - v. Trabajo nocturno
    - vi. Trabajo a turnos
  - *Otras normas laborales sobre igualdad: Ley 62/2003, Ley Orgánica 3/2007 sobre igualdad efectiva*

Hasta avanzado el año 2009 cuando se producían agresiones a los trabajadores del sector sanitario público, tan sólo el personal sanitario (médico y enfermero) tenían apoyo, asesoramiento y defensa jurídica por parte de sus respectivos colegios profesionales.

A partir del 2009 entra en vigor el “Decreto 159/2009 de 2 octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana”, por el que se establecen las actuaciones de los órganos de la *Conselleria de Sanidad* en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat”, que de acuerdo con la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, modificada por la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, pretende la mayor efectividad del derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, lo que impone el correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales. Así en sus artículos 2 y 3 expresa:

"Artículo 2:

1. Objetivo general:

El presente decreto tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de los riesgos derivados de las agresiones en el ámbito laboral, tipificadas como ilícito penal.

2. Objetivos específicos:

- a) Elaborar e implantar el procedimiento para la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat, que se integrará en el Plan General de Prevención de Riesgos Laborales.
- b) Encomendar a la Comisión Sectorial de Seguridad y Salud en el Trabajo del Sector Sanitario Público de la Generalitat el seguimiento de las actuaciones en materia de agresiones, pudiendo colaborar en la misma, para su estudio en esta materia, todos los organismos cuya participación se considere relevante.
- c) Crear el Registro Informatizado de Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat.

Artículo 3:

Principios y fines del *Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat (PIP)*.

El *Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat* incluirá acciones dirigidas a:

1. Prevenir las agresiones y actos de violencia contra los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat.
2. Actuar en caso de agresión.
3. Adoptar medidas contra los agresores.
4. Actuar en caso de agresión, dando cobertura legal y sanitaria.”

Así con fecha 31 de mayo de 2010 se aprueba el PIP, por la conveniencia de articular actuaciones integrales dirigidas a prevenir potenciales situaciones conflictivas en los centros y servicios sanitarios, y prestar en su caso, el apoyo y asesoramiento necesario a aquellos trabajadores que hayan sido objeto de agresiones causadas por personal ajeno a la *Conselleria de Sanitat*. Con lo cual se pretende, como ante cualquier riesgo laboral, aplicar medidas tendentes a evitar el riesgo cuando sea posible o, si no es posible, aplicar medidas preventivas que lo hagan tolerable. Si fallan las medidas preventivas y se producen incidentes/accidentes se han de notificar e investigar, con la finalidad de corregir las deficiencias que se hubieran producido y además, atender a los trabajadores respecto de los daños sufridos.

Esta situación que supuso la necesidad de elaborar este Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones, que abarcase a todos los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat, y estableciese las directrices y líneas generales para que este Plan se ejecutase en los Departamentos de Salud, integrándose con entidad propia en el Plan General de Prevención de Riesgos Laborales (Decreto 159/2009).

El plan, se elaboró con la finalidad de dar una mayor efectividad en materia de agresiones, al derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, y el correlativo deber del empresario de protección

de los mismos frente a los riesgos laborales, (Art.14 y 15 LPRL). Los Departamentos de Salud, con el apoyo de las *Unidades Periféricas del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales* (UP-SPRL), previa consulta y participación del *Comité de Seguridad y Salud* de cada Departamento, aprobarán y llevarán a efecto, la aplicación, puesta en funcionamiento y ejecución del PIP en su ámbito correspondiente. Pero este plan no contestaba a cómo se había podido llegar a ese punto, la línea de trabajo se inicia cuando el trabajador ya se ha convertido en víctima, y las agresiones se seguían produciendo.

El 1 de julio de 2015 se realiza la enmienda al artículo 550 del Código Penal, la iniciativa establece que las agresiones a profesionales sanitarios podrán ser condenadas con entre uno y cuatro años de prisión, fijando que *“en todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas”*.

La LPRL y las normas que la desarrollan ha mejorado la prevención de los riesgos laborales a los que puede estar expuesto un trabajador. Todo este marco jurídico sobre la igualdad efectiva, los deberes de los usuarios, la tipificación de delito penal por ser considerados autoridad pública en el ejercicio de sus funciones (Llei 10/2014), en definitiva legislación dirigida a proteger al personal sanitario público no va a tener la virtualidad de ser un escudo protector contra cualquier tipo de agresión, ni desaparecerá por el miedo a una acción penal más intensa, como ejemplo podríamos decir que todo ciudadano sabe que la agresión a un agente de la autoridad constituye un delito de atentado, hay miles de atentados a agentes de la autoridad que portan uniforme, arma de fuego, porra, esposas... y siguen siendo agredidos y gracias a la legislación vigente el agresor es sancionado, pero el trabajador no ha podido ser protegido.

## **2.10. Organización de los servicios de prevención de riesgos laborales en la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana.**

En el caso de la *Comunitat Valenciana*, los SPRL se estructuran a partir de una Unidad Central (SPRL-UC), ubicada en los servicios centrales de la Conselleria de Sanitat y

ocho Unidades Periféricas (SPRL-UP), distribuidas entre los Departamento de Salud que conforman la red asistencial de la Comunidad Valenciana (ver figura 3). Estas unidades integran personal sanitario, técnico y auxiliar que en un único servicio da cobertura a la totalidad de sus trabajadores.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, es un Servicio de Prevención Propio cuya misión consiste en asesorar y asistir a los empleados públicos, a sus representantes y a sus órganos de representación especializada para garantizar una adecuada protección de la seguridad y la salud de los empleados públicos de nuestro ámbito de actuación.



Figura 3. Mapa Comunidad Valenciana y distribución de los SPRL-CV (DOGV, 2005)

Al ser una Área de Prevención de Riesgos Laborales su funcionamiento deberá propiciar que las condiciones de trabajo de los empleados públicos, de su ámbito de actuación, sean las óptimas para garantizar su salud y seguridad, incrementen su satisfacción en el trabajo y por tanto su rendimiento, redundando todo ello en una mejora de los servicios que éstos prestan al ciudadano.



En consecuencia, el Área de Prevención de Riesgos Laborales establece y basa sus actuaciones en una serie de principios como:

- Respeto escrupuloso a los principios constitucionales y a la legalidad vigente.
- Responsabilidad, rigor, transparencia y objetividad en nuestro trabajo.
- Independencia e imparcialidad.
- Confidencialidad en nuestras actuaciones.
- Clara vocación de servicio al empleado público y a la propia Administración Autonómica.
- Espíritu abierto y flexible.
- Apuesta decidida por la innovación, la creatividad y el aprendizaje continuo.
- Honestidad, seriedad y cordialidad en nuestras relaciones personales.
- Participación y trabajo en equipo.
- Voluntad permanente de colaboración-cooperación con otras Administraciones Públicas.

La empresa viene obligada a desarrollar actividades preventivas a través de su SPRL por una serie de motivos, entre los que destacan:

- *Éticos y morales*: La existencia de riesgos en las empresas da lugar a daños a los trabajadores. Estos daños se pueden evitar y por tanto el empresario debe evitarlos, pues él tiene los medios y la capacidad de organización necesaria para ello.
- *Económicos*: La existencia de riesgos en la empresa no sujetos a las medidas de control apropiadas, da lugar a pérdidas económicas muy elevadas. Estudios realizados recientemente en la Unión Europea indican que los costes no asegurados de los daños, que repercuten directamente sobre la empresa, suponen entre 8 y 36 veces más que los costes asegurados.
- *Legales*: La Normativa de Seguridad y Salud exige que las empresas implanten un sistema eficaz de gestión de la prevención de riesgos laborales, sujeto a requisitos en función de su tamaño y actividad. El incumplimiento de las obligaciones legales puede originar la existencia de responsabilidades por la vía administrativa o judicial.

### **2.11. El papel de los servicios de prevención de riesgos laborales para la prevención de la violencia laboral .**

El actor principal en los servicios de prevención es el propio trabajador y la necesidad sentida por los trabajadores, apoyada por la necesidad técnica y contrastada con la necesidad real de un problema emergente a nivel mundial, observado por la enfermera especialista en enfermería del trabajo. Al encontrar una necesidad sentida y relatada por los trabajadores víctimas de agresiones que acudieron a la UP, ya que desconocían como gestionar una situación de este tipo, su sentimiento de indefensión y desconocimiento les alteraba. Se administró a los trabajadores un cuestionario de salud previo al examen de salud que este servicio realizó en el año 2010, desvelando que el 51.5% tenían problemas de salud, el 64.5% relatan estar cansados, nerviosos y con alteraciones de la salud emocional: estrés, ansiedad, depresión entre otras, causantes importantes de pérdidas de años de vida saludable.

Ante esta necesidad sentida por el grupo afloró la necesidad técnica por el convencimiento de que un ambiente de trabajo seguro y un clima laboral adecuado protege el estado de salud mental y físico de los trabajadores, prestando más atención a los riesgos psicosociales y más concretamente a la violencia la cual representa aproximadamente el 30% de los costes totales de las enfermedades y accidentes y la OIT sugirió que el estrés-violencia puede costar aproximadamente entre el 0,5 y 3,5% del producto interior bruto (PIB) de cada año (Hoel, Sparks y Cooper, 2000).

Estos datos preliminares indicaban que la violencia laboral y el estrés que generaba eran demasiado elevados y había que actuar cuanto antes. Se convirtió en un objetivo prioritario.

Las relaciones entre profesionales sanitarios y pacientes o sus acompañantes pueden adquirir en algunos casos un clima de agresividad en correlación y acumulación de malentendidos, resentimientos, miedos, etc. que deberían ser detectados y desactivados antes de que pudieran originar una agresión. También debería detectarse a las personas con algún trastorno psiquiátrico o de adicción, o de

relación social marginal, que requieran de un tratamiento y vigilancia reforzados. Esta detección debería realizarse por los SPRL al llevar a cabo una de sus principales funciones, la evaluación de riesgos, proponiendo medidas preventivas para evitarlos así como la investigación de los accidentes para conocer las causas que hicieron fracasar la planificación preventiva (Alfonso y Salcedo, 2012).

Las expectativas de los pacientes frente a las expectativas de los profesionales representan uno de los aspectos que motivan divergencias entre las necesidades y los recursos. Nos encontramos en un momento de exigencia al alza, por parte de los pacientes, respecto a la atención sanitaria y la calidad de la misma, pudiendo incidir también de manera esencial en las actitudes y conductas de los profesionales que han llevado a la práctica de una medicina defensiva enfrentándonos con la necesidad de tener presente la limitación de los recursos, ser más críticos en la valoración de las tecnologías, llevándonos a un cambio en el paradigma de la atención sanitaria ofreciendo a la población intervenciones que hayan demostrado ser efectivas en investigaciones de calidad (Chappell y Di Martino, 2006; Rodríguez y Paravic, 2013).

La relación médico-paciente ha sufrido un cambio importante en los últimos años. De la relación casi paterno-filial de mediados del siglo XX se ha pasado a una situación de exigencia, exigencia de ser atendido (de forma rápida, personalizada, utilizando todos los recursos posibles, etc.) y exigencia de ser curado ("*restitutio ad integrum*") de cualquier mal o dolencia. Los avances tecnológicos y biomédicos han creado una imagen de omnipotencia en medicina. Las secuelas y la muerte no son entendidas como un proceso evolutivo de la enfermedad, sino como algún fallo en la atención sanitaria, generando disconformidad hacia el sistema sanitario, hacia la administración, que se personaliza muchas veces en sus trabajadores (Muñoz-Pascual y col. 2008).

Por ello para valorar la proliferación de actos violentos en el ámbito sanitario, se debe abordar el entorno sociológico en el que se mueven los profesionales (expectativas de infalibilidad por parte de algunos sectores de población, ser los destinatarios de las insatisfacciones de los ciudadanos,...) y en el de la propia

sociedad con una pérdida progresiva de valores y que utiliza la violencia como método para resolver conflictos.

Las agresiones deben enmarcarse como situaciones de riesgo laboral y han de ser investigadas y evaluado el puesto de trabajo en el cual se produjo, estando regulado el marco de actuación frente a dichas situaciones en la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, debiendo ser corregidas en primer lugar, aplicando medidas tendentes a evitar el riesgo cuando sea posible o, si no es posible, aplicando medidas preventivas que lo hagan tolerable. Todo ello mediante un trabajo multidisciplinar realizado por todos los componentes de equipo, siendo el foco de atención el trabajador agredido para los componentes sanitarios especialistas del trabajo.

La violencia en el trabajo es un riesgo laboral poco estudiado y se ha transformado en un problema social y de salud pública, que alcanza proporciones epidémicas, con amplias ramificaciones en la atención de la salud (Marziale, 2004), por lo que se merece una vigilancia constante y colectiva que asegure la seguridad y salud de los trabajadores, función que llevan a cabo los trabajadores que integran el SPRL. Como se ha descrito el sector salud es particularmente vulnerable a la violencia. Un estudio internacional realizado por la OIT, la OMS y dos sindicatos internacionales en 2005, descubrió que más de la mitad de los trabajadores del sector salud, encuestados en ocho países distintos de seis continentes, habían experimentado por lo menos un incidente de violencia física o psicológica en los últimos doce meses (Muñoz y col., 2008; OIT, 2012; Sainz y col., 2011).

Siguiendo las directrices jurídicas ya expuestas los lugares de trabajo tanto intra hospitalarios como extra hospitalarios, deben estar libres de violencia de cualquier índole y es obligación de los SPRL su monitorización y actuaciones que refuercen la organización sanitaria, mejoren las relaciones interpersonales y mantengan una atención sanitaria adecuada para la población trabajadora, de manera que a los usuarios se les de la mejor atención posible de acuerdo a sus necesidades en un escenario seguro y libre de todo tipo de violencia. A pesar de ello, los servicios sanitarios no se encuentran alejados de actos violentos, es por ello que se debe realizar una reflexión constante acerca de la violencia.

Tradicionalmente se ha considerado al paciente como más vulnerable y que sufre la posible violencia dada su condición. Este estudio pretende abordar la violencia sufrida por los propios trabajadores al desempeñar sus funciones. Violencia ejecutada por los pacientes, familiares, ambos o personas que no tengan relación laboral con la institución sanitaria con la finalidad de comprender a través de las vivencias relatadas por los trabajadores por qué se produjeron las situaciones violentas, cuáles fueron las causas, los factores de riesgo que confluyeron en el lugar de trabajo e hicieron saltar la chispa que activó la agresión del paciente/familiar/amigo, hacia el trabajador o trabajadora en el desempeño de sus funciones, de su actividad laboral sin olvidar estudiarlo desde una perspectiva de género. A través de este conocimiento se podrá actuar mediante la prevención.

Se podrá concluir que este estudio dará paso a dirigir acciones preventivas en el lugar de trabajo que puedan evitar las agresiones de los usuarios hacia los profesionales sanitarios gracias al descubrimiento de los factores de riesgo precipitadores.

Para llevar a cabo esta investigación se seguirán las normas éticas recogidas en la Declaración de Helsinki en 1964 y sus posteriores modificaciones (Pascal, 2013). Respecto a las consideraciones éticas del estudio, se encuentra apoyado por cuatro principios básicos definidos por Beauchamp y Childress (1999):

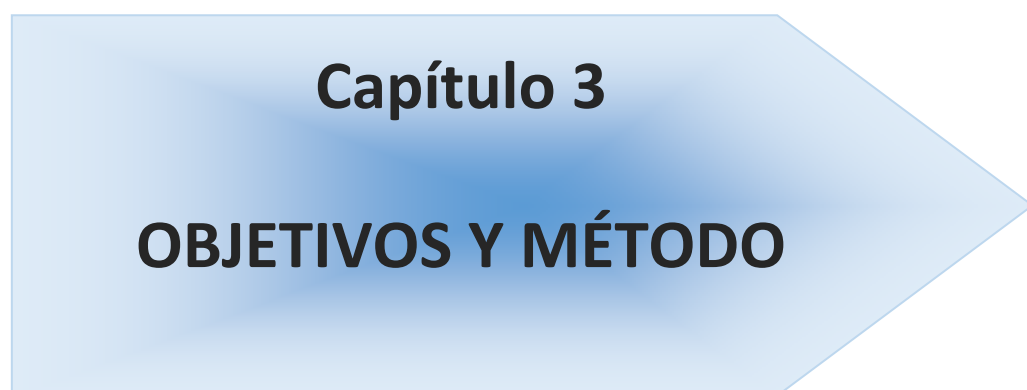
1.- *Principio de autonomía*: La autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. En el ámbito médico, el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico. El consentimiento informado ha sido diseñado para darle a la persona la capacidad de decidir voluntariamente y con información adecuada si va a participar o no en una investigación. Los posibles participantes en la investigación deben comprender totalmente todos los elementos del proceso de consentimiento informado.

2.- *Principio de beneficencia*: Obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. En todas las fases del estudio estará presente el bienestar físico, mental y social del participante. La protección del participante es la principal responsabilidad del investigador.

3.- *Principio de no maleficencia* ("*primum non nocere*"): Abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio. Las implicaciones médicas del principio de no maleficencia son varias: tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional, investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas, para mejorar.

4.- *Principio de justicia*: El reclutamiento y la selección de los participantes se realizará de manera equitativa, evitando en todo momento situaciones de riesgo de grupos más vulnerables para beneficio de otros.





**Capítulo 3**  
**OBJETIVOS Y MÉTODO**





### Capítulo 3.- Objetivos y método

Las agresiones a los profesionales sanitarios, tanto físicas como psicológicas, producen un impacto negativo en el trabajador (Gascón, Casalod, Martínez, Abecia, y Luna, 2009; Gates, Ross, y McQuenn, 2006; Miret y Martínez, 2010; Oostrom y Mierlo, 2008). Por otra parte, recibir agresiones en el puesto de trabajo infiere efectos negativos sobre la calidad de vida laboral de determinados puestos de trabajo en las organizaciones sanitarias (Miret y Martínez, 2010). Como se ha analizado previamente en el marco teórico, son múltiples los motivos que justifican realizar un análisis de los comportamientos violentos que sufren los empleados en el ámbito laboral, fruto de la relación de interacción con el cliente.

Si bien las agresiones físicas no suelen revertir gravedad para la salud del trabajador sanitario, sí que pueden ocasionar alteraciones importantes a nivel psicológico que pueden llegar a alterar la salud del trabajador como, por ejemplo, absentismo laboral y pérdida de productividad (Tous, Mayor y Bonasa, 2009; 2011). Si dichas alteraciones se generalizan, afectando a toda la empresa, pueden llegar a deteriorar el ambiente laboral, la calidad y la seguridad asistencial. También se ve alterada la imagen institucional al desestabilizarse el binomio costo-efectividad organizacional, aumentando la insatisfacción del usuario y llegando a poner en peligro el éxito de la organización (Gates, y col. 2006; Mayorca y col. 2013; Miret y Martínez, 2010; Oostrom y Mierlo, 2008).

Parece que la literatura coincide en destacar que existe una aceptación generalizada de violencia laboral y que ésta forma parte intrínseca del trabajo en los profesionales del ámbito sanitario. Se cree que está aceptada porque cada episodio violento vivido por el profesional sanitario con un paciente, con sus familiares o con ambos forma parte de su tarea. Es decir, que entra en el marco ético, científico o legal para ser un "buen o mal profesional". Es en este "secreto profesional" donde se camufla desde "ejercicio vocacional de la profesión" (que genera la subjetividad colectiva) hasta la aceptación incondicional de una vocación impuesta "hay que hacerse cargo".

Por otra parte, aunque existan instrumentos de registro a disposición de los profesionales sanitarios, se produce una escasa notificación de las agresiones que reciben los trabajadores o se informa de manera incompleta, lo que dificulta su detección e intervención. Así, por ejemplo en el Servicio de Prevención del centro en el que se desarrolla esta tesis los incidentes violentos se han empezado a registrar con motivo del inicio de esta tesis doctoral. Hasta entonces no se documentaban correctamente, se perdía la información dificultando el conocimiento y abordaje científico de la violencia en el entorno laboral.

### **3.1. Objetivos**

Esta tesis pretende identificar, delimitar y evaluar el fenómeno de la violencia laboral en el trabajo en un contexto sanitario departamental. El trabajo será abordado y organizado en una serie de objetivos a desarrollar:

Un **primer objetivo** pretende *evaluar la frecuencia y el impacto de la violencia en el puesto de trabajo sanitario*.

Para alcanzar este objetivo se emplearon los instrumentos de registro que recoge la descripción de los incidentes que se producen en los distintos servicios de uno de los Departamentos de Salud de la estructura asistencial de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Se han evaluado la totalidad de incidentes registrados en un hospital de referencia con mil camas, 12 centros de salud y 8 consultorios auxiliares, que atiende las necesidades sanitarias de su área (unos 300.000 habitantes) y que está abierto a las demandas de atención de otros departamentos que acuden al hospital por su carácter de referencia y a pacientes de otras comunidades autónomas, suponiendo el 60% de la actividad anual.

Un **segundo objetivo** es el de *conocer y analizar los antecedentes personales y situacionales que han acompañado a cada uno de los incidentes violentos registrados*.

A partir del registro de las conductas violentas registradas que hayan recibido los profesionales de la salud, se analizarán en función de parámetros relacionados con el

contexto en la que se desarrolló la atención sanitaria y sobre las características psicosociales de cada profesional afectado. Estas variables son analizadas mediante entrevistas en profundidad en las que se tratan de fijar los motivos, las actitudes y procesos de atribución que emplea cada profesional para explicar el episodio violento en el que está involucrado.

Un **tercer objetivo** dibujará las *líneas maestras de un programa de intervención psicosocial orientado a la prevención de la violencia en el puesto de trabajo sanitario*.

La justificación y el interés por realizar este programa de intervención se basa en la necesidad de eliminar aquellos factores de riesgo que confluyan en la precipitación del surgir comportamientos violentos hacia los trabajadores sanitarios, teniendo en cuenta que la violencia en el lugar de trabajo no es ni un problema individual ni un problema aislado, sino que es un problema estructural y estratégico con raíces en factores sociales, económicos, organizacionales y culturales. Nos proponemos intervenir para tratar de conseguir que ni las organizaciones ni los empleados usen las estrategias inadecuadas de "mirar hacia otro lado" o de "normalizar la violencia".

### **3.2. Método**

En este apartado se describen las estrategias desarrolladas para conseguir los objetivos previstos en el apartado anterior y el procedimiento que se seguirá. Se describirán las características de los participantes, los instrumentos de registro y las dos metodologías empleadas para el análisis de la información

Este trabajo combina dos tipos de metodología (la cuantitativa y la cualitativa) para el registro los indicadores de la violencia en el puesto de trabajo sanitario, así como de las variables psicosociales implicadas. El uso de ambas metodologías se considera apropiado para delimitar el alcance de fenómenos considerados por diversos autores como nuevos, poco estudiados o con pocas evidencias empíricas. A través de este método de investigación se puede indagar en el entorno en el que se produce la

violencia en el puesto, con el fin de comprender las dinámicas presentes en contextos singulares como el del trabajo sanitario.

Mediante la *metodología cuantitativa* (Fase I del estudio) se pretende determinar la incidencia y/o frecuencia. La *metodología cualitativa* se empleará con el fin de describir los procesos psicosociales que explican sucesos de violencia en el puesto de trabajo y de identificar los indicadores y variables implicadas (Fase II del estudio).

La combinación entre información cuantitativa y cualitativa nos permitirá explicar los rasgos comunes de las posibles causas y de la justificación de lo sucedido y para ayudarnos a actuar, una vez se conoce cómo se produjo y por qué se produjo (Martínez-Carazo, 2006).

### **3.2.1. Participantes**

Para realizar este estudio se ha contado con la colaboración de un Departamento de Salud de la *Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana* que cuenta con 6.800 empleados (como media a mitad del periodo de estudio), de los cuales 4.899 eran mujeres (lo que representa un 71% del total) y 2.001 eran hombres (un 29% del total). Sus edades estaban comprendidas entre 18 y 70 años (ver figura 4).

El período del presente trabajo comprendió desde el año 2005 hasta el año 2014. Por lo que se registraron como caso para su posterior estudio y análisis todas aquellas situaciones laborales asociadas a incidentes de violencia laboral en el puesto que fueron identificadas a lo largo de 10 años.

Es importante mencionar que durante este periodo de estudio, el personal vivió un traslado de hospital (Hospital Antiguo a Hospital Nuevo). El hospital antiguo estaba dividido en diferentes pabellones (maternal, rehabilitación -RHB-, infantil y general). Este traslado se produjo entre el 29 de noviembre de 2010 a 20 de febrero de 2011, manteniendo la población asignada, así como a su personal.

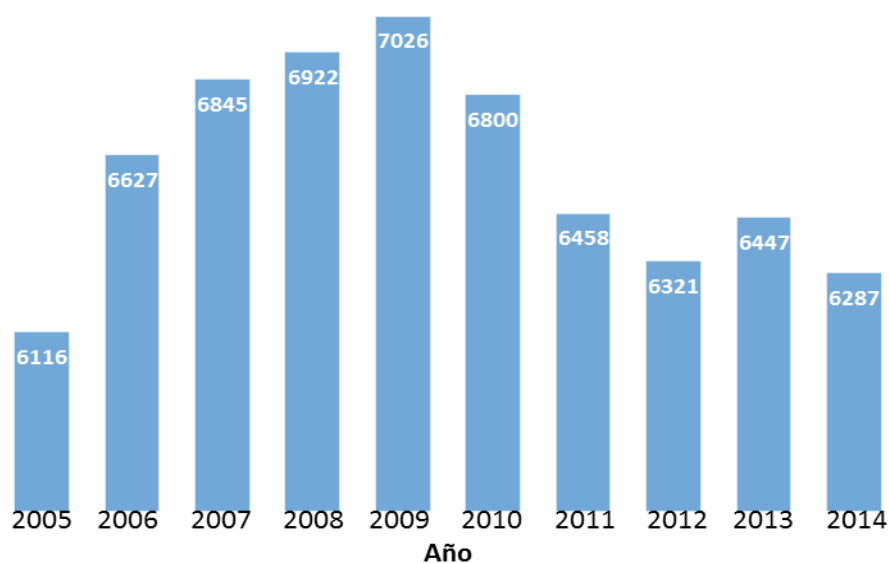


Figura 4. Población total de trabajadores del Departamento de salud 2005-2014

No obstante, en el año 2005 los datos de la población al igual que los de violencia laboral solo se contabilizaron aquellos que estaban trabajando en atención especializada, es decir, en el hospital y consultas externas. A partir del año 2006 hasta el año 2014 se integró toda la información presentada sobre incidentes por todos los trabajadores del Departamento de Salud, ya que todos ellos mantenían una relación laboral con la *Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana* y que dependían del mismo servicio de prevención propio del Departamento a estudio.

A partir del año 2009 se observa un descenso paulatino en la plantilla del Hospital con una pérdida global de 705 empleados hasta el año 2014. A su vez, se observa figura 5, que coincidiendo en el tiempo aumenta la violencia laboral en el puesto de trabajo y las agresiones. El año 2012 concentró un 21% del total de los comunicados de violencia laboral en el puesto de trabajo en el periodo de estudio (2005-2014) y, a la inversa, el año 2009 que contó con mayor plantilla las agresiones producidas ese año disminuyeron ya que solo representó un 7,4% del total de los comunicados. Es decir que se produjo una disminución del 10% en los recursos humanos, aumentando un 13,7% la violencia en los puestos de trabajo.

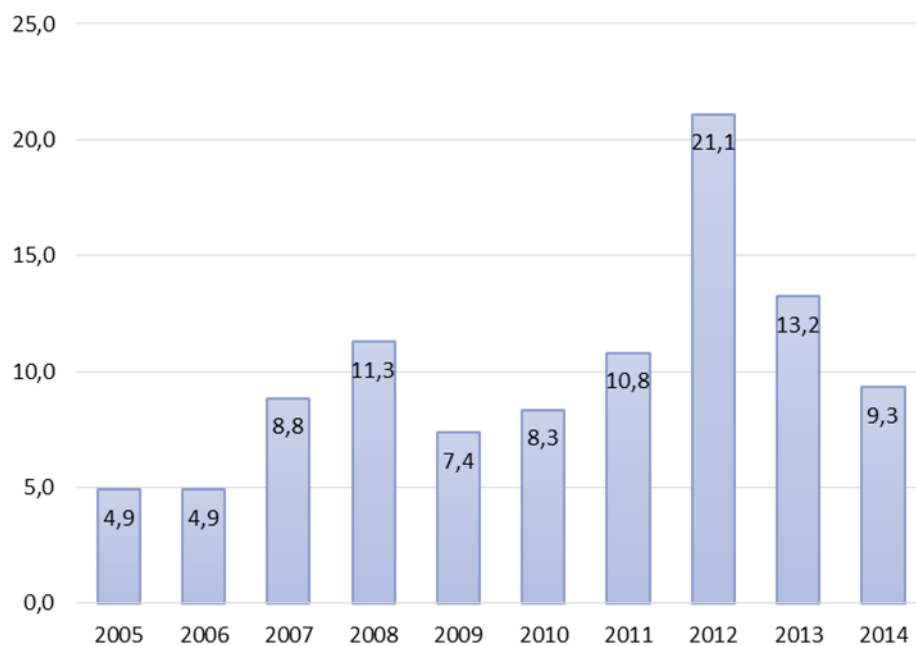


Figura 5. Porcentaje de agresiones por año de estudio

- Criterios de inclusión y exclusión en las muestras:

En la muestra se incluyeron todos los incidentes con violencia laboral en el puesto, fueron 204 casos que se produjeron durante el período de tiempo que duró el registro para el estudio. Así, se identificaron como casos y se incluyeron en la muestra a todos aquellos trabajadores que, tras sufrir una agresión en su puesto de trabajo, hacían llegar al Servicio de Prevención Propio su notificación. Este incidente se reflejaba en un documento escrito denominado *Comunicación de Accidente/Incidente de Trabajo (CAT)* (ver anexo I).

La muestra inicial estaba formada por todos los casos informados de violencia laboral en el puesto, 204 casos que se analizaron en la Fase I del estudio. De estos mismos casos se extrajo una submuestra para el estudio cualitativo de la Fase II del estudio. Formaron parte de esta submuestra 21 víctimas de casos informados de violencia laboral en el puesto que quisieron aceptar voluntariamente ser entrevistados, tras informarles de los objetivos del estudio.

Quedaron excluidos del estudio en su fase II los empleados que habían realizado notificaciones de violencia laboral en el puesto en las que había implicado algún

menor, las víctimas de violencia en el puesto de trabajo que no dieron su consentimiento para ser entrevistados con la guía para la entrevista de víctimas ocupantes de puestos de riesgo EVO-PR, las situaciones de violencia registradas fuera de los contextos sanitarios (por no pertenecer a la población ya descrita) y los informantes que se encontraban en situación de incapacidad laboral o de excedencia en el momento de realizar el estudio.

-Consideraciones y criterios éticos:

Se garantizó en todo momento la participación voluntaria en la Fase II del estudio ya que se informó de los objetivos del proyecto a los participantes incluidos en la submuestra y se ofreció la posibilidad de abandono, una vez iniciada la fase de entrevista, si así lo deseaban. También se ofreció a todos los participantes un consentimiento informado (anexo 2) cumpliendo los requisitos legales y las directrices de buena praxis y de la declaración de Helsinki (actualización de octubre de 2008 de la asociación médica mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos).

A nivel formal, se realizó una solicitud de permiso para la realización del estudio (Fase I y Fase II) al equipo directivo del Departamento de Salud a estudio, así como al Jefe de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Los datos obtenidos en ambas fases del estudio se trataron según la *Ley Orgánica de Protección de Datos* (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre y la Ley 41/2002, de 14 noviembre, Básica y Reguladora de la Autonomía del Paciente, de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, garantizando la confidencialidad de la información proporcionada. La identificación de los trabajadores víctimas de casos de violencia en el puesto de trabajo así como de sus datos de filiación fueron codificados y conservados en una base de datos encriptada y custodiada por la doctoranda.

La doctoranda controló la calidad y veracidad de los registros ya que, por una parte realizó la supervisión de todos los registros y la comprobación de los datos recogidos



y, por otra realizó la subsanación de los posibles errores en colaboración con el director de la tesis.

### 3.2.2. Instrumentos

Los dos instrumentos empleados para la recogida de información fueron:

- El Documento de Comunicación de Accidente/Incidente de Trabajo (CAT)

Se utilizó el formulario CAT (anexo I) para la fase I de recogida de información y datos sobre incidentes en el puesto de trabajo. El CAT es el documento oficial que se emplea en la institución para comunicar cualquier incidencia o suceso anormal y no deseado en el puesto de trabajo. Con el CAT se obtiene una descripción del incidente a través de veinte categorías de preguntas para su posterior investigación:

- (a1) El contexto o situación en la que se produjo la agresión
- (a2) Personas implicadas
- (a3) El espacio físico dónde sucedió (centro, lugar y puesto de trabajo)
- (a4) Quién realizó la agresión
- (a5) La categoría profesional de la víctima
- (a6) Situación laboral de la víctima
- (a7) Antigüedad en el puesto de trabajo
- (a8) Antigüedad en sanidad
- (a9) Turno de trabajo
- (a10) Hora de trabajo y hora del día
- (a11) El tipo asistencia se estaba prestando la víctima (descripción del accidente)
- (a12) Tipo de agresión
- (a13) Efectos que produjo
- (a14) Si hubo testigos
- (a15) Si hubo denuncia
- (a16) Edad de la víctima
- (a17) Sexo de la víctima

(a18) Sexo del agresor

(a19) Posible motivo desencadenante

(a20) IT, Baja laboral

Durante el periodo comprendido entre junio de 2005 hasta diciembre de 2014 se recogieron 204 documentos CAT en el SPRL los cuales fueron validados todos ellos como incidencias con violencia en el puesto de trabajo.

-La Entrevista para víctimas ocupantes de puestos de riesgo (EVO-PR) (Tous-Pallarés, Bonasa-Jiménez y Gómez-Romero, 2011)

La entrevista EVO-PR es una entrevista semi-estructurada (anexo III) registra los indicadores actitudinales y la visión subjetiva o la experiencia personal de conductas violentas observadas o sufridas en el puesto de trabajo. En el protocolo del entrevistador considera variables del puesto como la experiencia o las actitudes personales derivadas de la frecuencia de interacción con otras personas y los indicadores que explican el manejo en situaciones de tensión en el puesto de trabajo.

El tiempo promedio para la aplicación de cada entrevista es de 45 minutos. Durante el proceso el entrevistador pregunta sobre las áreas de interés (ver tabla 3) y codifica las respuestas de las víctimas de violencia en el puesto de trabajo con la guía de preguntas organizadas en tres grandes bloques:

Bloque 1: Características y tipo de conducta violenta sufrida (B1):

(1.1) Amenazas

(1.2) Agresión verbal

(1.3) Agresión física

(1.4) Ambas

Bloque 2: Antecedentes o causas de la conducta violenta recibida (B2):

(2.1) En el medio social o entorno del trabajo existen relaciones forma violenta

(2.2) Hay características de riesgo en el puesto y de la organización

(2.3) El perfil del agresor

(2.3) El perfil de la víctima

## (2.4) Protocolos de actuación y prevención

Bloque 3: Consecuencias de la conducta violenta recibida en el puesto de trabajo  
(B3):

(3.1) Actitudes de la víctima ante una nueva situación similar (defensivas / preventivas)

(3.2) Atribuciones, explicaciones o justificaciones del incidente realizado por la víctima.

La entrevista se aplica de forma individual empleando como guía las áreas de interés que figuran en la tabla siguiente (tabla 3):

Tabla 3. Entrevista estructurada: Áreas de interés. (Tous-Pallarés y col., 2011)

<u>Área de interés</u>	<u>B1</u>	<u>B2</u>	<u>B3</u>
CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	X		
CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN	X	X	
CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA	X		X
CARACTERÍSTICAS DEL PRESUNTO AGRESOR		x	X
CARACTERÍSTICAS DE LA AGRESIÓN /EPISODIO		X	

Con la EVO-PR se analizó la información de 21 casos concretos de situaciones en las que se dio violencia en el puesto de trabajo.

### 3.3. Procedimiento

El trabajo ha sido realizado en tres fases con la intención de alcanzar progresivamente los objetivos marcados.

La figura 6 ilustra gráficamente el procedimiento seguido y sus tres fases.

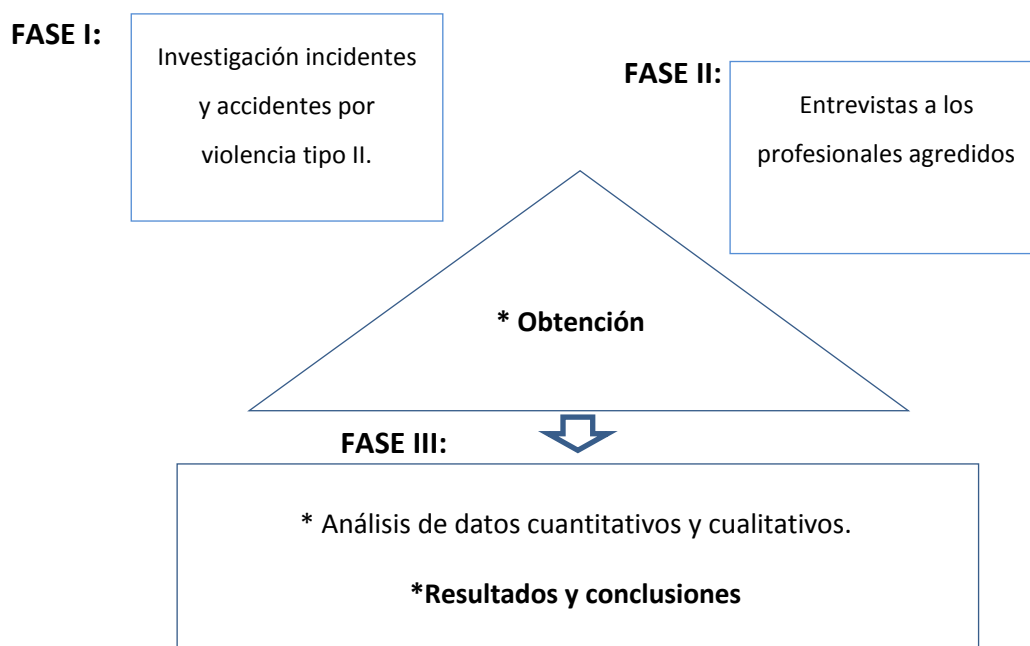


Figura 6. Esquema de la estructura de fases en el procedimiento

Respecto al procedimiento llevado a cabo para obtener la información utilizando múltiples fuentes de datos para dar cumplimiento al principio de triangulación con el propósito de garantizar la validez interna. En consecuencia, se emplean encuestas realizadas en la investigación del accidente, se utilizan los datos obtenidos de los CAT (metodología cuantitativa), las entrevistas a las víctimas de agresiones, y además de documentos, revistas, páginas web de organismos de prestigio internacional para efectuar una revisión bibliográfica actualizada.

### 3.3.1. Fase I.

En esta primera fase se recogen los formularios de *Comunicación de Accidente/Incidente de Trabajo* (CAT) en los que se detectan incidencias varias. En el momento en que el empleado afectado por una situación de violencia en el puesto de trabajo acude al SPRL a traerlo, se aprovecha y se inicia la investigación del accidente, verificando la información que contiene, cumplimentando aquellos apartados del formulario CAT que no estuviesen claros.

A través de esta fase se obtiene una descripción objetiva e indicadores (a1-a20). A su vez se contrasta y verifica el suceso mediante la *investigación del accidente* (a21) una

consulta que el responsable del SPRL efectúa a los mandos intermedios y a los testigos del suceso de violencia en el puesto de trabajo.

### Análisis de datos

Se creó una base de datos con la descripción de cada uno de *los indicadores demográficos* y sus rangos:

*(a16) Edad de la víctima: Se trabajó con rangos: menor de 30 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49, de 50 a 59 y más de 59 años.*

*(a17) Sexo de la víctima: hombre o mujer*

*(a9) Turno en que sucede el episodio: Mañana, con un horario comprendido entre las 8:00 y las 14:59 horas, tarde entre las 15:00 y las 21:59 horas y noche, entre las 22:00 y las 7:59 horas.*

*(a10) Hora del día de trabajo: es el número de horas que un trabajador había trabajado hasta que se produjo la agresión.*

*(a5) Categoría profesional de la víctima: categoría profesional por la cual es contratado. En un primer momento se consideraron profesional médico, profesional enfermero, auxiliar de enfermería, personal técnico y administración, celador, fisioterapeuta, personal en formación y otros; reconvirtiendo las categorías de esta variable para conseguir que fuese más operativo en profesional médico, profesional enfermero, auxiliar de enfermería y otros.*

*(a3) Nivel de atención: Atención especializada (Hospitales y centros de especialidades), atención primaria (centros de salud, consultorios y unidades de apoyo) o atención urgente*

*(a3) Centro de trabajo: Es el centro físico donde se encuentra su puesto, hospital, centro de especialidades, centro de salud, SAMU.*

*(a6) Relación laboral con la empresa: fijo o eventual*

*(a8) Antigüedad en sanidad: Tiempo de trabajo acumulado (en meses) para la Conselleria de Sanitat. Se trabajó por rangos: menor de 12 meses trabajados, de 12 a 60 meses, de 61 a 120 meses, de 121 a 180 meses, de 181 a 252 meses y más de 252 meses.*

(a7) *Antigüedad en ese puesto de trabajo*: Tiempo de trabajo en meses que lleva en ese puesto en el cual fue agredido. Se trabajó por rangos: menor de 12 meses trabajados, de 12 a 60 meses, de 61 a 120 meses, de 121 a 180 meses, de 181 a 252 meses y más de 252 meses.

La información recogida en la fase I se codificó en una base de datos en el programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 15.0 para su posterior análisis. Todos los datos fueron analizados y representados gráficamente utilizando el mismo programa informático.

### **3.3.2. Fase II.**

La segunda fase se inició con el entrenamiento para aplicar la EVO-PR, para ello se realizaron cuatro entrevistas simuladas, comprobando el manejo del lenguaje, el tiempo empleado y de si los entrevistados entendían lo que se estaba preguntando con claridad. Se comprobó que la entrevista estructurada EVO-PR no necesitaba ser modificada y que el lugar elegido para la entrevista (fuera del contexto del hospital y del servicio de prevención) era el idóneo así como a la vez que el investigador se familiarizó con el procedimiento.

Posteriormente se contactó con cada uno de los profesionales agredidos para citarlos en la sede del Colegio de Enfermería de Valencia, donde se procedería a entrevistarlos. Este primer contacto se realizó telefónicamente, explicando el motivo de la llamada y pidiendo su consentimiento informado (anexo II) consensuando día y hora.

#### *Análisis de datos*

Para el análisis de los indicadores de forma sistemática se siguió una secuencia y un orden, este proceso se resume en los siguientes pasos:

- Obtener la información a través de la realización de entrevistas y observaciones a los trabajadores agredidos.

- Capturar, transcribir y ordenar la información a través de una grabación y de las notas tomadas por el entrevistador. Toda la información obtenida se transcribió en un formato legible.
- Codificar la información mediante este proceso agrupamos la información obtenida en categorías. Para ello nos ayudamos de una tabla Excel. El agrupar y desplegar los trozos condensados, sentó las bases para elaborar conclusiones.
- Integrar la información mediante la relación de las categorías obtenidas en el paso anterior, entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación. Primero, el material se analizó, examinó y comparó dentro de cada categoría. Luego se comparó entre las diferentes categorías buscando los vínculos existentes.
- Construcción de modelos conceptuales (relaciones entre códigos).
- Buscar casos negativos o que no encajen para poder acomodarlos. Los organizamos de tal forma que nos pudiera dar respuestas a nuestras preguntas. Para analizar la información la organizamos en categorías áreas de interés y la fuimos analizando simultáneamente a la recogida para poder identificar patrones y conceptos importantes, y saber qué cosas nos faltaban por saber, o cuales no encajaban con el análisis realizado y así poder guiar la recogida posterior de información.

El investigador no pudo permanecer distante del fenómeno social de las agresiones, adoptando el papel de *“instrumento para la recolección de datos”*, permitiéndonos acercarnos al fenómeno y descubrir, interpretar y comprender la perspectiva de los participantes de la realidad social. Se intentó comprender el proceso por el cual tuvieron lugar ciertas agresiones.

Por lo que los instrumentos utilizados en este estudio, nos llevan a describir dos etapas o fases diferentes que confluyen en el tiempo, nutriéndose a su vez del paradigma naturalista y positivista. Se complementó con cada uno *“lo que le falta al otro”* (Polit y Hungler, 2000).

### 3.3.3. Fase III.

En esta fase, analizaremos todos los datos obtenidos a través del método cuantitativo como cualitativo.

El análisis estadístico descriptivo y analítico, se llevó a cabo con frecuencias absolutas y relativas, media, estudio desviación típica, intervalo de confianza para la media 95% sumado a técnicas estadísticas que permitieron conocer los factores que ejercían influencia significativa en el fenómeno objeto de estudio como prueba de chi-cuadrado de Pearson, estadístico exacto de Fisher y análisis de varianza (ANOVA).

Para el análisis de la información cualitativa, se buscó un enfoque global, que pudiera relacionar el discurso de los individuos con el contexto existencial donde se dio el fenómeno de estudio. El análisis tuvo en cuenta el contexto socio-cultural en el que interaccionan los individuos, así como al agresor y a la víctima. Se analizó el contexto laboral en el que surge la agresión para que emerja mediante la entrevista, contextos similares, pudiendo realizar modificaciones en el ambiente laboral que prevengan la aparición o confluencia de factores precipitadores.

Se completó la base de datos con la descripción de cada uno de los *indicadores del contexto*, consecuencias de la agresión y sus rangos:

#### Incidente

(a3) Lugar donde se produjo la agresión.

(a12) Tipo de agresión: física (uso de la fuerza física contra el trabajador), verbal (amenazas, insultos, humillaciones... no se produce contacto físico entre agresor y víctima) o ambas.

(a4) Quien produjo la agresión: paciente, familiar o allegado del paciente o ambos.

(a17) Sexo del agresor: hombre o mujer.

(b1) Contexto en el que se produjo la conducta violenta en el puesto de trabajo: (el propio contexto, la organización, la comunicación, la dirección, el clima con los compañeros, los recursos humanos y las condiciones de trabajo).



(b2) Episodio de conducta violenta en el puesto de trabajo: Agresor (características), víctima (características) y el propio episodio (descripción, reacción de la víctima y de los compañeros, estrategia utilizada, respuesta de la organización, cómo se solucionó, cómo le afectó, requirió asistencia y propuestas de mejora).

### Antecedentes

(a19, b2) *Posibles causas de producción*: disconformidad en la asistencia y/o cuidados recibidos, disconformidad con el trato recibido, tiempo de espera excesivo, disconformidad con el tratamiento y/o las pruebas diagnósticas, disconformidad con la información recibida, deseo sexual, edad de desarrollo y/o patología psiquiátrica, disconformidad con el diagnóstico, otras, atraco, y no cumplir con las obligaciones como paciente no respetando las normas y usando indebidamente los recursos.

### Consecuencias

(a20, b3) *Baja laboral (IT)*: categorizada en sí o no, denuncia ante la justicia, manifiesto de rechazo por parte de la organización ante esa conducta, nada.

(a11) *Requirió asistencia médica o psicológica*: categorizada en sí o no.

(a13, b3) *Emociones que afloraron en la víctima de conducta violenta en el puesto de trabajo*: Estas pueden ser 6: sorpresa (descuido), miedo (nerviosismo, ansiedad, presión, pánico), ira (rabia, enfado, indignación), tristeza (impotencia, desesperación, indefensión, desprotección, dolor, resignación, desesperanza, depresión, humillación, vejación, aceptación, disgusto, frustración), asco y alegría. Son positivas o negativas.



**Capítulo 4**  
**RESULTADOS**



## Capítulo 4.- Resultados

A continuación se presentan los resultados para cada uno de los indicadores con frecuencias absolutas y porcentajes, tablas y gráficos. Estas variables cuantitativas se presentan con media, moda, rango, máximo, mínimo, desviación típica y gráficos.

### 4.1. Frecuencia e impacto de la violencia en el puesto de trabajo en trabajadores sanitarios.

Con la información cuantitativa recogida con el CAT y la EVO-PR se trata de encontrar respuesta a nuestro primer objetivo planteado “*Evaluar la frecuencia y el impacto de la violencia en el puesto de trabajo*”.

En la figura 7 se recoge los porcentajes referentes al nivel asistencial en el que se producen las agresiones (a3).

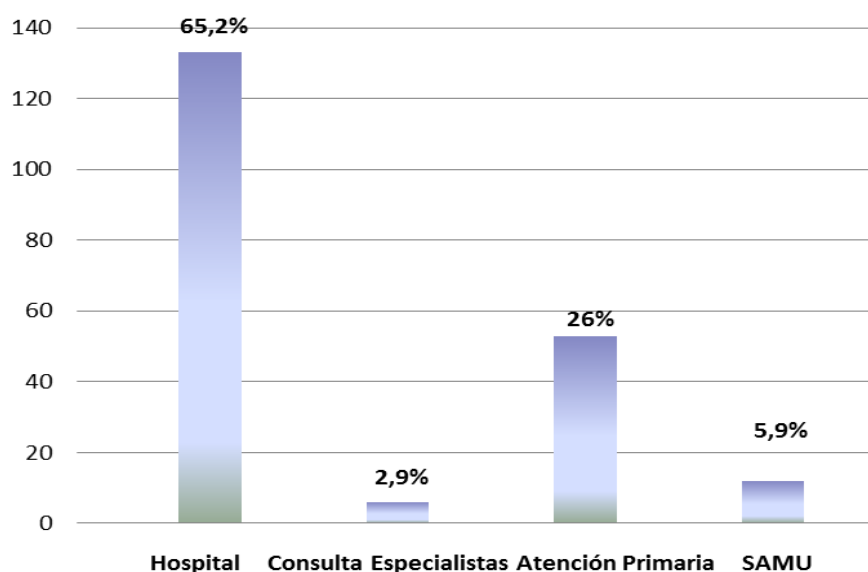


Figura 7. Nivel de atención asistencial

En el *hospital*, se ha recogido la información de 133 agresiones de las 204 declaradas al SPRL, lo que representa un 65,2% del total. Los *centros de especialidades* representan casi el 3% del total de las agresiones. En *atención primaria*, en los centros de salud y consultorios auxiliares, se han producido 53 agresiones cuyo peso

es del 26%. En el *servicio de emergencias sanitarias o servicio de atención médica urgente* se han producido 12 agresiones siendo este valor el 5,9 % del total.

Si bien, es en el hospital donde porcentualmente se producen más agresiones, debemos considerar que es el contexto que alberga un mayor número de trabajadores. Por ello se calcula el índice de incidencia de las agresiones sufridas por los trabajadores agrupando en Atención Especializada a los profesionales que trabajan en hospitales y en centros de especialidades por una parte y los datos de las agresiones realizadas hacia los trabajadores de Atención Primaria por otra.

Si comparamos índice de incidencia por cada 1000 trabajadores en los dos niveles de atención con más agresiones se observan variaciones anuales (ver figuras 8 y 9) .

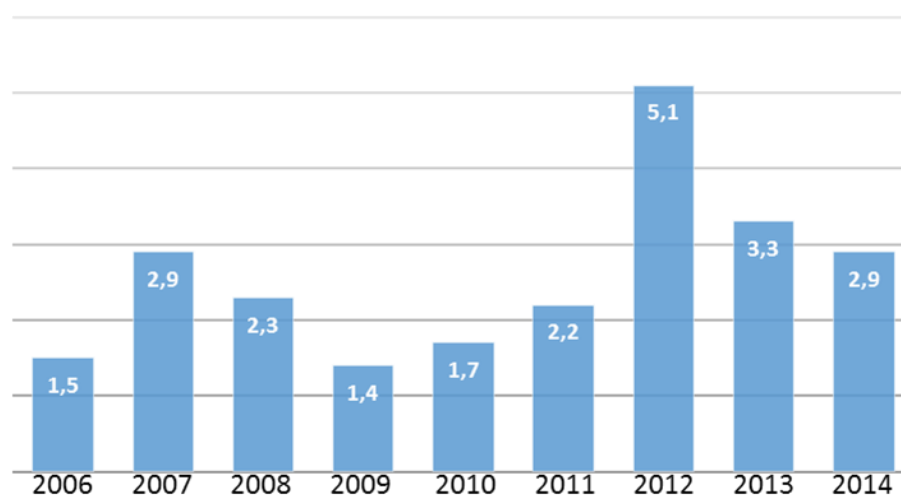


Figura 8. Índice incidencia en atención especializada por cada 1000 trabajadores

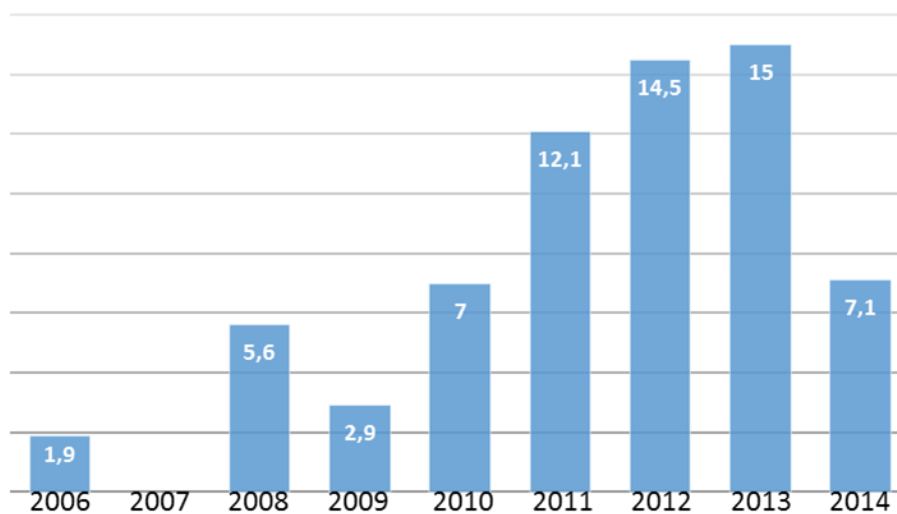


Figura 9. Índice incidencia en atención primaria por cada 1000 trabajadores

Obteniendo un índice de incidencia mayor en atención primaria.

Cuando se identifica el centro de trabajo de las personas agredidas (α3) (tabla 4) nos encontramos que más del 50% de las agresiones se han producido en los hospitales del Departamento:

Tabla 4. Porcentaje de agresiones por centro de trabajo

		Casos	%
HOSPITAL ANTIGUO	PABELLÓN MATERNAL	15	7,4
	PABELLÓN RHB	10	4,9
	PABELLÓN INFANTIL	11	5,4
	PABELLÓN GENERAL	21	10,3
HOSPITAL NUEVO		76	37,3
HOSPITAL DE DÍA		2	1,0
UCA DEL DEPARTAMENTO		1	0,5
ZB C		8	3,9
D. M.		19	9,3
ZB T-B		6	2,9
ZB B		3	1,5
ZB S.A.		5	2,5
ZB J		5	2,5
CE R. T.		5	2,5
SAMU/SES		12	5,9
ZB E. G. y T.		5	2,5
Total		204	100,0

En la tabla 5 se puede observar que incluye los datos del Hospital a estudio, antes y después del traslado, incrementándose las notificaciones en un 10 %, por lo que se realiza el análisis de los datos por años para ver su distribución. Para ello reagrupamos los bloques (pabellones) que constituyen el hospital antiguo y lo comparamos con el nuevo.

Tabla 5. Centro hospitalario y agresión por año.

AÑO	HOSPITAL ANTIGUO		HOSPITAL NUEVO	
	2005	7	70%	
2006	7	70%		
2007	10	55.6%		
2008	13	53.5%		
2009	9	57%		
2010	10	58.9%	1	5.9%
2011	1	4.5%	12	54.5%
2012			27	35.5%
2013			20	26.3%
2014			16	21.1%
<b>TOTAL</b>	52	28%	76	37.5%

Los años 2005 y 2006 representan un 70% de agresiones sufridas en las instalaciones hospitalarias respecto a las agresiones del resto de Centros del Departamento, aun siendo estos años los que menor número de comunicaciones por agresiones se recogieron. Este fenómeno también se observa en los años 2011 y 2012. Esto puede deberse a que el SPRL se encuentra en las instalaciones hospitalarias facilitando la labor de la declaración por la cercanía de la unidad.

Tabla 6. Centro de trabajo y agresiones por año.

	Antiguo Hospital		Nuevo Hospital		Centros de Salud		Otros centros	
2005	7	64%			3	27%	1	9%
2006	7	70%			1	10%	2	20%
2007	10	55.6%			0	0%	7	71%
2008	13	54.1%			4	16.6%	7	29%
2009	9	60%			2	13.3%	4	26.6%
2010	10	58.9%	1	5.9%	3	17.6%	3	17.6%
2011	1	4.5%	12	54.5%	5	22.7%	4	18.2%
2012			27	65.8%	6	14.6%	8	19.5%
2013			20	74%	6	22.2%	1	3.7%
2014			16	84.2%	2	10.5%	1	5.3%
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>28%</b>	<b>76</b>	<b>37.5%</b>	<b>32</b>	<b>15.8%</b>	<b>39</b>	<b>19.2%</b>

Podemos destacar un ligero ascenso en las comunicaciones de los actos violentos hacia los trabajadores de los centros de salud conforme van pasando los años.

La distribución de las agresiones por centros y por tipo de agresión queda recogida en figura 10.

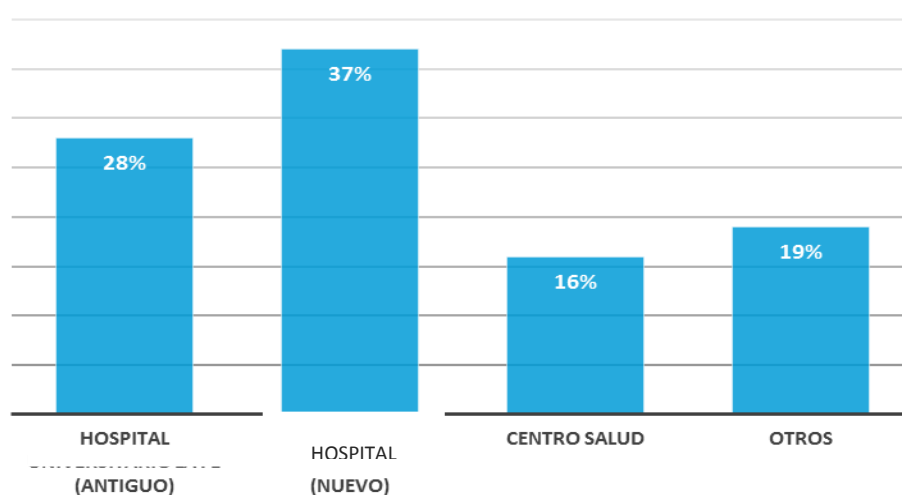


Figura 10. Porcentaje de agresiones por centro de trabajo



Del total de las agresiones comunicadas, el 28% fueron del antiguo hospital, el 37% del nuevo, 16% en Centro de Salud y el 19% del resto de centros.

De estos porcentajes, el total de las agresiones físicas fueron el 36,3%, verbales el 50% y ambas el 14,7%.

En el antiguo hospital, las agresiones físicas constituyeron el 55,5% del total de las agresiones físicas producidas, las verbales 12,7% y ambas un 13,3%. Cifras que denotan que los trabajadores empiezan a concienciarse de la importancia de comunicar todas las agresiones sufridas independientemente del tipo que sean.

Actitud similar se encuentra entre los profesionales de los Servicios Emergencias Sanitarias, en los cuales la violencia física y verbal va unida en su mayoría de casos, y si no se produce agresión física los trabajadores no se desplazan hasta la Unidad SPRL para comunicarlo.

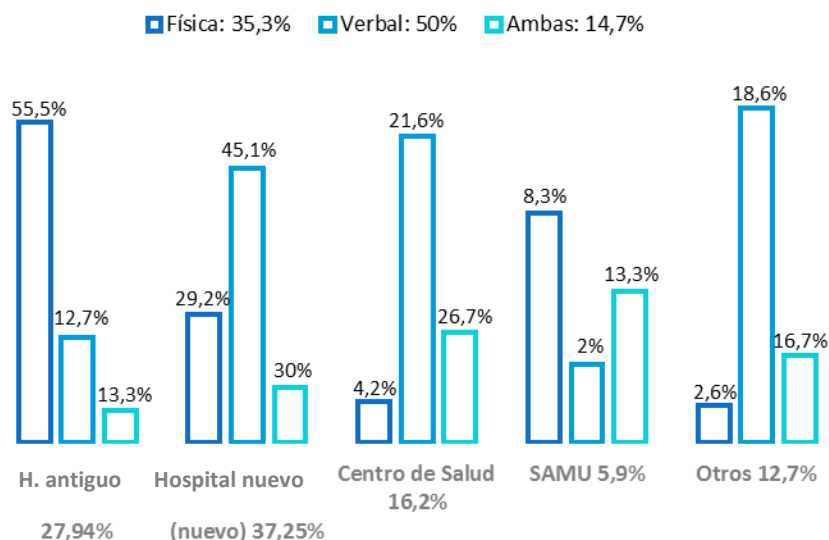


Figura 11. Tipo de agresión por Centro de trabajo

El lugar donde se producen más agresiones ( $a3$ ) es en los Centros de Salud, un 22% y de este porcentaje el 54 % se da dentro de las consultas, representando un 11.5% del total de las agresiones. En la sala de psiquiatría se producen el 15.7%, y en el servicio de urgencias, el 11%. Ahora bien si es por “atención urgente”, en ambulancia o en el propio servicio de urgencias, representa el 17.2% del total de las agresiones.

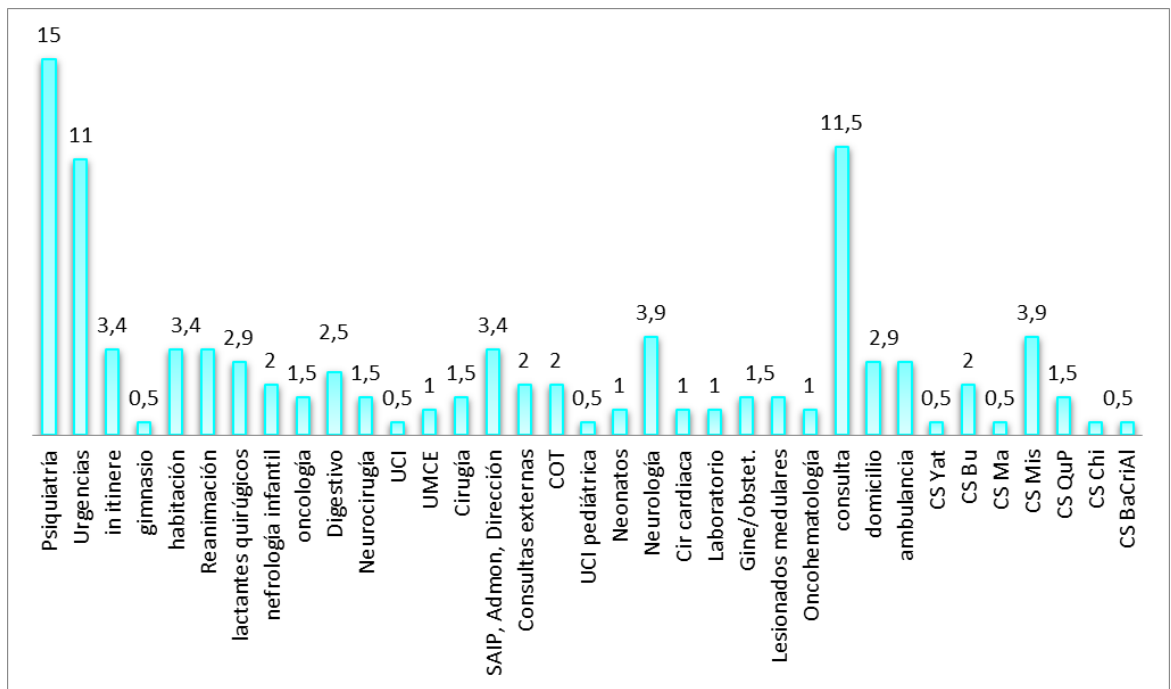


Figura 12. Lugar del accidente

Según el tipo de agresión producida (a12), el 35.3% fueron agresiones físicas, 50% agresiones verbales y casi el 15% físicas y verbales, figura 13.

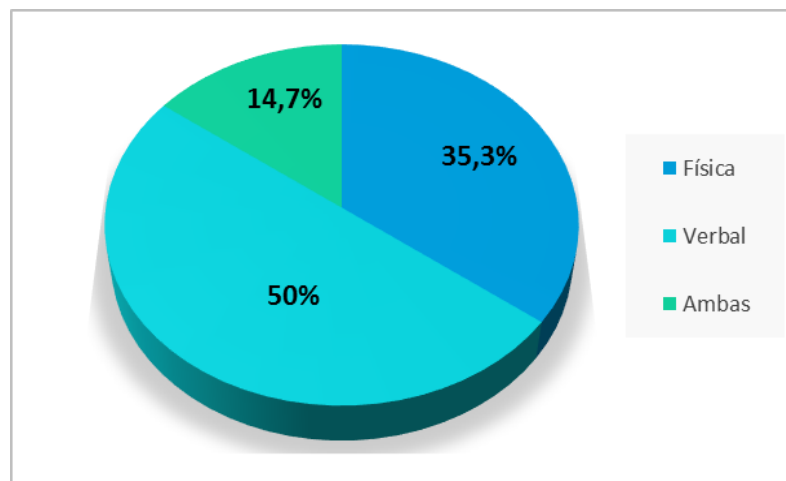


Figura 13. Tipo de agresión

Al disgregar los datos por años, destaca que a partir del año 2011 la comunicación de accidente de trabajo por agresiones aumenta. Este aumento puede ser debido a que aumentan las comunicaciones por agresión verbal desde 1% en 2005 hasta el 30,4% en el año 2012.

Tabla 7. Tipo de agresión por año

	Física		Verbal		Ambas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>2005</b>	8	11.1	1	1	1	3.3	10	4.9
<b>2006</b>	7	9.7	2	2	1	3.3	10	4.9
<b>2007</b>	6	8.3	10	9.8	2	6.7	18	8.8
<b>2008</b>	7	9.7	8	7.8	8	26.7	23	11.3
<b>2009</b>	10	13.9	4	3.9	1	3.3	15	7.4
<b>2010</b>	9	12.5	8	7.8	0	0	17	8.3
<b>2011</b>	8	11.1	11	10.8	3	10	22	10
<b>2012</b>	8	11.1	31	30.4	4	13.3	43	21.1
<b>2013</b>	8	11.1	15	14.7	4	13.3	27	13.2
<b>2014</b>	1	1.4	12	11.8	6	20	19	9.3
<b>TOTAL</b>	72	35.3	102	50	30	14.7	204	100

Si se analizan los actores de la agresión (a4), se observa que las agresiones pueden ser perpetradas tanto por el propio paciente como por los familiares, compañeros o amigos y por ambos (paciente y familiar o conocido). Una vez trabajado los datos observamos los siguientes resultados en la figura 14.

Con un 69,3% los pacientes fueron los que más agredieron a los trabajadores. Los familiares, amigos o conocidos fueron los responsables del 26% del total de las comunicaciones por agresión y un 4,7% las llevaron a cabo ambos.

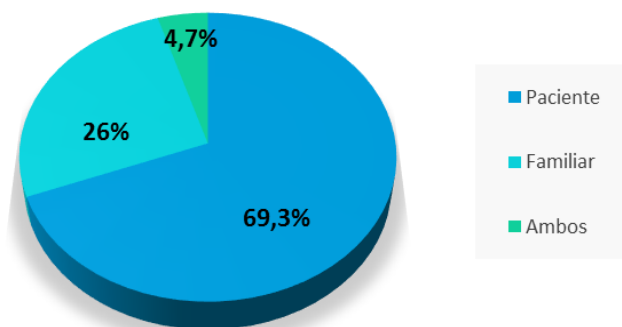


Figura 14. Quien agrede

Al realizar el análisis por año en el que ocurrió la agresión se mantiene, como era de esperar, que los pacientes son los que más agreden a aquellos que los cuidan y atienden, aumentando en los años 2011 a 2013, tabla 8.

Tabla 8. Quien agrede por año

	Paciente		familiar		Ambos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>2005</b>	9	6.8	1	2	0	0	10	5.2
<b>2006</b>	6	4.5	2	4	0	0	8	4.2
<b>2007</b>	9	6.8	7	14	1	11.1	17	8.9
<b>2008</b>	15	11.3	8	16	0	0	23	12
<b>2009</b>	11	8.3	3	6	1	11.1	15	7.8
<b>2010</b>	9	6.8	8	16	0	0	17	8.9
<b>2011</b>	16	12	4	8	2	22.2	22	11.5
<b>2012</b>	29	21.8	12	24	2	22.2	43	22.4
<b>2013</b>	21	15.8	4	8	2	22.2	27	14.1
<b>2014</b>	8	6	1	2	1	11.1	10	5.2
<b>TOTAL</b>	133	69.3	50	26	9	4.7	192	100

Si nos centramos en el sexo del trabajador agredido (a17), el 81% las sufren las mujeres, pensemos que la población trabajadora en el sector sanitario mayoritariamente son mujeres, aproximadamente 2/3 de mujeres frente a 1/3 de hombres.

Por el contrario, cuando se analizan los datos del sexo de los agresores (a18), obtenemos que las agresiones las realizaron los hombres con un peso del 73%, sabiendo que en la población general existe equilibrio entre ambos sexos. Estos datos se ven representados en las figuras 15 y 16.

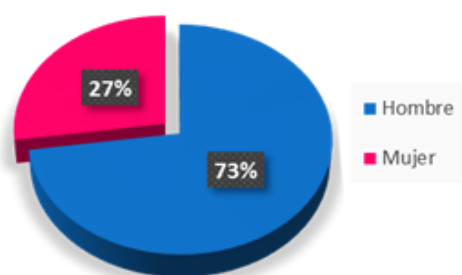


Figura 16. Sexo del agresor

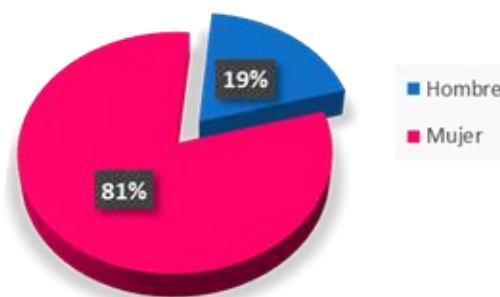


Figura 15. Sexo de la víctima

En la población total de trabajadores del Departamento de Salud, los datos que recoge el área de recursos humanos es, que del total de trabajadores, 4899 son mujeres y 2001 hombres.

Cuando se calcula la incidencia media de los años de estudio, obtenemos la figura 19, un 2‰ de hombres son agredidos mientras este porcentaje se ve aumentado en 1 punto y medio al hablar de mujeres.

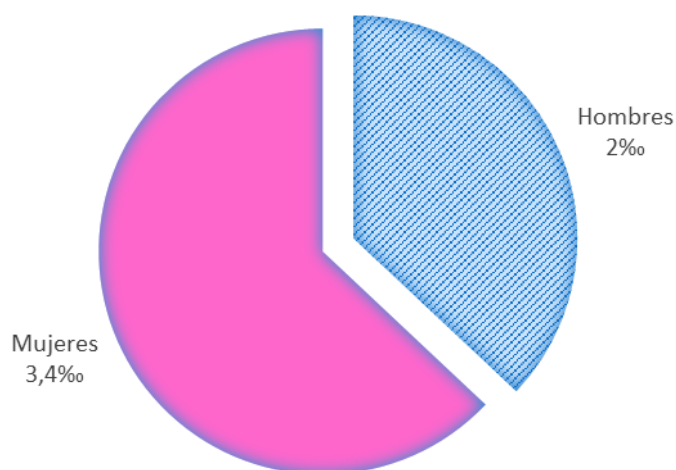


Figura 17. Incidencia agresiones por sexo

Al combinar los datos de las agresiones según sexo de la persona que las llevó a cabo y el sexo de quien las recibió obtenemos tabla 9.

Tabla 9. Sexo de la víctima y sexo del agresor

	VÍCTIMA						AGRESOR					
	Hombre		Mujer		Total		Hombre		Mujer		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>2005</b>	2	5.1	8	4.9	10	4.9	4	3.6	2	4.8	6	3.9
<b>2006</b>	2	5.1	8	4.9	10	4.9	5	4.5	1	2.4	6	3.9
<b>2007</b>	4	10.3	14	8.5	18	8.9	6	5.4	1	2.4	7	4.5
<b>2008</b>	5	12.8	18	11	23	11.3	10	8.9	5	11.9	15	9.7
<b>2009</b>	1	2.6	14	8.5	15	7.4	10	8.9	2	4.8	12	7.8
<b>2010</b>	6	15.4	11	6.7	17	8.4	11	9.8	2	4.8	13	8.4
<b>2011</b>	4	10.3	18	11	22	10.8	10	8.9	10	23.8	20	13
<b>2012</b>	4	10.3	38	23.2	42	20.7	23	20.5	10	23.8	33	21.4
<b>2013</b>	8	20.5	19	11.6	27	13.3	17	15.2	6	4.3	23	14.9
<b>2014</b>	3	7.7	16	9.8	19	9.4	16	14.3	3	7.1	19	12.3
<b>TOTAL</b>	39	19.2	164	80.8	203	100	112	72.7	42	27.3	154	100

Por año se observa que la víctima mayoritaria en todos los años es la mujer, destacando 38 casos en 2012 mientras que ese mismo año agredieron a 4 hombres. El agresor suele ser hombre en más del doble de los casos en todos los años excepto en el 2011 que se igualaron el número de agresiones realizadas por hombres y mujeres.

Si separamos por tipos las agresiones registradas (a12) en físicas, verbales o ambas y a su vez las asociamos a quien las llevó a cabo, según recoge la figura 18, las agresiones físicas realizadas por los pacientes representan el 88% mientras que los familiares o conocidos representan el 12% de éstas. Respecto a las agresiones verbales, un 57% fueron realizadas por los pacientes, un 35% los familiares y el 8% por ambos. Las agresiones que incluyen la agresión física y la verbal, son los pacientes en un 63% los responsables, en un 33% los familiares y en ambos el 4%.

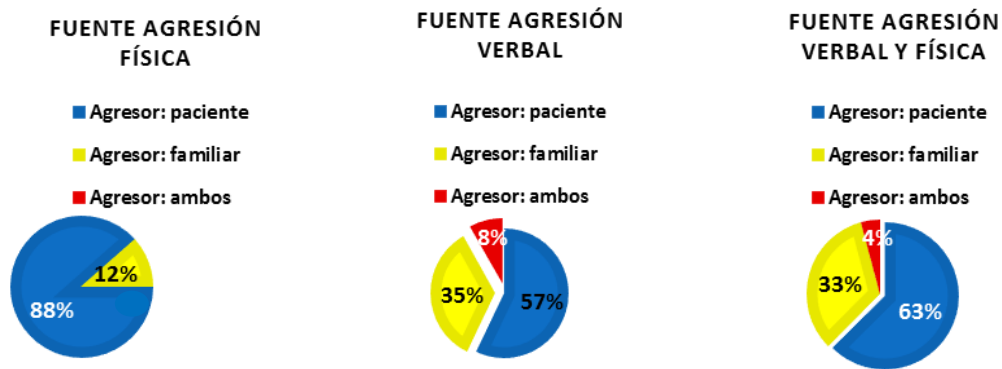


Figura 18. Tipo de agresión realizada por

La agresión, independientemente del tipo que sea, es el paciente el que las lleva a cabo más de la mitad de las veces.

Al relacionar el sexo de la víctima con el tipo de agresión realizada, se observa que las mujeres sufren más agresiones tanto físicas (59) como verbales (82) tal como recoge la figura 19.

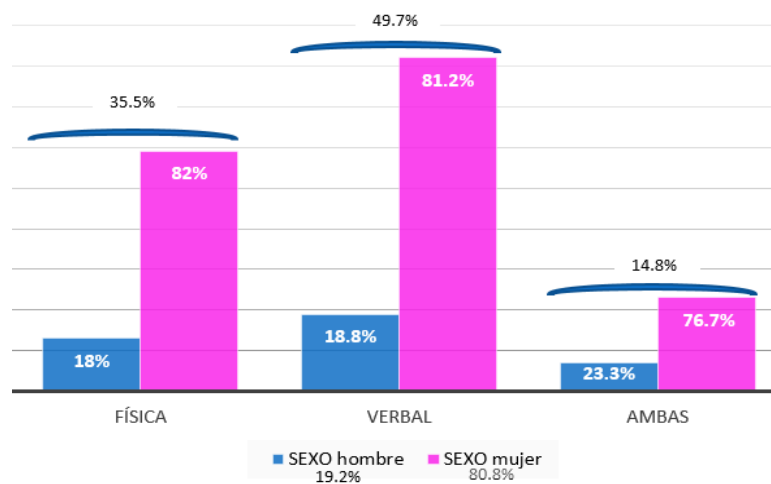


Figura 19. Tipo de agresión realizada según sexo de la víctima

Por el contrario, son los hombres los agresores, un 72% frente al 27% que serían las mujeres. Las agresiones físicas, de cada 10 agresiones 8 las realizan ellos y 2 las mujeres, bajando un punto en el resto.

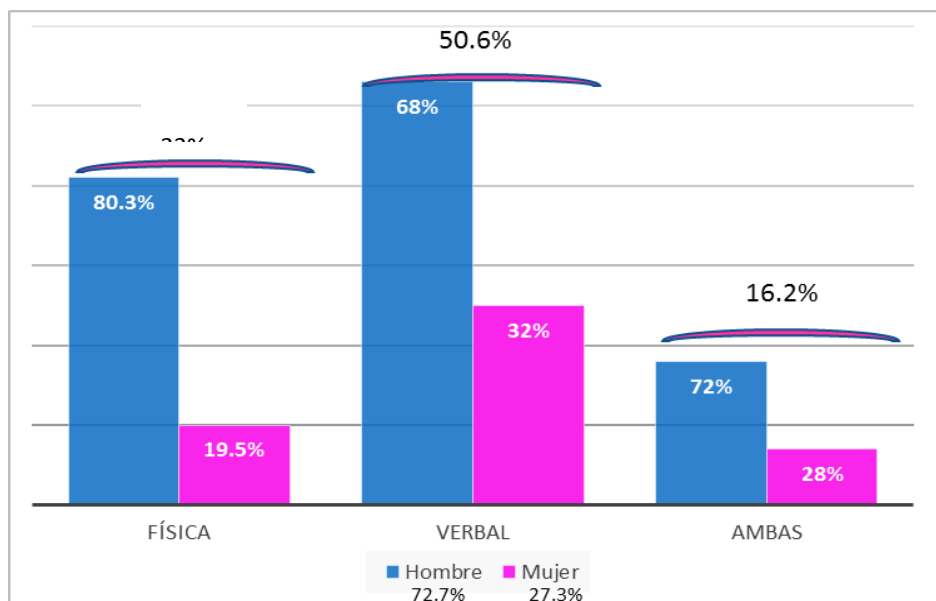


Figura 20. Tipo de agresión realizada según sexo del agresor

Respecto a la categoría profesional de los trabajadores agredidos (a5), las/os enfermeras/os son el colectivo que más agresiones sufren, un 40%, seguido de las auxiliares de enfermería con un 28% y los/as médicos/as con un 19% del total de las agresiones.

Tabla 10. Categoría profesional de las víctimas

	N	%
Médico/a	39	19,3
Enfermera/o	81	40,1
Auxiliar enfermería	56	27,7
Personal técnico y administración	5	2,5
Celador	11	5,4
Celador	2	1,0
Fisioterapeuta	3	1,5
Personal en formación	5	2,5
Otros	202	100,0
Total		



Para su mejor visualización, reconvertiremos las categorías profesionales en 4, profesionales de medicina, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y otros tal como se puede observar en figura 21.

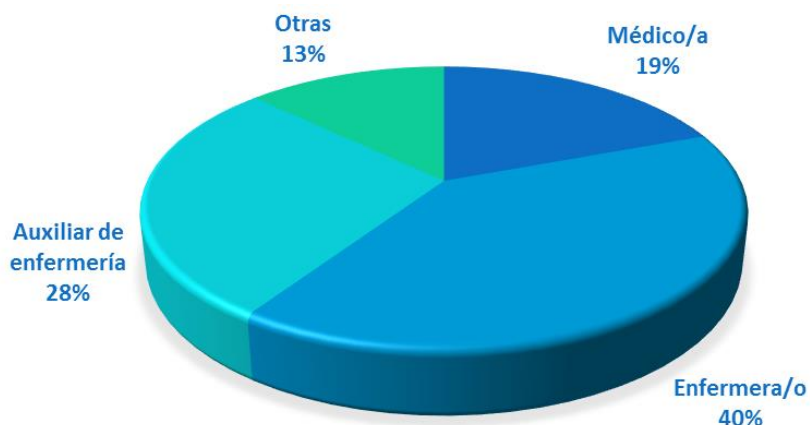


Figura 21. Categoría profesional de las víctimas

Al hallar la prevalencia según categoría (a5) obtenemos la siguiente figura 22, Los médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería se encuentran con una prevalencia similar, casi un 4% en las tres categorías, cifra muy alejada del resto de categorías profesionales del departamento que estaría cerca del 1%.

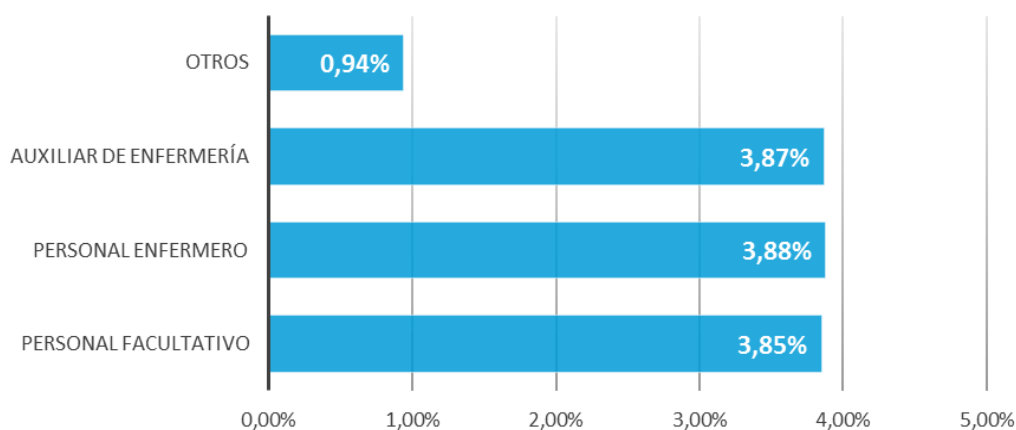


Figura 22. Prevalencia media agresiones según categoría profesional (10a)

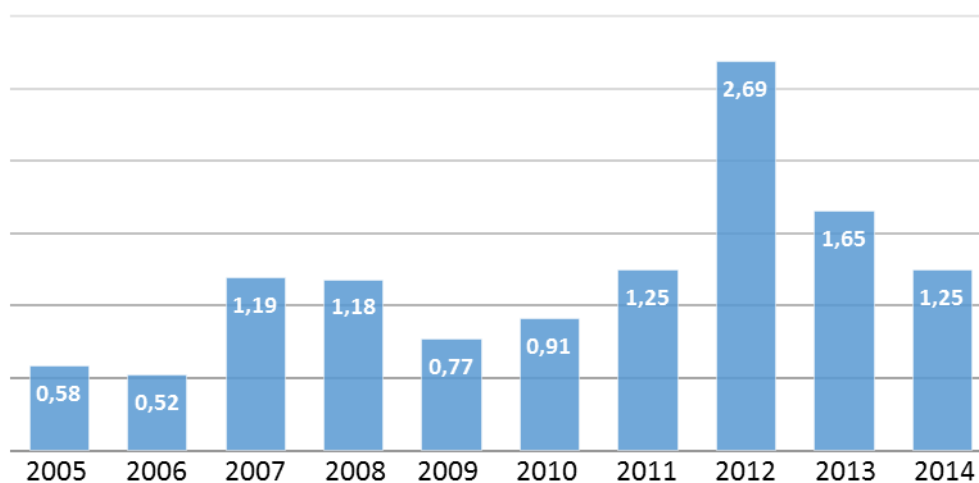


Figura 23. Índice de incidencia de agresiones por año

En las figuras 24, 25, 26 y 27 hallaremos índice de incidencia de agresiones por año según categoría profesional.

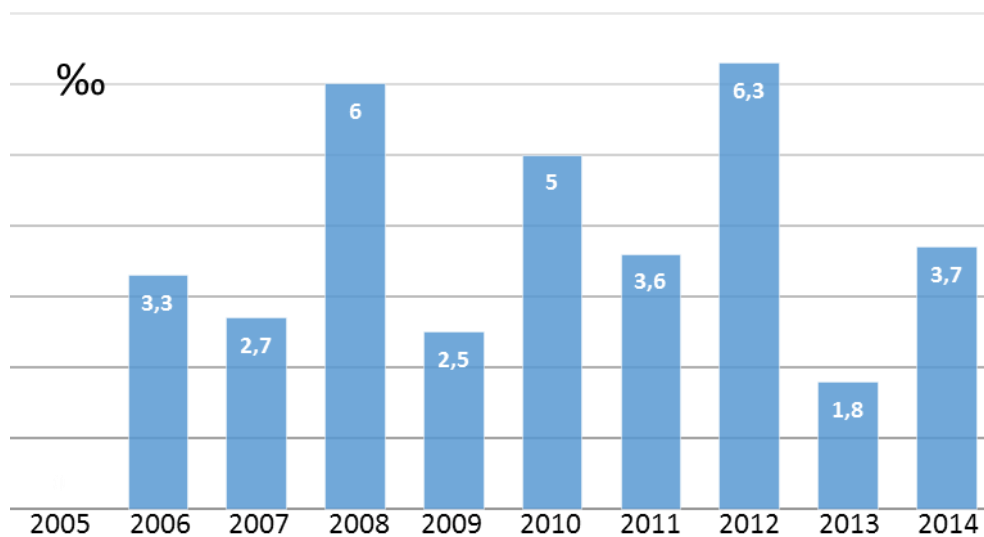


Figura 24. Incidencia de agresiones por año según categoría profesional: facultativos

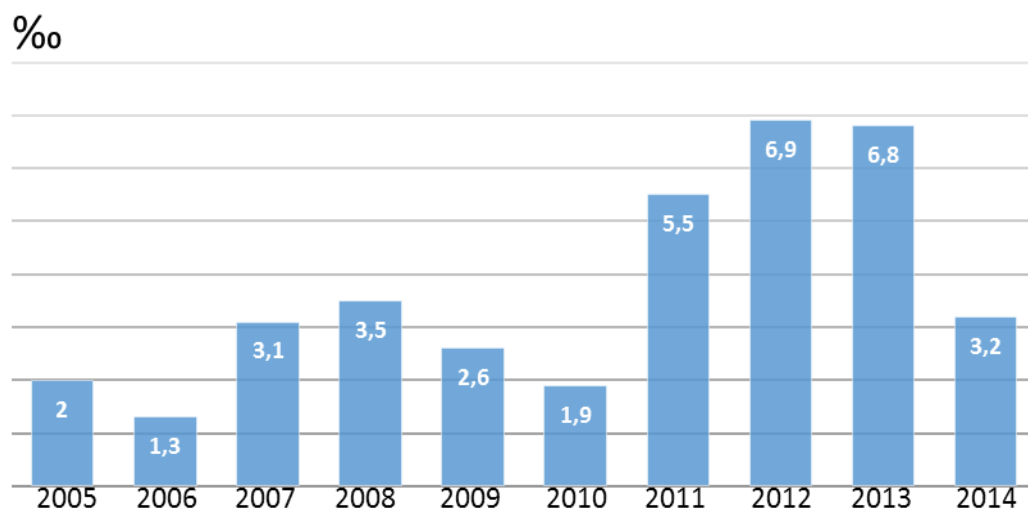


Figura 25. Incidencia de agresiones por año según categoría profesional: enfermera

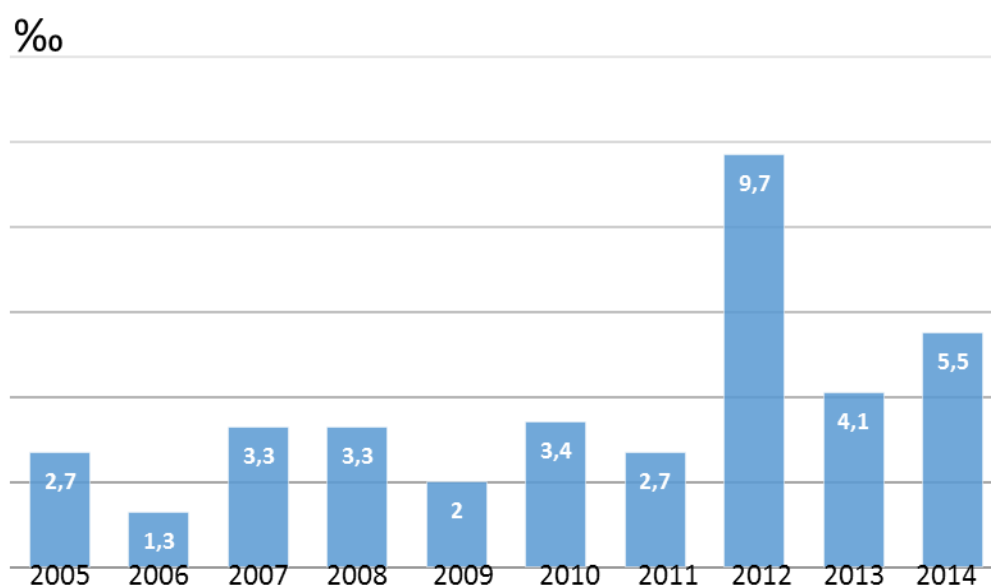


Figura 26. Incidencia de agresiones por año según categoría profesional: auxiliar enfermería

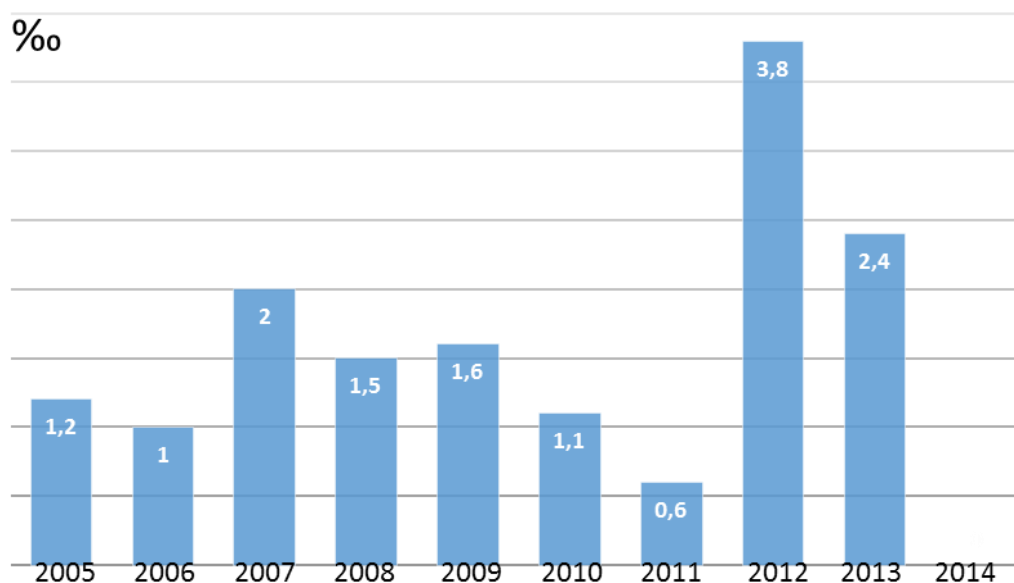


Figura 27. Incidencia de agresiones por año según categoría profesional: otros

Al explorar los resultados por año de agresión y categoría profesional, se observa que en los años 2011 a 2013 y en la categoría enfermera se produce un aumento de agresiones representando más del 50% del total de las agresiones de ese año, el 52% del total de esa categoría y año y el 21% del total de las agresiones a enfermeras del periodo de estudio. Destaca el año 2012 con el doble de agresiones que el resto de años con un peso del 21%.

Tabla 11. Categoría profesional de las víctimas por año.

		Médico		Enfermera		Auxiliar enfermería		Otros		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A Ñ O S	2005	0	0	4	40	4	40	2	20	10	100
	2006	3	30	3	30	2	20	2	20	10	100
	2007	3	16.7	7	38.9	5	27.8	3	16.7	18	100
	2008	7	30.4	8	34.8	5	21.7	3	13	23	100
	2009	3	20	6	40	3	20	3	20	15	100
	2010	6	35.3	4	23.5	5	29.4	2	11.8	17	100
	2011	4	19	12	57.1	4	19	1	4.8	21	100
	2012	7	16.7	15	35.7	14	33.3	6	14.3	42	100
	2013	2	7.4	15	55.6	6	22.2	4	14.8	27	100
	2014	4	21.1	7	36.8	8	42.1	0	0	19	100
	Total	39	19.3	81	40.1	56	27.7	26	12.9	202	100

Respecto a la edad del trabajador/a agredido/a (a16), la media es de 48 años (dt. 9.48) con un rango de (20 años-69años). Se observa que los trabajadores con 52, 55 y 58 años son los que han sufrido con mayor frecuencia las agresiones tipo II, por si solas, estas tres edades representan casi el 17% del total.

Al agrupar las edades en décadas, tabla 12, se observa que el rango de edad de los trabajadores agredidos comprendido entre los 50 a 59 años ha sufrido el 35,3% del total de las agresiones.

Tabla 12. Frecuencia por rango de edad de las víctimas.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
< 30 años	11	5,4	6,0
31 a 39	27	13,2	14,7
40 a 49	60	29,4	32,6
50 a 59	65	31,9	35,3
> 59 años	21	10,3	11,4
Total	184	90,2	100,0

Si agrupamos las edades de más de 49 años, según muestra la figura 28, observamos que casi la mitad de las agresiones se produjeron en los trabajadores con esta característica.

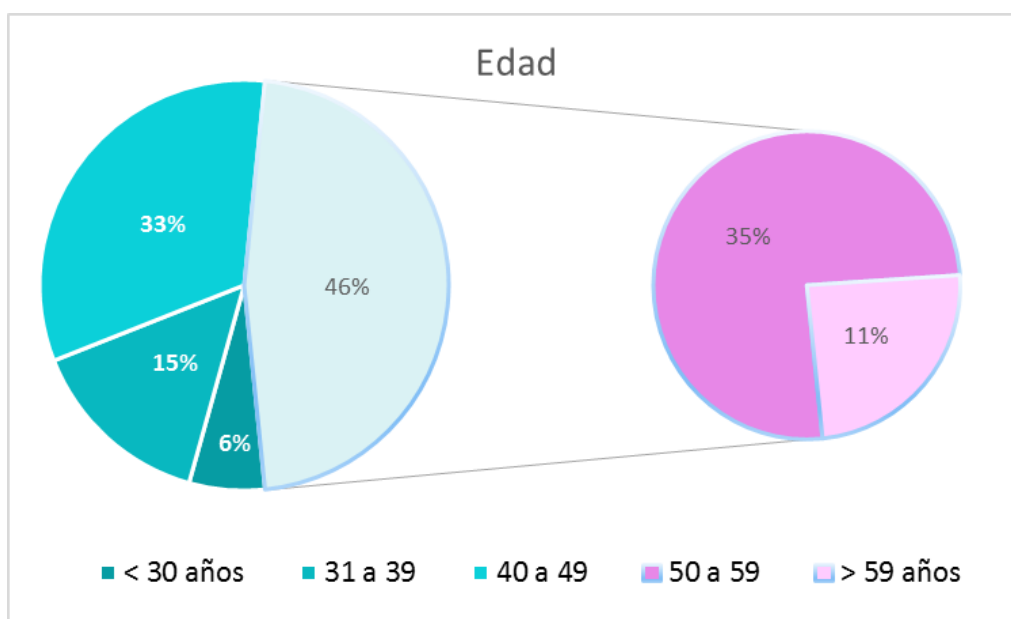


Figura 28. Frecuencia del rango de edad de las víctimas

Al analizar la media de edad de la víctima de una agresión (a16) se obtiene que la media está en 47.97 años, y que la media de edad ha ido aumentando con el paso de los años, en el año 2005 la media de edad fue de 45.67 mientras que en el año 2014 es de 50.32, en 10 años ha aumentado la edad de las víctimas en 5.

Tabla 13. Media de edad de las víctimas por año.

Año	Media de edad de la persona agredida
2005	45.67
2006	45.14
2007	44.47
2008	46.85
2009	48.27
2010	48.19
2011	49
2012	48.78
2013	48.04
2014	50.32

Respecto a las agresiones según la edad y el sexo, con los datos recogidos y analizados observamos la tabla 14.

Tabla 14. Agresiones por rango de edad y sexo de la víctima

	<30	30-39	40-49	50-59	>59	TOTAL
<b>Hombre</b>	3	3	8	14	5	33
<b>Mujer</b>	8	24	52	51	16	151
<b>TOTAL</b>	11	27	60	65	21	184

En esta tabla podemos observar que a partir de los 40 años hasta los 59 en las mujeres se recogen 103 agresiones.

En los hombres también aumentan las agresiones con la edad, doblándose en número en la década de los 50 a 60 años respecto a la anterior y quintuplicándose respecto a las edades más jóvenes.

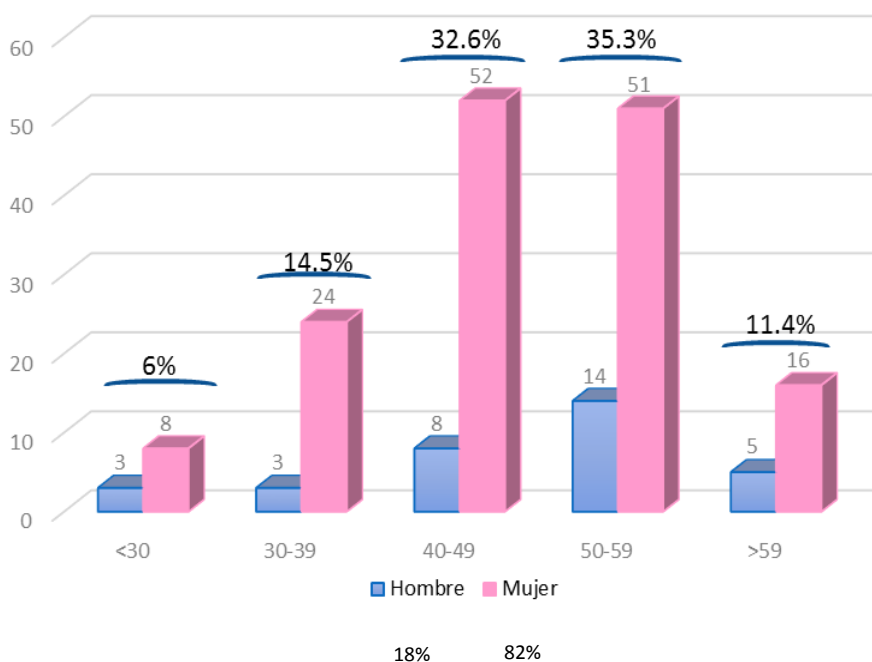


Figura 29. Agresiones por rango de edad y sexo de la víctima

Para determinar la situación laboral de los empleados agredidos (a6) hemos utilizado la división que relata el estatuto marco de los trabajadores sanitarios, arroja que el 52% de los trabajadores son personal estatutario fijo frente al 48% que son personal estatutario temporal.

Tabla 15. Agresiones por tipo de contrato laboral

Situación laboral	N	%
Estatutario fijo	85	51,8
Estatutario temporal	79	48,2
Total	164	100,0

Respecto al tipo de contrato por años, la proporción está equilibrada con ligera tendencia a convertirse en fijos con el paso de los años.

Tabla 16. Agresiones por tipo de contrato laboral y año de agresión.

AÑO	SITUACION LABORAL				Total
	Fijo		eventual/interino		
	Nº	%	Nº	%	
2005	3	50	3	50	6
2006	2	33.3	4	66.7	6
2007	5	50	5	50	10
2008	6	46.2	7	53.8	13
2009	8	66.7	4	33.3	12
2010	5	41.7	7	58.3	12
2011	12	54.5	10	45.5	22
2012	21	55.3	17	44.7	38
2013	14	53.8	12	46.2	26
2014	9	47.4	10	52.6	19
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>51.8</b>	<b>79</b>	<b>48.2</b>	<b>164</b>

Por lo que respecta a la antigüedad en el puesto de trabajo (a8), a menor tiempo en el puesto de trabajo el número de agresiones producidas hacia los trabajadores aumentan. Los trabajadores agredidos en su puesto de trabajo con un tiempo inferior a 5 años representan el 60% del total de las agresiones, figura 30.

La media es de 78 meses, siendo el mínimo menor de un mes y el máximo de 472 meses.

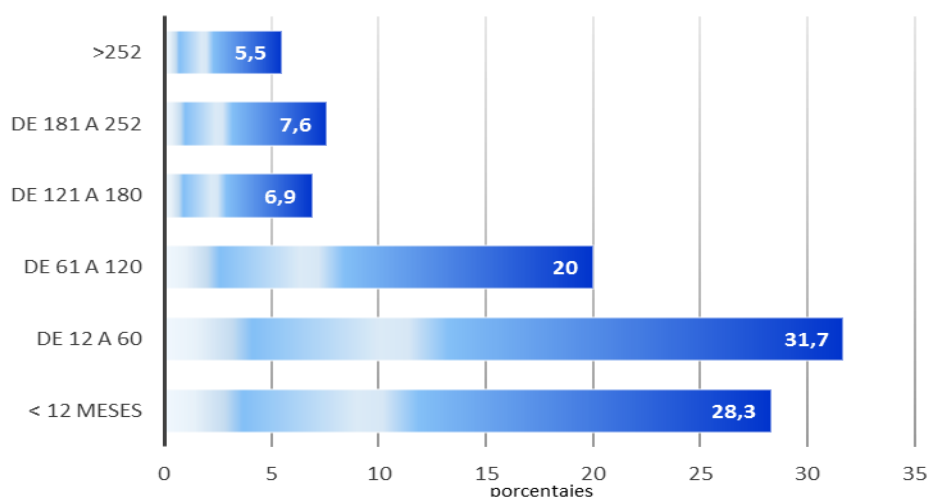


Figura 30. Antigüedad de las víctimas en el puesto de trabajo



Al analizar este punto por años, del 2011 al 2014, observamos que se produce un aumento en las agresiones comunicadas cuando se está en el puesto de trabajo menos de 120 meses, representando el 55% del total de las agresiones.

Tabla 17. Agresiones por año según la antigüedad en el puesto de trabajo.

Meses puesto	<12		12-60		61-120		121-180		181-252		>180		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2005	1	20	1	20	1	20	2	40	0	0	0	0	5	100
2006	2	40	1	20	0	0	1	20	0	0	1	20	5	100
2007	5	71.4	1	14.3	0	0	0	0	1	14.3	0	0	7	100
2008	4	36.4	3	27.3	0	0	0	0	3	27.3	1	9.1	11	100
2009	3	25	4	33.3	1	8.3	3	25	0	0	1	8.3	12	100
2010	2	18.2	6	54.5	3	27.3	0	0	0	0	0	0	11	100
2011	9	42.9	8	38.1	3	14.3	0	0	0	0	1	4.8	21	100
2012	6	19.4	8	25.8	8	25.8	2	6.5	6	19.4	1	3.2	31	100
2013	2	8.7	11	47.8	7	30.4	1	4.3	1	4.3	1	4.3	23	100
2014	7	36.8	3	15.8	6	31.3	1	5.3	0	0	2	10.5	19	100
TOTAL	41	28.3	46	31.7	29	20	10	6.9	11	7.6	8	5.5	145	100

Respecto a la experiencia laboral o antigüedad en sanidad (a7), los trabajadores con una experiencia laboral entre 10 y 15 años en sanidad, sufren el 19% de las agresiones, seguido por los trabajadores cuya experiencia se encuentra entre los 5 a 10 años con un porcentaje del 16%.

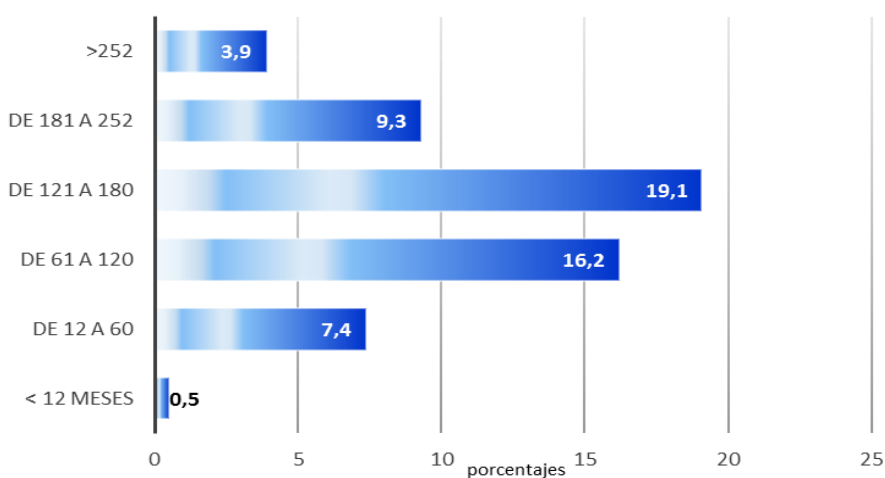


Figura 31. Antigüedad de las víctimas en sanidad.

Al comparar ambas figuras, figura 30 y 31, se observa que el comportamiento es inverso, las agresiones se han producido más en los grupos con mayor antigüedad en sanidad, pero con una menor estancia en el puesto de trabajo donde se produjo la agresión.

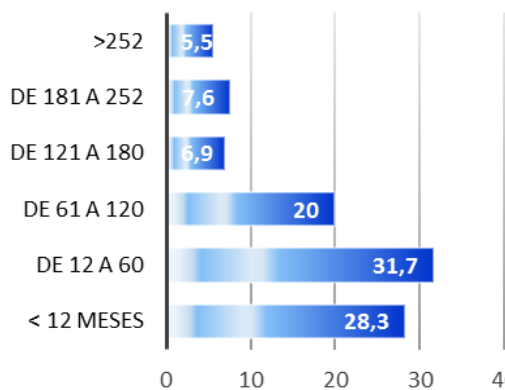


Figura 30. Antigüedad de las víctimas en el puesto de trabajo.

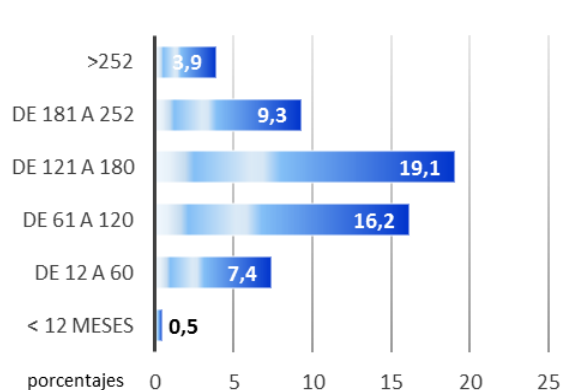


Figura 31. Antigüedad víctimas en sanidad

Las edades de los trabajadores agredidos (a16), la mayoría tienen más de 40 años y han sido agredidos en su puesto de trabajo antes de los 5 años de estancia, tabla 18.

Tabla 18. Edad agredidos y antigüedad en el puesto de trabajo.

		RANGO EDAD				
		< 30 años	31 a 39	40 a 49	50 a 59	> 59 años
RANGO ANTIGÜEDAD PUESTO	< 12 meses	7	11	9	11	2
	de 12 a 60	2	7	19	14	2
	de 61 a 120	0	0	11	14	4
	de 121 a 180	0	0	3	6	1
	de 181 a 252	0	0	3	6	2
	>252	0	0	0	2	6

Se realiza contrastes de la Ji-cuadrado, mediante tablas de contingencia, para estas variables, los resultados son los siguientes:

Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el tiempo de estancia en el puesto de trabajo dónde fue agredido, destaca que 19 de las agresiones (43,2%) fueron dirigidas hacia trabajadores con edades comprendidas entre los 40 y 49, y entre los 50 y 59 años se produjeron 14 agresiones (31,8%), con estancias inferiores a los 5 años ( $p < 0,001$ ).

Respecto a la estacionalidad de las agresiones, el mes o meses en los que se produjeron más agresiones hacia los trabajadores de este Departamento, fueron julio con junio y agosto, es decir en la época estival se percibe un ligero aumento respecto al resto de meses. También se puede observar un ligero aumento en el mes de octubre, figura 32.

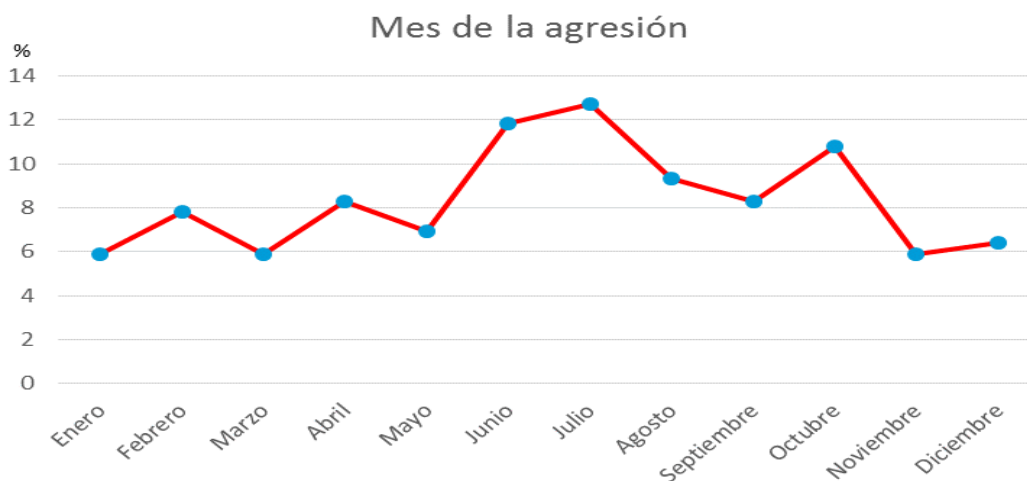


Figura 32. Frecuencia de agresiones según el mes

A continuación se puede observar la distribución de las agresiones por meses y por años. Para su mejor visualización hemos dividido el periodo de estudio en quinquenios, se puede observar que en el primer quinquenio (2005 a 2009) se puede observar en la figura 33 que en los años 2008 y 2009 aumentan las agresiones en agosto.

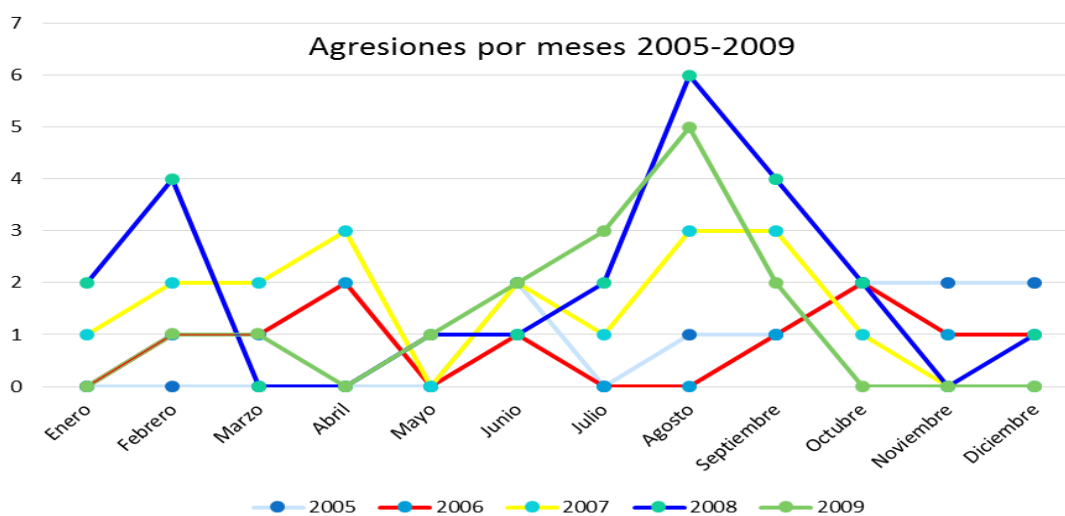


Figura 33. Frecuencia de agresiones según el mes y año

En este segundo quinquenio, hay un aumento de casos en julio de 2011 y 2012.

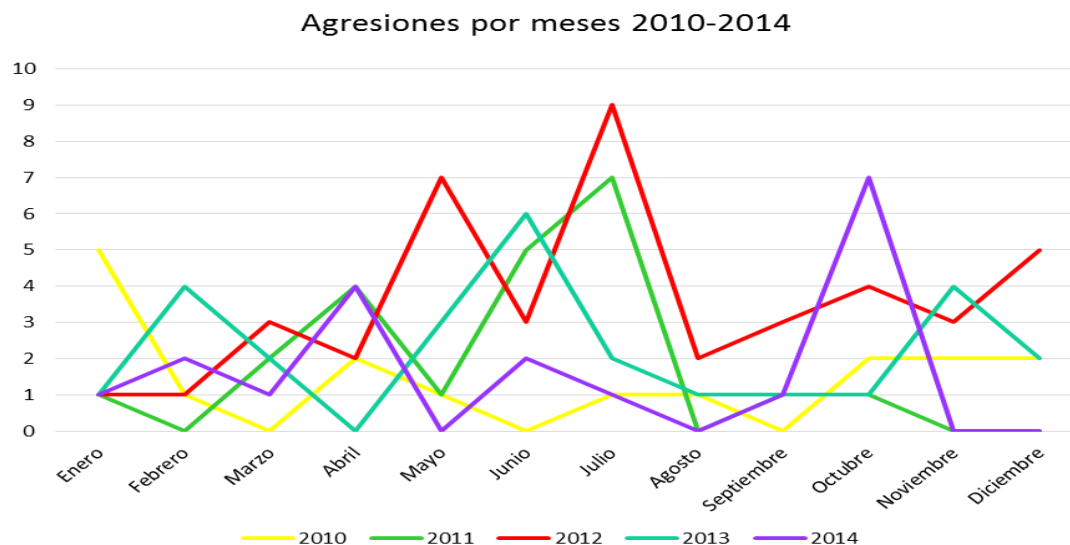


Figura 34. Frecuencia agresiones según el mes y año

Las consecuencias para la víctima (a20) demuestran que del total de las agresiones el 23,5% necesitaron acudir al médico para baja laboral.

Tabla 19. IT por agresión.

Baja laboral	Frecuencia	Porcentaje
sí	48	23,5
no	156	76,5
Total	204	100,0

La mayoría de las víctimas (a20) de agresiones físicas (64,6%) solicitaron baja laboral, mientras en el caso de las agresiones verbales no se producen en un 61%, resultado significativo para  $p < 0,001$ .

Tabla 20. Tipo de agresión e incapacidad laboral.

	Física		Verbal		Ambas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Sí</b>	31	64.6%	7	16.6%	10	20.8%
<b>No</b>	41	26.3%	95	60.9%	20	12.8%

Respecto al comunicado de la agresión (a15), el 72% de las víctimas no quisieron realizar acción alguna frente al hecho de ser agredidos, figura 35.

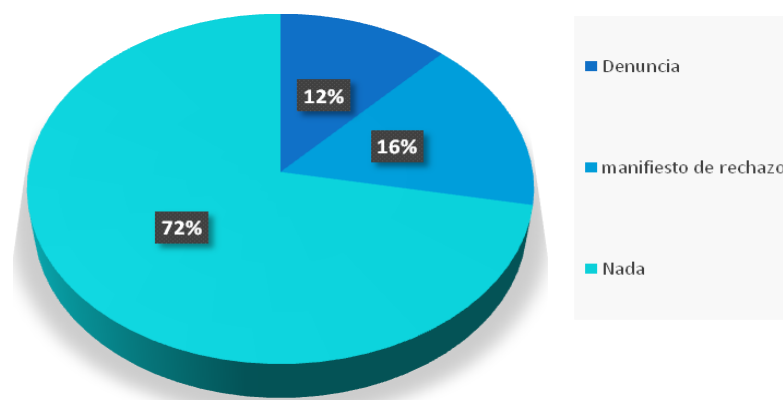


Figura 35. Denuncia de la agresión

El 16% pidieron que sin darse a conocer la organización enviara al agresor un manifiesto de rechazo por su actuación y el 12% interpuso una denuncia, el resto, un 72%, no quiso hacer nada al respecto.

Al analizar las emociones que han aflorado en los trabajadores agredidos (n13) en el momento de convertirse en víctima, el 47% les invade el miedo, al 40% la tristeza, al 11% la sorpresa y a un 2% la ira. Todas ellas emociones negativas.

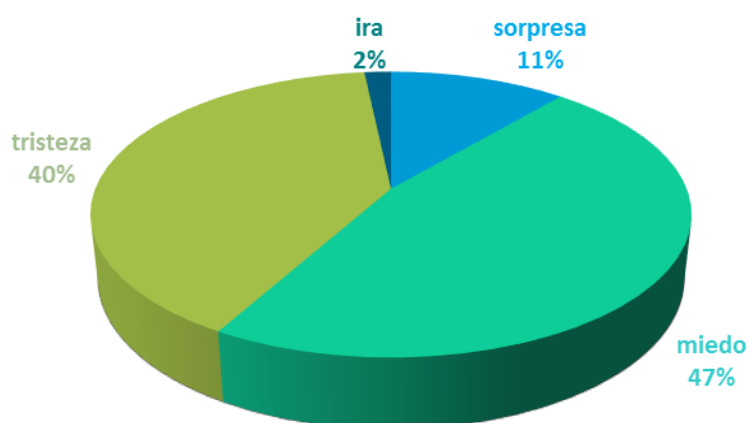


Figura 36. Emociones básicas humanas

Al analizar las posibles causas que propiciaron la agresión (a19) se distribuye de la siguiente manera, tabla 22, entre las 11 posibles causas planteadas, el 32% se debe a la disconformidad respecto a la asistencia y/o cuidados recibidos, un 26,6% a la edad, desarrollo y/o patología del paciente y un 17% a la disconformidad del tratamiento dado y/o pruebas diagnósticas solicitadas.

Tabla 21. Causas que propiciaron la agresión

	N	%
Disconformidad asistencia y/o cuidados	46	32,2
Disconformidad trato recibido	3	2,1
Tiempo de espera excesivo	11	7,7
Disconformidad Tto y/o pruebas diagnósticas	24	16,8
Disconformidad con información recibida	3	2,1
Deseo sexual	2	1,4
Edad desarrollo y/o patología (psq, demencia...)	38	26,6
Disconformidad diagnóstico	2	1,4
Otros	2	1,4
Atraco	6	4,2
No cumplimiento normativa, uso indebido recurso	6	4,2
Total	143	100,0

La distribución de las agresiones según el turno de trabajo de la víctima (a9) tal como se representa en el gráfico 37, el 52,8% de las agresiones se producen en turno de mañana (8 a 15 horas), el 30,7% en turno de tarde (15-22 horas) y por último el de noche con un 16,5%.

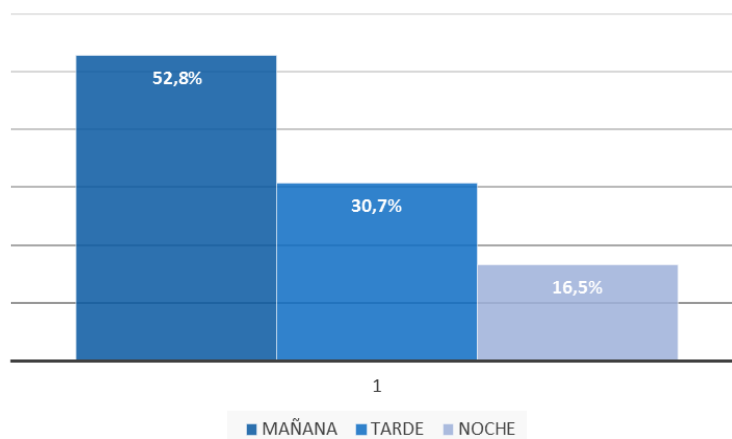


Figura 37. Turno de trabajo

La hora del día (a10) con mayor número de agresiones se encuentra entre las 11 horas y las 12. La moda 12 horas, con una frecuencia del 11%, junto a la hora anterior, las 11 con un 8,6% y la hora posterior, las 13 horas con un 7,4%, suponen un tercio del total de las agresiones.

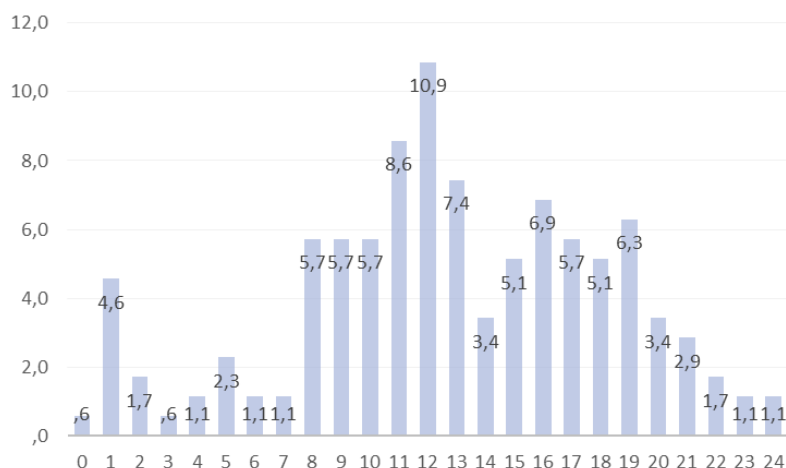


Figura 38. Hora del día

Respecto a la hora de trabajo (a10) a partir del inicio de su jornada laboral, las tres primeras horas recogen casi el 50% de las agresiones, en la primera hora un 16%, la segunda otro 16%, la tercera 16,5%. La cuarta hora de trabajo es la más crítica ya que se registran el 18,8% de las agresiones, la quinta hora un 11,8%, la sexta un 7%, la séptima un 4,7%, la octava un 2,9 y a partir de ésta 1% o menos.

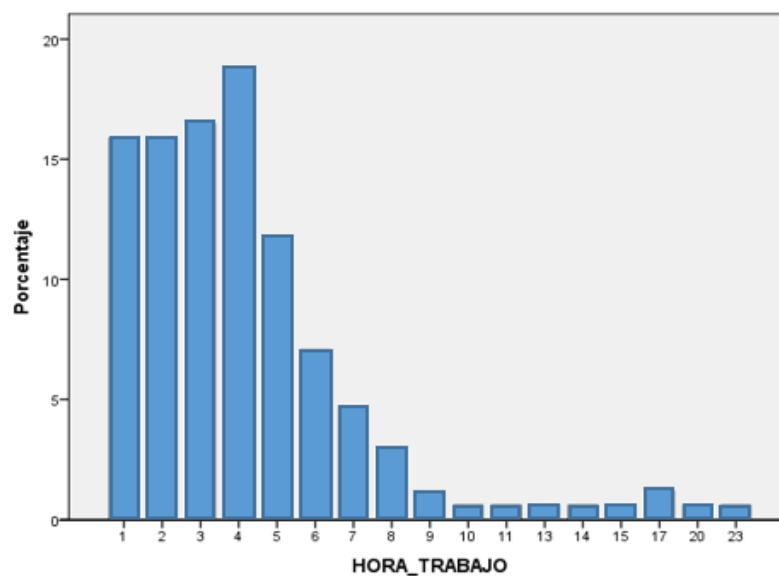


Figura 39. Hora de trabajo

Al cruzar las variables continuas: edad, antigüedad en el puesto y antigüedad en sanidad y tipo de agresiones obtenemos los siguientes resultados descriptivos, la edad media de los trabajadores que han sufrido agresiones físicas es de 47 años con una antigüedad en ese puesto de trabajo de 67 meses y en sanidad de 131. Respecto a las agresiones verbales, la edad media es de 49 años, con una antigüedad en el puesto de 88 meses y en sanidad de 131 meses.

Para analizar la relación entre el tipo de agresión que sufren los profesionales y los factores que puedan condicionarlos ( $\alpha 21$ ), se realizaron contrastes de la Ji-cuadrado, mediante tablas de contingencia para las variables categóricas: turno (mañana, tarde o noche), sexo (hombre o mujer), rango de edad, categoría profesional, nivel de atención asistencial, situación laboral, encontrando los resultados siguientes:

Hay una asociación estadísticamente significativa entre el turno realizado de trabajo y el tipo de agresión. Las agresiones físicas hacia los trabajadores se producen sobre todo por la noche, un 65,5%, mientras que el 59,1% de las agresiones verbales se dan en el turno de mañana ( $p=0,001$ ).

Respecto al tipo de agresión y la categoría profesional, los médicos sufren en un 64,1% agresiones verbales, las enfermeras un 50,6%, pero son las auxiliares de enfermería las que mayoritariamente sufren agresiones físicas con un 50% y un 39,3% agresiones verbales con una significación de  $p= 0,048$ .

Encontramos asociación estadísticamente significativa entre el nivel de atención asistencial y el tipo de agresión  $p<0,001$ , destacando que la atención realizada por el SAMU sufren mayoritariamente agresiones físicas en un 50% y un 33% de agresiones físicas y verbales conjuntamente. En Atención Primaria, las agresiones de tipo verbal se producen en el 68% de los casos, encontrándose muy igualada las agresiones tanto físicas como verbales en los hospitales.

Respecto a las emociones y el tipo de agresión destaca en la agresión física los sentimientos de ira (66,7%) y de sorpresa (65%); mientras que para las agresiones de tipo verbal, destacan el miedo (62,7%) y la tristeza (47,9%). Resultado estadísticamente significativo según Fisher con  $p$ -valor = 0,002.



La mayoría de las víctimas de agresiones físicas (64,6%) se encontraron imposibilitados para el desempeño de su trabajo con incapacidad temporal (IT) por accidente laboral, no ocurrió lo mismo con las agresiones de tipo verbal en un 60,9%, resultado significativo para  $p < 0,001$ .

Se denunciaron solo el 33% de las agresiones físicas y un 29% las agresiones verbales, aunque casi el 86% de las agresiones verbales se acogieron a que la organización enviase al agresor un manifiesto de rechazo ( $p < 0,001$ )

Encontramos que los factores condicionantes del tipo de agresión son distintos para agresiones físicas o verbales. Así:

En agresiones físicas: turno nocturno, ser auxiliar de enfermería, trabajar en SAMU.

Sentimiento de ira y sorpresa

Cursan IT. Denuncian 33%

En agresiones verbales: turno mañanas, ser médico, trabajar en primaria

Sentimiento de miedo y tristeza

Solicitan envío de manifiesto de rechazo 85,7%

#### **4.2. Antecedentes personales y situacionales que han acompañado a cada uno de los incidentes violentos**

Para la consecución de nuestro segundo objetivo "*Conocer los antecedentes personales y situacionales que han acompañado a cada uno de los incidentes violentos*", se han analizado los resultados obtenidos en las 21 entrevistas realizadas con la EVO-PR. Además, nos hemos apoyado en los resultados y datos demográficos procedentes de la información recogida a través del CAT.

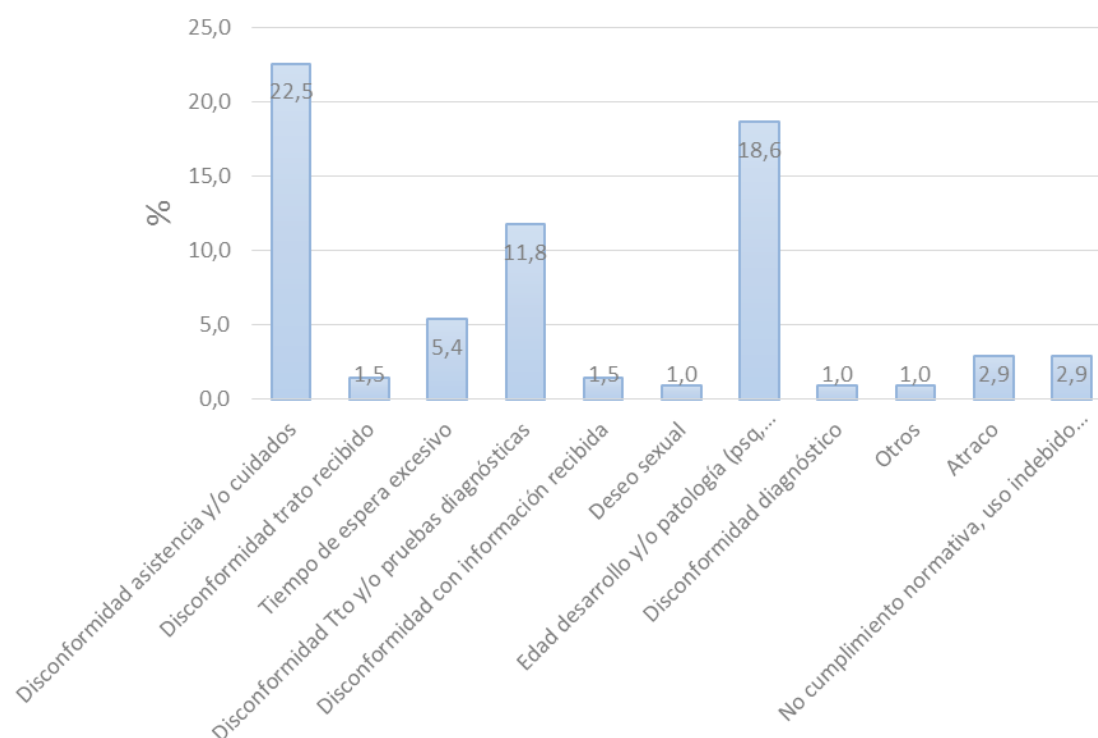
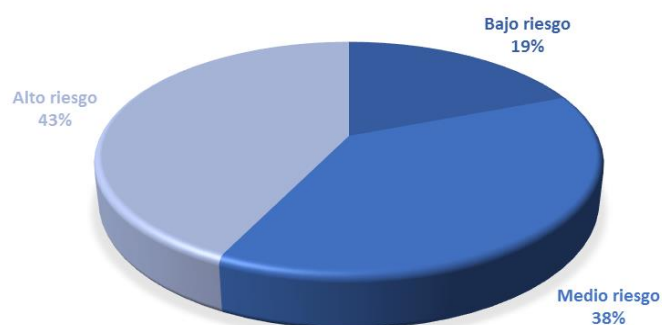


Figura 40. Posibles causas de la agresión

Para el análisis de datos cualitativos de forma sistemática seguiremos una secuencia y un orden, la información aquí reflejada se obtuvo a través de la realización de entrevistas a los trabajadores que voluntariamente quisieron venir a ello. Tras capturar, transcribir y ordenar la información, codificando esa información, agrupándola en categorías que concentran ideas o conceptos que iremos descubriendo, buscando vínculos y obteniendo respuestas.

El nivel socioeconómico de los clientes que causan la agresión es bajo en el 43% de ellas según relatan los trabajadores en sus respuestas a la EVO-PR. Este factor de riesgo quedaría distribuido de la siguiente manera en la figura 41.



*“La ubicación del centro se encuentra en una zona parcialmente habitada por gitanos”.*

Entrevistado/a 1

*“Familias desestructuradas”*

Entrevistado/a 2

*“Podemos encontrar gente de todo tipo, en exclusión social muchos”*

Entrevistado/a 18

Figura 41. Características del contexto socioeconómico

Las exigencias del usuario atendido por los distintos Servicios de Salud en un 71% de los casos, son muy altas. La información que nos facilitan los empleados denotan este elevado nivel de exigencia (ver figura 42)



*“Que se le cuide de una determinada manera impuesta por ella”* . Entrevistado/a 11

*“Alta exigencias, de forma urgente...”*

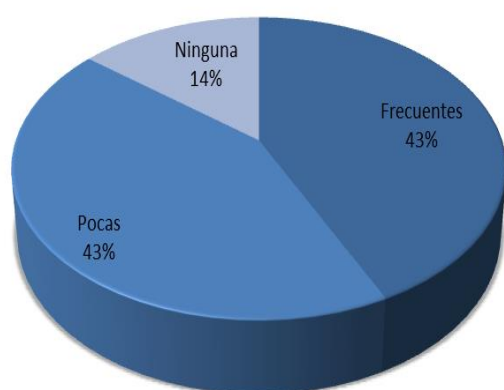
Entrevistado/a 12

*“te exigen cada día más, sus exigencias cada vez son más altas”*

Entrevistado/a 20

Figura 42. Características del usuario atendiendo al nivel de exigencia

Otra información que se refleja en las entrevistas es que no todas las agresiones se informan, pasando desapercibidas, tal como se puede ver en la gráfica siguiente y en los comentarios anexos (ver figura 43).



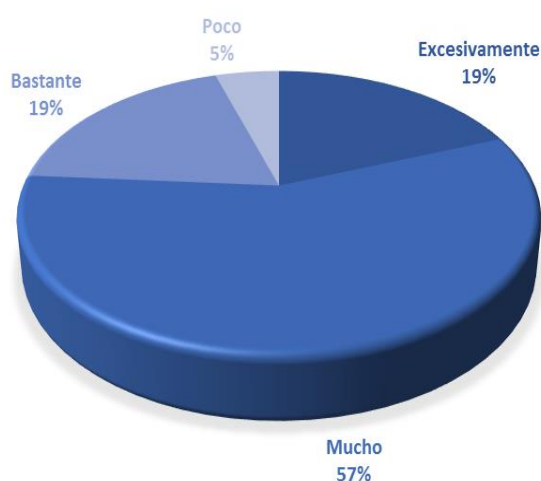
*“Sí son frecuentes, se comunican las agresiones físicas, las verbales generalmente no”*  
Entrevistado/a 3

*“Sí con frecuencia, pero la más grave la mía”*  
Entrevistado/a 5

*“insultos y amenazas, de vez en cuando”*  
Entrevistado/a 7

Figura 43. Frecuencia de episodios violentos

Respecto a la *estructura de la organización*, ésta se encuentra excesivamente burocratizada, según informan los entrevistados (figura 44), que la excesiva burocracia de la organización sería un indicador de riesgo elevado para sufrir una agresión.



*“Excesivamente y me cabrea”* Entrevistado/a 1

*“Mucho, para este suceso tardaron tres meses en llamarme e interesarse por mi”*  
Entrevistado/a 8

*“Pienso que bastante y desde que estamos aquí más”*  
Entrevistado/a 11

*“Todo ha de seguir un circuito, todo ha de seguir un circuito, canal de comunicación estipulado”*  
Entrevistado/a 12

*“este hospital cada día hay más burocracia por lo que se pierde todo en el tiempo”*  
Entrevistado/a 20

Figura 44. Características de la organización, burocracia

Si bien las *políticas de empresa* se orientan hacia la prevención de las agresiones en el puesto de trabajo y sobre sus consecuencias, los resultados (figura 45) demuestran que hay desconocimiento o disconformidad.

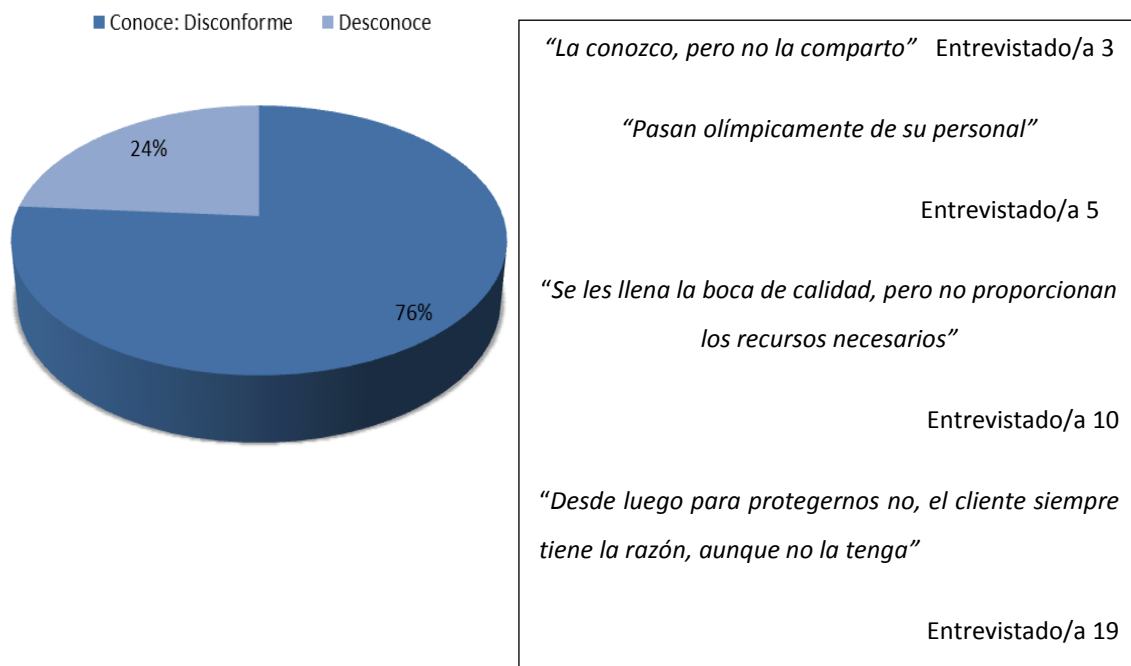


Figura 45. Características de la organización: Conoce la política de su empresa.

Analizando algunas de las respuestas de los encuestados, encontramos que un 76% opina que conoce la política de su empresa, pero que es carente de coherencia convirtiéndose en una organización, respecto a este punto, de alto riesgo.

Cuando se analizan las opiniones respecto a si la organización tiene en cuenta a sus trabajadores, los resultados que se observan en el siguiente gráfico indican que el 55% de los 21 trabajadores entrevistados piensan que no son tenidos en cuenta para las decisiones que les afectan (ver figura 46).

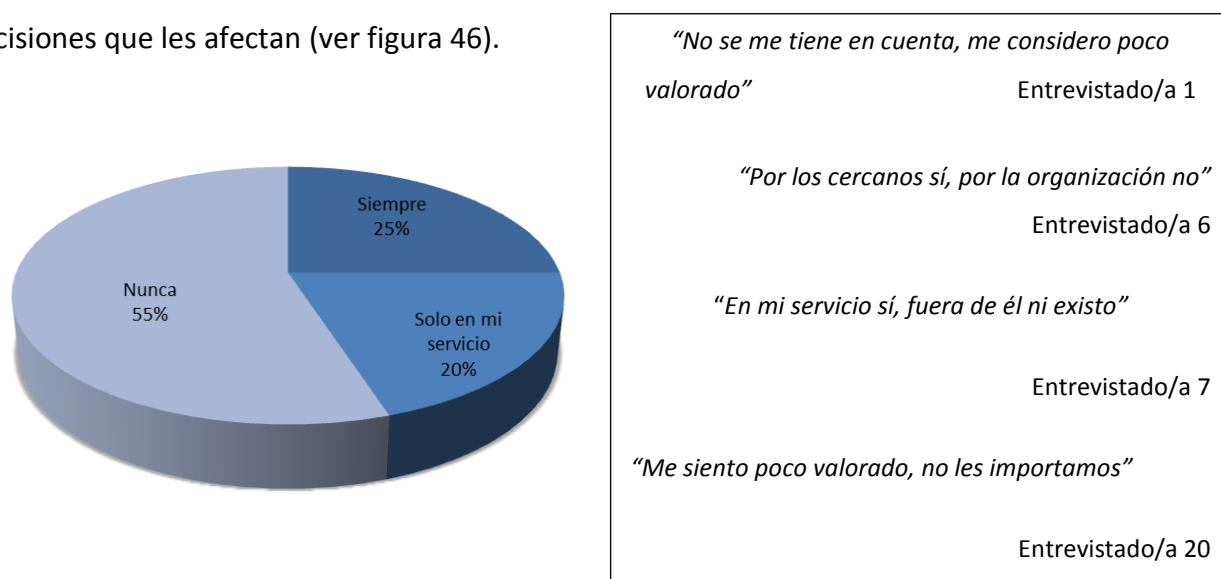
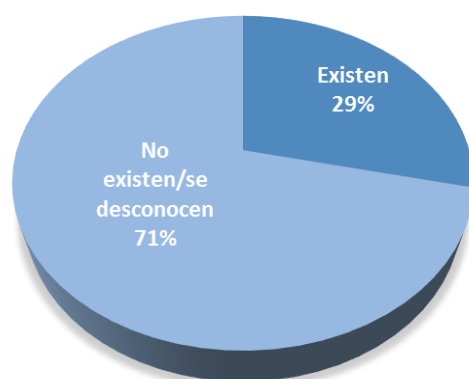


Figura 46. Características de la organización, valoración del personal

Los canales de comunicación en la organización, el 71% dicen que no existen o que los desconocen, frente al 29% que sí reconocen su existencia, aunque de estos el 84% comentan que existen pero son lentos o muy lentos. Está recogido en la figura 47 y las opiniones reflejadas a continuación.



*“No son adecuados, a veces cambian las normas y nos enteramos cuando hay un problema...”*  
Entrevistado/a 3

*“Vas a quien sea, la coordinadora y le dices, o viene ella y te dice. No existe otro”*  
Entrevistado/a 6

*“Ha de pasar por muchos escalones, se pierde...”*  
Entrevistado/a 16

Figura 47. Canales de comunicación de su empresa

Si bien, cuando se pregunta sobre las fuentes de información dentro de la organización los resultados obtenidos indican que mandos y compañeros fueron quienes les informan (figura 48).



*“Te enteras cuando ya está hecho y casi siempre por las compañeras”*  
Entrevistado/a 7

*“la supervisora y los compañeros, los sindicatos...”*  
Entrevistado/a 14

Figura 48. Fuentes de información

Aunque su opinión sobre el contenido de la información se mueve entre no entenderse, ser irrelevante o ser adecuada. El 67% piensan que no se entiende, es contradictoria o irrelevante (ver figura 49).



*“A veces no la entiendo. Falta información y formación. Pero mucha...”*

Entrevistado 3

*“Te enteras cuando ya está hecho y casi siempre por las compañeras”*

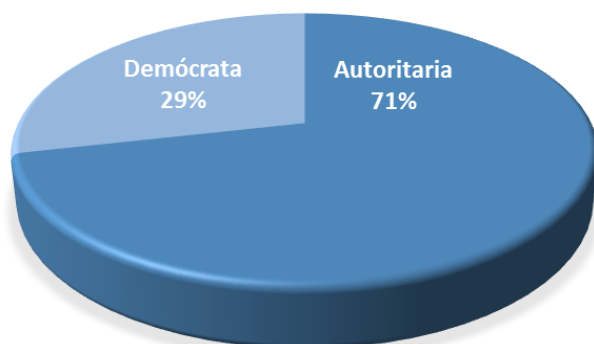
Entrevistado/a 7

*“la supervisora y los compañeros, los sindicatos...”*

Entrevistado/a 14

Figura 49. Opinión en cuanto al contenido de la información recibida.

Estos resultados pueden combinarse con la opinión sobre los estilos de mando o de dirección (ver figura50).



*“Uff, no te sabría decir. Pues... hay que hacer esto y punto”*

Entrevistado/a 2

*“El mando, la empresa, el mando no lo sé. Les importa un bledo el personal. El mando no es participativo excesivamente dictatorial”*

Entrevistado/a 3

*“Órdenes y más órdenes, sin mirar lo que tienen realmente ante sus narices”*

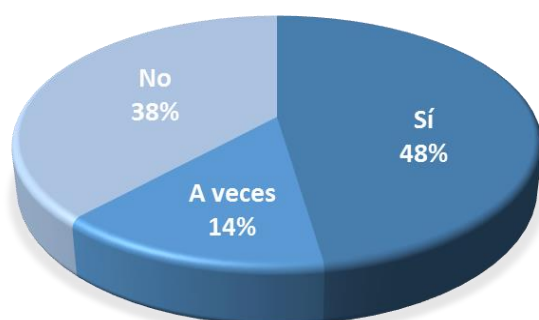
Entrevistado/a 19

*“las ordenes te llegan de arriba a abajo”*

Entrevistado/a 21

Figura 50. Estilo de mando de su empresa

A la pregunta de si entienden las órdenes que les dan sus mandos o supervisores, obtenemos los siguientes resultados (figura 51): el 52% de las veces no se entiende o se entiende a veces.



*“No saben ordenar, el trabajo sale gracias a nosotros”*  
Entrevistado 1

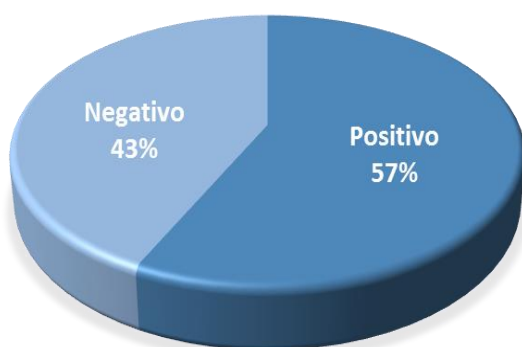
*“Te llegan y a veces no sabes para qué ni por qué”*  
Entrevistado/a 9

*“Entiendo las palabras, no entiendo qué quieren hacer con nosotras, ¿exprimirnos?...”*  
Entrevistado/a 19

*“Creo que no saben mandar, el trabajo se hace por la profesionalidad y las ganas que el personal ponemos”*  
Entrevistado/a 20

Figura 51. Entiende las órdenes recibidas

Referente al trato recibido de sus jefes (figura 52), el 43% considera que el trato es negativo, de desconocimiento.



*“Pasan de nosotros y complican el trabajo”*  
Entrevistado 1

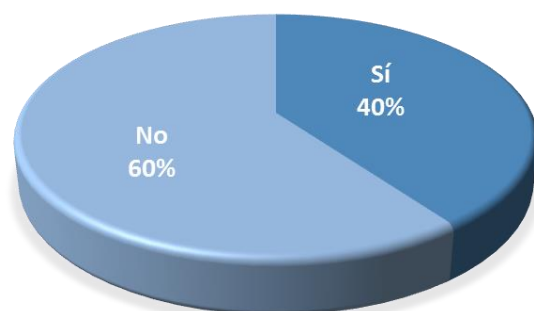
*“Dentro de la planta bueno, fuera de ella ni saben quienes somos”*  
Entrevistado/a 7

*“Por encima de la super, ni los conozco ni creo que me conozcan”*  
Entrevistado/a 14

Figura 52. Relación con sus superiores

Por lo que respecta a la participación, el 60% dice que no puede participar en las decisiones (ver figura 53).





<i>"No le piden su opinión"</i>	Entrevistado/a 1
<i>"A veces te pregunta, pero si tienen una cosa en mente, da igual lo que digas, lo hacen y punto"</i>	Entrevistado/a 3
<i>"Soy parte del equipo de gestión, mi participación es muy activa"</i>	Entrevistado/a 12
<i>"Sí y no, compartimos lo que nos implica"</i>	Entrevistado/a 21

Figura 53. Participación en su organización

Al realizar el análisis del clima laboral con los compañeros, el 100% de los participantes se sienten apreciados por sus compañeros y que estos a su vez tienen buena opinión de él o ella y el 95% se sienten apoyados por ellos/as. Respecto a la relación con los mandos intermedios el 90% es buena. La forma de expresar dicho apoyo toma formas muy diversas:

<i>"Aunque existe buena relación, soy una más"</i>	Entrevistado/a 6
<i>"Relación personal buena, como trabajador soy una pieza más"</i>	Entrevistado/a 13
<i>"Mientras no cree problemas, estupenda"</i>	Entrevistado/a 17

Al explorar los recursos humanos de que dispone la organización para desarrollar el trabajo, es decir, ante la pregunta de si los empleados son suficientes o insuficientes encontramos que el 64% piensan que falta personal (ver figura 54).

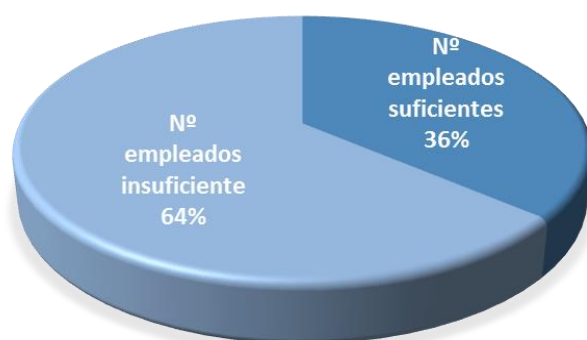


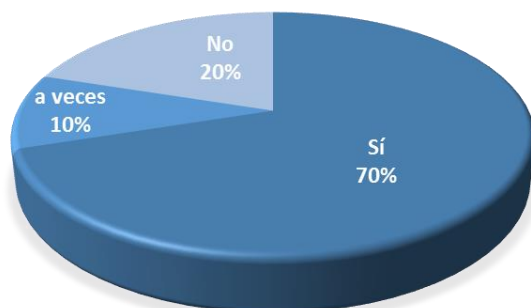
Figura 54. Los recursos humanos adecuados.

<i>“Con el aumento de tareas, yo pienso que falta personal”</i>	Entrevistado 3
<i>“Pienso que hace falta personal, cada vez se ha de trabajar más rápidamente disminuyendo la calidad de los cuidados”</i>	Entrevistado/a 7
<i>“Insuficientes, demasiada población para uno”</i>	Entrevistado/a 8
<i>“Presión asistencial cada vez mayor, pienso que deberían contratar más gente”</i>	Entrevistado/a 13
<i>“Las demandas mayores, necesitamos más enfermeras para alcanzar la calidad que se exige”</i>	Entrevistado/a 14
<i>“insuficientes, el problema vino por el tiempo de espera, pero no damos para más”</i>	Entrevistado/a 17

También expresan su opinión respecto a reducciones recientes de personal y sus motivos con frases como:

<i>“Recortes y más recortes....por la crisis”</i>	Entrevistado/a 1
<i>“de personal no, hemos asumido más tareas.... Por ejemplo, montan algo en tú área, y sin información alguna, lo has de asumir con las cargas que ello supone...”</i>	Entrevistado/a 3
<i>“cada vez somos menos, no se nos cubre, y las demandas son mayores.....estamos rodeados de chorizos”</i>	Entrevistado/a 6
<i>No nos sustituyen, y eso se nota..... No hay dinero”</i>	Entrevistado/a 7
<i>“Si alguien enferma tardan un montón en solucionarlo, con la sobrecarga que eso conlleva para el resto.... Política interna, hasta que no pasan 15 días no se sustituye, y mientras llaman y encuentran....”</i>	Entrevistado/a 12
<i>“Sí. La gente se jubila, y amortizan las plazas”</i>	Entrevistado/a 21

No obstante, el 70% considera que existen factores estresantes en su trabajo (ver figura 55)



<i>"Sí, hay miedo y presión"</i>	Entrevistado 5
<i>"La inseguridad constante te hace trabajar en constante presión. Impotencia."</i>	Entrevistado/a 6
<i>"Hospital muy abierto y disperso, da inseguridad"</i>	Entrevistado/a 9
<i>"Ritmo de trabajo muy alto, demasiado"</i>	Entrevistado/a 11

Figura 55. Existencia condiciones de trabajo que pueda alterar su salud

Por todo ello podemos observar que las víctimas están ocupando un puesto de riesgo ubicado en un 81% en una zona de medio-alto riesgo. Las exigencias de los usuarios en el 71% son muy altas, habiéndose producido en ese contexto (43%) otras amenazas y/o agresiones a parte de la violencia que se sufre en el puesto de trabajo.

Respecto al área de interés que analiza las características del puesto, la organización se encuentra muy burocratizada (76%) con una política empresarial no compartida, el 76% o desconocida el 24% restante. La participación por parte de los trabajadores es escasa o nula (55%), no favoreciendo la comunicación entre ambas partes, gestores y trabajadores ya que no existen o se desconocen las vías de comunicación entre ambas partes (71%). La fuente de información suele ser el mando intermedio (73%), aunque la información recibida suele ser ininteligible, contradictoria e irrelevante (67%). El estilo de mando utilizado es autoritario (71%) y no se suelen entender las órdenes dadas en un 38% de las veces. Los trabajadores no se sienten reconocidos por sus jefes (43%) ni participativos en la organización (60%).

Dada esta información recogida y analizada podemos decir que esta organización debido a sus características posee puestos de alto riesgo propiciando la posibilidad de ser agredido mientras se realizan las tareas que conllevan dicho puesto.

Un buen clima laboral mitiga este riesgo debido a la buena relación y apoyo entre compañeros, así como la relación cordial con los mandos intermedios. Un 64% piensa que faltan recursos humanos (debido a la situación de crisis por la que se está atravesando) sin que por ello disminuyan las cargas de trabajo, sino todo lo contrario. Esto hace inevitable la aparición de factores estresantes en un 70%.

Al analizar las características del agresor y de la víctima, además de apoyarnos en el análisis cuantitativo (figuras 14 quien agrede, 15 y 16 sexo de la víctima y del agresor, 13 tipo de agresión realizada o recibida, 21 categoría profesional y las tablas 13 edad víctima, 15 tipo de contrato laboral, 17 tiempo en el puesto de trabajo y en sanidad)

Como ya dijimos, suelen ser agresiones verbales dirigidas hacia profesionales enfermeras y médicas y las físicas hacia auxiliares de enfermería, mujeres, perpetradas por pacientes hombres. La media de edad de las víctimas es de 48 años, fija, con una antigüedad en el puesto de 78,2 meses (6 años) y en sanidad de 133 meses (11 años).

El 100% de los entrevistados (E) conocen *“al dedillo, perfectamente”* E 7-14, su trabajo con un turno rodado y que no cambiarían de trabajo (76.2%) con una personalidad inferida tipo A (95%), con un sistema de enfrentamiento del 52% plantando cara y el 48% evitando.

Respecto al agresor, como vimos en el análisis cuantitativo, el 69% de las veces es el paciente quien agrede (figura 14), de las agresiones físicas el 88% de las veces son llevadas a cabo por el paciente (figura 18), el 73% son hombres (figura 19), respecto a las causas que propiciaron la agresión (tabla 21) el 32% se debió a la disconformidad respecto a la asistencia y/o cuidados recibidos, el 26,6% debido a la edad, desarrollo y/o patología del paciente, el 17% por estar en desacuerdo con el

tratamiento dado y/o pruebas diagnósticas solicitadas y un 7,7% por tiempo de espera excesivo.

En el 95% de las veces el agresor fue una persona desconocida, habían antecedentes de episodios agresivos y/o amenazantes anteriores en un 29%, respecto a las causas descritas por Entrevistado/a (E):

<i>"niñata que acude al centro de salud un domingo para retirarle unas uñas postizas"</i>	E1
<i>"Demanda atención inmediata para vacuna alergia"</i>	E6
<i>"Demanda atención inmediata para cambio de sábanas de la cama, no estaban ni mojadas ni sucias ni nada"</i>	E7
<i>"Quiero que se me haga esta receta"</i>	E13
<i>"No accedí a realizar un cambio en la petición de una prueba a urgente"</i>	E12
<i>"La consulta llevaba una demora de unos 45 minutos y el paciente irrumpió en la consulta gritando con descalificaciones, agresividad y gestos amenazantes"</i>	E17
<i>"Al no hacer lo que el paciente quería, me agarró del cuello"</i>	E21

Respecto a las estrategias utilizadas por el personal agredido, el 67% de los entrevistados opinaron que fue adecuada.

<i>"No había otra forma de actuar"</i>	E6
<i>"No hay otra, estás súper expuesta..."</i>	E9
<i>"Sí, quizás demasiado indulgente"</i>	E13
<i>"Totalmente, pienso que actué correctamente"</i>	E20
<i>"Sí, haría lo mismo..."</i>	E21

La propuesta de mejora de los entrevistados se encuentran entre:

No cambiar nada (E1, E11, E14, E16)

Aumentar el personal incluido personal de seguridad (E2, E3, E4, E6, E21)

Mejorar la formación, incluido cursos de defensa personal (E4, E15)

Dar información más fluida hacia los pacientes (E7)

Aumentar los tiempos por cada paciente (E8)

Disminuir los tiempos de espera (E10).

### **4.3. Datos relevantes para la elaboración de un programa de intervención preventivo de los incidentes violentos.**

Nuestro tercer objetivo *“dibujar líneas maestras para elaborar estrategias de intervención para la prevención de la violencia”* se trabajó desde el conocimiento de la victimización y el mecanismo de estructuración, con este análisis podrá prever personas más afectadas, colectivos de mayor riesgo.

Se sabe que el año 2012 fue el año que hubieron más agresiones (21%) y en el que la plantilla de trabajadores fue menor (6.321 trabajadores en el Departamento). Dentro de la distribución por nivel asistencial, en Atención Primaria se produjeron más agresiones que en Atención Especializada (de tres a cinco veces más según año consultado), el mayor número de agresiones se producen en los centros de salud (22%), en la unidad de psiquiatría (15,7%), y en la atención de urgencia (11%). La categoría profesional con mayor riesgo son las enfermeras, las auxiliares de enfermería y los médicos con una prevalencia de casi el 4% con un rango de edad entre los 50 a 59 años de edad, mujeres, con experiencia, con formación con tiempos inferiores en el puesto de trabajo donde sufrieron la agresión menor de 5 años (32%) y que esas agresiones son más frecuentes en el mes de julio. Que no se realiza acción legal alguna (72%), pero afloran emociones básicas negativas que podrían producir alteraciones en la salud del trabajador en todos los casos, siendo el miedo el más frecuente (47%) que incluye nerviosismo, ansiedad, presión, pánico, seguido de tristeza (40%), que incluye impotencia, desesperación, indefensión, desprotección, dolor, depresión, resignación, humillación, aceptación, disgusto, frustración, entre otros, todos ellos generadores de estrés.

Los trabajadores de este Departamento (80%) en su mayoría son mayores de 40 años pero con una experiencia laboral en el puesto de trabajo donde fue agredido de menos de 5 años.

El grupo de trabajadores con mayor riesgo se encuentra en los mayores de 49 años. Son trabajadores cuya relación laboral es fija con una antigüedad en sanidad de más de 10 años, con una percepción de control y experiencia que les lleva a pensar que tienen controlado los riesgos, pero en ese puesto de trabajo realmente están menos de 5 años. Con factores estresantes en el trabajo.

Debemos pensar que este incremento observado en el número de incidentes violentos en los últimos años responde a un aumento real de las agresiones, el 33,8% de los trabajadores sanitarios indican que tienen mucho trabajo y se sienten agobiados y el 26,5% manifiesta que faltan los equipos materiales o humanos necesarios para garantizar la seguridad frente a este riesgo (INSHT 2013) o al efecto consecutivo de una política que anima a la notificación de incidentes violentos y su divulgación (PIP).

Desde el año 2009 hasta el 2014 se produce una pérdida de 739 trabajadores. En este periodo de tiempo se ha producido una reestructuración sanitaria y un cambio de estructura física a nivel de Hospital con una disminución de 285 camas pero un aumento en las distancias en metros, duplicando la longitud de estos, las habitaciones pasan de ser dobles a ser habitaciones individuales.

Conociendo los perfiles así como la percepción del trabajador podemos prevenir, ya que los determinantes, los factores de riesgo se encuentran en las condiciones de trabajo: alta burocracia, autoritarismo, desconsideración, desinformación, sobrecarga laboral, falta de control sobre su propio trabajo y estresores laborales y en la víctima, no percepción del riesgo.



**Capítulo 5**  
**DISCUSIÓN**





## Capítulo 5.- Discusión

Atendiendo a los datos expuestos y según diferentes informes, un hecho evidente a tener en cuenta para evitar los factores de riesgo psicosocial que se materializa en forma de violencia en los puestos de trabajo de los profesionales de la salud, es la presión asistencial y sobrecarga de trabajo relacionada con la gestión de los recursos humanos que impide que en el contexto laboral se fomente la calidad de vida, la cual está relacionada con la calidad de los resultados y del sistema de producción, alejándonos del concepto de una organización saludable (Cooper y Willians, 1994; Moreno 2011, 2014). En nuestra organización encontramos una clientela que demanda unos resultados y un servicio en unas condiciones placenteras y agradables, con dedicación, esfuerzo y actitud positiva dentro de un tiempo aceptable (Casado, 2003; Chappell y Di Martino, 2006; Jodar y Benavides, 2007; Moreno, 2011; OSHA, 2010; Rodríguez y Paravic, 2013; Ruiz-Frutos, 2012), sin reparar que en el transcurso de los años, hemos pasado de una época de bonanza a una crisis, afectando a todos los sectores, incluido el de servicios sanitarios, no quedando nuestro Departamento exento de sufrir su efecto. En nuestro periodo de estudio (figuras 4 y 5) se produce una disminución de los recursos humanos (10%) coincidiendo en el tiempo con un aumento de episodios violentos (14%). Este riesgo psicosocial, conocido como violencia laboral, es un evento centinela de la salud global de nuestra empresa (Moreno, 2011), cuyos efectos intangibles e inespecíficos que se manifiestan a través de mecanismos emocionales (miedo, tristeza, ira...), cognitivos (disminuyendo la percepción del riesgo), conductuales y fisiológicos (Moncada y Llorens, 2007), hace necesario, por tanto, pararse ante este análisis de los aspectos organizacionales y psicosociales, y su relación con la salud laboral, aportando medidas preventivas que eviten los riesgos asociados para la salud y seguridad del trabajador, además es imprescindible crear una línea de trabajo constante que permita aumentar la sensibilización de los trabajadores y trabajadoras, así como de los pacientes y usuarios en general respecto a nuestro evento centinela suscitando “tolerancia cero frente a las agresiones en los lugares de trabajo”, aumentando los comunicados y/o notificaciones de todo tipo de agresión

así como la denuncia ante actos violentos hacía quien nos cuida y se preocupa por nuestra salud, llegando a repudiar y castigar este tipo de conductas. Este cambio de actitud ayudaría a conocer la frecuencia de la casuística de la violencia en el trabajo, facilitando con ello su abordaje.

En nuestro periodo de estudio, la incidencia media es de 2,9‰, mientras que en la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valencia es del 4,9‰, por lo que este Departamento se encuentra dos puntos por debajo, ahora bien, al intentar extrapolar y comparar nuestros resultados para poder llevar a cabo esta discusión, lo primero que se advierte es que las publicaciones consultadas difieren mucho en los diseños de investigación, en la forma de recoger los datos, en la nomenclatura y definición de las variables, en las características idiosincrásicas de los servicios sanitarios de cada país, etc., por lo que la mayoría de los resultados no se pueden comparar en sentido estricto. Teniendo en cuenta estos matices pasaremos ahora a hablar de la frecuencia y la distribución de los incidentes violentos.

Nuestros índices de incidencia son relativamente bajos en comparación con los obtenidos en otros estudios, excepto el realizado por Rodríguez-Acosta y col. en 2010, cuya tasa de incidencia fue de 1,65. Pero debemos destacar el dato recogido de nuestros entrevistados de los cuales 18 (86%) reconocieron que las agresiones conviven dentro de la organización, se ven diariamente, por lo tanto se puede confirmar la existencia de una infracomunicación. Esta representa una dificultad en el abordaje de la violencia tipo II, Senuzun en 2005 observó que “solo se comunica el 16,5% de los incidentes violentos sufridos por enfermeras de 4 hospitales de Turquía”, se tiende a notificar solo una parte de los incidentes normalmente y coincidiendo con nuestro estudio los que incluyen violencia física (Gates y col. 2006; Kwok y col. 2006; Lyneham, 2000). Como ya hemos comentado, las diferencias en los resultados de los diferentes estudios puede deberse a la forma de obtener los datos. En la mayoría de ellos se basan en encuestas de autoinforme, mientras que éste se realizó a través de un contacto directo con la víctima, haciendo un seguimiento de la evolución del suceso a estudio y recogiendo cada uno de estos hechos. Al contar con la voluntariedad de la víctima de decidir si quiere comunicarlo a través del SPRL,

debemos pensar que se pueden producir pérdidas de hasta un 50% de los casos, en cuanto al número real de agresiones producidas (Blanch y col., 2008; Gacki-Smith y col. 2009; Kvas y Seljak, 2014). Ante la variabilidad tan amplia de los porcentajes encontrados, la comparación no puede llevarse a cabo por diferencias en el procedimiento y en la fuente informativa como ya se ha descrito.

Respecto al tipo de agresión, las agresiones verbales en los primeros años de estudio representaron un 1%, aumentando posteriormente las comunicaciones de este tipo de agresión hasta un 30,4%; convirtiéndose en las agresiones que con mayor frecuencia se producen. No siguieron la misma tendencia los comunicados de agresiones de los trabajadores del SAMU, urgencias y emergencias, notificando con mayor frecuencia las agresiones que integran la violencia física. Pero de forma general los datos obtenidos concuerdan con otros estudios (Cantera y col., 2008; Zeller y col., 2012)

### **5.1. ¿Hay un perfil del agredido?**

La incidencia es similar entre los tres grupos de trabajadores principales (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería), pero a la hora de conocer sus experiencias, de participar como sujeto de estudio, el colectivo médico fue más reticente (Jakson y Ashley, 2005), aunque todos en general huyen de tener que recordar un episodio que les produjo y produce dolor y mal estar.

Estas tres categorías tienen un contacto directo y próximo con las personas a las cuales atienden, el trabajador ha de reprimir sus emociones al tiempo que ha de controlar las emociones de los clientes, pudiendo surgir un conflicto emocional estresante que lleve a manifestaciones de episodios violentos por parte de los pacientes, convirtiéndose éstos en sus agresores. Por las competencias del profesional enfermero les lleva a realizar tareas y estancias, a administrar cuidados que les obliga a exponerse un mayor número de horas. Las cifras son similares a otros estudios en los cuales el colectivo enfermero es el que más agresiones sufre (42%) mientras que los médicos un 35% (Cervantes, Cantera y Blanch, 2008) y 48% enfermeras, 32% médicos (Cantera y col. 2008).

Estos profesionales agredidos relatan no sentirse apoyados, las relaciones entre el personal sanitario y/o mandos directivos no fluyen, convirtiéndose en trabajadores más vulnerables a abusos de los pacientes y sus familiares (Farías, Sánchez, Petiti y Alderete, 2012).

Respecto a la formación de las víctimas, en un sentido general les capacita a disponer de recursos para adaptarse a su entorno y le ayuda a establecer pautas y límites cuando son necesarios. Según autores como Flannery, Fisher, Walker, Kolociej y Spillane, 2000, Gates, Fitzwater, Telintelo, Succop y Sommers, 2002 y Chappell y Di Martino 2006, establecieron que el nivel de formación es una herramienta de protección del profesional, pero si te fagocita el sistema y la organización no apoya dichos límites la formación deja de protegerles, caen en las redes de la tradición y la cultura normalizando las situaciones agresivas. Este hecho se agudiza al confluir con cambios de puestos frecuentes, ya que al creerse formados y con gran experiencia, impide detectar los riesgos propios de ese puesto de trabajo potenciado por el estrés que puede producir el cambio, el desconocimiento de los recursos y la no adaptación al entorno por el escaso tiempo de estancia y frecuencia de los cambios, contradiciendo las recomendaciones realizadas por los autores arriba mencionados, que además de la formación añadieron como herramienta de protección de los trabajadores la permanencia en el puesto, evitando la movilidad.

El abordaje de la edad, como factor protector o de riesgo, crea controversia, ya que autores como Chappell y Di Martino en 2006; Nolan y col. en 2001; Rodríguez-Acosta y col. en 2010 y Zeller y col. en 2012, afirman que la edad es un factor de riesgo ya que cuanto más joven es el profesional más probabilidades tienen de ser víctima de actos de agresión por parte del usuario al que atiende.

La edad suele ir unida a la experiencia laboral, en múltiples estudios se ha considerado como un factor protector frente a las agresiones (Martínez, Iurrtia, Martínez, Crespo y Queipo, 2011), no ocurre así en nuestro estudio ya que los resultados obtenidos nos llevan al lado opuesto. Nuestros datos apuntan que a mayor edad el riesgo aumenta, convirtiéndose en un factor a tener en cuenta. Además si a la edad, aun teniendo experiencia, se le suma cambios de puesto, la

víctima ha actuado como precipitadora o facilitadora, quizás por ese estado de supuesto control y dominio que acompaña junto a la edad la experiencia. Camerino, Estry-Behar, Conway, Van der Heijden y Hassehorn (2007) y Champell y Di Martino (2006) argumentan y explican que cuando un usuario percibe el temor y las dudas del profesional inexperto actúan con actos de violencia hacia el profesional. Nuevamente los resultados se contradicen, ya que la edad de la mitad de los trabajadores agredidos en nuestro estudio se encontraban por encima de los 49 años, hecho que concuerda con el observatorio creado por la AESST (2007) que expuso que los trabajadores de mayor edad son más vulnerables que los jóvenes a los riesgos derivados de unas condiciones de trabajo deficiente (BOE, 2011). El 60% de las agresiones se produjeron hacia los trabajadores que llevaban menos de 5 años en el puesto de trabajo donde fueron agredidos. Este hecho nos hace abogar por el beneficio que supondría el compromiso de la organización con su personal, fomentando la adherencia de estos a su puesto de trabajo. Existe una asociación entre las conductas agresivas hacia los proveedores de la atención y los factores organizativos (Böstrom, Squires, Mitchell y Estabrooks, 2012). Evitando la alta rotación que a día de hoy se produce y cubriendo las vacantes, realizando un estudio equilibrado entre presión asistencial, cargas y recursos humanos se podría disminuir esos factores estresantes que el 70% de los entrevistados ha relatado, tendríamos profesionales mayores adheridos a su puesto de trabajo con una amplia experiencia, pero lo que tenemos es una población adulta de profesionales que se les moviliza de un puesto a otro, con experiencia laboral (más de 10 años) respecto a su categoría profesional o grupo que les hace pensar en un falso dominio de la situación al no conocer ese puesto de trabajo en el que se encuentran y no reconociendo ni percibiendo los riesgos existentes, no actuando ante ellos pudiendo precipitar el accidente. Esta idea se refuerza con el hallazgo de asociación estadísticamente significativa entre la edad y el tiempo de estancia en el puesto de trabajo donde fue agredido. Esta discusión está apoyada por Rodríguez-Acosta y col 2010 ya que también encontraron que había un riesgo superior entre menos de 5 años y 15 o más (RR 1,35) en su puesto.

Paralelamente a lo expuesto en el párrafo anterior, estamos viviendo una época en la que se está produciendo una pérdida de valores (Martínez y col., 2011), antaño los clientes evitaban ser violentos con el personal de mayor edad. Potenciando este rol de agresor encontramos la impunidad que hasta el momento tienen e incluso la mayoría de las veces este comportamiento violento les ayuda a lograr su objetivo.

Respecto al sexo del agresor y el agredido, se obtiene resultados similares a otras investigaciones, la víctima suele ser una mujer y agrede mayoritariamente el hombre. El riesgo de sufrir una agresión es casi un punto y medio mayor por ser mujer, lo que pone de manifiesto que todavía existe una socialización diferente hacia un igualitarismo, ser hombre o mujer en el trabajo sanitario, implica estar más expuesto a las agresiones (Fisher, Jenkins y Williams 1998; MTAS 2006; Toscano y Weber 1995; Warchol 1998,). Zeller y col. (2012) encontraron que las mujeres tenían un mayor riesgo de ser agredidas (OR 1,82). A pesar de ello, debemos de tener en cuenta la revisión bibliográfica realizada por Lawoyo, Soares y Nolan (2004), que establecieron a través de esta revisión sistemática que tanto los hombres como las mujeres son susceptibles de ser víctimas de la violencia laboral y debemos cuestionarnos hasta qué punto nuestros prejuicios pueden ser elementos distorsionadores si previamente no lo tenemos en cuenta. Estamos en un mundo en el cual la mayor fuerza de trabajo proviene del sexo femenino por lo que evidentemente los porcentajes serán mayores en dicho grupo.

## **5.2. ¿Existen contextos de mayor riesgo para las agresiones?**

Por lo que respecta a la estacionalidad de las agresiones se concentra en los meses de julio, junto a junio y agosto, época estival en la cual se producen contrataciones temporales de personal para cubrir vacaciones, apuntar que estas contrataciones se las adjudican a las personas que estando inscritas en la bolsa de trabajo que regula la Conselleria de Sanitat poseen una mayor puntuación, la cual se obtiene por tiempo trabajado en sanidad (antigüedad en sanidad).

El turno de mañanas\_es el que recoge mayor número de agresiones y éstas se producen entre la tercera y cuarta hora de trabajo. Similar en Cantera y col. 2008.

Respecto al nivel asistencial dónde se han producido las agresiones en nuestro Departamento hemos de considerar que el trabajar en atención primaria constituye un riesgo mayor que el trabajar en atención especializada (la media del índice de incidencia es 3 veces mayor en primaria y según el año de estudio llega a ser hasta 5 veces mayor), es ahí donde deberíamos empezar a trabajar para disminuir o eliminar los factores de riesgo que propician comportamientos agresivos, independientemente de la categoría profesional que se tenga. Pocos estudios hemos encontrado que refuercen o contradigan nuestros resultados, ya que se tiende a realizar los estudios en lugares concretos o por categorías profesionales, no observando ni estudiando el lugar de trabajo en su totalidad. Los estudios apuntan que las agresiones se dan más en los hospitales que en atención primaria, y de estos hospitales, más en los grandes que no en hospitales pequeños. Estas cifras se alcanzaron sin tener en cuenta la infra comunicación de las agresiones, hecho que se encuentra más agudizado en atención primaria (en los primeros años de estudio, el 70% de los comunicados de accidente por agresión lo realizaron el personal de atención especializada, hecho que se repite en los últimos años; su explicación puede deberse a que la UP-SPRL se encuentra dentro de la propia infraestructura hospitalaria, facilitando con ello el hecho de acudir a este servicio). A pesar de ello, el estudio realizado por Paravic, Valenzuela y Burgos en Chile (2004) hallaron que la violencia percibida por los trabajadores de atención primaria supera el 50% y en Canadá, Miedema y col. (2010) hallaron que el 98% de los médicos de familia había experimentado un incidente violento.

Con el paso de los años las comunicaciones totales han ido aumentando, siguiendo la misma tendencia en Atención Primaria, hecho inicia su despegue con la entrada del PIP y su divulgación e instalación del código alarma en los centros de salud.

Respecto al lugar del accidente, en psiquiatría, urgencias y en consulta es donde más se producen. Estos escenarios se repiten en los diferentes estudios los cuales constatan que son urgencias y psiquiatría los servicios más afectados. Bulbena, Martín y Arcenga (2007) evidenciaron que 1/3 de los enfermos con trastornos psiquiátricos pueden reaccionar con agresiones hacia el personal, así como el estudio



realizado por Rodríguez-Acosta y col. (2010) cuya tasa de incidencia en los servicios de psiquiatría era la más elevada (12,65); reforzando el dato de nuestro estudio que uno de los lugares de riesgo es psiquiatría. Respecto al servicio de urgencias, Cantera y col. (2008) confirman nuestros hallazgos al encontrar en sus estudios que en los servicios de urgencias se producían mayor número de agresiones. Nuestros datos relacionados con las agresiones producidas en las consultas de atención primaria, no coinciden con el resto ya que describen una mayor incidencia en hospitalización

Como antecedentes personales y situacionales encontramos el siguiente perfil: las víctimas de las agresiones físicas suelen ser auxiliares de enfermería (estudios secundarios), en turno de noche y servicio de urgencia, las enfermeras son víctimas tanto de agresiones verbales como físicas y el personal médico (estudios universitarios) sufre mayoritariamente agresiones verbales, en turno de mañanas y en atención primaria (todo ello con significación estadística). Las víctimas son con mayor frecuencia las mujeres cuya edad media es de 48 años con una antigüedad media en el puesto de trabajo de 6 años y en sanidad de 11 años. La buena disposición del colectivo enfermero comparado con el médico más reticente a participar (Jackson y Ashley 2005), hace que algunos estudios concluyan que son el colectivo más afectado. Diversos autores han señalado como perfil de riesgo el ser mujer y enfermera (Anderson y Parish 2003; Gerberich y col. 2004). El índice de incidencia de las víctimas en nuestro estudio es similar en las categorías mencionadas.

### **5.3. ¿Hay rasgos comunes en el tipo de agresiones sufridas?**

Los causantes de la agresión son los pacientes y sus acompañantes pero son los pacientes (75%) los responsables de este hecho, cifra que se asemeja al resto de estudios (Cantera y col. 2008; Miedema, Easley, Fortin, Halminton y Tatemichi, 2009;)

Respecto al tipo de agresión sufrida, las agresiones verbales son las más frecuentes. Ahora bien, si observamos año tras año vemos un cambio respecto a su tolerancia ya que en los primeros años las agresiones físicas eran las más comunicadas (por

necesitar asistencia médica, por ser menos toleradas) invirtiéndose esta tendencia y pasando a ser las agresiones verbales las más comunicadas; el personal sanitario empieza a concienciarse de la importancia que tiene el comunicar todas las agresiones sufridas, independientemente del tipo que sea, aunque aún nos queda un largo camino por recorrer. Este hecho nos es difícil de comparar con otros estudios debido a la heterogeneidad existente al referirse a los tipos de agresión. Aunque en todos ellos la agresión verbal es la más frecuente, seguida de la física. Los incidentes violentos notificados en Cataluña 2005-2007, apoyan nuestros resultados, el 83% de las agresiones fueron verbales frente al 35% que fueron casos de agresión física (Cervantes y col., 2008; Cantera y col 2008; Zeller, y col. 2012). Que expuso que el 76,5% de las agresiones eran verbales y el 54% físicas.

En nuestro estudio se aprecia significación estadística entre las agresiones físicas y las auxiliares de enfermería pero no se encuentra significación entre agresiones físicas y sexo de la víctima; respecto a las agresiones físicas y el puesto encontramos que tiene significación el trabajar en el SAMU. Sí existe significación entre agresiones físicas y trabajar en turno de noche.

Tras episodios de violencia, las consecuencias para la salud psíquica pueden ser importantes, los daños por las agresiones verbales no están suficientemente investigados en relación al daño para la salud, pero si se sabe que las emociones que afloran, todas ellas negativas, pueden provocar, ansiedad, estrés, desgaste entre otros. En nuestro estudio, el 100% de las víctimas relataron que esta situación les generó una serie de emociones como el miedo y la tristeza, emociones que junto a la vivencia producen niveles de estrés y/o ansiedad, generando una disfunción en la relación asistencial pudiendo ser las agresiones un potente estresor, incidiendo negativamente en la salud psíquica del profesional y en el deterioro de la relación asistencial, que a su vez agudizarían más las situaciones repetidas de violencia, hecho que se recoge al realizar las entrevistas, ya que señalan que se percibe violencia de forma más habitual de la deseada (Gascón, 2006; Gascón y col. 2009).

Los contextos de mayor riesgo como ya hemos comentado son atención primaria, urgencias y psiquiatría y sus causas más frecuentes disconformidad en la asistencia

recibida, el tratamiento dado o petición de pruebas y los tiempos de espera y la inestabilidad psicológica, produciendo en el agresor insatisfacción, frustración, estrés, largas esperas, percepción de promesa incumplida e ira, incrementando con ello la probabilidad de producirse la agresión (NTP 489). A todo ello se le suma el estilo de gestión con la presión asistencial, escasez de plantilla convirtiendo el lugar de trabajo ocupados por nuestras víctimas en puestos de riesgo. Los trabajadores sanitarios son el “*parachoques*” del descontento de los pacientes hacia el sistema sanitario los cuales no se les permite ser partícipes en cuanto a su organización pero sí en cuanto a sus consecuencias. Si aumenta la presión, las necesidades y demandas de la población en cuanto a su salud, disminuyen los recursos y se normalizan las agresiones como parte del trabajo al dirigir los esfuerzos organizacionales al cliente, estamos favoreciendo las conductas agresivas convirtiéndose los puestos de trabajo en poco saludables.

El personal que es víctima relata conocer perfectamente su trabajo, con una personalidad inferida tipo A (95%) las cuales tienen tendencia a generar situaciones agresivas con más facilidad que el resto, personas explosivas que manejan mal las situaciones (52%) o bien todo lo contrario, personas pasivas que gestionan peor las situaciones conflictivas (48%). Pero este tipo de respuestas convierten a estos profesionales en personas con perfiles especiales que al encontrarse en circunstancias en las que confluyen determinados factores socio-ambientales estresantes favoreciendo un clima propenso a generar comportamientos violentos (Sainz y col., 2011).

Respecto al agresor, casi la mitad de ellos se encuentran inmerso en un ambiente cuyo nivel socioeconómico y cultural es bajo, pero con unas expectativas, respecto al servicio de salud altas, facilitando la expresión de emociones como la ira o la rabia al no obtener lo deseado generando, conductas agresivas.

#### **5.4. ¿Qué papel juegan características del puesto, de la organización o las condiciones de trabajo?**

Los puestos de trabajo de mayor riesgo son las consultas de atención primaria, el servicio de urgencias y el de psiquiatría. El clima organizacional presta un importante papel en el desenlace de episodios violentos (Spector, Coulter, Stockwell y Matz, 2007) ya que habrá unos patrones significativos de comportamiento y la interacción entre las personas dentro de la organización, si la gerencia dirige sus esfuerzos y recursos hacia el/los servicios de riesgo, los empleados percibirán el clima de seguridad positiva, conduciendo a un comportamiento que reduzca la probabilidad de incidentes. Hecho que en nuestro estudio no se ha logrado, iniciamos con una necesidad sentida de no saber qué hacer, de asumir acciones violentas como parte del trabajo y de actuar de la misma forma llegado el caso. Dentro de una organización excesivamente burocratizada, con una política de empresa que no se comprende ni se comparte y con la sensación de que no se le escucha ni se le tiene en cuenta, no se le valora, no importa, cuyo estilo de mando es autoritario y dictatorial, con información que no se entiende ni se comparte. Todo ello conforma una organización de alto riesgo que probablemente conducirá a un aumento de ansiedad y estrés con síntomas somáticos asociados como consecuencia de los efectos nocivos de trabajar en una organización de riesgo, cerrando el círculo al aumentar el riesgo y la probabilidad de producirse una nueva agresión. La exposición a violencia física y/o verbal en el lugar de trabajo se asocia a la percepción de peligro y tensión. Las relaciones interpersonales de los miembros de equipo de atención en salud influyen sobre la frecuencia de las manifestaciones de violencia. El mantener relaciones insatisfactorias con sus supervisores aumenta el riesgo de agresiones por parte de los pacientes (Farías y col., 2012).

Las deficiencias institucionales en cuanto a material y sobre todo a recursos humanos relatada por nuestros entrevistados, dan lugar a un deterioro progresivo de los servicios, produciendo insatisfacción y aumentando el riesgo de violencia (Baumann, 2007). A esta variable se le suma la carga de trabajo, creando unos puestos de trabajo inadaptados que frecuentemente aumentan el riesgo de sucesos

no deseados, por causas como no conformidad en la atención, tiempos de espera excesivos junto a tiempos cortos de atención al paciente.

Esta situación de alto riesgo se ve mitigada gracias a la buena relación existente entre los compañeros y al carácter vocacional de la mayoría de los trabajadores, se les exige cuidados del más elevado nivel en unas condiciones laborales poco saludables con probabilidad alta de generar estrés (Baumann, 2007), que así relatan el 70% de nuestros entrevistados.

### **5.5. ¿Podemos elaborar estrategias para la prevención de las conductas violentas en el trabajo hospitalario?**

Tradicionalmente las actuaciones preventivas se han centrado en la formación de los trabajadores, pero a la vista de los resultados de este estudio se puede visualizar que las medidas preventivas deberían dirigirse a acciones que disminuyan las agresiones según el tipo, la categoría profesional y el nivel asistencial; así como al grupo etario más expuesto.

Por otra parte la dirección debe reconocer que la organización y el entorno de trabajo (flujos de pacientes, estilo de dirección, cargas de trabajo, presión asistencial) son puntos cruciales sobre los que hay que trabajar para disminuir la violencia en el lugar de trabajo. También se debe de trabajar en la responsabilidad personal de informar e intervenir eficazmente cuando se produzcan incidentes de violencia en el lugar de trabajo. Apoyando y asesorando durante el comunicado del accidente así como su denuncia.

Otro aspecto importante sería el de trabajar con la población, informándoles y creando conciencia de las consecuencias negativas que la violencia tiene para los trabajadores sanitarios (Lanctôt, N. y Guay, S., 2014) que repercuten directamente sobre ellos al disminuir la calidad y seguridad de los cuidados.

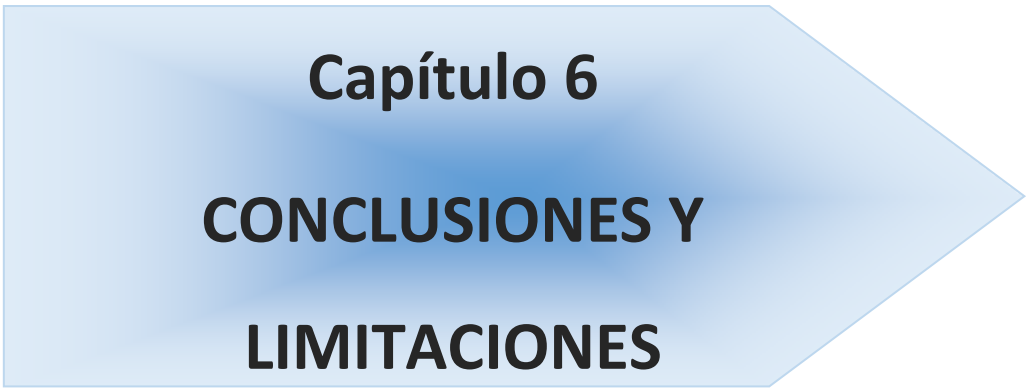
Se debería crear entornos positivos, saludables, para ello se debería trabajar en mantener unos coeficientes bajos de puestos vacantes, así como evitar que no se produzcan rotaciones del personal por distintos puestos de trabajo.

Se deberá aumentar la participación de los profesionales en la definición de sus puestos de trabajo, aumentando la autonomía y por ende la satisfacción de estos.

Se trabajará en estrategias para una formación y perfeccionamiento constantes abordando sobre todo temas de información al paciente, control emocional, gestión de conflictos que favorecerían las relaciones y disminuirían los conflictos, aumentando la salud y bienestar de los profesionales (Baumann y col, 2001) y la excelencia de los servicios, mejorando los resultados en los pacientes (Baumann, 2007).

Tenemos la obligación de trabajar en contra de la asunción de la violencia como algo consustancial al trabajo. Por trabajar no debemos dejar que nos agredan, insulten o amenacen como señala el Informe del *National Health Service* (2002) en su campaña “tolerancia cero”. Por ello debemos de trabajar en la consecución de entornos favorables para la práctica profesional, marcos de política general innovadores en la contratación y retención de los profesionales (hospitales magnéticos). Estrategias para una formación y perfeccionamiento profesional constantes, programas de reconocimiento, equipos y suministros suficientes (CIE, 2001). Todo ello ayudará a crear un entorno de trabajo seguro repercutiendo en dotar a la población de una atención de calidad dirigida a los pacientes, eliminando la mayoría de factores de riesgo precipitadores de posibles situaciones de violencia.





**Capítulo 6**  
**CONCLUSIONES Y**  
**LIMITACIONES**





## Capítulo 6.- Conclusiones.

Si se repasan los objetivos que planteamos al inicio de esta tesis se puede determinar la relevancia del trabajo realizado hasta este momento.

En primer lugar se planteaba como primer objetivo evaluar el impacto de la violencia tipo II en el contexto de un Departamento de la Conselleria de Sanitat de Valencia. Los resultados indican que el índice de incidencia de este Departamento se encuentra por debajo del que alcanzan la mayoría de los Departamentos de la Conselleria. No obstante, sería necesario replicar el presente estudio en el mismo Departamento y en otros Departamentos para que pueda ser comparable con otros registros existentes, debido a las diferencias existentes tanto en la metodología como en los modelos de registro que aplican.

Las *agresiones físicas*, con significación estadística, se producen en turno nocturno y dirigidas a auxiliares de enfermería. El tipo de agresión más frecuente es la *agresión verbal*, en el contexto de atención primaria, en turno de mañana y dirigido hacia el colectivo de *médicos*. Si bien las *categorías profesionales más expuestas* son los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería, por ser más numerosos y estar expuestas más tiempo y de forma más cercana.

Por otra parte, los resultados obtenidos indican que la posibilidad de que un trabajador sufra una agresión en *puestos de trabajo de atención primaria* es significativamente mayor que en puestos de trabajo de atención especializada. La *atención urgente*, realizada por el personal del Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU), es la que presenta un mayor riesgo de sufrir agresiones que incluyan contacto físico. Aunque los puestos de trabajo más críticos son urgencias, psiquiatría y consultas, en este orden.

Por lo que respecta a los *agresores*, generalmente se trata de pacientes varones y sus víctimas suelen ser las mujeres, aunque no se ha observado diferencias estadísticamente significativas concluyentes en este sentido.

La *incidencia estacional* es significativa ya que la casuística indica que durante los meses estivales (especialmente en julio) se registra un mayor número de agresiones. Por otra parte, también aumenta su frecuencia en las franjas horarias de la tercera y cuarta hora de trabajo, siendo el turno de mañanas el de más riesgo y las horas con mayor exposición se encuentran a medio día (sobre las 12 horas).

Los *trabajadores mayores y con menor tiempo de experiencia en el puesto de trabajo* tienen una mayor probabilidad de convertirse en víctimas de episodios de violencia en el puesto de trabajo. Aunque se ha observado que la frecuencia de las notificaciones de episodios de agresión verbal ha ido en aumento a medida que se ha propuesto un método de registro e investigación de los incidentes por parte del servicio de prevención.

Respecto al segundo objetivo, antecedentes personales y situacionales que han acompañado a cada uno de los incidentes violentos, encontramos:

La estructura de la organización contribuye también al aumento de conductas violentas en el trabajo. Así, *una organización con estructura burocratizada, con una política de empresa no compartida por los empleados* tendrá un estilo de mando autoritario y unos canales de comunicación inoperantes. Cuando llega la información referida a la prevención e información, a través de los mandos intermedios, no suele ser entendida o es contradictoria. Si dentro de la organización el trabajador no es tenido en cuenta, la *cultura preventiva de la organización no llega a los trabajadores* y no se sienten parte activa de ella. Como factor protector y positivo dentro de la organización es el buen clima laboral existente entre compañeros.

Por otra parte, la *percepción de salud de la población de afectados/as por violencia en el puesto de trabajo* estudiada suele centrarse en identificarse con síntomas como el estar cansados, sentirse nerviosos o con la alteración de salud emocional (estrés, ansiedad y depresión), notar un aumento subjetivo de las cargas de trabajo y la presión asistencial de tener que dar respuesta a demandas excesivas con unos recursos insuficientes. Este patrón se ve agravado por la inhibición en las contrataciones temporales en el sector debido a la situación de crisis generalizada.

Es un *patrón de comportamiento típico de los trabajadores expuestos a situaciones de violencia en el trabajo* el que se caracteriza por conocer perfectamente su trabajo, ser confiados y no visualizar los riesgos o, si se dan, atribuirlos como "gajes del oficio". Son fieles a su profesión y no cambiarían de trabajo por nada. Se suelen implicar para solucionar los conflictos en los cuales ellos no han participado en su gestación, convirtiéndose en trabajadores especiales que al confluir con los factores socioambientales anteriormente expuestos como favorecedores de un clima propenso para generar comportamientos violentos.

Si bien todos los episodios agresivos registrados y vividos generan en todos los implicados *emociones negativas*, a menudo no se consideran para ser seguidas y tratadas por los servicios de prevención ni por la propia víctima, pudiendo desembocar en alteraciones importantes del bienestar y la salud del trabajador agredido. La *ira y la sorpresa* aparecen con mayor frecuencia como las consecuencias psicosociales de las agresiones físicas, mientras la *tristeza y el miedo* aparecen en las víctimas de las agresiones verbales.

Las *causas que propiciaron la agresión* es la disconformidad del usuario respecto a la asistencia y/o cuidados recibidos junto al tratamiento y/o pruebas diagnósticas y el tiempo de espera considerado excesivo, además del debido a las situaciones de la etapa de desarrollo en la que se encuentra el paciente. La impunidad de los agresores ante la no comunicación ni denuncia refuerza estas situaciones y desgraciadamente se repiten episodios agresivos de forma cotidiana.

Respecto a nuestro tercer y último objetivo, líneas maestras de un programa de intervención psicosocial orientado a la prevención de la violencia en el puesto de trabajo sanitario, los resultados indican que se hace necesario establecer unas líneas maestras para un *programa de intervención psicosocial orientado a la prevención* dirigidos a los tres colectivos más afectados en un primer momento.

Para ello, se deben *crear estructuras de sensibilización y tolerancia cero de la violencia en el lugar de trabajo*, incidiendo en los Centros de Salud, psiquiatría y urgencias.

La orientación se dirigirá hacia la concienciación de los profesionales para que comuniquen y/o denuncien estos episodios bien como afectados o como testigos. Interiorizando que se trata de un problema y no una situación normalizada, estableciendo por parte de la organización canales de comunicación efectivos para la información y detección precoz de las situaciones de riesgo, minimizando el número de episodios violentos.

No obstante, este trabajo presenta también algunas limitaciones que queremos destacar, aun habiendo seleccionado a todos los trabajadores que sufrieron una agresión durante el periodo 2005-2014, somos conscientes de que este hecho no es real ya que es el total de los que comunicaron la agresión. La cifra que no coincidiría con la realidad de la violencia en el puesto de trabajo debido a la escasa notificación de estos sucesos. Por todo ello deberemos tomar estos resultados obtenidos con cautela concluyendo que nuestro foco de atención debe ir dirigido a la contención de agresiones físicas, trabajando más profundamente con las auxiliares de enfermería formando en sistemas de enfrentamiento eficaces ante situaciones de riesgo.

La dificultosa tarea de obtención de las entrevistas para la muestra sería otra importante limitación. Por una parte, debido al rechazo que presentaron las propias víctimas a revivir nuevamente un hecho olvidado y por otra por la poca información recibida y registrada por los profesionales de los servicios de prevención. A pesar de ello, hemos obtenido una buena "fotografía" del fenómeno de la violencia tipo II en puestos de trabajo del sector. Creemos que habría que profundizar más en el estudio de los factores de riesgo así como en los perfiles de los agresores para ser conscientes de que se está haciendo un mayor control para cambiar las condiciones laborales tóxicas.

A modo de síntesis, las conclusiones de nuestro estudio siguiendo la parte empírica de la tesis, así como las siguientes hipótesis intuitas tras nuestra experiencia profesional e investigadora respecto a determinadas cuestiones poco analizadas en el contexto de las investigaciones sobre la violencia tipo II:

1.- Los resultados obtenidos respecto a la *frecuencia e impacto de la violencia* se constata que:

- La posibilidad de que un trabajador en atención primaria sufra una agresión es mayor que en atención especializada, siendo la agresión verbal la más frecuente, en turno de mañana y dirigido hacia el colectivo médico, mientras que las agresiones físicas se producen en servicio de urgencia, turno nocturno y hacia las auxiliares de enfermería. Estas agresiones físicas conducen a los trabajadores a una incapacidad temporal.
- Los lugares de trabajo más críticos son urgencias, psiquiatría y consultas (en este orden), observándose que son los pacientes hombres los agresores y las víctimas las mujeres.
- La casuística aumenta en los meses estivales, aumentando su frecuencia entre la tercera y cuarta hora de trabajo, las horas de mayor exposición se sitúa alrededor de las 12 horas, siendo los trabajadores que se encuentran en el intervalo de edad de 50-59 años los más expuestos, constatándose que a menor tiempo en el puesto de trabajo mayor probabilidad de convertirse en víctima de una agresión.

2.- *Antecedentes personales y situacionales que han acompañado a cada uno de los incidentes violentos:*

- Se evidencia que las incidencias se dan en una organización burocratizada, con una política de empresa no compartida y un estilo de mando autoritario y unos canales de comunicación inoperante. No teniendo en cuenta en muchas ocasiones la opinión de sus trabajadores. Los trabajadores expuestos a la violencia son fieles a su profesión y no cambiarían de trabajo, los episodios agresivos vividos generan en todos ellos emociones negativas pero no consideran que estas situaciones sean motivo para ser seguidas y tratadas.
- Evidenciamos que el perfil socioeconómico y cultural de los usuarios es bajo pero por el contrario estos manifiestan unas altas exigencias respecto a sus

expectativas sobre el sistema de salud, así como a la impunidad por su conducta agresiva. Encontrando entre las causas más frecuentes de la agresión su disconformidad respecto a la asistencia y cuidados recibidos.

3.- *Las líneas maestras de un programa de intervención psicosocial* estarían dirigidas hacia:

- Crear un marco de empoderamiento de los trabajadores que permitan organizaciones matriciales, donde la interrelación y comunicación entre las partes sea más fluida creando sentimiento de pertenencia a la organización
- Dotar a la estructura organizativa de líneas estratégicas que incluyeran programas de sensibilización y tolerancia cero en el trabajo.
- Establecer programas de prevención dirigidas a los tres colectivos más afectados.









# **BIBLIOGRAFÍA**



## Bibliografía

- AbuAlRub, R., y Khawaldeh, A. A. (julio 2014). Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1937-47.
- Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. 74/ES FACTS 2007 Previsión de los expertos sobre la aparición de riesgos psicosociales en relación con la seguridad y salud en el trabajo. Recuperado de: [https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/es/publications/factsheets/74/Factsheet\\_74\\_-\\_Previsiones\\_de\\_los\\_expertos\\_sobre\\_la\\_aparicion\\_de\\_riesgos\\_psicosociales\\_en\\_relacion\\_con\\_la\\_seguridad\\_y\\_la\\_salud\\_en\\_el\\_trabajo.pdf](https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/es/publications/factsheets/74/Factsheet_74_-_Previsiones_de_los_expertos_sobre_la_aparicion_de_riesgos_psicosociales_en_relacion_con_la_seguridad_y_la_salud_en_el_trabajo.pdf). ISSN 168-2085
- AESST. (2002) *FACTS*. Luxemburgo, Belgica. Recuperado de <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/factsheets/24>
- AESST. (2003). Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. *Sistemas y programas*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades europeas. Recuperado de <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/309>
- AESST. (2013). Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes. Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. Recuperado de <https://osha.europa.eu/es/esener-enterprise-survey/enterprise-survey-esener>
- AESST Monitoreo de riesgos nuevos y emergentes. Recuperado de [http://oshwiki.eu/wiki/Monitoring\\_new\\_and\\_emerging\\_risks](http://oshwiki.eu/wiki/Monitoring_new_and_emerging_risks)
- Alarcón, M., y Ruiz de Adana, J. (2005). La violencia en el medio sanitario. *Actas del Congreso de la Asociación Española de Derecho Sanitario*. Madrid.
- Alfonso, C., y Salcedo MC. (2012). *La investigación de los accidentes de trabajo*. Valencia:Novabernia.
- Almodóvar, A., y Pinilla, F. (2010). VI Encuesta Nacional de condiciones de Trabajo 2007. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: INSHT. Recuperado de [http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe\\_VI\\_ENCT.pdf](http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_VI_ENCT.pdf)
- Almodóvar, A., Galiana ML., Hervás, P. y Pinilla, FJ. (2013). VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de [http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20\(VII%20ENCT\).pdf](http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20(VII%20ENCT).pdf)

- Anderson, C., y Bushman, B. (2002). Human aggression. *Annual Review of psychology*, 53, 27-51. DOI: 10.1146 / annurev.psych.53.100901.135231
- Anderson, C. y Parish, -. (2003). Informe de la violencia laboral por enfermeras hispanas. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(3), 237-243.
- Baca, E., Echeburúa, E. y Tamarit, J. (2006). *Manual de victimología*. Valencia: Tirant lo Blanch
- Baumann, A. (2007). Entornos de prácticas favorables: lugares de trabajo de calidad=atención de calidad al paciente. Ginebra: CIE, pp57-61. Recuperado de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/internacional/cie/finish/63-cie/1171-0-2-3-dia-internacional-de-la-enfermeria-2007-entornos-de-practica-favorables>
- Beauchamp, TL. y Childress, JF. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson
- Benavides, F., García, A., y Ruiz-Frutos, C. (2007). La salud y sus determinantes. En C. Ruiz-Frutos, A. García, y J. Declós, *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. (p. 3). Barcelona: Masson.
- Benavides, F., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J., Jarque, S., y Berra, A. (junio 2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta sanitaria*, 16(3), 222-229.
- Bernaldo de Quirós, M., Cerdeira, JC., Gómez, MM., Piccini AT., Labrador FJ. y Crespo, M. (2011). Análisis psicosocial de las agresiones de las agresiones a los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias del SUMMA-112 de la Comunidad de Madrid. Fundación Maffre. Recuperado de [http://www.mapfre.es/documentacion/publico/i18n/catalogo\\_imagenes/grupo.cmd?path=1077073](http://www.mapfre.es/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1077073)
- Beristain, A. (2000). *Victimología: nueve palabras clave*. p 69. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Blanch, JM., Cantera, L. y Crevantes, G. (2008). El caso de la violencia ocupacional contra los profesionales sanitarios. Recuperado de [https://www.fundacionprevent.com/app/webroot/news/infoprevencion/99/pdf/Blanch\\_Cantera\\_Cervantes.pdf](https://www.fundacionprevent.com/app/webroot/news/infoprevencion/99/pdf/Blanch_Cantera_Cervantes.pdf)
- Boletín Oficial del Estado, BOE. (31 enero 1997). Real Decreto 39/1997, 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *Boletín Oficial del Estado* (27). Madrid.
- Boletín Oficial del Estado, BOE (28 octubre 2011) Resolución de la Secretaría Estado de Empleo, sobre el Acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de octubre, por el que se aprueba la Estrategia Global para el Empleo de los Trabajadores y las Trabajadoras de Más Edad 2012-2014 (Estrategia 55 y más). *Boletín Oficial del Estado* Nº 283 pp 125324-125327. Madrid.
- Bonache J., y Cabrera, A. (2002). Recursos humanos y ventaja competitiva. En Jaime Bonache y Angel Cabrera, *Dirección estratégica de personas : evidencias y perspectivas para el siglo XXI* pp. 3-26. Madrid: Prentice Hall.

- Boström, AM., Squires, JE., Mitchell, A. y Estabrooks, CA. (2012). Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care. . *Journal of Clinical Nursing [J Clin Nurs]*, 21(9-10): 1453-1465. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03924.x.
- Brown, BG. Y Burns, C. (2013). Hospital violence and the role of the occupational health nurse. *Workplace Health*, 61(11), 475-478. doi: 10.3928/21650799-20131025-21.
- Camerino, D., Estryng-Behar, M., Conway, PM., Van Der Heijden, BJ. y Hasselhorn HM. (2007). Work-related factors and violence among nursing staff in the European new study a longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 35-50.
- Cantera, L. M., Cervantes, G., y Blanch, J. M. (2008). Violencia ocupacional, el caso de los profesionales sanitarios [Sección Monografía]. *Papeles del psicólogo* 29(1), 49-58. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1538.pdf>
- Carnoy, M. (2007). *El trabajo flexible en la era de la información*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 41, pp 171. Alianza Editorial. Recuperado de [http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/Revista/numeros/41/recen6.pdf](http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/Revista/numeros/41/recen6.pdf)
- Casado, J. M. (2003). *El valor de la persona: nuevos principios para la gestión del capital humano*. Madrid: Dykinson.
- Cervantes, G., Cantera, L. y Blanch, JM. (2008). Violencia hacia profesinales de la salud en su lugar de trabajo. Incidentes violentos notificados por internet en Catalunya entre 2005-2007: resultados de un estudio piloto. *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 11(1), 14-19. Recuperado de <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>
- COM. (2002). Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo el trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006). *Comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas*. Bruselas: COM. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/estrategiaSalud.pdf>
- Confederación de Empresarios de Málaga, CEM (2013). Guía de Prevención de Riesgos Psicosociales. Recuperado de [http://www.cem-malaga.es/portalcem/novedades/2013/CEM\\_guia\\_riesgos\\_psicosociales\\_interactivo.pdf](http://www.cem-malaga.es/portalcem/novedades/2013/CEM_guia_riesgos_psicosociales_interactivo.pdf)
- Confederación Estatal de Sindicatos Médicos -CEMS-(2007). *Documento Marco para la Prevención y actuación frente a la Violencia hacia los Facultativos*.
- CDC (2002). Violencia: peligros ocupacionales en los hospitales 2002-101. *Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH)*. Recuperado de [http://www.cdc.gov/spanish/NIOSH/docs/2002-101\\_sp/](http://www.cdc.gov/spanish/NIOSH/docs/2002-101_sp/)
- Cerri, R.; Carseta, M. y Grosso, M. (2010). Aggression toward health care staff: a survey in an italian hospital. *Assistenza infermieristica e ricerca*. Vol. 29(1), pp. 5-10.
- Chappell, D., y Di Martino, V. (2006). *Violence at work. Third edition*. Geneva, International Labour Office, Suiza: OIT. Recuperado de:

[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms\\_publ\\_9221108406\\_en.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_publ_9221108406_en.pdf)

Chechak, D. y Csiernik, R. (2014). Canadian perspective on conceptualizing and responding to workplace violence. *Journal of workplace behavioral health*, 29(1), 55-72. DOI:10.1080 / 15555240.2014.866474

Collier, P. (2010). *El club de la miseria. Qué falla en los países más pobres del mundo*. Barcelona: Debolsillo.

Comisión de las Comunidad Europea. (8 nov. 2007). Acuerdo marco europeo de 26 de abril de 2007. *Acuerdo marco europeo sobre el acoso y la violencia en el trabajo*. Bruselas. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/docs/acuerdoMarcoEuropeo.pdf>

Consejo Internacional de Enfermería -CIE- (1993). "Abuso o Violencia contra el Personal de Enfermería: Declaración de posición". Recuperado de : <http://www.cie.com>

CIE (1999). "La violencia epidemia mundial". Boletín CIE. Recuperado de <http://www.icn.ch/violencia/>.

Conselleria de Sanitat (junio 2005). *Mapa de la Comunidad Valenciana y distribución de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales*. Valencia. Recuperado de <http://www.san.gva.es/web/secretaria-general-administrativa/nuestros-recursos>

Cooper, C. y Willians, S. (1994). *Creating Healthy Work Organizations. Wiley series in work, well-being and stress*. Oxford: John Wiley & Sons.

Cox, T., Griffiths, A., y Randall, R. (2003). A risk management approach to the prevention of work stress. En MJ. Schabracq, J. Winnubst y C. Cooper *Handbook of work and health psychology*, (Cap. 10 pp.191-208). England: John Wiley & Sons

Cox T, Griffiths A y Rial-González E (2005). Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo. Belgica: Agencia Europea Seguridad y Salud en el Trabajo. Recuperado de <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/203>

Cuesta Arzamendi, J. L., y Varona Martínez, G. (2013). *Crimen, oportunidad y vida diaria. Libro homenaje al profesor Dr. Marcus Felson*. Madrid: Dykinson.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Artículo 23 Recuperado de [http://www.cnrha.msssi.gob.es/bioetica/pdf/declaracion\\_Univ\\_Derechos\\_Humanos.pdf](http://www.cnrha.msssi.gob.es/bioetica/pdf/declaracion_Univ_Derechos_Humanos.pdf)

Decreto 159/2009, de 2 de octubre, del Consell, por el que se establecen las actuaciones de los órganos de la Conselleria de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat. [2009/11278] (DOCV núm. 6118 de 07.10.2009)

Demaret, L. (2003). La acción sindical frente a la violencia en el trabajo. *Violencia laboral*. Educación Obrera, 133, 43-48. Recuperado de:

[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms\\_117581.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms_117581.pdf)

- Di Martino, V., Gold, D., y Schaap, A. (2002). Cómo abordar los problemas emergentes relacionados con la salud en el trabajo: *SOLVE*. Ginebra: OIT. Recuperado de [http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2002/102B09\\_184\\_span.pdf](http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2002/102B09_184_span.pdf)
- Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, DOGV. (13 de julio 2001). Decreto 123/2001 Gobierno Valenciano aprueba SPRL en el ámbito de la administración de la Generalitat Valenciana y sus organismos autónomos. (4042). Valencia.
- DOGV. (30 de agosto 2001). Orden 6 de agosto de 2001 del conseller de Sanidad por la que se estructura y organiza el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Sector Sanitario de la Generalitat Valenciana. (4075), 19500-19502. Valencia.
- Elizur, D., y Shye, S. (julio 1990). Calidad de Vida Laboral y su Relación con la Calidad de Vida. *Psicología aplicada* 39(3), 275-291.
- Farías, A., Sánchez, J., Petiti, Y., Alderete, AM. y Acevedo, G. (2012). Reconocimiento de la violencia laboral en el sector de la salud. *Revista cubana de Salud y Trabajo* 13(3); 7-15
- Ferns, T. (julio 2005). Violence in the accident and emergency department. An international perspective. *Accident and Emergency Nursing*, 13(3), 180-185.
- Fisher, BS., Jenkins, LE., Willians, N. (1998). Commercial crime, crime prevention and community safety: a study of three streets in Camden. London: M. Gill
- Flannery, RB., Fisher, W., Walker, A., Koloziej, K. y Spillane, MJ. (2000). Assaults on staff by psychiatric patients in community residences. *Psychiatric Services*, 51(1), 111-113
- Fromm, E. (1985). *El corazón del hombre. Su potencia para el bien y para el mal.* (9ª reimpresión) Mexico: Colección Popular. Recuperado de <http://www.verticespsicologos.com/sites/default/files/El-corazon-del-hombre.pdf>
- Gacki-Smith, J. , Juárez, A. M. , Boyett, L. , Homeyer, C. , Robinson, L. , MacLean, S. (agosto 2009) Violencia contra las enfermeras que trabajan en los Estados Unidos en servicios de urgencias. *JONA: Revista de Administración de Enfermería*. 39(7/8), 340-349
- García Jiménez, M. A., Moreno Farías, G., y Rivero Rodríguez, L. F. (2013). Presencia de conducta tipo "A" que refieren Friedman y Rosenman en enfermeras de hospitales de México. *Enfermería Neurológica*, 12(3), 147-152.
- García, A., Declós, J., y Ruiz-Frutos, C. (2007). Salud laboral. En C. Ruiz-Frutos, A. García, J. Declós, y F. Benavides, *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (tercera ed., pp. 43-45). Barcelona: Masson.
- García, A., Declós, J., Benavides, F., y Ruiz-Frutos, C. (2007). Salud laboral. En C. Ruiz-Frutos, A. García, J. Declós, y F. Benavides, *Salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (3ª ed., pp. 35-36). Barcelona: Masson.



- Gascón, S. (2006). *Análisis médico-legal de la violencia en centros asistenciales: agresiones a profesionales*. Recuperado de <http://zaguan.unizar.es/record/5746/files/TESIS-2011-027.pdf.pdf>
- Gascón, S., Casalod, Y., Martínez, B., Abecia, E., y Luna, A. (2009). Agresiones contra trabajadores de la salud: una aproximación a la situación en España y en las víctimas efectos psicológicos. *Legal Medicine*, 11(1), 366-367.
- Gates, D. Fitzwater, E., Telintelo, S. Succop, P. y Sommers, M (2002). Preventing Assaults by Nursing Home Residents: Nursing Assistants' Knowledge and Confidence – A pilot study JAMDA- November/december, 365-370
- Gates, D., Ross, C., y Mc Quenn, L. (2006). Violence against emergency department workers. *The journal of emergency medicine*, 31(3), 331-337.
- Gerberich, S., Church, T., MacGovern, P., Hansen, H., y Nachreiner, N. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota Nurses' Study. *Occupational & Environmental Medicine*, 61(6) , 495-503. doi: 10.1136 / oem.2003.007294
- González Gómez, M. (2011). Salud laboral y género. Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. *Medicina y seguridad del Trabajo*, 57(1), 89-114. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion5.pdf>
- Handy, C. (1997). *Más allá de la certidumbre: los cambiantes mundos de las organizaciones*. Barcelona: S.L. Ediciones Apóstrofe.
- Halfens, RJ. (septiembre 2012). Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. *Journal Nursing scholarsh*. 44(3) 249-257. Doi 10.1111/j.1547-5069.2012.01459.x.
- Herranz Marín, M. T. (2005). Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia. Murcia: Servicio murciano de salud. Recuperado de [http://www.ffis.es/ups/prl/plan\\_agresiones.pdf](http://www.ffis.es/ups/prl/plan_agresiones.pdf)
- Hijar, M., López, MV. Y Blanco, J. (1997). Las violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitudes del problema en México. *Salud Pública de México*. 39(6), 1-8.
- Hoel, H., Sparks, K y. Cooper, C. (2000). The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. Geneve: ILO Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_108532.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_108532.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2014). *Mujeres y hombres en España. Ministerio de sanidad y servicios sociales e Igualdad*. Ed. Catálogo de publicaciones de la administración General del Estado. Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/mujeresHombres/docs/2014/Mujeresyhombres2013.pdf>

- Instituto Nacional de la seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT. (2007). *VI encuesta nacional de condiciones de trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Recuperado de [http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe\\_VI\\_ENCT.pdf](http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_VI_ENCT.pdf)
- INSHT. (2011). *Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores. Traducción comentada de la obra "De Morbis artificum diatificum diatriba" de Bernardino Ramazzini s.XVIII*. Madrid: INSHT. Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/VIGILANCIA%20DE%20LA%20SALUD/Tratado%20sobre%20las%20enfermedades%20de%20los%20trabajadores/tratado%20enfermedades.pdf>
- INSHT. (2013). Exposición a los riesgos en el trabajo. Conclusiones de la *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011*. La promoción de la salud en el trabajo. *Seguridad y Salud en el Trabajo*, 72, 34-45. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PERIODICAS/Rev\\_INSHT/2013/72/SST\\_72\\_enlaces.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PERIODICAS/Rev_INSHT/2013/72/SST_72_enlaces.pdf)
- Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud, ISTAS (2010). Resultados V Encuesta Europea de las Condiciones de Trabajo. Recuperado de <http://www.istas.ccoo.es/descargas/Resultados%20de%20la%20V%20Encuesta%20Europea%20de%20Condiciones%20de%20Trabajo.pdf>
- Jackson, A. (2002). The Unhealthy Canadian Workplace. *Research Paper Nº 19. Canadian Labour Congress*. Recuperado de [http://classes.uleth.ca/200601/mgt3390a/The\\_Unhealthy\\_Canadian\\_Workplace1.pdf](http://classes.uleth.ca/200601/mgt3390a/The_Unhealthy_Canadian_Workplace1.pdf)
- Jackson, M. y Ashley, D. (2005). Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Revista Panamericana Salud Pública* 18(2), 114-121.
- Jódar, P., y Benavides, F. G. (2007). trabajo, condiciones de trabajo y riesgos laborales. En C. B. Ruiz-Frutos, *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (3ª edición ed., p. 504). Masson.
- Kaufmann, D., y Kraay, A. (2002). Growth without governance. *Policy research working paper*, 50. Recuperado de <http://www.hks.harvard.edu/fs/pnorris/ Acrobat/stm103%20articles/Kaufman%20and%20Kraay%20Nov2002.pdf>
- Kvas, A., y Seljak, J. (22 mayo, 2014). Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*, 61(3), 344-351.
- Kwok, RP., Law, YK., Li, KE., Cheung, MH., Fung, VK. Kwork, Kt., Tong, JM., Yen, PF. y Leung, WC. (2006) Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12(1), 6-9

- Lanctôt, N., y Guay, S. (septiembre 2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. *Aggressions & violent behavior*, 19(5), 492-501.
- Lawoyo, S., Soares, JJ: y Nolan, P. (2004). Violence towards psychiatric staff a comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work and stress*. 18(1), 39-45.
- Letelier Sanz, P., y Valenzuela Suazo, S. (diciembre, 2002). Violencia: fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intra-hospitalarios de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 8(2), 21-26. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532002000200003&lng=pt&nrm=iso&tIng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200003&lng=pt&nrm=iso&tIng=es)
- Lewis, John (1968). *Hombre y evolución* (p. 136). México: Grijalbo.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 301, de 17/12/2003.
- Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. BOE núm. 298, de 13/12/2003
- Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden de lo Social -LISOS- (2000). Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.
- Ley de cohesión y calidad (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128. Madrid, España: BOE-A-2003-10715.
- Ley General de Sanidad, LGS (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril 1986. BOE núm. 102 (15211).
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales, LPRL. (1995). Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales Jefatura del Estado "BOE" núm.269. (24292). Madrid, España: BOE-A-1995-24292.
- Lyneham, J. (2000). Violence in New South Wales Emergency Departments. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 18(2), 8-17
- Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana. DOCV 7434 (32201)
- Martín, F., y Pérez, J. (1997). *Factores psicosociales: metodología de evaluación*. NTP 443. Madrid: INSHT. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_443.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_443.pdf)
- Martínez Carazo, PC. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*. 20, 165-193. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>

- Martínez Íñigo, D. (2001). Evolución del concepto de trabajo emocional: dimensiones, antecedentes y consecuentes. Una revisión teórica. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17(2), 131-153. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2313/231324550001.pdf>
- Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA y Goicoechea J (2006) Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. Disponible en
- Martínez, M., Álvarez, M., González, M., y Sagües, M. (2010). Cuadernos de Salud Laboral. En Comunidad de Madrid. Recuperado de [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCuadernos\\_de\\_salud\\_laboral\\_2010+correcc+02-02-2012.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310830648900&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCuadernos_de_salud_laboral_2010+correcc+02-02-2012.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310830648900&ssbinary=true)
- Martínez, M., Irurtia, MJ., Martínez, C., Crespo, MT. y Queipo, D. (junio, 2011). Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_REML.2011.v17.3623](http://dx.doi.org/10.5209/rev_REML.2011.v17.3623)
- Martínez, M., Queipo, D., Martínez, C. y Torres, H. (2010). Aspectos médico legales de las agresiones al personal sanitario como delito de atentado. *Revista Sedime*, 5. Recuperado de [http://www.sideme.org/revista/num5/martinez\\_leon\\_Sideme5.pdf](http://www.sideme.org/revista/num5/martinez_leon_Sideme5.pdf)
- Marziale, M. P. (marzo-abril, 2004). La violencia en el sector salud. *Revista Latinoamericana de Enfermagen*, 12(2), 147-148. Recuperado de [http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Mayan, MJ: (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos* (Trad. C.A. Cisneros). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Mayorca, I., Lucena, S., Cortés, M., y Lucera, M. (abril-junio,2013). Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas?. *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 59, 235-258. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2013000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2013000200005&script=sci_arttext)
- Mestre, M., Frías M. y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16 (2), 255-260.
- Miedema, B., Easley, J., Fortin, P., Halminton, R. y Tatemichi, S. (2009). Disrespect, harassment and abuse. All in a day's work for family physicians. *Can Fam Physician*. 55:279-285
- Miedema, B., Hamilton, R., Lambert-Lanning, A., Tatemichi, S., Lemire, F., Manca, D. y Ramsden, VR. (2010). Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians. A minor, major, or severe problem? *Canadian Family Physician*, 56(3), 101-108.

- Miret , C., y Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 193-201.
- Moncada, S., y Artazcoz, L. (2007). Salud Laboral: conceptos y técnicas de prevención de riesgos laborales. En C. Ruiz-Frutos, A. García, J. Delclós, y F. Benavides, *Salud laboral: conceptos y técnicas de prevención de riesgos laborales*. (3ª ed.), pp. 389-399. Barcelona: Masson.
- Moncada, S., y Llorens, C. (2007). Factores psicosociales. En C. Ruiz-Frutos, A. García, J. Declós, y F. Benavides, *Salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (3ª ed.), pp. 397-406. Barcelona: Masson.
- Montagu, Ashley (1976). *La naturaleza de la agresividad humana* (Trad. Antonio Escohotado). Ed. 1978, España: Alianza
- Montoya, V. (2006). Teorías de la violencia humana. *Rev. electrónica Razón y Palabra*. 11(53). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520728015>
- Moreno Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y seguridad del trabajo*, 1(57), 262. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2011000500002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500002)
- Moreno Jiménez, B. (oct. 2014). Los riesgos laborales psicosociales: marco conceptual y contexto socio-económico. *ORP Journal*. Vol.1 CERpIE Universitat Politècnica de Catalunya Barcelona. Recuperado de <http://www.orpjournal.com/index.php/ORPjournal/article/download/7/19>
- Moreno Jiménez, B., y Báez León, C. (nov. 2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: INSHT. Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Moreno-Jiménez, B., Gálvez, M., Rodríguez, R., y Garrosa, E. (2010). Emociones y salud en el trabajo. Análisis del constructo de "trabajo emocional" y propuesta de evaluación. *Revista latinoamericana de psicología*, 42(1), 63-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80515880006.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, MSSI. (13 junio, 2015). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Recuperado de [www.mssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/saludTrab/home.htm](http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/saludTrab/home.htm)
- Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales -MTAS- (2006).. El acoso sexual a las mujeres en el ámbito laboral: resumen de resultados. Madrid:INMARK. Estudios y estrategias S.A.
- Muñoz-Pascual, J. C., Delgado de Mendoza, B., Romero, A., Bermúdez, J. C., y Cabrera, F. (2008). Agresión al personal de los Servicios de Salud. *Enfermería docente*(89), 15-17. Recuperado de <http://www.index-f.com/edocente/89pdf/891517.pdf>

- NIOSH. (1997). *Violencia en el lugar de trabajo. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud ocupacional, NIOSH folletos informativos. violencia en el lugar de trabajo*. CDC. Recuperado de [http://www.bvsde.paho.org/foro\\_hispano/NIOSH/violencia.pdf](http://www.bvsde.paho.org/foro_hispano/NIOSH/violencia.pdf)
- Nolan, P., Soares, J., Dallender, J., Thomsen, S. y Arnetz, B. (2001). A comparative study of experiences of violence of English and swedish mental health nurses. *International Journal of nursing Studies* 38(4), 419-426
- OIT ( sept-oct. 1998). *Violencia en el lugar de trabajo, un nuevo problema mundial. Trabajo, revista de la OIT.* (26), 6-9. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/dwcms\\_080688.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/dwcms_080688.pdf)
- OIT (2001) *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. OIT. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Subdirección general de publicaciones. Recuperado de <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=a981ceffc39a5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- OIT (2008). *Beyond deaths and injuries: The ILO's role in promoting safe and healthy jobs, Informe de introducción para debate en el XVIII*. Seúl, Corea. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/publication/wcms\\_106520.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/publication/wcms_106520.pdf)
- OIT (2012). *Violencia en el trabajo. SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas del SSTen el lugar de trabajo*, pp.111-143. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms\\_203378.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203378.pdf)
- OIT/CIE/OMS/ISP. (2002). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: *Programa conjunto OIT/CIE/OMS/ISP sobre la violencia laboral en el sector salud*. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_160911.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf)
- OIT/OMS. (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. (Informe nº 56) *Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del trabajo, novena reunión*. Ginebra: OIT.
- OMS (1975). *Detección precoz del deterioro de la salud debido a la exposición profesional* (Informe Técnico nº 571). Ginebra: OMS. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40891/1/WHO\\_TRS\\_571\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40891/1/WHO_TRS_571_spa.pdf)
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OPS. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
- OMS (2010). *Ambientes de trabajo saludable: un modelo para la acción*. Suiza:OMS/OPS. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44317/1/9789243599311\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44317/1/9789243599311_spa.pdf)

- Oostrom, J., y Mierlo, H. (agosto, 2008). An Evaluation of Aggression Management Training Program to Cope with workplace violence in the healthcare sector. *Research in Nursing and health*, 31(4) 320-328.
- Ortells, N., Muñoz, T., Paguina, M., y Morató, I. (abril, 2013). Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global. Administración-Gestión-Calidad* 12(2) 196-207. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/163471/147271>
- OSHA (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health *European Agency for safety and health at work*. Luxemburgo EU-OSHA. Recuperado de <http://www.osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>
- OSHA (2014) Riesgos psicosociales en Europa: Prevalencia y estrategias de prevención. doi:10.2802/29383. Recuperado de <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/executive-summary-psychosocial-risks-in-europe-prevalence-and-strategies-for-prevention>
- Park, M., Cho, SM. Y Hong, HJ. (2015). Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *Journal of Nursing scholarship*, 47(1) 87-95
- Pascal, B. (2013) La ética en la investigación humana. En A.B. Salamanca, *El aeiou de la investigación en enfermería* (pp 71-78). Madrid: Fuden
- Paravic T; Valenzuela S, Burgos M. (2004). Violencia Percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Ciencia y Enfermería*. 2004(2),53-65
- Pérez J y Nogareda C. (1998). *NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid: INSHT. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_489.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_489.pdf)
- Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat –PIP-(31/05/2010). Recuperado de [http://www.san.gva.es/documents/155952/752483/DEFINITIVOPIP31\\_05.pdf](http://www.san.gva.es/documents/155952/752483/DEFINITIVOPIP31_05.pdf)
- Polit, DF. y Hungler BP. (2000). Integración de diseños cualitativos. En DF. Polit, BP. Hungler. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6ª ed. (pp 249-266) Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Real Decreto Laboral, RDL (2012) Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. BOE núm. 36, de 11 de febrero de 2012, páginas 12483 a 12546
- Rippon T. (2000) Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460.
- Rodríguez, V., y Paravic, T. (2013). Un modelo para investigar violencia laboral en el sector salud. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 34(1), 196-200. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100025&script=sci_arttext)

- Rodríguez-Acosta RL, Myers, DJ., Richardson DB, Lipscomb HJ, Chen JC y Dement JM. (2010) Asalto físico entre el personal de enfermería empleado en el cuidado agudo. *Trabajar*; 35: 191-200 Doi 10.3233/wor-2010-0971
- Rodríguez de la Pinta, M. L., Maestre, M., y Borda, J. (2011). Violencia externa en el sector servicios: consideraciones generales, notificación y protocolos de actuación. *Medicina y seguridad en el trabajo*, 57, 53-71. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2011000500005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500005)
- Reglamento de los Servicios de Prevención, RSP (1997). Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 27, de 31 de enero de 1997, páginas 3031 a 3045.
- Ruiz-Frutos, C. (2012). Determinantes de salud. En F. Gil Hernández, *Tratado de Medicina del trabajo. Introducción a la salud Laboral* Vol. 1 (p. 968). Barcelona: Elsevier Masson.
- Sainz, C., López, PF., Maestre, M., Borda, J., Cabrero, B., y Rodríguez de la Pinta, M. L. (enero-marzo 2011). Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(222), 5-14. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2011000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2011000100002&script=sci_arttext)
- Sánchez, R., Valenzuela y S. Solares, JC. (2003). Perception of violence affecten nurses. *Medwave*, jun 3(5). Recuperado de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/jun2003/2830>
- Sánchez, A. G., Zárate, G., y Chan, E. (2007). *La violencia: una realidad presente* Guadalajara, México: D.R. Universidad de Guadalajara.
- Senezum, F., Karadakovan, A. (2005) Violence towards nursing staff in emergency departaments in one Turkish city. *International Nursing Review*. 52(2), 154-160
- Shahzad, A., y Malik, R. (2014, julio). Workplace violence: an extensive issue for nurses in Pakistan: a qualitative investigation. *Journal of interpersonal violence*, 29(11), 2021-2034.
- Spector, P., Coulter, M., Stockwell, H. y Matz, M. (2007). Perceived violence climate: A new construct and its relationship to workplace physical violence and verbal aggressio, and their potential consequences. *Work & Stress*, 21(2): 117-130. doi: 10.1080 / 02678370701410007
- Tak, S., Haring, M., Alterman, T., Baron, S., y Calvert, G. (2010). Workplace assaultson nursing assistants in US nursing homes: a multilevel analysis. *Research and Practice*, 100(10), 1938-1945.
- Toscano, G. Weber, W. (1995) Violence in the workplace. *Bureau of labor statistics*. Recuperado de <http://www.bls.gov/lif/oshwa/afar0005.pdf>
- Tous-Pallarés J, Bonasa-Jimenez M.P y Gómez-Romero M.R, (2011) *Guia de entrevista estructurada a víctimas y ocupantes de puestos de riesgo* (EVO-PR)



- UEAPME. (2007). *European association of craft, small and medium-sized enterprises*. Retrieved junio 13, 2015, from ueapme.com: [http://www.ueapme.com/docs/joint\\_position/2007\\_Framework\\_Agreement\\_Harassment\\_and\\_Violence\\_at\\_Work.pdf](http://www.ueapme.com/docs/joint_position/2007_Framework_Agreement_Harassment_and_Violence_at_Work.pdf)[http://www.etuc.org/sites/www.etuc.org/files/BROCHURE\\_harassment7\\_2\\_.pdf](http://www.etuc.org/sites/www.etuc.org/files/BROCHURE_harassment7_2_.pdf)
- UGT. (2007). *Guía sobre la violencia psicológica en el trabajo* (1ª ed.). Madrid: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT.
- Van den Bossche, S., Taris, T., Houtman, I., Smulders, P., y Kompier, M. (octubre, 2013). Workplace violence and the changing nature of work in Europe: Trends and risk groups. *European Journal of works & organizational psychology*, 22(5), 588-600.
- Velasco, S. (2009). *Sexo, género y salud*. Madrid, España: Minerva Ediciones S.L.
- Vicente de, M., Zimmermann, M., Orden de la, M., y Díaz, C. (2010). Acercamiento a la siniestralidad laboral desde una perspectiva de género. Madrid: INSHT, MTAS. Recuperado de <http://www.insht.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe%20AT%20mujer%202008.pdf>
- Warchol, G. (1998). Workplace violence 1992-1996. Washington: Bureau of justice statistics
- Warshaw Leon J. La violencia en el lugar de trabajo En OIT *Enciclopedia de la salud y seguridad en el trabajo* Tomo 2 cap.51.2 Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/51.pdf>
- Wilderon, M., y Ashkanasy, N. M. (2011). Healthy Human cultures as positive workenvironments. En N. M. Anskanasy, C. P. Wilderon, M. F. Peterson, N. M. Anskanasy, C. P. Wilderon, & M. F. Peterson (Eds.), *The Handbook of Organizational Culture and Climate* (2ª ed., Vol. 2, pp. 79-83). New York: SAGE publications.
- Wright, D. S. (1997). *Para entender las relaciones intergubernamentales*. Mexico: Books/Cole Publishing Company.
- Wu, S., Lin, S., Li, H., Chai, W., Zhang, Q., Wu, y., et al. (2014). A study on workplace violence and its effect on quality of life among medical professionals in China. *Archives of enviromental & occupational health*, 69(2), 81-88.
- Zeller A, Dassen T, Kok G, Needham I y Halfens RJ.(septiembre 2012). Los factores asociados con la agresión hacia los cuidadores residentes en hogares de ancianos. *J Nursing scholarsh.*, 44(3): 249-57. Doi 10.1111/j.1547-5069.2012.01459.x
- Zimmermann, M. (2014). Valoración de la aptitud de los requerimientos profesionales. Capacidades requeridas para el trabajo o grupos profesionales: algunas aportaciones del Instituto Nacinal de Seguridad e Higiene en el Trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(1) 92-97. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2014000500015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000500015)

Zimmermann, M., González, MF:, Martínez, M. (2006). Las condiciones de trabajo según la perspectiva de género. Implicaciones y repercusiones sobre la morbilidad. *La Mutua*(14), 91-103.

Zimmermann, M., de la Orden, M., y Díaz, C. (2009). Mujer y Trabajo: aproximación al análisis de indicadores de desigualdad a través de metodología de encuesta. *INSHT*, 40. Recuperado de [http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/MUJER%20Y%20TRABAJO\\_INDICADORES%20DE%20DESIGUALDAD.pdf](http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/MUJER%20Y%20TRABAJO_INDICADORES%20DE%20DESIGUALDAD.pdf)





**ANEXOS**



# Anexos

## Anexo

		<b>COMUNICACIÓ D'ACCIDENT DE TREBALL</b> <b>COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO</b>		CAT
<input type="checkbox"/> A: ACCIDENT BIOLÒGIC ACCIDENTE BIOLÓGICO		<input type="checkbox"/> B: ACCIDENT GENERAL ACCIDENTE GENERAL		NÚMERO D'ACCIDENT NÚMERO DE ACCIDENTE
<input type="checkbox"/> C1: AGRSSIÓ FÍSICA AGRESIÓN FÍSICA		<input type="checkbox"/> C2: AGRSSIÓ VERBAL AGRESIÓN VERBAL		
<b>A DADES DEL TREBALLADOR / DATOS DEL TRABAJADOR</b>				
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DN / NIF
TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO SIP / NÚMERO SIP	
DATA DE NADAMENT FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE LA SEURETAT SOCIAL / NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL		SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Home / Hombre <input type="checkbox"/> Dona / Mujer	
<b>B DADES DEL LLOC DE TREBALL / DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO</b>				
CENTRE / CENTRO		SERVI (1) / SERVICIO (1)	LLOC DE TREBALL (2) / PUESTO DE TRABAJO (2)	
SITUACIÓ ACTUAL / SITUACIÓN ACTUAL <input type="checkbox"/> Funcionari carrera / Funcionario carrera <input type="checkbox"/> Funcionari interí / Funcionario interino <input type="checkbox"/> Laboral fix / Laboral fijo <input type="checkbox"/> Laboral temporal / Laboral temporal <input type="checkbox"/> Estatutari fix / Estatutario fijo <input type="checkbox"/> Estatutari interí / Estatutario interino <input type="checkbox"/> Altres: _____ / Otros: _____			ANTIQUITAT EN EL LLOC ACTUAL / ANTIQUEDAD EN EL PUESTO ACTUAL <input type="checkbox"/> Fins a 1 mes (indique dies): _____ / Hasta 1 mes (indique días): _____ <input type="checkbox"/> Més d'1 mes (indique mesos): _____ / Más de 1 mes (indique meses): _____	
<small>(1) Per a personal docent, localitat i província. Para personal docente, cuerpo i provincia.</small>			<small>(2) Per a personal docent, cos i especialtat. Per a personal sanitari, categoria professional. Para personal docente, cuerpo i especialidad. Para personal sanitario, categoria profesional.</small>	
<b>C DADES DE L'ACCIDENT / DATOS DEL ACCIDENTE</b>				
LLOC DE L'ACCIDENT / LUGAR DEL ACCIDENTE		DATA / FECHA	HORA DEL DIA (0 A 24) HORA DEL DIA (0 A 24)	HORA DE TREBALL (1a, 2a, etc.) HORA DE TRABAJO (1ª, 2ª, etc.)
DESCRIPCIÓ DE L'ACCIDENT (D'ACORD AMB LES DECLARACIONS DEL TREBALLADOR ACCIDENTAT) <small>(En caso d'agressió, especifique si hi ha denúncia o si interposa)</small> DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE (DE ACUERDO CON LAS DECLARACIONES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO) <small>(En caso de agresión, especifique si hay denuncia o se va a interponer)</small>			EFECTES PRODÛTS / EFECTOS PRODUCIDOS <input type="checkbox"/> Físics / Físicos <input type="checkbox"/> Materials personals / Materiales personales <input type="checkbox"/> Psíquics / Psíquicos <input type="checkbox"/> Materials a la institució / Materiales a la institución <input type="checkbox"/> A tercers / A terceros <input type="checkbox"/> A més treballadors / A más trabajadores	
FORMA DE CONTACTE (1) / FORMA DE CONTACTO (1)		CODI (1) / CÓDIGO (1)	PART DEL COS LESIONADA (2) PARTE DEL CUERPO LESIONADA (2)	CODI (2) / CÓDIGO (2)
DESCRIPCIÓ DE LA LESIÓ (3) / DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (3)			CODI (3) / CÓDIGO (3)	
NOM DEL RESPONSABLE DE PERSONAL O SUPERIOR JERÀRQUIC (4) NOMBRE DEL RESPONSABLE DE PERSONAL O SUPERIOR JERÁRQUICO (4)		TELÈFON / TELÉFONO	TESTIMONIS / TESTIGOS	TELÈFON / TELÉFONO
LLOC / LUGAR <input type="checkbox"/> En el centre o lloc de treball habitual / En el centro o lugar de trabajo habitual <input type="checkbox"/> En un altre centre o lloc de treball / En otro centro o lugar de trabajo <input type="checkbox"/> En un desplaçament en la jornada laboral (en missió) / En desplazamiento en su jornada laboral (en misión) <input type="checkbox"/> En anar o tornar de la feina (in itinere) / Al ir o al volver del trabajo (in itinere) <input type="checkbox"/> A més, marque si ha sigut un accident de trànsit / Además, marque si ha sido accidente de tráfico				
<input type="checkbox"/> Tasca habitual / Tarea habitual <input type="checkbox"/> S'ha fet una avaluació de riscos / Se ha realizado evaluación de riesgos <input type="checkbox"/> Hi ha denúncia / Hay denuncia		<small>(1)(2)(3) Consulta taules annexes. Consultar tablas anexas.    (4) En els centres docents indicar el nom del director/a del centre. En los centros docentes indicar el nombre del director/a del centro.    Els camps de fora gris els omple la Unió de Riscos Laborals. Los campos sombreados los cumplimenta la Unidad de Riesgos Laborales.</small>		
<b>D COMUNICACIÓ / COMUNICACIÓN</b>				
Es comuniquen tots aquests dades als efectes que es realitzi l'assistència sanitària per esta contingència i perquè, si és el cas, s'inicie la investigació pels serveis de prevenció. Se comunican todos estos datos a los efectos de que se realice la asistencia sanitaria por esta contingencia y para que, en su caso, se inicie la investigación por los servicios de prevención.				
Signatura del responsable de personal o superior jeràrquic (1) Firma del responsable de personal o superior jerárquico (1)		Signatura de la persona accidentada / Firma de la persona accidentada		
Firma: _____		Firma: _____		
<small>(1) Per a personal docent, firma del director/a del centre. Para personal docente, firma del director/a del centro.                  Signar este document implica aceptar las condiciones previstas en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos. La firma de este documento implica la aceptación de las condiciones incluidas en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos.                  Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser inclosos en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que li atribueixen en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tal axó de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE num. 298, de 14/12/99).                  Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).</small>				

(14) EXEMPLAR PER A L'ADMINISTRACIÓ / EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

CHAP - IAC  
 DIN - A4  
 IN - 18244 - 01 - E

## Anexo II

Buenos días/tardes:

Mi nombre es..... y le llamo desde el Departamento de Psicología de la Universidad Rovira i Virgili. Estamos realizando un estudio sobre la violencia laboral en el contexto sanitario y entendemos que su participación es fundamental como persona que ha padecido una agresión en ese contexto. Como bien sabe es un tema muy importante y nuestro objetivo es recoger las experiencias vividas desde la perspectiva de la víctima para poder conocer el fenómeno y poder diseñar las acciones preventivas que eviten que no sucedan de nuevo estos episodios.

Por ello nos gustaría tener una entrevista con usted el próximo ..... de ..... en la sala de juntas del Colegio Oficial de Enfermería.

Su participación es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar en cualquier momento su deseo en participar

Como equipor investigador, siendo el investigados principal D<sup>a</sup> Rosario Gómez Romero, colegiada nº 17.334 en el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, se garantiza en este trabajo el íntegro y pleno cumplimiento de las obligaciones dispuestas por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales, así como, las dispuestas en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, así como el resto de normativa de desarrollo.

### **Anexo III**

## **GUÍA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA A LAS VÍCTIMAS Y OCUPANTES DE PUESTOS DE RIESGO**

### **(EVO-PR)**

**Tous-Pallarés, J. Bonasa-Jiménez, M.P. y Gómez-Romero, R. (2011)**

Mediante la EVO-PR analizamos conducta violentas observadas o sufridas en el puesto de trabajo. Consideramos que hay puestos de trabajo con mayor riesgo dada la frecuencia de interacción con otras personas y, a su vez se manejan en situaciones de mayor tensión.

La entrevista se aplicará de forma individual a ocupantes de puestos de trabajo con riesgo que hayan sufrido o no episodios de violencia en su entorno laboral.

**Así se analizan:**

#### **1.- A las personas implicadas y relación con la víctima**

Tipo I: Sin ninguna relación;

Tipo II: Con una relación profesional;

Tipo III: Con una relación personal con la víctima:

Puede ser agresión:

- interna (en el centro de trabajo)
- o externa (fuera del centro de trabajo)

#### **2.- El desarrollo de la conducta violenta en el trabajo:**

Tipo de conducta violenta:

- Agresión verbal (percepción de grado entre 1 y 5)



- Agresión física (percepción de grado entre 1 y 5)

Se recogerán datos objetivos de la agresión y se clasificarán según tres criterios:

a) **La naturaleza de las acciones**

- Conducta violenta abierta (CVA)
- Conducta violenta encubierta (CVE)

b) **El origen de los actores**

- Actores internos (AI)
- Actores externos (AE)

c) **El objetivo de la conducta violenta:**

- Un objeto (O)
- Una persona (P)

**3.- Las causas de la conducta violenta:**

Resulta importante analizar:

- En el medio social o entorno del trabajo existen relaciones forma violenta
- Hay características específicas del puesto y de la organización que le hacen de riesgo
- El perfil del agresor
- El perfil de la víctima
- Existencia de protocolos de actuación y prevención

**La entrevista se aplicará de forma individual centrándose en áreas de interés a las que se refieren una serie de cuestiones. Dichas preguntas pueden emplearse o no**

**todas; aunque se recomienda utilizar las que nos den suficiente información sobre la variable que mide cada área de interés.**

Área de interés	Ambiente	Causas	Perfil
CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	*		
CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN	*	*	
CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA	*		*
CARACTERÍSTICAS DEL PRESUNTO AGRESOR			*
CARACTERÍSTICAS DE LA AGRESIÓN / EPISODIO		*	

## CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO

*Valoración de la tipología de usuarios relacionadas con posibles conductas disfuncionales/agresión, así como historia previa de situaciones de conflicto a nivel general*

1. ¿Dónde está situado su centro de trabajo?;
2. ¿Qué nivel socioeconómico tienen mayoritariamente los usuarios? ¿Y educativo?;
3. ¿Qué tipos de familias suelen tener los usuarios? ¿Monoparentales, extensas, estructuradas, desestructuradas...?

4. ¿Cómo suelen relacionarse los usuarios entre ellos? ¿Y con los técnicos?;
5. ¿Son frecuentes las agresiones en la zona? ¿Y en el centro de salud? ¿Conoce de situaciones anteriores de agresión, ya sea física o verbal?

## **CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN**

*Acceso de todo tipo de usuarios, servicios que pueden generar más problemática (urgencias, drogodependencias, salud mental...), capacidad de respuesta y satisfacción con la organización, historia, rumores*

1. ¿Se trata de un centro de salud público, concertado o privado?;
  2. ¿Qué tipos de servicios ofrecen?;
  3. ¿Qué tamaño tiene su organización?;
- ¿Considera que está muy burocratizada?;
- ¿Qué tipo de contrato tiene? ¿Cuál es el tipo de contrato habitual en su empresa?;
4. ¿Conoce cuáles son las políticas de su empresa? ¿Está de acuerdo con ellas?;
  5. ¿Existen protocolos de actuación a nivel de técnicas? ¿Y en cuanto a personal? ¿cuáles son?;
  6. ¿Su empresa tiene canales de comunicación adecuados? ¿Cómo se transmite la información en la empresa?;
  7. ¿Quién proporciona esta información? Sindicatos, compañeros, etc.;
  8. ¿Cómo es la estructura de mando en su empresa?;
  9. ¿Quién es su inmediato superior, qué cargo ocupa?;
  10. ¿Conoce el sistema de promoción interna de su empresa? ¿Cómo funciona?;
  11. ¿Qué opinión le merecen los mandos de su empresa, teniendo en cuenta que las respuestas son confidenciales?;

12. ¿Considera que le transmiten las órdenes de forma adecuada? ¿Entiende lo que le piden?;
13. ¿Se siente valorado en su trabajo?;
14. ¿Los jefes le piden su opinión y la tienen en cuenta en la toma de decisiones?;
15. ¿Siente que le exigen en su trabajo más de lo que puede dar?;
16. ¿Existe un sistema de castigos o sanciones en su empresa? ¿Cómo funciona?;
17. ¿Existe un sistema de premios o reconocimiento en su empresa? ¿Cómo funciona?;
18. ¿Qué opinión tienen sus compañeros de trabajo de Vd.? ¿Considera que le valoran y apoyan?;
19. ¿Qué opinión cree que tienen sus superiores de Vd.?;
20. ¿Ha tenido algún problema con compañeros o superiores?;
21. ¿Valora que hay empleados suficientes para realizar correctamente el trabajo que requiere su centro de salud?;
22. ¿Conoce si ha habido alguna reducción de plantilla recientemente? ¿Sabe si hay alguna prevista?;
23. existe apoyo por parte de la organización para la conciliación vida familiar
24. ha recibido formación por parte de la empresa

## **CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA**

*Valoración de competencias, conductas funcionales o disfuncionales, grado de satisfacción con el trabajo y con el centro para el que presta sus servicios.*

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el ámbito sanitario? ¿Y en este centro? ¿Y en este servicio?;

2. ¿En qué consiste su trabajo? ¿En qué horario lo lleva a cabo?;
3. ¿Qué destacaría en positivo del trabajo que realiza? ¿y del servicio en el que está?;
4. ¿Qué es lo que cambiaría o haría diferente?;
5. ¿Cuántos años tiene?; sexo
6. ¿Está casado/separado/divorciado? Etc. ¿Tiene hijos a su cargo?;
7. ¿Ha tenido algún problema anterior con usuarios, familiares o compañeros?;
8. ¿Cómo se definiría?;
9. ¿Cómo cree que le definirían los demás?;
10. ¿Cómo suele enfrentarse a las dificultades y problemas?
11. ¿Cómo resuelve situaciones conflictivas?
12. ¿Conoce el procedimiento si existe ante un presunto agresor?
13. Sentimiento que afloró ante la vivencia de la agresión. ¿Cómo se sintió?

## **CARACTERÍSTICAS DEL PRESUNTO AGRESOR**

*Historial conflictivo previo, historial psicopatológico, de enfermedades o toxicomanías.*

1. ¿Quién le agredió? (usuario, familiar, compañero); sexo
2. ¿Lo conocía previamente o era la primera vez que acudía al servicio?;
3. ¿Sabe si había tenido problemas previamente de este tipo en el centro de salud?;
4. ¿Conoce los antecedentes del agresor? Familia, enfermedades

## **CARACTERÍSTICAS DE LA AGRESIÓN / EPISODIO**

1. ¿Podría describirme el episodio? ¿Qué pasó antes? ¿Cuál fue el aparentemente el motivo de la agresión?;
2. ¿Cómo fue su reacción? ¿Cree que posee estrategias adecuadas para enfrentarse a este tipo de situaciones? ¿Qué haría diferente si volviera a sufrir una situación similar?;
3. ¿Había sufrido alguna otra agresión física o psicológica anterior en este centro de trabajo? ¿En otro anterior?;
4. ¿Cómo fue la respuesta de la organización? ¿La considera adecuada? ¿Qué haría diferente?;
5. ¿Cómo reaccionaron sus compañeros?;
6. ¿Cómo se resolvió el incidente?;
7. ¿En qué grado o cómo cree que le ha afectado este incidente en su vida personal, familiar o laboral? ¿Ha requerido de asistencia médica? ¿y de asistencia psicológica o psiquiátrica?

