

ORIGINAL

Violencia laboral de usuarios y sus consecuencias sobre profesionales sanitarios y no sanitarios de los servicios de urgencias hospitalarios: análisis de clúster

Juan Manuel Cánovas Pallarés^{1,2}, José Antonio Ruiz-Hernández³, Inmaculada Galián-Muñoz⁴, Dolores Beteta Fernández⁵, Manuel Pardo Ríos^{2,6}, Bartolomé Llor-Esteban⁷

Introducción. La violencia laboral en cualquiera de sus modalidades se halla influenciada por múltiples factores, dando lugar a cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y organizacionales, y los entornos de urgencias y emergencias presentan una incidencia de hasta cinco veces más con respecto al resto de servicios sanitarios. El objetivo de este estudio es analizar las características que desarrollan los profesionales sanitarios y no sanitarios de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) que sufren violencia laboral física y no física.

Método. Es un diseño trasversal, descriptivo-analítico mediante la aplicación de un formulario de 121 ítems a una muestra de 584 profesionales sanitarios y no sanitarios de 12 hospitales españoles con SUHS, se aplicó análisis estadístico para magnitud del evento y análisis de clúster mediante método *stepwise* con solución de *autoclustering* y posterior relación de variables del estudio con violencia laboral.

Resultados. Tras la aplicación inicial del método descrito, se conformaron 2 grupos, el primero de ellos incluye a 298 casos y se caracteriza por puntuaciones altas en violencia no física (media: 51,5, desviación estándar: 7,9) y bajas en física (4,8, 2,9). Por otro lado, el segundo grupo está compuesto por 285 casos y se caracteriza por puntuaciones intermedias en violencia no física (27,1, 8,4) y bajas en física (3,4, 1,3).

Conclusiones. En los SUH existen manifestaciones de violencia laboral no física que presentan una mayor incidencia que las manifestaciones de violencia física. Aquellos profesionales con elevada exposición a violencia laboral, y en concreto a violencia no física, presentan alteraciones biopsicosociales y organizacionales.

Palabras clave: Agresión. Violencia de usuarios. Violencia laboral. Urgencias Hospitalarias. Profesionales sanitarios. Profesionales no sanitarios.

Workplace violence in hospital emergency departments and consequences for health care professionals and support staff: a cluster analysis

Background and objective. Workplace violence of any type is influenced by multiple factors and leads to physiological, psychological, social, and organizational change. Emergency and other urgent care settings have assault rates up to 5-fold higher than other health care settings. This study aimed to analyze the consequences of physical and nonphysical violence on health care and support personnel in hospital emergency departments.

Methods. Cross-sectional descriptive analysis of responses to a 121-item survey of 584 health care and support workers in 12 Spanish hospital emergency departments. We analyzed the magnitude of the problem with a two-step self-clustering method and then assessed the associations between variables and workplace violence.

Results. Two groups were identified. The first consisted of 298 cases with high mean (SD) scores for nonphysical assaults (51.5 [7.9]) and low scores for physical violence (4.8 [2.9]). The second group consisted of 285 cases with intermediate scores for nonphysical assaults (27.1 [8.4]) and low scores for physical violence (3.4 [1.3]).

Conclusions. Emergency departments have incidents of nonphysical workplace violence more often than physical violence. Emergency personnel with high exposure to workplace violence, particularly nonphysical assaults, experience physiological, psychosocial, and organizational changes.

Keywords: Assaultive behavior. Patient violence. Workplace violence. Hospital emergency department. Health personnel. Health support personnel.

Introducción

La violencia laboral es descrita por la Organización Internacional del Trabajo como “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de los razonables, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada

o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”¹.

Según la Agencia Europea para la Salud y Seguridad del Trabajo, el sector sanitario es uno de los grupos profesionales con mayor riesgo² y, dentro de este sector, los profesionales de los servicios de urgencias (SU)

Filiación de los autores:

¹Servicio de Emergencias Sanitarias de la Comunidad Valenciana, España.

²Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia (UCAM), España.

³Departamento de Psicología Social y Psiquiatría, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia, España.

⁴Grupo de Investigación de Salud Laboral, Universidad de Murcia. Grupo IMIB Enfermería, IMIB Murcia, Murcia, España.

⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

⁶Gerencia de Emergencias 061 de la Región de Murcia, España.

⁷Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España.

Contribución de los autores:

Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia:

Manuel Pardo Ríos
Universidad Católica de Murcia (UCAM)
Av. De los Jerónimos, 135
30107 Guadalupe, Murcia, España.

Correo electrónico:

mpardo@ucam.edu

Información del artículo:

Recibido: 2-5-2023

Aceptado: 15-7-2023

Online: 15-9-2023

Editor responsable:

Agustín Julián-Jiménez

son los que tienen mayor exposición a violencia en cualquiera de sus modalidades, siendo más frecuente la violencia no física³.

La prevalencia de la violencia laboral en los SU puede variar dependiendo de la zona geográfica. Un estudio en Tailandia obtuvo una prevalencia de 38,9%⁴, mientras que en Estados Unidos o Japón se situó entre el 30-60%^{5,6}. Estas mismas diferencias aparecen en diversos países europeos: en Inglaterra se observó una prevalencia del 9,5%, mientras que en Alemania y Francia las cifras eran de 11,5% y 19,5%, respectivamente^{7,8}. Sin embargo, otro estudio realizado en Italia mostró una prevalencia mucho mayor, alcanzando el 64%, siendo el 98% de los casos relacionados con insultos o gritos⁹. Conjuntamente en otro metanálisis, se observó que la violencia no física era la que más se producía con un 86,4%¹⁰.

En España, estudios previos han situado en torno al 60% del personal sanitario como objeto de esta violencia, siendo prácticamente uno de cada dos casos en los SU y emergencias¹¹. En el año 2014, el Pleno Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) español estableció el primer informe acerca de agresiones a profesionales del SNS en el que se recogía que más de 30.000 profesionales fueron agredidos entre los años 2008-2012, y que el 80% de estas agresiones eran de naturaleza verbal¹².

El citado acontecimiento de violencia laboral puede encontrarse influenciado por la existencia de múltiples factores ambientales, personales, culturales, sociales e interpersonales, así como la combinación de éstos¹³. De esta forma, pueden generar cambios fisiológicos, psicosociales, organizacionales, económicos y alteraciones negativas en la calidad asistencial dando lugar al desarrollo ineficaz del trabajo e insatisfacción laboral¹⁴.

Por todo lo citado, el objetivo del presente trabajo es estudiar las características biopsicosociales y organizacionales que desarrollan los profesionales sanitarios y no sanitarios de los SU hospitalarios participantes según las puntuaciones de violencia laboral física y no física.

Método

Se empleó un estudio transversal, descriptivo-analítico mediante aplicación de un formulario compuesto por 121 ítems con un tamaño muestral previsto de 600 profesionales según los criterios descritos y datos de los centros participantes. Se aplicó la lista de verificación STROBE¹⁵ para estudios observacionales y analíticos.

Selección de la muestra

La técnica de muestreo fue por conglomerados bietápico (nivel de confianza 95% y error del 3%). Previamente se envió una petición formal, compromiso de confidencialidad, organigrama y objetivos del proyecto, así como diseño y método del mismo, además de la forma de recolección de datos e instrumentos de evaluación a distintos centros hospitalarios. Se envió

una invitación a los distintos hospitales que tuvieran SU con colaboración del proyecto HURGE (Humanización de las Urgencias y Emergencias). Una vez aceptada la participación, se estableció contacto con un representante que asumió la figura de colaborador, el cual debió ponerse en contacto con la gerencia o dirección de cada centro participante para informar del proyecto y solicitar la aprobación para la participación. Se dieron instrucciones para la distribución aleatoria del protocolo de evaluación al 50% de los trabajadores en profesionales sanitarios de medicina, enfermería y técnico auxiliar de cuidados de enfermería (TCAE) y profesionales no sanitarios como celadores y personal de administración. Se entregó la encuesta en sobre cerrado sin ningún tipo de identificación al colaborador, que remitió los sobres por correo certificado. La participación fue voluntaria y anónima según marca la Ley de Protección de Datos. El presente estudio fue aprobado por el comité de Ética en Investigación de la Universidad de Murcia (ID: 2187/2018), así como por la gerencia o dirección de cada uno de los centros participantes.

Instrumentos de medida

El conjunto de instrumentos de medición psicológica y variables sociodemográficas que componían el protocolo a cumplimentar eran los siguientes:

- 1) En primer lugar, se recogieron algunas de las variables sociodemográficas y sociolaborales más relevantes observadas en la literatura sobre la violencia de usuarios (VU). En este sentido, se elaboró un cuestionario *ad hoc* que recogió edad, sexo, nacionalidad, situación personal, profesión, antigüedad, turno de trabajo y tipo de contrato, existencia de formación continuada, existencia de una segunda actividad laboral, conocimiento acerca de la existencia de herramientas para comunicar agresiones, haber sufrido baja laboral en los últimos 12 meses, tipo de enfermedad causante y duración de la misma, así como la existencia de recaídas.
- 2) El instrumento principal que se utilizó para evaluar la violencia fue la escala HABS-U¹⁶, cuyo objetivo era medir manifestaciones hostiles físicas y no físicas de baja y media intensidad procedentes de los usuarios y percibidas por el trabajador como violentas. El cuestionario está configurado por 14 ítems, con un alfa de 0,84, que explica el 57,4% de la varianza. Se divide en dos factores: violencia no física (7 ítems, con alfa de 0,85, varianza explicada del 36,4% y carga factorial de los ítems de entre 0,64 y 0,76) y violencia física (7 ítems con 0,74 de alfa, varianza explicada del 21,0% y una carga factorial de los ítems de entre 0,71 y 0,78). Se valoró la frecuencia de exposición utilizando una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta que oscilan desde 1 (nunca en el último año) a 6 (diariamente).
- 3) Para estudiar el grado de *burnout* se usó el Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS)¹⁷ de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson en 1996, en la versión española de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau. El MBI-GS consta de 16 ítems y está dividida en tres subescalas: eficacia profesional (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y

cinismo (5 ítems). Los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert en la que indican la frecuencia con la que han experimentado dicho ítem (desde 0 = "nunca" a 6 = "todos los días").

- 4) Para la exploración de síntomas psicopatológicos se administró el *Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)*¹⁸ de Davison, en la versión española de Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao. Consta de 45 ítems con formato de respuesta en escala tipo Likert indicando cuánto ha estado presente un síntoma, entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho o extremadamente). Se compone de 9 factores con alta consistencia interna de los cuales se emplearon: depresión (0,85), hostilidad (0,83), sensibilidad interpersonal (0,84), dolores musculares (0,80), somatización (0,80), ansiedad (0,84) y obsesión-compulsión (0,72), lo cual conformaba un total de 30 ítems con respecto al total de la herramienta.
- 5) La satisfacción laboral se evaluó mediante la escala *Overall Job Satisfaction (OJS)*¹⁹ desarrollada por Warr, Cook y Wall, adaptada al español por Pérez e Hidalgo. Esta escala está formada por 15 ítems con un formato de respuesta tipo Likert con un rango de puntuación entre 0 (muy insatisfecho) y 6 (muy satisfecho). El cuestionario consta de 39 ítems con formato de respuesta tipo Likert (1 = totalmente de acuerdo) (4 = totalmente en desacuerdo). El cuestionario consta de tres factores: demandas psicológicas (6 ítems), control sobre el trabajo (7 ítems) y apoyo en el trabajo (9 ítems). La consistencia interna del cuestionario es superior a 0,80 tanto en su versión original como en la adaptación española.

Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 25. Se utilizaron frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar (DE) para los estadísticos descriptivos. Se aplicaron pruebas *post-hoc* (Test de *Tukey*) para determinar las diferencias entre grupos profesionales. Finalmente, se utilizó el estadístico épsilon ϵ_2 para el cálculo de la magnitud del efecto, así como análisis de clúster empleando el método *stepwise* con la solución de *autoclustering*. Se utilizaron la razón de medidas de distancia (RDM = 2,09) y el criterio bayesiano de Schwarz (BIC = 569,85) para estudiar relación entre variables del estudio con la violencia laboral en sus modalidades.

Resultados

Se obtuvo una tasa de respuesta de 97,3%, con una muestra final para este estudio de 584 profesionales sanitarios y no sanitarios, pertenecientes a 12 hospitales españoles.

En la Tabla 1 se muestra la descripción demográfica de los participantes. El 42% de ellos era de sexo masculino con un rango de edad de 23 a 65 años, con una media de 46 (DE 9,9) años. Respecto al grupo profesional de pertenencia, el 20% son médicos, el 42,8% per-

sonal de enfermería, el 19,5% son TCAE, el 12,7% celadores y 5,3% personal de administración. Predominan los profesionales casados (58,9%), de nacionalidad española (98,8%), con al menos 10 años de experiencia en la profesión (73,1%) y una antigüedad en el puesto

Tabla 1. Datos sociodemográficos y laborales

Variables	N = 584 n (%)
Sexo	
Varón	245 (42,0)
Mujer	339 (58,0)
Estado civil	
Solteros	171 (29,3)
Pareja de hecho y casado	344 (58,9)
Divorciados, separados y viudos	69 (11,8)
Edad (años)	
< 30	50 (8,6)
31-40	154 (26,4)
41-50	190 (32,53)
> 50	190 (32,53)
Nacionalidad	
Español	577 (98,8)
Comunitario (Unión Europea)	4 (0,7)
Extracomunitario	3 (0,5)
Profesión	
Médico	117 (20,0)
Enfermero	250 (42,8)
TCAE	112 (19,5)
Celador	74 (12,7)
Administración	31 (5,3)
Antigüedad en la profesión (años)	
< 10	157 (26,88)
11-20	240 (41,09)
> 20	187 (32,02)
Antigüedad en el puesto (años)	
< 5	245 (41,95)
6-10	101 (17,29)
> 10	238 (40,75)
Tipo de contrato	
Fijo (indefinido)	316 (54,1)
Temporal	268 (45,9)
Turno	
Turno de 12 horas	262 (44,9)
Turno de 7 horas	322 (55,1)
Formación continuada	
Sí	488 (83,6)
No	96 (16,4)
Otra actividad laboral fuera del centro	
Sí	48 (8,2)
No	536 (91,8)
Baja laboral en el último año	
Sí	101 (18,2)
No	478 (81,8)
Tipo de enfermedad	
Enfermedad común	85 (84,2)
Enfermedad laboral/accidente	13 (12,9)
Enfermedad profesional	3 (3)
Origen de la enfermedad	
Físico	88 (87,1)
Psicológico	13 (12,9)
Recaídas en la enfermedad	
Sí	20 (19,8)
No	81 (80,2)

TCAE: técnico auxiliar de cuidados de enfermería.

Tabla 2. Porcentaje de percepción de violencia de usuarios por grupo profesional

	Médico	Enfermero	TCAE	Celador	Administración
Violencia no física (%)	93,2	97,6	88,4	85,1	100
Violencia física (%)	28,2	27,6	29,5	25,7	22,6

TCAE: técnico auxiliar de cuidados de enfermería.

actual inferior a 10 años (59,2%), con contrato fijo (54,1%) en turnos de 7 horas (55,1%). Por otra parte, el 18,2% tuvo baja laboral en los últimos 12 meses, de los cuales el 84,2% por enfermedad común, siendo en el 87,1% de origen físico y el 12,9% de origen psicológico, con ausencia de recaídas el 80,2% de las veces.

Seguidamente se desarrolló un estudio de la frecuencia de violencia (Tabla 2). El 100% del personal de administración ha sufrido al menos un episodio de violencia no física en el último año, seguido de los enfermeros (97,6%), médicos (93,2%), TCAE (88,4%) y celadores (85,1%). Respecto a la violencia física, es más común en TCAE (29,5%), seguidos de médicos (28,2%), enfermeros (27,6%), celadores (25,7%) y personal de administración (22,6%).

Luego, para obtener el número óptimo de clústeres, se aplicó el método *stepwise* con la solución de *auto-clustering*. Teniendo en cuenta la razón de medidas de distancia (RDM = 2,09) y el criterio bayesiano de Schwarz (BIC = 569,85), se concluyó que el número óptimo de clústeres era de 2 (cambio BIC de la solución 1 a 2 = -262,82). La calidad de la solución clúster, según la medida de silueta de cohesión y separación, era buena (0,7).

En segundo lugar, se realizó un análisis K-medias, con valores K = 2, con las variables violencia física y violencia no física, cuyos resultados se muestran en la Tabla 3. El primero de los grupos formados, llamado a partir de ahora Clúster 1, incluye a 298 casos y se caracteriza por puntuaciones altas en violencia no física con media de 51,5 (DE 7,9) y bajas en violencia física con media de 4,8 (DE 2,9). Por otro lado, el segundo grupo, llamado a partir de ahora Clúster 2, está compuesto por 285 casos y se caracteriza por puntuaciones intermedias en violencia no física con media de 27,1 (DE 8,4) y bajas en violencia física con media de 3,4 (DE 1,3). Los resultados de la prueba t para las diferencias entre los 2 grupos, como prueba de evaluación para la validación cruzada, se presentan en la Tabla 4.

Entre las diferencias observadas entre las variables laborales, el Clúster 1 destaca con un mayor agotamiento con media de 18,8 (DE 7,6) y mayor cinismo, con una media de 13,6 (DE 7,1); menores puntuacio-

nes en satisfacción, tanto extrínseca con media 30,7 (DE 7,9) como intrínseca con media 28,2 (DE 8,1); y un perfil de mayor demanda con media de 16,9 (DE 2,8), menor apoyo con media de 26,1 (DE 4,6) y menor control con media de 20,7 (DE 3,7).

Respecto a las puntuaciones en las variables de sintomatología, el Clúster 1 tiene mayores puntuaciones en especial en somatización con una media de 11,8 (DE 5,5), ansiedad con media de 9,4 (DE 4,2) y obsesión-compulsión con 9,3 (DE 4,2).

Finalmente, se realizó una validación cruzada de la solución de 2 clústeres mediante la aplicación de un análisis discriminante en la que se incluyeron las dos variables que el análisis clúster había utilizado para formar los subgrupos: violencia no física (Wilk $\lambda = 0,30$, $p < 0,001$) y violencia física (Wilk $\lambda = 0,91$, $p < 0,001$). El análisis mostró una función con resultados significativos ($X^2_2 = 684,18$, $p < 0,001$, Wilk $\lambda = 0,30$). Estos resultados indicaron que las variables utilizadas eran capaces de explicar la relación entre las variables y los subgrupos creados por el clúster con un 100% (correlación canónica = 0,83). Las relaciones más fuertes para la función 1 en violencia no física fue de $r = 0,99$, $p < 0,001$ y en violencia física fue $r = 0,20$, $p < 0,001$. Finalmente, la validación cruzada mostró que el modelo era capaz de clasificar correctamente a un 97,8% de los 2 subgrupos (100% del Clúster 1 y 95,4% del Clúster 2).

Discusión

El presente estudio aporta evidencia sobre la alta incidencia de violencia en los SU y emergencias, en la línea de lo encontrado en otros estudios donde se observa que el riesgo en estos servicios es hasta cuatro veces mayor que en el resto de los departamentos sanitarios²⁰. Aunque en los presentes resultados no se discrimina sobre la procedencia de estos actos violentos, diversos estudios afirman que estas conductas, especialmente las de tipo no físico, son realizadas fundamentalmente por pacientes o familiares²¹.

En el análisis de este estudio se obtiene la división en dos grupos (clústeres) donde en el primer grupo se carac-

Tabla 3. Análisis de clúster (K-medias)

	Clúster 1 (N = 298)		Clúster 2 (N = 285)		ANOVA		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	F	Diferencia entre clústeres (p < 0,05)	d
Violencia no física	51,5	7,9	27,1	8,40	1.304,8	1 > 2	2,99
Violencia física	4,8	2,9	3,4	1,29	57,1	1 > 2	0,63

*El análisis clúster está diseñado para maximizar las diferencias entre grupos, por lo que los resultados de una prueba de contraste de hipótesis deben ser utilizados únicamente con fines descriptivos.

Tabla 4. Resultados de relación con variables - 2 grupos de Clúster

	Clúster 1 (N = 298)		Clúster 2 (N = 285)		ANOVA		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	t	Diferencia entre clústeres (p < 0,05)	d
Apoyo	26,1	4,6	27,2	4,5	-2,94*	2 > 1	0,24
Demanda	16,9	2,8	16,1	2,4	3,81*	1 > 2	0,32
Control	20,7	3,7	21,4	3,4	-2,36*	2 > 1	0,20
Depresión	8,8	4,0	8,0	3,8	2,34*	1 > 2	0,19
Hostilidad	14,2	2,2	14,4	1,9	-1,11	n.s.	0,09
Sensibilidad interpersonal	8,3	4,1	7,3	3,2	3,28*	1 > 2	0,27
Somatización	11,7	5,5	8,9	4,5	6,80	1 > 2	0,56
Ansiedad	9,4	4,2	8,0	3,2	4,77*	1 > 2	0,39
Obsesión-Compulsión	9,3	4,2	8,1	3,5	3,72*	1 > 2	0,31
Satisfacción intrínseca	28,2	8,1	32,4	8,1	-6,18*	2 > 1	0,51
Satisfacción extrínseca	30,7	7,9	35,6	8,2	-7,38*	2 > 1	0,61
Eficacia profesional	32,8	6,0	33,0	6,6	-,55	n.s.	0,05
Agotamiento	18,8	7,6	14,4	6,2	7,67*	1 > 2	0,63
Cinismo	13,6	7,1	10,8	6,0	5,03*	1 > 2	0,42

t n.s. = no significativa.

teriza por puntuaciones elevadas de violencia no física y puntuaciones bajas de violencia física, mientras que el segundo grupo se caracteriza por puntuaciones intermedias de violencia no física y bajas de violencia física. De esta forma, se constata como en estudios previos que las manifestaciones de violencia no física son en ocasiones hasta cinco veces más frecuentes que las de violencia física²².

Tal y como resulta previsible, en nuestros resultados la violencia de tipo no física es más frecuente que la física en todos los grupos profesionales. Se manifiesta especialmente mediante enfados con elevaciones de voz y quejas, en consonancia con lo hallado en diversos estudios^{21,23}. Concretamente, los profesionales sanitarios (medicina y enfermería) junto al profesional de administración son los que mayor percepción de agresiones por parte de los usuarios tienen, seguidos de celadores y TCAE.

Seguidamente, en la división de ambos grupos, el Clúster 1, donde las puntuaciones de violencia no física son altas y violencia física bajas, presenta mayores puntuaciones de demanda, depresión, sensibilidad interpersonal, somatización, obsesión compulsión y cinismo. De esta forma, la exposición a manifestaciones de violencia no física lleva según varios estudios hacia la presencia de agotamiento, despersonalización, cinismo y hallazgos de depresión, tal y como aparece en el presente estudio. Conjuntamente, es propicio el desarrollo de somatizaciones con cefaleas, problemas gástricos y dolores musculares entre otros²⁴.

Conjuntamente a las citadas relaciones de la violencia laboral y sus consecuencias aparecen afectadas las dimensiones de la satisfacción laboral, donde la existencia de altos niveles de violencia se relaciona con bajos niveles de satisfacción laboral, tal y como ocurre en diferentes estudios donde la ausencia de violencia laboral influye positivamente en la existencia de satisfacción²⁵. Y esto afecta conjuntamente a las relaciones interpersonales con compañeros²⁶ y genera situaciones de abandono y rotaciones²⁷.

Además, la presencia de afectación a la satisfacción a consecuencia de la violencia laboral puede generar

aparición de estrés y ansiedad con afectación en ámbito psicosocial, y presencia de somatizaciones²⁸, junto con presencia de despersonalización, agotamiento y cinismo²⁹. Esto ocurre en los presentes resultados, donde el grupo que presenta una alta exposición a violencia manifiesta una elevada relación con afectación de satisfacción laboral y presencia de agotamiento, con respecto al Clúster 2, donde las puntuaciones de violencia no física son intermedias.

En base a estos resultados, toma importancia la monitorización de las citadas manifestaciones, así como la prevención de estos entornos mediante la implantación de planes de prevención, análisis cultural y organigrama de intervención frente a la violencia laboral. Y, de la misma manera, la detección precoz de signos y síntomas biológicos y psicosociales³⁰, además de trabajar para evitar eventos potenciadores de las citadas situaciones, aumentando en dichos servicios las infografías de criterios de clasificación, espacios de información de procesos asistenciales de los pacientes y reducción los tiempos de espera de la demanda asistencial.

Este estudio tiene algunas limitaciones. Entre ellas, que la evaluación está basada en el recuerdo de los participantes (agresiones en el último año) a través de cuestionarios autoinformados, lo que podría suponer un sesgo en los resultados obtenidos. Además, la violencia, al ser un fenómeno con un componente de subjetividad en términos de conductas aceptables o inaceptables, puede variar en función a la persona que lo experimenta.

Como conclusiones, podemos señalar que en la actualidad en los SU hospitalarios existen manifestaciones de violencia laboral no física que presentan una mayor incidencia que las manifestaciones de violencia física. Además, aquellos grupos de profesionales que presentan mayores manifestaciones de violencia no física desarrollan con ello situaciones de despersonalización, agotamiento y cinismo. Todo esto puede originar entornos de ansiedad, estrés y somatización que interfieren negativamente hacia las dimensiones de satisfacción laboral.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS. El presente estudio fue aprobado por el comité de Ética en Investigación de la Universidad de Murcia (ID: 2187/2018), así como por la gerencia y/o dirección de cada uno de los centros participantes.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Agradecimientos: En el presente estudio, queremos agradecer a cada uno de los profesionales sanitarios y no sanitarios que han participado de manera anónima y altruista en el presente proyecto, a los investigadores colaboradores, los cuales han sido el enlace y conexión con cada uno de los centros participantes, así como finalmente al proyecto HUR-GE por su respaldo.

Bibliografía

- Organización Internacional del Trabajo - Organización Mundial de la Salud. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Génova:OMS; 2002.
- Peek-Asa C, Casteel C, Allareddy V, Nocera M, Goldmacher S, Ohagan E, et al. Workplace violence prevention programs in hospital emergency departments. *J Occup Environ Med.* 2007;49:756-63.
- Llor-Estebán B, Sánchez-Muñoz M, Ruiz-Hernández JA, Jiménez-Barbero JA. User violence towards nursing professionals in mental health service and emergency units. *Eur J Psychol Appl Legal Context.* 2017;9:33-40.
- Kwok RP, Law YK, Li K, Ng YC, Cheung HM, Fung VKP, et al. Prevalence of workplace violence against nurse in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2006;12:6-9.
- Campbell JC, Messing JT, Kub J, Agnew J, Fitzgerald S, Fowler B, et al. Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *J Occup Environ Med.* 2011;53:82-9.
- Fujita S, Ito S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *J Hosp Med.* 2012;7:79-84.
- Chapman R, Styles I. An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. *Accid Emerg Nurs.* 2006;14:245-9.
- Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM, Van der Heijden IJM, Hasselhorn H. Work-related factors and violence among nursing staff in the European next study: A longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45:35-50.
- Cannavò M, Fusaro N, Colaiuda F, Rescigno G, Fioravanti M. Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza de lla violenza nei confronti del personale sanitario del l'emergenza. *Clin Ter.* 2017;168:99-112.
- Nowrouzi-Kia B, Chai E, Usuba K, Casole J. Prevalence of Type II and Type III Workplace Violence against Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Occup Environ Med.* 2019;10:99-110.
- Institución del Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra. La violencia en el ámbito de la administración sanitaria. Informe especial al Parlamento de Navarra. Navarra; 2008.
- Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Enfermería. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermera. 2012. (Consultado 14 Julio 2023). Disponible en: <http://www.Index-f.com/lascasas/documentos/lc0446.pdf>.
- Di Martino V, Hoel H, Cooper C. Preventing violence and harassment in the workplace. Luxemburgo: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2003.
- Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:325.
- Andenbroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Epidemiology.* 2007;18:805-35.
- Waschglor K, Ruiz-Hernández JA, Llor-Esteban B, García-Izquierdo M. Patients' aggressive behaviours towards nurses: Development and psychometric properties of the Hospital Aggressive Behaviour Scale-Users. *J Adv Nurs.* 2013; 69:1418-27.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory.* Third Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1996.
- Sandín B, Valiente RM, Chorot P, Santed MA, Lostao L. SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema.* 2008;20:290-6.
- Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Occup Psychol.* 1979;52:129-48.
- Yenealem DG, Woldegebriel MK, Olana AT. Violence at work: Determinants and prevalence among health care workers, northwest Ethiopia: an institutional based cross sectorial study. *Ann of Occup and Environ Med.* 2019;31:1-7.
- Saldaña R, Pousada A, Bernabé R, Burgos C, Estebán MI, Toledo A. Agresiones al personal de los servicios de urgencias. *Revista Enfermería Cyl.* 2019;11:121-35.
- Zahra A, Feng J. Workplace violence against nurses in Indonesian emergency departments. *Enfermería Clínica.* 2018;28(Supl 1 Part A):184-90.
- Rafeea F, Al Ansari A, Abbas EM, Elmusharaf K, Abu Zeid M. Violence toward health workers un Bahrain Defense Force Royal Medical Services emergency department. *Open Access Emerg Med.* 2017;9:113-21.
- Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, de Cordova F. Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *Biomed Res Int.* 2019:5430870.
- Boafo IM. The effects of workplace respect and violence on nurses' job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey. *Hum Resour Health.* 2018;16:6.
- Hernández Zavala M, Hernández Cantoral A, Nava Galán MG, Pérez López MT, Hernández Ramírez MG. Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Enferm Univ.* 2012;9:7-15.
- Lancôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav.* 2014;19:492-501.
- Pérez-Fuentes MdC, Molero Jurado MdM, Martos Martínez Á, Simón Márquez MdM, Oropesa Ruiz NF, Gázquez Linares JJ. Crosssectional study of aggression against Spanish nursing personnel and effects on somatisation of physical symptoms. *BMJ Open.* 2020;10:e034143.
- Tucker JD, Cheng Y, Wong B, Gong N, Nie JB, Zhu W, et al. Patient-physician mistrust and violence against physicians in Guangdong Province, China: a qualitative study. *BMJ Open.* 2015;5:e008221.
- Dharmawardene M, Givens J, Wachholtz A, Makowski S, Tjia J. A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. *BMJ Support Palliat Care.* 2016;6:160-9.