



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Salud Laboral de Profesionales de Atención Primaria.  
Estudio de la Violencia de Usuarios

**Dña. Cecilia López García**  
**2017**



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA



**Salud laboral de profesionales de Atención Primaria.  
Estudio de la violencia de usuarios**

---

**Tesis Doctoral**

Facultad de enfermería

**Autor:**

Cecilia López García

**Dirigida por:**

Dr. D. Bartolomé Llor Esteban

Dr. D. José Antonio Ruiz Hernández



## Agradecimientos

*A mis directores de tesis, Bartolomé Llor Esteban y José Antonio Ruiz Hernández, por despertar mi interés, por haberme acogido en el equipo de investigación y por la oportunidad de aprender junto a vosotros. Gracias por vuestro asesoramiento, paciencia y dedicación a lo largo de todos estos años.*

*A todo el equipo que forma parte del grupo de investigación y a los coautores que han participado en el estudio. Gracias por vuestro trabajo y ayuda.*

*Al Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia por su apoyo a la investigación. Gracias por la concesión de vuestra ayuda económica para este proyecto (2013/1412).*

*A todos los profesionales de Atención Primaria que han respondido al protocolo de investigación, sin los cuales no hubiese sido posible la realización de esta tesis. Gracias por vuestra colaboración.*

---

## Dedicatorias

*A toda mi familia y amigos, pero especialmente a mi madre y a mi hermana Ascensión ya que sin su ayuda no habría podido terminar este camino, a veces complicado. Gracias por vuestro apoyo incondicional y constante ánimo.*

*Y, como no, dedicada a mis Joses que desde el primer momento han estado presentes. Gracias por acompañarme y perdón por mi falta de atención en algunos momentos.*

*A todos, muchísimas gracias.*

*Debemos de comprender que la mejor manera  
de cuidar nuestra salud es cuidando al equipo  
sanitario que nos la proporciona.*

*En memoria de M.E.M.M., médico  
residente de Atención Primaria  
asesinada en 2009 en la Región de  
Murcia.*





**Parte de los resultados de esta tesis han sido difundidos  
mediante diferentes publicaciones:**

- ❖ Ruiz-Hernández, J. A., López-García, C., Llor-Esteban, B., Galián-Muñoz, I. y Benavente-Reche, A. P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 295-305. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.06.001 (Resumen en Anexo 2).
  
- ❖ Llor-Esteban, B., López-García, C., Ruiz-Hernández, J. A. y Sánchez-García, R. Violencia de usuarios en Atención Primaria y su relación con el *Burnout*. En "Avances en Psicología Clínica, 2015" (en imprenta): Asociación Española de Psicología Conductual. (Resumen en Anexo 3).
  
- ❖ López-García, C., Ruiz-Hernández J. A., Llor-Zaragoza L., Llor-Zaragoza P. y Jiménez-Barbero, J. A. User violence and psychological well-being in Primary Health Care professionals. Aceptado para su publicación por la revista *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*. (Resumen en Anexo 4).



## ÍNDICE

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>5</b>
<b>Dedicatorias</b> .....	<b>6</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>15</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>17</b>
<b>Capítulo 1</b> .....	<b>21</b>
<b>Marco teórico</b> .....	<b>21</b>
1.1 Introducción .....	23
1.2 Aproximación conceptual a la violencia laboral .....	25
1.3 Violencia de usuarios en el ámbito sanitario .....	28
1.4 Modelos para estudiar la violencia laboral.....	33
1.5 Consecuencias de la exposición a violencia .....	39
1.6 “ <i>The Hospital Aggressive Behaviour Scale-Users</i> ” .....	40
1.7 El Síndrome de <i>Burnout</i> .....	42
1.8 La satisfacción laboral.....	45
1.9 Salud mental o bienestar psicológico .....	48
1.10 La empatía .....	51
1.11 Objetivos.....	52
<b>Capítulo 2</b> .....	<b>55</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>55</b>
2.1 Tipo de estudio .....	57
2.2 Participantes.....	57
2.3 Procedimiento.....	58

2.4 Instrumentos .....	59
2.5 Análisis de datos .....	62
<b>Capítulo 3.....</b>	<b>65</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>65</b>
3.1 Características sociodemográficas y laborales de la muestra ..	67
3.2 Análisis de las propiedades psicométricas de <i>la HABS-U-PHC</i> .	70
3.3 Análisis de la frecuencia de exposición a violencia de usuarios en AP.....	78
3.4 Análisis de la relación entre variables sociodemográficas y laborales con violencia de usuarios.....	80
3.5 Análisis de la exposición a violencia de usuarios según los grupos profesionales en AP .....	82
3.6 Análisis de la relación entre la exposición a violencia y el síndrome de <i>Burnout</i> .....	84
3.7 Análisis del impacto de la violencia de usuarios, la satisfacción laboral y la empatía sobre el bienestar psicológico .....	85
<b>Capítulo 4.....</b>	<b>91</b>
<b>Discusión y conclusiones.....</b>	<b>91</b>
4.1 Discusión General.....	93
4.2 Fortalezas y limitaciones del estudio .....	106
4.3 Implicaciones para la práctica .....	108
4.4 Conclusiones.....	109
<b>Referencias .....</b>	<b>113</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>145</b>
Anexo 1, Instrumento de evaluación de la violencia de usuarios en Atención Primaria.....	147

Anexo 2, Resumen *“Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument”* ..... 149

Anexo 3, Resumen *“Violencia de usuarios en Atención Primaria y su relación con el Burnout”* ..... 151

Anexo 4, Resumen *“User violence and psychological well-being in Primary Health Care professionals”* ..... 155



## Resumen

En la presente tesis doctoral se realiza un estudio sobre la exposición a la violencia tipo II, es decir, aquella que es ejercida por los usuarios, pacientes o familiares, hacia los profesionales de Atención Primaria.

Los objetivos son: a) validar y analizar las propiedades psicométricas de la adaptación de la "*Hospital Aggressive Behaviour Scale-Users*" a Atención Primaria; b) conocer la frecuencia de exposición a violencia laboral en profesionales de Atención Primaria; c) identificar las variables sociodemográficas y laborales relacionadas con la exposición a violencia; d) determinar el grupo profesional más expuesto a violencia de usuarios; e) examinar la relación entre la exposición a violencia de usuarios y el *Burnout*; y f) analizar el impacto de la exposición a la violencia de usuarios, la satisfacción laboral y la empatía sobre el bienestar psicológico de los profesionales.

Para llevar a cabo la investigación, se realizó un muestreo por conglomerados bietápico: se estratificó la población por centros de Atención Primaria (conglomerados) y, mediante muestreo aleatorio simple, fueron seleccionados 39 centros. Consecutivamente, se seleccionó, de manera aleatoria por un patrón de razón fija, a partir del listado alfabético de la totalidad de los profesionales de cada centro, a aquellos numerados con múltiplos de tres. Se repartió un cuestionario autoaplicado y anónimo a una muestra de 670 profesionales, obteniendo una muestra final de 574 (tasa de respuesta global del 85,7%).

Los resultados obtenidos muestran que la escala adaptada a Atención Primaria (*HABS-U-PHC*) está formada por 14 ítems ( $\alpha$  de

Cronbach = ,91). Tras un análisis factorial confirmatorio se verificó la estructura de la escala, obteniéndose dos factores: Violencia no física y Violencia física.

El 90,1% de los profesionales están expuestos, con una frecuencia mínima anual, a alguno de los indicadores de violencia no física recogidos en la escala y, en cuanto a la violencia física, la prevalencia anual es del 17,3%.

Se han obtenido diferencias significativas en la exposición a la violencia de usuarios según el género, la antigüedad en la profesión, la realización de formación continuada y el grupo profesional.

Igualmente, se ha obtenido que ambos factores de la violencia de usuarios se relacionan de manera directa con las dimensiones del *Burnout*, Agotamiento emocional y Cinismo.

Asimismo, se identifica que la exposición a conductas violentas de los usuarios, la satisfacción laboral y la empatía de los profesionales influyen, dependiendo de la categoría profesional, en las puntuaciones de bienestar psicológico (GHQ total) de los profesionales de Atención Primaria.

En conclusión, la distribución del riesgo de exposición a violencia no es homogénea en Atención Primaria por lo que se considera importante detectar los grupos y características profesionales asociadas a una mayor exposición para poder establecer y priorizar las medidas preventivas.

**Palabras clave:** Violencia laboral; Violencia de usuarios; Profesionales de Atención Primaria; Salud Laboral; Satisfacción laboral; Burnout; Empatía; Bienestar Psicológico (GHQ).



### Abstract

In this doctoral thesis, a study on exposure to type II violence is carried out, that is, that which is exercised by users, patients or relatives, in primary healthcare professionals.

The aims are: a) Validate and analyze the psychometric properties of the adaptation of the "*Hospital Aggressive Behavior Scale-Users*" to Primary Care; b) to know the frequency of exposure to workplace violence in Primary Care professionals; c) identify sociodemographic and labor variables related to exposure to violence; d) determine the professional group most exposed to user violence; e) examine the relationship between exposure to user violence and Burnout; and f) analyze the impact of exposure to user violence, job satisfaction and empathy on the psychological well-being of professionals.

To carry out the research, a two-stage cluster sampling was performed: the population was stratified by primary healthcare centres (clusters) and 39 centres were selected through simple random sampling. Consequently, using a fixed ratio pattern, we selected from the alphabetical listing of all the professionals from each centre those who were numbered with multiples of three. A self-administered and anonymous questionnaire was distributed to a sample of 670 professionals, obtaining a final sample of 574 (response rate of 85.7%).

The results show that the scale adapted to Primary Care (HABS-U-PHC) consists of 14 items (Cronbach's  $\alpha = .91$ ). After confirmatory factor analysis, the structure of the scale was verified, obtaining two factors: Non-physical violence and Physical violence.

90.1% of professionals are exposed, with a minimum annual frequency, to some of the indicators of non-physical violence included in the scale and, in terms of physical violence, the annual prevalence is 17.3%.

Significant differences were found in aggressions received according to gender, Professional tenure, continuing education and the professional group.

Likewise, it has been obtained that both factors of user violence are directly related to the dimensions of Burnout, Emotional Exhaustion and Cynicism.

Finally, it is identified that exposure to violent behaviors of users, job satisfaction and the empathy of professionals influence, depending on the professional group, in the psychological well-being scores (total GHQ) of Primary Care professionals.

In conclusion, the distribution of the risk of exposure to violence is not homogeneous in primary healthcare, so it is important to detect the groups and professional characteristics associated with greater exposure in order to establish and prioritize preventive measures.

**Keywords:** Workplace violence; Users violence; Primary healthcare professionals; Occupational Health; Job satisfaction; Burnout; Empathy; Psychological well-being (GHQ).





**Capítulo 1**  
***Marco teórico***



## 1.1 Introducción

La violencia en la actualidad es un fenómeno sociocultural que alcanza los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve el ser humano: violencia de género, violencia infantil, violencia política, violencia escolar y, cómo no, también está presente en el ámbito laboral (AnnMarie-Papa, Jeanne-Venella y CEN, 2013; Contreras y Cano, 2016; Jiménez-Barbero, Ruiz-Hernández, Velandrino-Nicolás y Llor-Zaragoza, 2016; Llor-Esteban, García-Jiménez, Ruiz-Hernández y Godoy-Fernández, 2016).

La salud y la seguridad en el trabajo forman parte de los elementos clave para el desarrollo de Entornos Laborales Saludables propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010). Son un derecho humano fundamental y un componente esencial de la estrategia de promoción del trabajo decente preconizada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016). No se trata solamente de crear empleos, es necesario que esos empleos respondan a los criterios de decencia y de dignidad. Para ello, se hace necesario desarrollar un enfoque global e integrado de la salud y la seguridad en los ambientes de trabajo que aborde los nuevos riesgos emergentes como, por ejemplo, la violencia laboral (Khalef, 2003).

La violencia laboral, en sus diferentes formas de manifestación, es probablemente uno de los riesgos psicosociales más importantes en el trabajo. En la Nota Técnica de Prevención (NTP) 443 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Martín-Daza y Perez-Bilbao, 1997) se definen los factores psicosociales como:

*“Aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a*

*la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo. Así pues, unas condiciones psicosociales desfavorables están en el origen de la aparición tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador”.*

Por ello, es de gran importancia el abordaje de la violencia en el trabajo ya que, además, se trata de una importante fuente de desigualdad, discriminación, estigmatización y conflicto en el trabajo y cada vez más, un problema de derechos humanos (Organización Internacional del trabajo [OIT], Consejo Internacional de Enfermeras [CIE], Organización Mundial de la Salud [OMS] e Internacional de Servicios Públicos [ISP], 2002).

Durante mucho tiempo se ha considerado el ámbito laboral como un espacio libre de violencia, deduciendo que, aunque ésta podía aparecer en momentos concretos, no era frecuente en este ámbito.

Si bien afecta prácticamente a todos los sectores y categorías profesionales, el sector sanitario corre un riesgo grave. La violencia en este sector puede ser casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo (OIT/CIE/OMS/ISP; 2002). Aun así, siguen sin comunicarse todos los actos violentos que se producen en el ámbito sanitario ya que, por distintos argumentos, los profesionales sólo denuncian los incidentes graves que requieren atención médica, mientras que las agresiones físicas de menor gravedad y, sobre todo, las agresiones no físicas no llegan a ser notificadas (Martínez-Jarreta, Gascón, Santed y Goicoechea, 2007). Ortells-Abuyé, Muñoz-Belmonte, Paguina-Marcos y Morató-Lorente (2013), realizaron un estudio en personal sanitario de urgencias y evaluaron la declaración



de los actos violentos, obteniendo que el 71,7% de los profesionales no notificaron las agresiones sufridas, siendo los motivos principales que "consideraban que no había sido para tanto", en el 43,1% de los casos, o "no sabían que tenían que notificarlas", en el 36,2% de los casos.

## **1.2 Aproximación conceptual a la violencia laboral**

Actualmente, no se dispone de una definición estandarizada de la violencia en el trabajo aunque encontramos multitud de ellas en la literatura científica que, si bien tienen una base común, presentan multitud de matizaciones.

La falta de una definición clara y de la dificultad de abordar este problema se debe a la gran variedad de códigos morales vigentes en los distintos países. Todo esto viene complicado por el hecho de que la noción de lo que son comportamientos aceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que van evolucionando los valores y las normas sociales (OMS, 2003).

La OMS (2003) define la violencia como:

*"El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" (p. 3).*

Otra definición universalmente aceptada es la proporcionada por la OIT junto al CIE, la OMS y la ISP (2002), que han definido la violencia laboral como *“incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo – incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo- que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud”* (p. 3).

Posteriormente, la *International Labour Organization* (ILO, 2003), en el marco de su “Código de prácticas sobre violencia en el trabajo en los sectores de servicios y medidas para combatir este fenómeno” definió la violencia laboral como *“cualquier acción, incidente o comportamiento que se aparte de conducta razonable en la cual una persona es asaltada, amenazada, dañada, lesionada en el curso de, o como resultado directo de su trabajo”* (p. 4).

Todas las definiciones mencionadas comprenden una amplia gama de consecuencias, entre ellas los daños psíquicos que afectan a la salud o bienestar psicológico, las privaciones y las deficiencias del desarrollo. Esto refleja el reconocimiento, cada vez mayor, de la necesidad de incluir los actos de violencia que no causan un daño físico visible o la muerte, pero que, a pesar de todo, suponen graves consecuencias para los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria (OMS, 2003).

La *California Occupational Safety and Health Administration* (Cal/OSHA, 1995), en el marco de una investigación centrada en la prevención de riesgos laborales, planteó una clasificación de la violencia laboral en función de quienes son las personas implicadas y del tipo de relación existente entre ellas. En este sentido, distingue entre tres tipos de violencia:

- ❖ Violencia de tipo I: El agresor no tiene vinculación con la organización en la que se comete la agresión ni con los trabajadores. Accede a la organización con intenciones criminales o para robar.
- ❖ Violencia de tipo II: En este caso, el agresor tiene algún tipo de relación con la organización en la que se produce la agresión. Normalmente se produce mientras un profesional ofrece servicios al agresor, que es paciente, cliente, consumidor, etc.
- ❖ Violencia de tipo III: En este tipo de violencia el agresor tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador. Es el tipo de violencia que aparece entre compañeros o entre trabajadores y superiores.

Las conductas de mayor violencia y con peores consecuencias para la víctima se sitúan en el tipo I. En el tipo II lo más habitual son las agresiones físicas con consecuencias más leves y los abusos verbales junto con las amenazas. En contraste con la de tipo I, en las que su periodicidad y ocurrencia es irregular en la vida de un determinado lugar de trabajo, la de tipo II surge del contacto habitual y diario de los trabajadores con receptores insatisfechos con el servicio recibido. Así, el tipo II representa un riesgo constante para muchos trabajadores. (Pérez-Bilbao y Nogareda-Cuixart, 1998).

Según las formas de manifestación, la violencia en el trabajo puede clasificarse en (OIT, CIE, OMS e ISP, 2002; Ureña, Romera, Casas, Viejo y Ortega-Ruiz, 2015; Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y García-Izquierdo, 2013):

- ❖ Violencia no física, verbal o psicológica: en este tipo de violencia se incluyen todos los comportamientos violentos

verbales y no verbales como pueden ser el abuso verbal, las amenazas, el lenguaje irónico, las miradas despectivas, el lenguaje corporal provocador o agresivo y los estilos de comunicación basados en la humillación e intimidación.

- ❖ **Violencia física:** referida al empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos.

El presente estudio se centra en el análisis de la violencia tipo II, es decir, aquella que es ejercida por usuarios, pacientes o familiares, sin que se reflejen las agresiones ejercidas por compañeros o superiores en el trabajo. De manera específica, se considerarán los comportamientos violentos de baja y media intensidad que se produzcan en el lugar de trabajo hacia los profesionales sanitarios de Atención Primaria (en adelante AP) ya que son este tipo de comportamientos los que, generalmente, no llegan a ser denunciados (Rincón-del-Toro et al., 2016).

### **1.3 Violencia de usuarios en el ámbito sanitario**

La violencia laboral en el ámbito sanitario, independientemente de la forma en la que se manifieste, ha adquirido una enorme importancia y, actualmente, es un tema que se está desarrollando con mayor asiduidad debido a las consecuencias que puede tener en la salud y seguridad de los profesionales y las repercusiones en la calidad de los servicios prestados. Según Cooper y Swanson (2002), en el ámbito sanitario, se han identificado cerca del 25% de los

incidentes de violencia laboral y aproximadamente un 50% de los profesionales del sector ha sido objeto de algún incidente violento a lo largo de su vida laboral.

Hasta hace poco tiempo, la mayoría de los estudios sobre violencia de usuarios se habían centrado en los ámbitos considerados de mayor exposición, como pueden ser los servicios de urgencias y psiquiatría (Crilly, Chaboyer y Creedy, 2004; James, Madeley y Dove, 2006; Jonker, Goossens, Steenhuis y Oud, 2008). Sin embargo, dadas las peculiaridades y características de los diferentes ámbitos sanitarios, no es posible generalizar los datos obtenidos al resto de niveles asistenciales. Por ello, poco a poco, se están desarrollando nuevos estudios que consideran otros ámbitos sanitarios los cuales reflejan que este fenómeno no se distribuye de manera homogénea (Fute, Mengesha, Wakgari y Tessema, 2015; Gascón et al., 2009; Martínez-Jarreta et al., 2007). Aun así, los datos en relación a la violencia de usuarios en AP siguen siendo escasos (Farias, Sanchez y Acevedo, 2012). Igualmente, existe una gran variabilidad en las cifras de prevalencia de este fenómeno debido al uso de diferentes metodologías y a la diversidad de instrumentos y criterios de evaluación utilizados en los estudios.

En el ámbito de la atención especializada, los resultados obtenidos en diversas investigaciones (Alkorashy y Al Moalad, 2016; Galián-Muñoz, Llor-Esteban y Ruiz-Hernández, 2012; Hahn et al., 2012; Magnavita, 2013) muestran una mayor prevalencia de la violencia verbal (rango entre 13,9% y el 71%) que de la física (rango entre el 5,03% y el 19,9%).

En servicios de psiquiatría, se ha informado que cada año un 16% de los profesionales sufren violencia física grave, un 76% violencia física moderada y casi la totalidad de ellos están expuestos a

la violencia verbal (Foster, Bowers y Nijman, 2007; Kelly, Subica, Fulginiti, Brekke y Novaco, 2015; Ketelsen, Zechert, Driessen y Schulz, 2007; Nijman, Bowers, Oud y Jansen, 2005). En el caso de los servicios de urgencias, la prevalencia anual de violencia no física oscila entre el 71,2% y el 90,5% y la de violencia física se sitúa en torno al 35% (Bernaldo-de-Quirós, Cerdeira, Gómez, Piccini, Crespo y Labrador, 2014; Galián-Muñoz, Llor-Esteban y Ruiz-Hernández, 2014; Hamdan y Abu-Hamra, 2015).

Entre los profesionales de AP, como ya se ha mencionado anteriormente, la violencia de usuarios ha sido menos investigada pero algunos estudios confirman, que si bien están presentes todas las manifestaciones de violencia, predominan las de tipo no físico, con una prevalencia muy variable que oscila entre el 43,5% y el 92,1% (El-Gilany, El-Wehady y Amr, 2010; Fisekovic, Trajkovic, Bjegovic-Mikanovic y Terzic-Supic, 2015; Gascón et al., 2013; Koritsas, Coles, Boyle y Stanley, 2007; Moreno et al., 2005; Skibeli-Joa y Morken, 2012).

En cuanto a los colectivos de profesionales en los que se han centrado los estudios sobre la violencia de usuarios, la mayoría de ellos se han realizado de manera exclusiva en profesionales de enfermería (Alkorashy y Al Moalad, 2016; Fute et al., 2015; Galián-Muñoz, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y López-García, 2016) o en facultativos (Heponiemi, Kouvonen, Virtanen, Vänskä y Elovainio, 2014; Moreno et al., 2005; Saveland, Hawker, Miedema y MacDougall, 2014). En el ámbito de AP es necesario ampliar la selección de la muestra al resto de categorías profesionales dado que la distribución del equipo multidisciplinar es diferente al ámbito de atención especializada, donde los profesionales de enfermería son, claramente, los que mayor contacto tienen con el paciente. En AP, los profesionales no sanitarios son un colectivo que interacciona con el

usuario de manera frecuente. Por ello, en este ámbito se considera indispensable incluir a todas las categorías profesionales en el estudio de la violencia de usuarios para comprobar, entre otras cosas, si, tal y como ocurre en el ámbito hospitalario, son los profesionales de enfermería los que mayor exposición presentan a este problema.

En diferentes estudios consultados (Ahmad, Al-Rimawi, Masadeh, y Atoum, 2015; Landau y Bendalak, 2010; Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y García-Izquierdo, 2013), podemos identificar una serie de factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de sufrir incidentes violentos en el sector sanitario. Estos factores se pueden clasificar según se relacionen con los trabajadores, con los agresores o con el entorno de trabajo.

En relación a los trabajadores, encontramos que el género se relaciona con los episodios de violencia aunque los resultados que se encuentran en la literatura son contradictorios. Por un lado, encontramos estudios donde los profesionales hombres son más propensos a experimentar incidentes violentos (Joa y Morken, 2012; Llor-Esteban, Sánchez-Muñoz, Ruiz-Hernández y Jiménez-Barbero, 2017), mientras que en otros se afirma que son las mujeres (Fute et al., 2015; Ortells-Abuyé et al., 2013). La edad y la experiencia laboral también se han descrito como factores de riesgo en los profesionales sanitarios. En este sentido, los profesionales más jóvenes y los que tienen menor experiencia laboral son más vulnerables a los comportamientos violentos de los pacientes (Chapman, Styles, Perry y Combs, 2010; El-Gilany et al., 2010).

En cuanto a los agresores, la edad y el género son variables que han sido identificadas como predictoras de la violencia en numerosas investigaciones (El-Gilany et al., 2010; Magnavita y Heponiemi, 2012; Rincón-del-Toro et al., 2016). Parece que ser varón y tener una edad

adulta se relaciona con la autoría de violencia en el ámbito sanitario. Además, se han relacionado algunas patologías físicas o psicológicas (ansiedad, demencia, confusión) del agresor con una mayor agresividad (Chapman et al., 2010; Speroni, Fitch, Dawson, Dugan y Atherton, 2014; Zampieron, Galeazzo, Turra y Buja, 2010). Igualmente, el consumo de alcohol o drogas se ha asociado al comportamiento violento de los pacientes (Chapman et al., 2010; Speroni et al., 2014).

Respecto a los factores que dependen del entorno de trabajo, los ambientes masificados, la demora en la atención, la ausencia de medidas o elementos de seguridad y vigilancia, el tipo de servicios como urgencias o psiquiatría, el número inadecuado de personal y la presión asistencial son algunos de los factores que aumentan el riesgo de ser objeto de agresiones por parte de los usuarios (Ahmad et al., 2015; Ayranci, Yenilmez, Balci y Kaptanoglu, 2006; Moreno et al., 2005; Travetto et al. 2015).

Al igual que se han identificado los factores de riesgo de la violencia en el lugar de trabajo, encontramos ciertas variables o factores que modulan el impacto de la exposición a violencia en el sector sanitario. Entre las principales variables señaladas está la formación en habilidades de comunicación (Farrell, Shafiei, y Chan, 2014) y la empatía (Bernaldo-de-Quirós, Labrador, Piccini, Gómez y Cerdeira, 2014). Edward, Ousey, Warelow y Lui, (2014), realizaron una revisión sistemática sobre la violencia en el lugar de trabajo y encontraron, entre otras conclusiones, que la mala comunicación de las enfermeras era identificada como un posible desencadenante de comportamientos agresivos por parte de los pacientes. Por ello, la mejora en las técnicas de comunicación con el enfermo y el aprendizaje para hacer frente a situaciones violentas puede salvaguardar la integridad de los sanitarios.



Un hecho relevante que supone un logro importante en la lucha contra este problema fue la entrada en vigor, el 1 de julio de 2015, de la reforma del Código Penal (Ley Orgánica 1/2015). En ella se contempla una nueva definición del atentado que incluye todos los supuestos de acometimiento, agresión, empleo de violencia o amenazas graves de violencia sobre el profesional, reflejando de manera explícita que se considerarán actos de atentado los que se cometan contra funcionarios de sanidad cuando se hallen ejecutando las funciones de sus cargos en el ámbito de la asistencia pública. Aun así, es necesario que esta reforma se extienda a los profesionales que trabajan en la sanidad privada, sector en el que se producen un porcentaje considerable de las agresiones a sanitarios.

### **1.4 Modelos para estudiar la violencia laboral**

Para el estudio de la violencia se han desarrollado diversos modelos que ponen de manifiesto que este fenómeno se debe a la interacción de numerosos factores de tipo biológico, social, cultural, económico y político.

En este sentido, la OMS, en su *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (2002), recurrió al modelo ecológico creado por Heise en 1998 para interpretar la violencia y comprender su naturaleza polifacética. Dicho modelo permite analizar los factores que influyen en el comportamiento, aumentando el riesgo de cometer o padecer actos violentos, y los clasifica en cuatro niveles:

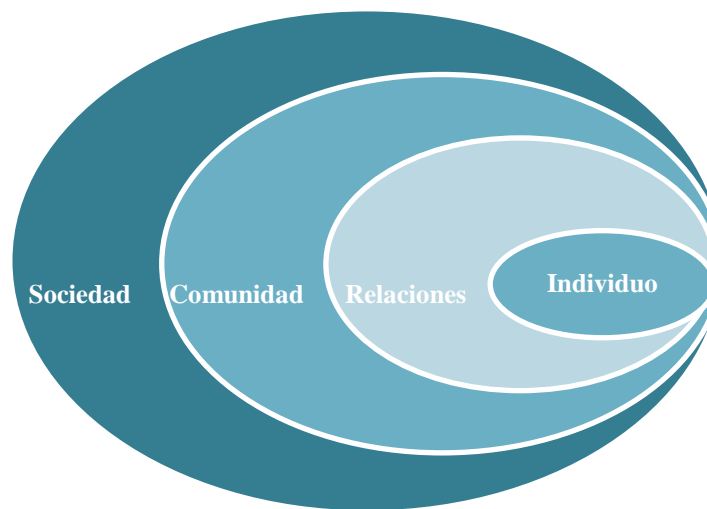
1. Nivel individual: que engloba los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos. Refleja las características del individuo que

aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia, como son la edad, el nivel de educación, los ingresos, la presencia de trastornos psíquicos o de la personalidad, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.

2. Nivel de las relaciones: el segundo nivel indaga el modo en que las relaciones sociales más cercanas, como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros, aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de comportamientos violentos.
3. Nivel de la comunidad: en este tercer nivel se examinan los contextos de la comunidad en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, el lugar de trabajo y el vecindario, e intenta identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos.
4. Nivel social: El cuarto nivel engloba los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia. Entre los factores sociales más generales se incluyen los que conceden prioridad a los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, los que consideran el suicidio una opción personal más que un acto de violencia prevenible, los que reafirman la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, los que respaldan el uso de la fuerza excesiva policial contra los ciudadanos o los que apoyan los conflictos políticos. Además, se incluyen otros factores como

son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad.

El solapamiento de los anillos representados en la Figura 1 ilustra cómo los factores de cada nivel refuerzan o modifican los de otro.



**Figura 1, Modelo ecológico para comprender la violencia (OMS, 2002)**

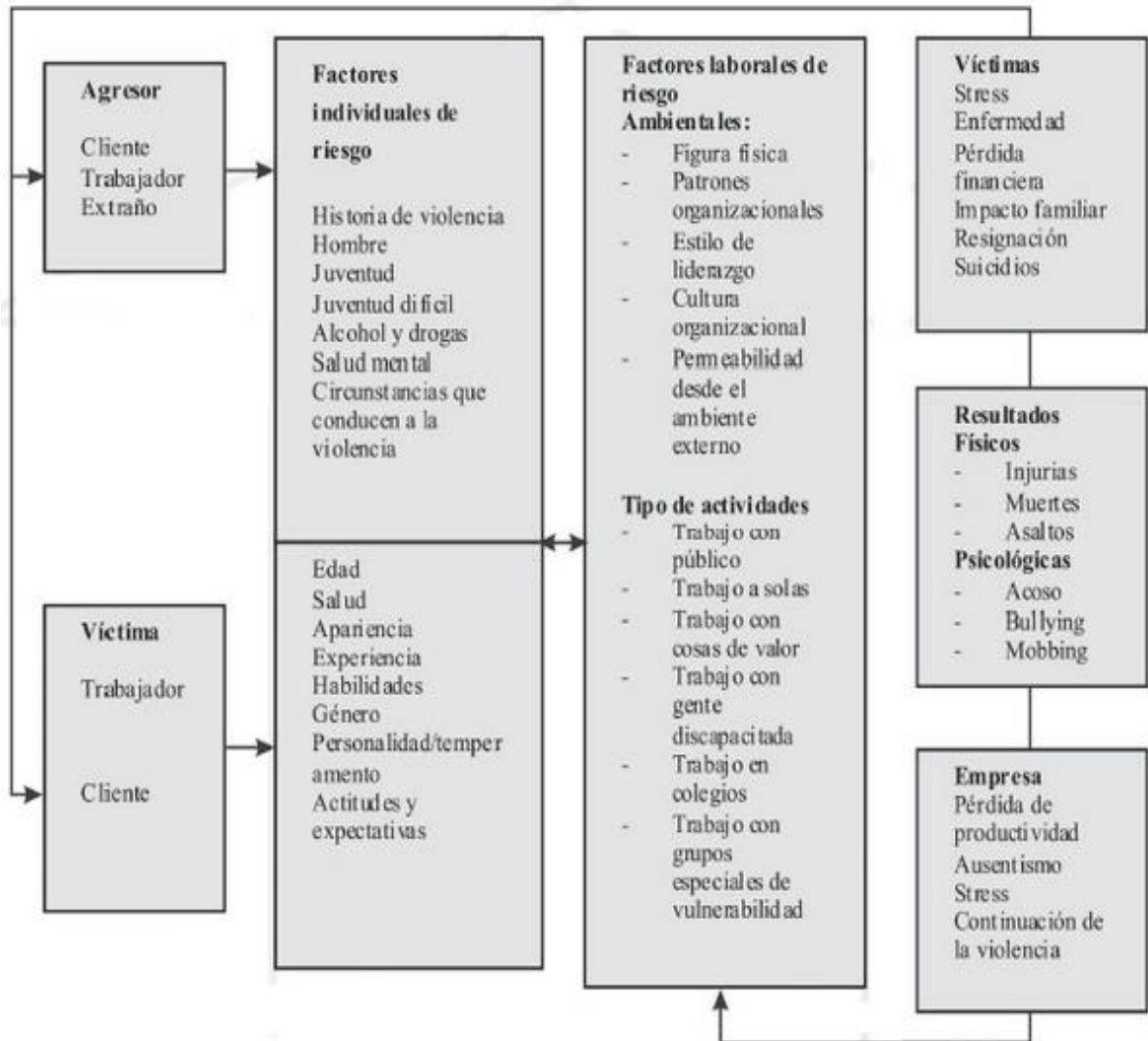
Este modelo, además, pone de manifiesto que para prevenir la violencia es necesario la actuación a diferentes niveles: a nivel individual tomando medidas para modificar los comportamientos de riesgo individuales; a nivel de las relaciones personales más cercanas creando entornos familiares saludables; tomando medidas para hacer frente a los problemas que pueden conducir a la violencia en las escuelas, en el lugar de trabajo y en el vecindario; y, a nivel de la sociedad, haciendo frente a la desigualdad de género y modificando los factores culturales, sociales y económicos más generales que contribuyen a la violencia.

Otro de los modelos utilizados para el estudio de la violencia laboral es el *Modelo Interactivo de Violencia* propuesto por Chapell y Di Martino (1998). Este modelo permite conocer la violencia desde una perspectiva multifactorial ya que incorpora diversos factores, tanto del agresor como de la víctima y del lugar donde interactúan, que están implicados en el desarrollo de este fenómeno ( Ver Figura 2).

El agresor, que puede ser cliente, usuario, paciente o familiar, colega o compañero de trabajo, y puede presentar ciertas características que lo predisponen a ser violento. Dentro de ellas se pueden destacar, su historia previa de violencia, el sexo (reconocen que el sexo masculino es más propenso a desarrollar conductas violentas), ser joven, los problemas relacionados con la infancia, consumir drogas ilícitas, portar armas de fuego. El consumo de alcohol, de igual manera, se describe como factor de riesgo para provocar comportamientos agresivos y descontrolados.

La víctima, igualmente, puede presentar características que la hacen vulnerable a episodios de violencia, dentro de las cuales podemos destacar la edad, la experiencia laboral, la apariencia y la primera impresión sobre todo cuando se está en contacto directo con público. La personalidad de la víctima también juega un rol importante, manejar situaciones difíciles de manera controlada disminuye el riesgo de comportamientos agresivos.

El lugar donde interactúan el agresor y la víctima, también puede jugar un rol fundamental para el desarrollo de violencia laboral. En este sentido, las características físicas y de organización, su estructura y su estilo directivo y cultural pueden influir en la



**Figura 2, Modelo Interactivo de Chappell y Di Martino (1988)**

aparición de violencia. El diseño físico o características del lugar pueden constituir un factor que actúe como un estímulo a los actos violentos o por el contrario los atenúe. La organización del trabajo influye fuertemente en las acciones que se producen, puesto que

lugares en los que existe mucha demanda, lo que lleva a sobrecarga de trabajo, induce a situaciones que pueden generar conflictos.

Chapell y Di Martino (1988), señalan que existen ciertos lugares de trabajo que están más expuestos a sufrir actos violentos, debido a las circunstancias o situaciones bajo las cuales se desarrollan las acciones. Entre estas ocupaciones se encuentran; el trabajo a solas, trabajo con público, trabajar con cosas de valor, trabajar en colegios, trabajar con gente estresada y otras condiciones que otorgan vulnerabilidad a los diferentes ambientes.

Este modelo interactivo ha sido adaptado y aplicado al sector salud. En esta adaptación, la víctima es un trabajador sanitario y el agresor, que puede ser interno (integrantes del equipo de salud) o externo (paciente, familiares o acompañantes), presenta unos factores de riesgo que se asocian con la posibilidad de ejercer violencia contra el trabajador: historia de violencia, alcohol y drogas, sexo, jerarquía dentro de la institución, edad, educación, cobertura de salud, percepción de la gravedad de la situación de enfermedad, evaluación de la atención en salud, entre otros.

Entre los factores laborales de riesgo se identifican algunas como: saturación de los servicios, características físicas del lugar, recursos físicos y humanos, demoras en la atención y el tipo de actividad (trabajo con grupos especiales de vulnerabilidad, trabajo con personas con discapacidad, trabajo a solas,...).

Así mismo, en el modelo se representan las consecuencias que la violencia puede suponer tanto para el trabajador (estrés, enfermedad, impacto familiar,...) como para la institución (disminución de la calidad de la atención prestada, pérdida de recursos humanos, ambiente de estrés, ausentismo,...).

## 1.5 Consecuencias de la exposición a violencia

La importancia de este riesgo no sólo radica en la frecuencia con la que se presenta, sino también por la gravedad de las posibles secuelas asociadas a él. Las consecuencias derivadas de la violencia laboral no sólo repercuten en el profesional afectado sino que también presentan consecuencias en la propia organización.

En este sentido, las consecuencias negativas de la exposición a violencia repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención de salud dando lugar a un deterioro de la calidad de los cuidados dispensados, de la relación entre los profesionales y los usuarios y del ambiente laboral, supone mayor absentismo por enfermedad y por las jubilaciones anticipadas, un incremento de los costes por medicina defensiva, mayores índices de rotación y reemplazo de personal y menor eficiencia y productividad (Cantera, Cervantes y Blanch, 2008; Fornés- Vives, Martínez-Abascal-Martínez y García-Banda-García, 2008; Miret y Martínez-Larrea, 2010).

Las consecuencias individuales de la violencia son muy diversas y dependerán del tipo y frecuencia de la conducta hostil así como de las características personales de la víctima (*Occupational Safety and Health Administration*, 2004). En este sentido, nos encontramos que la violencia laboral puede desencadenar consecuencias físicas para el trabajador que pueden incluir mordeduras, arañazos, contusiones, fracturas o incluso la muerte (AbuAlRub y Al-Asmar, 2011; Alameddine, Kazzi, El-Jardali, Dimassi y Maalouf, 2011; Ünsal-Atan et al., 2013); y consecuencias psicológicas como pueden ser dolencias psicológicas y somáticas, ansiedad, depresión, *Burnout*, disminución del bienestar psicológico, insatisfacción laboral, estrés laboral e incluso, se ha relacionado con la intención de rotar o abandonar el trabajo (Alameddine et al., 2011; Belayachi, Berrechid, Amlaiky,

Zekraoui, y Abouqal, 2010; Chen, Lin, Ruan, Li y Wu, 2016; Demir y Rodwell, 2012; Magnavita y Heponiemi, 2012; Sarafis et al., 2016).

### **1.6 “The Hospital Aggressive Behaviour Scale-Users”**

La “*Hospital Aggressive Behaviour Scale-Users (HABS-U)*”, elaborada por Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y García-Izquierdo (2013), es una escala que evalúa los comportamientos hostiles por parte de los pacientes, usuarios o familiares hacia los profesionales de enfermería del ámbito de atención especializada.

Para su construcción, los autores desarrollaron un banco de inicial de 166 ítems partiendo de la información obtenida a partir de 3 grupos de discusión con 21 profesionales de enfermería. Los ítems fueron revisados por un grupo de expertos, se sometieron a una validación semántica mediante la realización de entrevistas en profundidad a 6 profesionales de enfermería y se volvieron a revisar por el grupo de expertos. El banco final fue de 86 ítems, distribuidos en varias categorías.

Los ítems resultantes se aplicaron a una muestra de 1484 profesionales de enfermería de 11 hospitales públicos de la Región de Murcia. Se utilizó una muestra de  $n=790$  para la construcción del instrumento y de  $n=694$  para su validación.

La *HABS-U* consta de 10 ítems tipo Likert (desde “nunca” (1) a “diariamente” (6), en el último año) distribuidos en dos factores: violencia no física ( $\alpha=,85$  y varianza explicada del 36,4%) y violencia física ( $\alpha=,74$  y varianza explicada del 20,9%) (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y García-Izquierdo, 2013).



La puntuación total de cada sujeto es la suma de todas las respuestas, siendo la puntuación mínima de 10 y de 60 la puntuación máxima. A mayor puntuación, con más frecuencia se sufre violencia en el lugar de trabajo y una puntuación baja nos indica una presencia reducida de estas conductas hostiles.

La aplicación de esta escala obtuvo resultados altamente satisfactorios en el ámbito de la atención especializada de salud. Por este motivo, se decidió adaptar esta escala a diferentes ámbitos sanitarios.

La adaptación al ámbito de AP se inició desarrollando un estudio cualitativo con la finalidad de validar semánticamente la *HABS-U* y de redactar nuevos ítems a partir de la información facilitada por los participantes. En ese estudio, llevado a cabo en el marco del desarrollo de mi Trabajo Fin de Master (López-García, Llor-Esteban y Ruiz-Hernández, 2014), se realizaron 13 entrevistas en profundidad a profesionales de diferentes categorías del ámbito de AP: cinco a personal médico, cinco a personal de enfermería y tres a personal no sanitario. Los profesionales pertenecían a diferentes centros de AP de las Áreas I y II del Servicio Murciano de Salud. Las entrevistas fueron grabadas para su posterior transcripción y análisis cualitativo.

La primera parte de las entrevistas consistió en validar semánticamente los ítems que componen la *HABS-U*. Para ello, los participantes debían valorar si los ítems eran entendibles, si podían tener varias o diferentes interpretaciones y si la situación descrita se daba siempre (efecto techo) o nunca (efecto suelo).

En la última parte de las entrevistas se realizaron varias preguntas abiertas con la finalidad de que los profesionales narrasen situaciones conflictivas con los pacientes basándose tanto en su propia experiencia como en la de los compañeros de trabajo. De esta

manera, se pretendía obtener nuevos datos que permitiesen la redacción de un banco de ítems sobre comportamientos agresivos hacia los profesionales de AP.

Como resultado del análisis cualitativo de las entrevistas, se verificó que los ítems que componen la *HABS-U* eran entendibles, no presentaban ambigüedad ni solapamiento ni tampoco efecto techo o suelo. Igualmente, tras varias revisiones, se incluyeron 8 nuevos ítems tales como “*los usuarios golpean el mostrador o la puerta de la consulta*”, “*los usuarios me amenazan si no se cumplen sus expectativas*” o “*los usuarios interrumpen mi trabajo con malas formas*”, los cuales se cuantificaron según su frecuencia de ocurrencia, siguiendo de modelo a los ítems de la escala original.

Finalmente, la versión adaptada a AP (*Healthcare-workers’ Aggressive Behaviour Scale- Users- Version Primary Healthcare [HABS-U-PHC]*) quedó formada por los 10 ítems de la *HABS-U* más 8 ítems nuevos relativos a conductas agresivas o actitudes desafiantes (Ruiz-Hernández, López-García, Llor-Esteban, Galián-Muñoz y Benavente-Reche, 2016).

Como continuación del proceso de adaptación de la escala surge el primer objetivo de esta tesis doctoral, en el cual se llevará a cabo un análisis de las propiedades psicométricas de la versión de AP tras ser administrada a profesionales de este ámbito.

## 1.7 El Síndrome de *Burnout*

El concepto de *Burnout* en el campo de la psicología laboral fue descrito por primera vez por Freudenberger (1974) para referirse a un

patrón conductual, observado en personal voluntario de un hospital de pacientes toxicómanos, que se caracterizaba por sentimientos de agotamiento y frustración, desmotivación junto con ansiedad y depresión.

Posteriormente, Maslach y Jackson (1981), definieron el Síndrome de *Burnout* como *"un síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y una menor realización personal, que se da en aquellos individuos que trabajan en contacto con clientes y usuarios"*. En esta definición queda reflejado el carácter tridimensional del *Burnout* entendiendo que afecta, por un lado, a un nivel personal reflejado en la primera dimensión "cansancio emocional" que ha sido definida como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física, psicológicamente o como una combinación; por otro lado, a un nivel social expresado en la dimensión "despersonalización" según la cual aparece un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, en grado excesivo, demostrando sentimientos patológicos hacia los otros, de insensibilidad y cinismo; y finalmente, a nivel profesional, mediante sentimientos de falta de realización personal, apareciendo una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y su trabajo, que son típicas de depresión, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y baja autoestima (Esteve, Salanova, Schaufeli y Nogareda, 2006; Maslach, Jackson y Leiter, 1986).

Actualmente, una definición internacionalmente aceptada es la propuesta por Maslach, Schaufeli y Leiter en el año 2001, quienes definen el burnout como *"una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a*

---

*partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional”.*

Para evaluar el *Burnout* disponemos de una escala aceptada internacionalmente y con apoyo empírico en amplias muestras de diferentes ocupaciones, el *Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS)* de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996). Dicha escala ha sido adaptada a diferentes culturas presentando valores aceptables respecto a su validez. En el presente estudio se ha utilizado la adaptación al español realizada por Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000) que se divide en tres subescalas o dimensiones las cuales miden los tres factores que conforman el síndrome de *Burnout*.

En los últimos años diversos estudios han señalado que cualquier profesional puede experimentar *Burnout* como respuesta al estrés crónico al que se ve expuesto en el trabajo. Sin embargo, se ha evidenciado de manera consistente una mayor incidencia de *Burnout* en aquellos trabajadores que prestan una labor asistencial o social, como es el caso de los profesionales sanitarios (Fernández et al., 2008; Gil y Moreno, 2007; Naveiras, 2016; Rabasa, Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte, R. y Llorca-Pellicer, 2016).

Centrándonos en los estudios que analizan la relación entre la exposición a violencia de usuarios y el *Burnout* en los profesionales sanitarios, los resultados de estudios previos muestran que existe una relación entre los índices de *Burnout* (y sus dimensiones) y el ser objeto de violencia (Bernaldo-De-Quirós, Piccini, Gómez y Cerdeira, 2015; Deery, Walsh y Guest, 2011; Erdur et al., 2015; Roldán, Salazar, Garrido y Ramos, 2013; Viotti, Gilardi, Guglielmetti y Converso, 2015). Concretamente, Galián-Muñoz et al. (2016) han investigado la relación entre la violencia de usuarios y el desarrollo del síndrome de *Burnout* en una muestra de 1489 profesionales de

enfermería, obteniendo que tanto la violencia no física como la violencia física correlacionan de manera positiva con el nivel de agotamiento emocional y despersonalización. Asimismo, un estudio realizado por Gascón et al., (2013) en una muestra de 1826 profesionales de la salud, obtuvieron que la exposición a violencia se relaciona con mayores niveles de *Burnout*, específicamente, las agresiones físicas presentan una relación estadísticamente significativa con el agotamiento emocional y la despersonalización; y las agresiones no físicas con las tres dimensiones del *Burnout*.

Un aspecto clave a tener en cuenta es el modelo cíclico que se establece entre el *Burnout* y la exposición a la violencia. Se ha mencionado que los profesionales que han sido objeto de violencia presentan mayores niveles de agotamiento emocional lo cual genera actitudes de despersonalización como medida de afrontamiento que puede manifestarse con comportamientos negativos hacia los pacientes aumentando así las posibilidades de volver a experimentar comportamientos hostiles (Winstanley y Whittington, 2002).

## **1.8 La satisfacción laboral**

En la actualidad son numerosas las definiciones aportadas sobre el concepto de satisfacción laboral, siendo posible categorizarlas en dos perspectivas claramente diferenciadas. Una primera perspectiva tiene a las emociones como eje principal (Locke, 1976; Muchinsky, 1993; Mueller y McCloskey, 1990; Price y Mueller, 1986) y la segunda va más allá de las emociones y la entienden como actitud generalizada ante el trabajo (Beer, 1964; Griffin y Bateman, 1986; Salancik y Pfeffer, 1977).

Una de las definiciones sobre la satisfacción laboral es la propuesta por Locke (1976) que la especificó como un estado emocional placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto.

Bravo, Peiró y Rodríguez (1996) la definen como una actitud o conjunto de actitudes desarrolladas por la persona hacia su situación de trabajo, actitudes que pueden ir referidas hacia el trabajo en general o hacia facetas específicas del mismo.

Herzberg, Mausner y Snyderman (1959) formularon una teoría denominada "*Teoría de los dos factores o Teoría bifactorial de la satisfacción*" que ha influido de manera muy significativa en el área de la satisfacción laboral. Postularon la existencia de factores de motivación extrínsecos del trabajo referidos a la satisfacción con las condiciones de trabajo que no pueden ser controlados o modificados directamente por el trabajador y están relacionados con el salario, las políticas de empresa, el entorno físico y la seguridad en el trabajo; y de factores de motivación intrínsecos del trabajo (satisfacción con el contenido del trabajo, es decir con el tipo de trabajo o con las tareas propias del puesto) tales como el trabajo mismo, los logros, el reconocimiento recibido por el desempeño, la responsabilidad y los ascensos.

Algunos de los instrumentos de medida de la satisfacción laboral han sido desarrollados siguiendo la teoría postulada por Herzberg et al (1959). Por ejemplo, la *Overall Job Satisfaction (OJS)* de Warr, Cook y Wall (1979) permite obtener una puntuación específica para cada una de las dimensiones (satisfacción laboral extrínseca y satisfacción laboral intrínseca) y una puntuación global de la satisfacción laboral. Esta escala presenta valores aceptables respecto de su validez y ha sido adaptada a diferentes ámbitos culturales. En este estudio se ha

utilizado la adaptación al español realizada por Pérez e Hidalgo (1995).

En las instituciones sanitarias, se ha descrito que la satisfacción laboral se relaciona con la calidad de los servicios prestados y con la satisfacción del usuario (Peiró, Silla, Sanz, Rodríguez y García, 2004; Robles et al., 2005), de manera que un buen nivel de satisfacción laboral revertirá en un aumento de la calidad del servicio proporcionado y en un aumento de la satisfacción del usuario. En los profesionales sanitarios, es un campo ampliamente investigado, habiendo sido evaluada en casi todas las categorías profesionales y ámbitos asistenciales (Bobbio y Ramos, 2010; Delobelle et al., 2011; Lorber y Skela, 2012; Sobrequés et al., 2003).

La violencia en el lugar de trabajo es uno de los fenómenos que más afecta negativamente a los sentimientos de los empleados hacia su trabajo (Hershcovis y Barling, 2010) y, como consecuencia de ello, influye en su satisfacción laboral general. Estudios previos que analizan la relación entre ambas variables han hallado que la insatisfacción laboral es una de las consecuencias que aparece en el profesional tras haber estado expuesto a la violencia de los usuarios (El-Gilany et al., 2010; Heponiemi et al., 2014; Llor-Esteban et al., 2016; Munyewende, Rispel y Chirwa, 2014; Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y Jiménez-Barbero, 2013).

De forma parecida a como pasa con el síndrome de *Burnout*, la relación entre la satisfacción laboral y la violencia puede justificarse desde un modelo cíclico. Un profesional sanitario que ha estado expuesto a agresiones por parte de los usuarios puede ver comprometida su satisfacción laboral de manera que disminuye su rendimiento, motivación y presenta una actitud negativa hacia el trabajo (Yami, Hamza, Hassen, Jira y Sudhakar, 2011). Ante esta

situación el profesional insatisfecho se vuelve más vulnerable a los comportamientos hostiles de los usuarios.

### **1.9 Salud mental o bienestar psicológico**

El estudio sobre el bienestar psicológico ha sido abordado por los diferentes investigadores de manera difusa y poco clara, encontrando indistintamente en la literatura conceptos como salud general, salud mental, bienestar psicológico o bienestar subjetivo para abordar esta temática (Victoria y González, 2000).

La falta de acuerdo en su delimitación conceptual es debido a la complejidad de su estudio ya que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas así como comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo.

Tradicionalmente, el concepto de bienestar ha sido abordado desde dos perspectivas: una perspectiva hedónica que se centra en la felicidad, definiendo el bienestar en términos del logro del placer y la evitación del dolor (Kahneman, Diener y Schwarz, 1999). Y otra perspectiva eudaimónica la cual se relaciona con el significado y la autorrealización donde el bienestar es visto como el pleno funcionamiento de la persona (Ryan y Deci, 2001).

Según Campbell, Converse y Rodgers (1976), el bienestar psicológico podría conceptualizarse como un indicador de la calidad de vida basado en la relación entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado por las personas. Cole, Peeke, Dolezal, Murray y Canzoniero (1999) lo definen como una evaluación



que las personas hacen de sus vidas, la cual incluye una dimensión cognitiva (referida a la satisfacción con la vida en su totalidad o la satisfacción por áreas específicas como puede ser la laboral) y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas), cuya interacción abarca un amplio espectro de vivencias.

Las consecuencias que la violencia de los usuarios puede tener sobre la salud o bienestar psicológico de los profesionales afectados han sido analizadas en numerosos estudios (Tenório-Correia-da-Silva et al., 2015; Jaradat et al., 2016; Lam, 2002; Lee, Daffern, Ogloff y Martin, 2015). Estos estudios se han centrado en la descripción de la sintomatología a partir de la aplicación de métodos no diagnósticos como puede ser el *Cuestionario de Salud General* de Goldberg (Goldberg y Hillier, 1979) el cual incluye la evaluación de características como ansiedad y depresión para evaluar el bienestar; o a partir de la elaboración propia de listados de síntomas.

Los resultados obtenidos en diversas investigaciones ponen de manifiesto que la violencia de usuarios se relaciona con mayores niveles de malestar psicológico en quienes la padecen.

Con respecto a la sintomatología depresiva, Tenório-Correia-da-Silva et al. (2015) obtienen que el 36,3% de los profesionales de AP presentaron niveles dentro de lo que se corresponde con síntomas depresivos intermedios y el 16% dentro de lo que sería una probable depresión mayor, encontrando, en ambos casos, una asociación estadísticamente significativa con la exposición a la violencia en el trabajo. Igualmente, Lam (2002) señala que un 39,8% de las enfermeras que habían sido agredidas por los usuarios se encontraban, después de dicho episodio, psicológicamente angustiadas, presentando un 20% niveles correspondientes a una

depresión leve, y un 10% dentro de lo que sería niveles de depresión moderada a grave. Asimismo, obtuvo que las enfermeras que habían estado expuestas a comportamientos violentos presentaban niveles altos en tres dimensiones del GHQ: ansiedad, somatización y depresión (Lam, 2002).

En cuanto a la sintomatología ansiosa, Roldan et al., (2013) encuentran que los profesionales de emergencias y cuidados críticos que habían sido objeto de violencia física tenían más probabilidades de sufrir ansiedad que aquellos que no habían estado expuestos.

En otros estudios donde se han utilizado listados de sintomatología diseñados *ad hoc* (Einarsen y Nielsen, 2015; Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip y Sangthong, 2008; Loerbroks et al., 2015) se describen, como consecuencia de la exposición a la violencia en el trabajo, la irritabilidad, los trastornos del sueño, las dificultades en la concentración, el aumento de la fatiga, la hipervigilancia, el temor, la rabia y frustración, entre otros.

Estudios previos también han hallado que el aumento del bienestar psicológico de los trabajadores redundará en una mayor motivación y compromiso con la institución, una mayor satisfacción laboral y productividad, y en una disminución de los riesgos psicosociales y costes asociados a niveles altos del síndrome de *Burnout* (Mañas, Salvador, Boada, González y Agulló, 2007; Wright y Cropanzano, 2000; Wright, Cropanzano, Denney y Moline, 2002).

## 1.10 La empatía

La capacidad humana para empatizar se ha venido estudiando desde hace mucho tiempo, y ha sido objeto de numerosas confrontaciones teóricas dado que es un concepto difícilmente consensuable. En este sentido, aparecen en la literatura científica enfoques contrapuestos en el estudio de la empatía. Por un lado, nos encontramos con el enfoque cognitivo, el cual considera que la empatía se basa en comprender los sentimientos de los otros; y, por otro, se encuentra el enfoque afectivo que considera la empatía como una respuesta emocional vicaria que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, es decir, sentir lo que la otra persona siente (Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008). Posteriormente, surge un enfoque más integrador de la empatía, que tiene en cuenta tanto sus componentes cognitivos como los afectivos. De este enfoque se deriva la definición de la empatía más aceptada en la actualidad que la considera un *conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas* (Davis, 1996).

En el ámbito de la salud, la empatía es un componente crucial en la relación entre el equipo sanitario y los pacientes. Se ha demostrado que la empatía aumenta la satisfacción del paciente con la atención recibida (Blatt, LeLacheur, Galinsky, Simmens y Greenberg, 2010; Hojat et al., 2011; Larson y Yao, 2005), reduce su ansiedad (van Dulmen, y van den Brink-Muinen, 2004) y proporciona resultados clínicos significativamente mejores (Derksen, Bensing y Lagro-Janssen, 2013). En el profesional sanitario mejora su bienestar (Blatt et al., 2010; Drwecki, Moore, Ward y Prkachin, 2011; Shanafelt et al., 2005).

Sin embargo, a pesar de los beneficios que se han descrito sobre la empatía, un nivel demasiado elevado puede desembocar en angustia personal, fatiga de compasión (Decety, Yang y Cheng, 2010) o el denominado *desgaste por empatía* que se refiere al estrés post-traumático sufrido por cualquier profesional involucrado en el manejo de situaciones estresantes o traumatizantes (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez, 2004).

### **1.11 Objetivos**

El objetivo general de esta tesis es analizar el fenómeno de la violencia laboral hacia los profesionales que realizan su actividad en el ámbito de AP. Para ello, se han establecido los siguientes objetivos específicos:

1. Validar y analizar las propiedades psicométricas del instrumento de evaluación de la violencia de usuarios en AP (*HABS-U-PHC*).
2. Conocer la frecuencia de exposición a la violencia laboral en los profesionales de AP.
3. Identificar las variables sociodemográficas y laborales relacionadas con una mayor exposición a violencia de usuarios en profesionales de AP, para establecer un perfil del personal agredido.
4. Determinar la categoría profesional de AP que está más expuesta a violencia de usuarios.

5. Comprobar la relación entre la exposición a violencia de usuarios y el *Burnout* en profesionales de AP.
6. Analizar el impacto sobre el bienestar psicológico de los profesionales de la exposición a violencia de usuarios, la satisfacción laboral y la empatía.



## Capítulo 2

# Metodología





## **2.1 Tipo de estudio**

Se ha llevado a cabo un estudio empírico con metodología cuantitativa, descriptivo y transversal en el ámbito de AP de Salud.

## **2.2 Participantes**

La población de estudio estuvo compuesta por profesionales de AP que desarrollan su actividad en las distintas Áreas de Salud dependientes del Servicio Murciano de Salud. Siguiendo la organización interna de los Centros de AP, los profesionales se agruparon en tres colectivos: personal médico, personal de enfermería y personal no sanitario que realiza funciones de apoyo.

Considerando el total de los 2575 profesionales de 74 centros de AP, según datos proporcionados por el Servicio Murciano de Salud, se estimó un tamaño muestral de 510 profesionales con un nivel de confianza del 95% y un error asumido de  $\pm 3\%$ .

Se realizó un muestreo por conglomerados bietápico. En primer lugar, se estratificó la población por centros de AP (conglomerados) y, mediante muestreo aleatorio simple, fueron seleccionados 39 centros. Posteriormente, se seleccionó, de manera aleatoria por un patrón de razón fija, a partir del listado alfabético de la totalidad de los profesionales de cada centro, a aquellos numerados con múltiplos de tres, teniendo en cuenta que se incluyera una proporción igual de cada categoría profesional.

Los criterios de inclusión fueron: a) ser profesional sanitario o no sanitario que ejerce su labor en centros de AP de la Región de Murcia; b) tener una antigüedad en el puesto de al menos 12 meses; y c) aceptar participar en el estudio. En cuanto a los criterios de

exclusión, se excluyeron los centros de AP que contaban con menos de 15 trabajadores y los profesionales sanitarios o no sanitarios que llevaban menos de 12 meses en el ámbito de AP.

Finalmente, se obtuvo una muestra compuesta por 574 profesionales de 39 Centros de AP pertenecientes a las 9 Áreas de Salud de la Región de Murcia.

Dicha muestra supone el 22,3% del total del personal de AP del Servicio Murciano de Salud. Inicialmente se entregaron un total de 670 protocolos de evaluación ya que se estimó una tasa de no respuesta del 30%. La tasa de respuesta global fue del 85,7%.

### **2.3 Procedimiento**

Una vez realizado el muestreo por conglomerados bietápico, se solicitaron autorizaciones a los directores gerentes de las Áreas de Salud participantes en el estudio y, tras su aprobación, se contactó con los diferentes centros de AP para concertar una reunión.

Las reuniones se llevaron a cabo con los coordinadores de los centros de salud en la cual se les informó sobre los objetivos y características del estudio, se solicitó su participación y se distribuyó el protocolo de investigación en versión impresa. Para asegurar la más estricta confidencialidad y anonimato de los datos recogidos, el profesional recibía la batería de cuestionarios dentro de un sobre, el cual debía entregar cerrado y sin ninguna identificación. La participación en el estudio fue voluntaria.

Tras la primera reunión, se programaron varias visitas a cada uno de los centros para aclarar posibles dudas y para la recogida de

los protocolos cumplimentados. Asimismo, se llevó un control de los protocolos de investigación entregados en cada centro de AP y los recogidos.

Una vez recogidas todas las encuestas, se les asignó un código para su posterior análisis de datos.

## **2.4 Instrumentos**

La recogida de datos se realizó mediante un protocolo de investigación, en formato autoaplicado, que contenía diferentes instrumentos de evaluación de variables psicolaborales, junto con una ficha de datos sociodemográficos y laborales diseñado *ad hoc*.

A continuación se describen los instrumentos utilizados:

Ficha diseñada *ad hoc*: contenía variables sociodemográficas como el sexo, edad y la situación personal; y variables laborales como el área de Salud al cual pertenecía su Centro de AP, el tipo de contrato, la profesión, la antigüedad en el puesto y en la profesión y la realización de formación continuada. Igualmente se incluyó una variable de salud, ¿Ha estado de baja en los últimos 12 meses?

*Healthcare-workers' Aggressive Behaviour Scale- Users- Version Primary Healthcare (HABS-U-PHC)* de Ruiz-Hernández et al. (2016). Este instrumento es una adaptación de la *HABS-U*, que pretende evaluar los comportamientos agresivos por parte de los usuarios hacia los profesionales de AP. Dado que, como ya se ha comentado anteriormente, el estudio cualitativa para adaptar la escala se ha realizado en el desarrollo de mi Trabajo Fin de Máster, en esta tesis se

pretende validar y analizar sus propiedades psicométricas para finalizar el proceso de adaptación del instrumento.

*Overall Job Satisfaction (OJS)* (Warr, Cook y Wall, 1979), adaptada al español por Pérez e Hidalgo (1995). Esta escala evalúa la satisfacción laboral y está formada por 15 ítems divididos en dos subescalas: Satisfacción extrínseca que indaga sobre los aspectos de la organización del trabajo, tales como el horario, la remuneración, las condiciones físicas, las relaciones entre dirección y trabajadores, la estabilidad laboral, etc.; y Satisfacción intrínseca que aborda aspectos referentes al propio contenido del trabajo como el reconocimiento obtenido por el trabajo, la responsabilidad asignada, la promoción profesional, etc. (Berrios, Augusto y Aguilar, 2006). Presentan un formato de respuesta tipo Likert con puntuación desde “muy insatisfecho” (1) a “muy satisfecho” (7), de manera que una mayor puntuación refleja una mayor satisfacción. Para este instrumento, se han obtenido valores de alfa de Cronbach de ,87 para la satisfacción general y de ,70 y ,84 para Satisfacción extrínseca y Satisfacción intrínseca, respectivamente (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y Jiménez-Barbero, 2013).

*Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)* (Hojat et al., 2002) en la adaptación de Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara y Hojat (2005). Esta escala valora la empatía y consta de 20 ítems distribuidos en tres factores: Factor I: Toma de perspectiva que se corresponde con el elemento central de la empatía y Factor II: Atención compasiva y Factor III: Habilidad de ponerse en el lugar del paciente que son componentes específicos de la relación con el paciente y aparecen planteados en forma inversa, de manera que las puntuaciones elevadas indican menos empatía, y viceversa. Los ítems tipo Likert se puntúan desde “totalmente en desacuerdo” (1) a “totalmente de acuerdo” (7). Para esta escala se han obtenido

valores de  $\alpha$  de Cronbach de entre ,76 y ,84 (Ferreira-Valente et al., 2016; Jumroonrojana y Zartrungpak, 2013; Paro, Daud-Gallotti, Tibério, Pinto y Martins, 2012).

*Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS)* de Schaufeli et al., (1996), en la versión española de Salanova, et al., (2000). Evalúa los niveles de *burnout* mediante 16 ítems distribuidos en tres dimensiones: agotamiento emocional que se refiere a la pérdida de recursos emocionales debido al trabajo ( $\alpha=,90$ ); despersonalización, que refleja la indiferencia y actitudes distantes hacia el trabajo ( $\alpha=,81$ ); y eficacia profesional, eficacia percibida cuando se lleva a cabo el trabajo ( $\alpha=,73$ ). Los sujetos valoran cada ítem tipo Likert desde "nunca" (0) a "todos los días" (6) (García-Izquierdo, Llor-Esteban, García-Izquierdo y Ruiz-Hernández, 2006).

*Cuestionario de Salud General de Goldberg* en su versión de 28 ítems (*GHQ-28*, Goldberg y Hillier, 1979), según la adaptación española de Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986). Este cuestionario es una medida general del bienestar psicológico y está distribuido en 4 subescalas de 7 ítems cada una: Síntomas psicósomáticos (sentimientos de cansancio, debilidad y malestar corporal), Ansiedad/insomnio, Disfunción social (problemas para realizar y disfrutar de actividades diarias) y Sintomatología depresiva (pensamientos y sentimientos de inutilidad personal, tristeza, desesperanza y suicidio). Cada ítem tiene cuatro niveles de respuesta en una escala tipo Likert (de 0 a 3), donde las puntuaciones mayores indican peor bienestar psicológico. En este instrumento se han observado valores de alfa de Cronbach de ,92 para GHQ total y para las subescalas de entre ,74 y ,90 (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y Jiménez-Barbero, 2013).

## 2.5 Análisis de datos

En respuesta al primer objetivo y como requisito previo a la realización de un análisis factorial exploratorio, se calculó el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (*KMO*) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El índice *KMO* es una medida de la comparación de los coeficientes de correlación observados con los coeficientes de correlación parcial; y la prueba de esfericidad de Bartlett que prueba la hipótesis nula de que las variables están correlacionadas, es decir, evalúa si la matriz de correlaciones no es una matriz de identidad, aquella en la que no existe relación entre las variables.

Seguidamente, siguiendo la metodología descrita en estudios similares (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y García-Izquierdo, 2013; Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y Jiménez-Barbero, 2013) se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales y rotación varimax y se combinaron varios criterios: (a) cada factor debía explicar al menos el 5% de la varianza total; (b) la carga factorial de los ítems debía ser de al menos 0.50; (c) un ítem no podía cargar en dos factores con más de 0.40; y (d) los ítems contenidos en cada factor debían presentar una consistencia interna adecuada (Nunnally & Berstein 1994). Igualmente, se realizó un análisis de los descriptivos (media, desviación típica, asimetría, curtosis y coeficiente de correlación corregido ítem-total) de los ítems de la escala.

Para verificar los resultados obtenidos, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio utilizando la estimación de máxima verosimilitud mediante el programa EQS versión 6.1. Asimismo, se estudiaron los siguientes índices de bondad: chi cuadrado de Satorra-Bentler, AGFI, CFI, NFI, TLI, SRMR y RMSEA.

Se analizó la consistencia interna y fiabilidad de cada factor y se comprobó el comportamiento de la escala adaptada con otros correlatos externos utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

Para determinar la frecuencia de exposición a los comportamientos violentos (objetivo 2) y las características sociodemográficas y laborales de la muestra, se utilizaron estadísticos descriptivos y de frecuencias.

Para poder responder al objetivo 3 y comprobar si existían diferencias significativas entre la exposición a violencia de usuarios y las características sociodemográficas y laborales de la muestra, se utilizó la prueba T de student o ANOVA.

Para comprobar el objetivo 4, se realizó una comparación entre los diferentes grupos profesionales y las variables del estudio utilizando ANOVA junto a la prueba *post hoc* de Tukey en aquellas variables que cumplían el supuesto de homogeneidad de varianzas, y ANOVA mediante la prueba robusta de Brown-Forsythe, junto a la prueba *post hoc* de Games-Howel en los casos en los que no se cumplía el supuesto.

Para estudiar la relación entre la violencia de usuarios y el síndrome de Burnout (objetivo 5), se calculó el coeficiente de correlación de Pearson.

Igualmente, para dar respuesta al objetivo 6 de este estudio, se calculó la puntuación media y desviación típica de las escalas utilizadas y se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson, atendiendo al grupo profesional, entre las variables del estudio.

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple sobre la variable GHQ total con las variables que mostraron relación

significativa con el fin de elaborar un modelo predictivo del bienestar psicológico en los diferentes grupos profesionales de AP.

Para llevar a cabo los diferentes análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS® versión 22.



## Capítulo 3

# *Resultados*



### 3.1 Características sociodemográficas y laborales de la muestra

En la tabla 1 se recogen las características sociodemográficas y laborales del total de la muestra. Como puede observarse, la mayoría son mujeres (68,1%), casadas o con pareja de hecho (72,6%) y con una edad comprendida entre los 46 y 55 años (37,6%). La edad media es de 49,6 años ( $DT=8,4$ ).

El 82,6% de los participantes tiene un contrato fijo, una antigüedad en el puesto entre 6 y 10 años (19,3%) y una antigüedad en la profesión entre 21 y 30 años (28,9%). La antigüedad media en la profesión es de 23,6 años ( $DT=9,1$ ). Casi tres cuartas partes de los profesionales de AP realizan formación continuada. El 20% de los encuestados ha estado de baja en los últimos 12 meses.

El 38,9% es personal médico, el 34% personal de enfermería y el 25,8% personal no sanitario (Gráfico 1).

**Gráfico 1, Distribución de la muestra según grupo profesional**

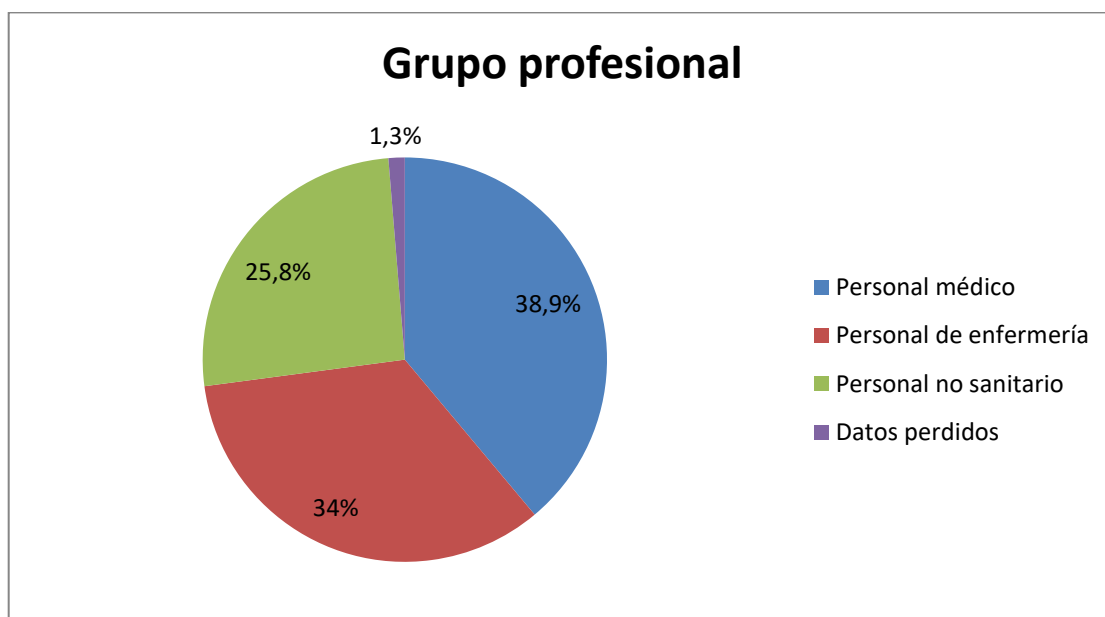
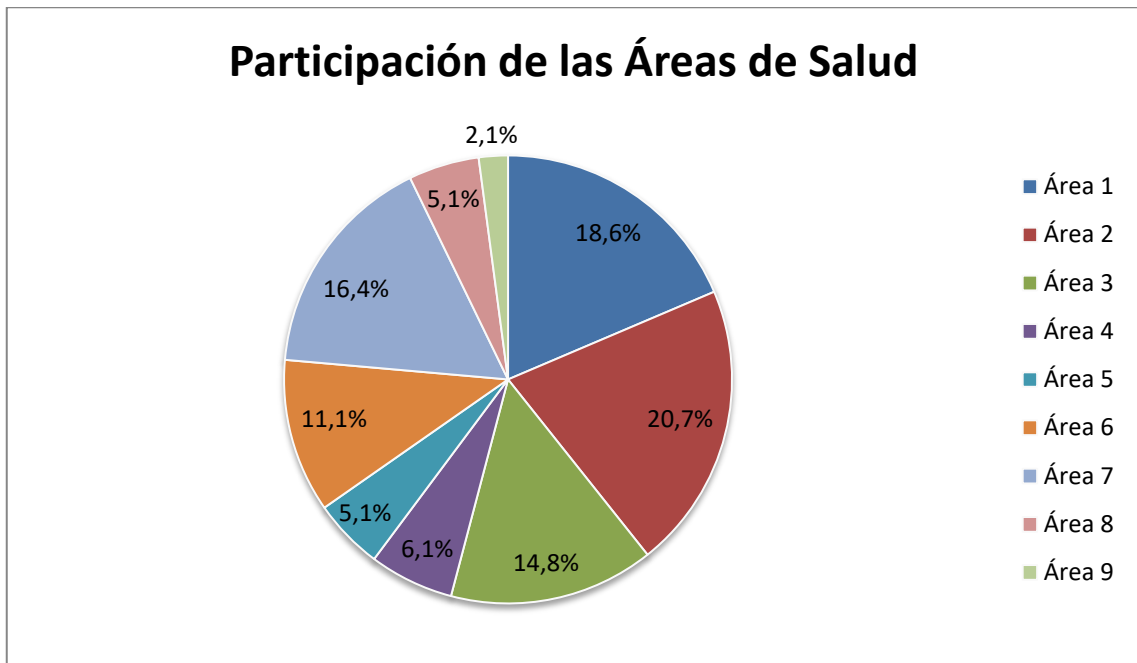


Tabla 1, Características sociodemográficas y laborales de la muestra

Variable	n	%
<b>Edad (años)</b>		
Menores de 35	32	5,6
36-45	143	24,9
46-55	216	37,6
56-65	162	28,2
Datos perdidos	21	3,7
<b>Sexo</b>		
Hombre	178	31
Mujer	391	68,1
Datos perdidos	5	0,9
<b>Situación personal</b>		
Soltero/a	90	15,7
Pareja de hecho o casado/a	417	72,6
Divorciado/a, separado/a o viudo/a	58	10,1
Datos perdidos	9	1,6
<b>Tipo de contrato</b>		
Fijo-Indefinido	474	82,6
Temporal-Sustitución	81	14,1
Datos perdidos	19	3,3
<b>Antigüedad en el puesto (años)</b>		
0-2	80	14
3-5	102	17,8
6-10	111	19,3
11-15	50	8,7
+15	92	16
Datos perdidos	139	24,2
<b>Antigüedad en la profesión (años)</b>		
0-10	41	7,1
11-20	108	18,8
21-30	166	28,9
+30	104	18,2
Datos perdidos	155	27
<b>Formación Continuada</b>		
Si	428	74,6
No	122	21,3
Datos perdidos	24	4,2
<b>Baja en los últimos 12 meses</b>		
Si	115	20
No	440	76,7
Datos perdidos	19	3,3

Gráfico 2, Porcentaje de participación por Áreas de Salud



En cuanto al Área de Salud al cual pertenecen los centros de AP participantes, se incorporaron centros de las 9 áreas que forman parte del Servicio Murciano de Salud (ver gráfico 2). Las áreas con mayor participación han sido las Áreas de Salud 2 y la 1. Ambas son las que tienen un mayor número de Zonas Básicas de Salud adscritas junto con el área 6. De la misma manera, las Áreas de Salud 5, 8 y 9 son las que tienen menos Zonas Básicas de Salud adscritas, por lo que su participación ha sido menor.

### 3.2 Análisis de las propiedades psicométricas de la *HABS-U-PHC*

Previo al análisis de la estructura interna de la *HABS-U-PHC*, se exploró la adecuación psicométrica de sus ítems para comprobar si podemos factorizar las variables originales de forma eficiente. Para ello, se calculó el índice de adecuación de la muestra de *KMO* y la prueba de esfericidad de Bartlett.

**Tabla 2, KMO y prueba de Bartlett**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,922
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado	
	aproximado	3920,586
	gl	91
	Sig.	,000

En la tabla 2 se muestran los estadísticos correspondientes al estudio de la adecuación de la muestra al modelo. De los resultados obtenidos se puede comprobar que la aplicación de los datos a un análisis factorial exploratorio es factible dado que el estadístico de *KMO*, que indica la proporción de la varianza que tienen en común las variables analizadas, presenta un valor de ,92, valor superior a ,80 que es lo más aconsejado para este tipo de análisis. Mediante la prueba de esfericidad de Bartlett se puede afirmar que si el nivel crítico es superior a ,05 entonces no podremos rechazar la hipótesis nula de esfericidad. En nuestro caso, se ha obtenido una significación

adecuada ( $p < ,001$ ) por lo que se puede rechazar dicha hipótesis nula, considerando pertinente la realización del análisis factorial.

Para el análisis factorial exploratorio se utilizó el método de máxima verosimilitud y se aplicó una rotación varimax.

La interpretación de la estructura factorial resultante mostró la existencia de dos factores formados por 14 ítems (fueron eliminados 4 ítems por no cumplir los criterios mencionados anteriormente) que explicaría el 51,2% de la varianza total. Esta estructura coincide con la estructura factorial obtenida para la escala original.

En el factor I se agruparon 11 ítems relacionados con la subescala de Violencia no física que evalúa los comportamientos violentos verbales y no verbales de los usuarios; y en el factor II se agruparon 3 ítems relacionados con la subescala de Violencia física.

En la tabla 3 se presenta la matriz de componentes rotados donde se puede observar que todos los valores están situados por encima de 0,5.

La dimensión de Violencia no física es la de mayor peso factorial ya que explica el 40,6% de la varianza total de la escala y la de Violencia física explica el 10,6% de la varianza total (ver Tabla 3).

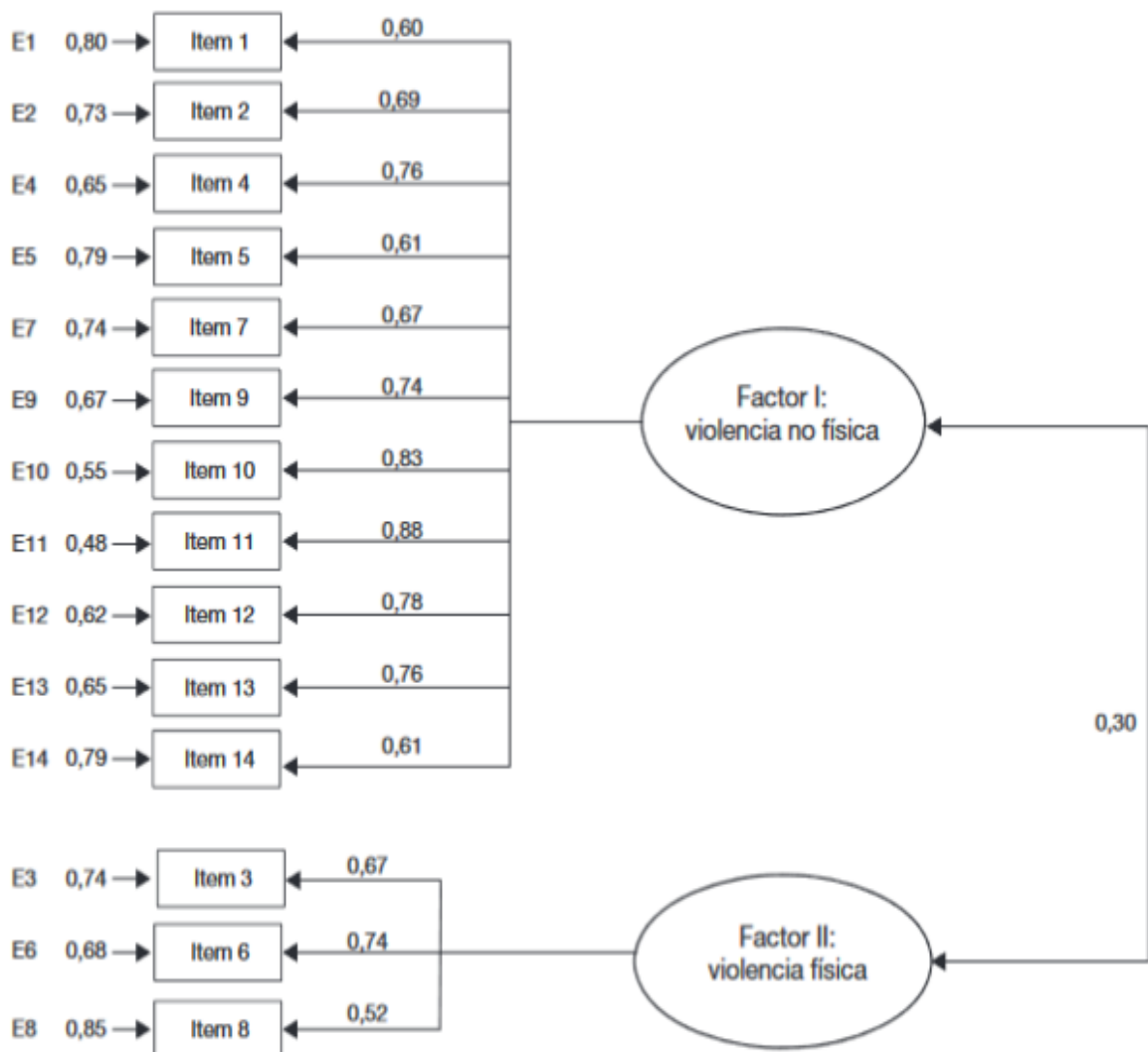
**Tabla 3, Matriz de componentes rotados y varianza explicada de los factores de la HABS-U-PHC**

<b>Ítem</b>	<b>Factor I: Violencia no física</b>	<b>Factor II: Violencia física</b>
1. Los usuarios me expresan su enfado elevando la voz o quejándose	,87	
2. Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio	,81	
3. Los usuarios interrumpen mi trabajo con malas formas	,78	
4. Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones	,76	
5. Los usuarios me amenazan si no se cumplen sus expectativas (recetas, análisis,...)	,74	
6. Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial	,74	
7. Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia	,69	
8. Los usuarios se enfadan conmigo por la falta de información	,64	
9. Los usuarios se enfadan conmigo porque creen que empleo más tiempo en el resto de usuarios	,60	
10. Los usuarios cuestionan mis decisiones	,60	
11. Los usuarios me hacen bromas irónicas	,59	
12. Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme		,83
13. Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil		,58
14. Los usuarios muestran su enfado contra mí destruyendo puertas, cristales, paredes,...		,50
Varianza explicada (%)	40,61	10,59



Para verificar la estructura factorial obtenida se realizó un análisis factorial confirmatorio. Tal y como se observa en la Figura 3, dicho análisis apoyó el modelo de dos factores, los cuales fueron identificados por el análisis factorial exploratorio.

Los valores de los índices de ajuste calculados han obtenido valores adecuados (Bentler, 1990): chi-cuadrado de Satorra-Bentler= 207,47 (gl= 76;  $p < ,001$ ); AGFI= ,90, CFI= ,91, NFI= ,90 y TLI= ,91, SRMR= ,05 y, por último, RMSEA= ,05 (IC al 95%= ,04 - ,06).



**Figura 3, Análisis factorial confirmatorio**

Se examinó la fiabilidad de la escala y de sus dimensiones, calculando su consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. El valor de alfa de Cronbach (ver tabla 4) para la escala en general fue de ,91, de ,92 para el factor de Violencia no física y de ,68 para Violencia física.

**Tabla 4, Valores de alfa de Cronbach para la HABS-U-PHC y sus factores**

<b>HABS-U-PHC</b>	<b>Factor I Violencia no física</b>	<b>Factor II Violencia física</b>
$\alpha = ,911$	$\alpha = ,922$	$\alpha = ,684$

En la tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos de los ítems. Se puede comprobar que los ítems que corresponden a la subescala de Violencia no física obtienen correlaciones ítem-total corregidas adecuadas, sin embargo, los ítems de la subescala de Violencia física se separan ligeramente del criterio.

Igualmente se pueden observar los valores correspondientes al coeficiente de alfa de Cronbach si se eliminara cada elemento. Al comparar estos valores con el valor de alfa de Cronbach para la escala total ( $\alpha = ,91$ ) se observa que los resultados de las variaciones en este coeficiente no son significativas y, por ello, no se eliminó ningún ítem.

**Tabla 5, Estadísticos descriptivos de los ítems**

	<i>M</i> ( <i>DT</i> )	R IT-c	$\alpha$ sin ítem	Asimetría	Curtosis
<b>Violencia no física</b>					
Los usuarios cuestionan mis decisiones	2,89 (1,69)	,59	,90	0,51	-1,03
Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia	2,58 (1,64)	,68	,90	0,85	-0,49
Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones	2,01 (1,35)	,74	,90	1,54	1,58
Los usuarios me hacen bromas irónicas	1,95 (1,37)	,61	,90	1,58	1,52
Los usuarios se enfadan conmigo por la falta de información	1,76 (1,26)	,62	,90	1,87	2,72
Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial	2,80 (1,72)	,69	,90	0,63	-0,92
Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio	2,14 (1,46)	,79	,89	1,37	0,91
Los usuarios me expresan su enfado elevando la voz o quejándose	2,52 (1,55)	,82	,89	1,00	-0,10
Los usuarios interrumpen mi trabajo con malas formas	2,47 (1,57)	,72	,90	0,94	-0,31
Los usuarios me amenazan si no se cumplen sus expectativas (recetas, análisis,...)	1,94 (1,39)	,73	,90	1,63	1,75
Los usuarios se enfadan conmigo porque creen que empleo más tiempo en el resto de usuarios	1,92 (1,30)	,60	,90	1,57	1,75
<b>Violencia física</b>					
Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil	1,18 (0,57)	,29	,91	4,47	26,16
Los usuarios han llegado a empujarme, zarandarme o escupirme	1,08 (0,46)	,21	,91	7,33	60,74
Los usuarios muestran su enfado contra mi destruyendo puertas, cristales, paredes...	1,10 (0,47)	,17	,91	6,74	57,20

Nota. *M*=media; *DT*= Desviación típica; R IT-c: correlación ítem-total corregida;  $\alpha$  sin ítem= alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

Para evaluar la validez de constructo del instrumento de evaluación de la violencia de usuarios en AP, se realizó un análisis de correlación entre las dimensiones de la escala y otros constructos con los que se encuentran relacionadas teóricamente.

En la tabla 6 se muestran los valores de alfa de Cronbach para las escalas de validación utilizadas y los análisis de correlación obtenidos.

Los valores de alfa de Cronbach obtenidos para las escalas de validación utilizadas en este estudio son superiores a ,70 en su mayoría. De manera excepcional, el factor de la empatía Habilidad de ponerse en el lugar del otro obtiene una baja consistencia interna lo cual puede estar relacionado con las inconsistencias disponibles en la literatura actual acerca de la estructura factorial de la escala de empatía. Igualmente, el factor Cuidado con compasión y Satisfacción extrínseca obtienen valores muy cercanos a ,70.

La escala en general (*HABS-U-PHC*) presenta correlaciones significativas con el resto de escalas y subescalas utilizadas para analizar su validez de criterio.

Concretando, el factor I Violencia no física se relaciona significativamente y de forma negativa con satisfacción laboral ( $r = -,34; p < ,01$ ) y con sus dos subescalas, y con los factores de empatía. De manera positiva se relaciona con dos dimensiones del Burnout y con GHQ total y sus subescalas.

En cuanto al factor II Violencia física se relaciona de manera muy significativa y negativamente con los factores Satisfacción intrínseca ( $r = -,14; p < ,01$ ) y Toma de perspectiva ( $r = -,13; p < ,01$ ) y positivamente con dos dimensiones del Burnout.

**Tabla 6, Correlaciones de Pearson entre la *HABS-U-PHC* y sus factores con otros constructos**

<b>Variable</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b><i>HABS-U-PHC</i></b>	<b>Factor I: Violencia no física</b>	<b>Factor II: Violencia física</b>
Satisfacción total	,876	- ,340**	- ,340**	- ,119*
Satisfacción extrínseca	,689	- ,277**	- ,278**	- ,080
Satisfacción intrínseca	,843	- ,350**	- ,349**	- ,135**
Empatía				
Toma de perspectiva	,798	- ,156**	- ,140**	- ,130**
Cuidado con compasión	,697	- ,125**	- ,127**	- ,076
Habilidad de ponerse en el lugar del otro	,469	- ,107*	- ,114*	- ,014
Burnout				
MBI-Agotamiento emocional	,899	,341**	,328**	,135**
MBI-Despersonalización	,765	,223**	,224**	,144**
MBI-Eficacia profesional	,731	- ,087*	- ,080	- ,082
GHQ	,939	,344**	,344**	,069
GHQ-Somatización	,881	,345**	,345**	,100*
GHQ-Ansiedad e insomnio	,909	,328**	,326**	,074
GHQ-Disfunción social	,758	,169**	,178**	,000
GHQ-Depresión	,902	,233**	,227**	,057

Nota. \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ .

### 3.3 Análisis de la frecuencia de exposición a violencia de usuarios en AP

Analizando la prevalencia anual de la violencia laboral (ver tabla 7), se ha obtenido que el 90,2% de los profesionales de AP han estado expuestos a algún tipo de violencia por parte de los usuarios. Concretamente, el 90,1% de los profesionales refirió al menos uno de los indicadores de violencia no física de la escala, con una frecuencia mínima anual; y respecto a la violencia física, la prevalencia fue del 17,3%.

**Tabla 7, Prevalencia de violencia de usuarios y de sus dos factores**

	<b>Nunca (%)</b>	<b>En el último año (%)</b>
<b>HABS-U-PHC</b>	9,8	90,2
<b>Factor I Violencia no física</b>	9,9	90,1
<b>Factor II Violencia física</b>	82,7	17,3

Como se puede observar en la tabla 8, los indicadores de violencia no física más frecuentes (al menos mensual) fueron, en primer lugar, "los pacientes cuestionan mis decisiones" en un 34,9% de los participantes, y, en segundo, "enfados por la demora asistencial" por un 32,1%. Los indicadores de este factor que han sido menos referidos por los profesionales de AP son los "enfados por la falta de información" y las "amenazas. El 61,8% y el 54,5%, respectivamente, de los profesionales no han estado expuestos nunca a esos indicadores de violencia no física.

**Tabla 8, Frecuencia de exposición a los indicadores de violencia de usuarios**

	<b>N</b> n (%)	<b>A</b> n (%)	<b>T</b> n (%)	<b>M</b> n (%)	<b>S</b> n (%)	<b>D</b> n (%)
<b>Violencia no física</b>						
Cuestionar las decisiones	155 (27,4)	134 (23,7)	80 (14,1)	74 (13,1)	62 (11)	61 (10,8)
Enfadados exagerados por minucia	192 (34)	147 (26)	81 (14,3)	49 (8,7)	42 (7,4)	54 (9,6)
Acusaciones injustificadas	268 (47,3)	174 (30,7)	51 (9)	19 (3,4)	34 (6)	21 (3,7)
Bromas irónicas	301 (53,1)	149 (26,3)	35 (6,2)	29 (5,1)	33 (5,8)	20 (3,5)
Enfadados por la falta de información	353 (61,8)	121 (21,2)	31 (5,4)	27 (4,7)	24 (4,2)	15 (2,6)
Enfadados por demora asistencial	169 (29,7)	145 (25,5)	72 (12,7)	64 (11,2)	50 (8,8)	69 (12,1)
Malas caras o miradas de desprecio	257 (45,2)	161 (28,3)	60 (10,5)	28 (4,9)	30 (5,3)	33 (5,8)
Elevan la voz o se quejan	164 (29,2)	201 (35,8)	71 (12,6)	37 (6,6)	45 (8)	44 (7,8)
Interrupciones con malas formas	194 (34,8)	164 (29,4)	70 (12,6)	38 (6,8)	55 (9,9)	36 (6,5)
Amenazas	309 (54,5)	137 (24,2)	43 (7,6)	28 (4,9)	24 (4,2)	26 (4,6)
Enfadados por emplear tiempo en otros pacientes	303 (53,3)	140 (24,6)	53 (9,3)	33 (5,8)	23 (4)	17 (3)
<b>Violencia Física</b>						
Sujeciones hostiles	492 (86,5)	59 (10,4)	12 (2,1)	2 (0,4)	2 (0,4)	2 (0,4)
Empujones, zarandeos,...	538 (94,7)	23 (4)	1 (0,2)	1 (0,2)	4 (0,7)	1 (0,2)
Destrucción de puertas, cristales,...	524 (91,9)	39 (6,8)	3 (0,5)		2 (0,4)	2 (0,4)

*Nota.* (N)=Nunca; (A)=Anualmente; (T)=Trimestralmente; (M)=Mensualmente; (S)=Semanalmente; (D)= Diariamente.

Respecto a los indicadores de violencia física, su frecuencia es mucho menor. Los indicadores menos habituales han sido los “empujones y zarandeos” y la “destrucción de puertas y cristales” (en el último año, 5,3% y 8,1%, respectivamente).

### **3.4 Análisis de la relación entre variables sociodemográficas y laborales con violencia de usuarios**

Para responder al objetivo número 3, se realizaron análisis para comprobar qué variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de AP se relacionaban con una mayor exposición a violencia de usuarios y, así, establecer un perfil del profesional de AP más expuesto a este fenómeno.

Considerando las variables sociodemográficas estudiadas, se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre el factor de Violencia no física y las variables de sexo y edad. Las mujeres han presentado puntuaciones significativamente más altas que los hombres (ver tabla 9) y la edad se correlaciona de manera significativa y negativamente con Violencia no física ( $r = -,14$ ;  $p = ,001$ ), es decir, los profesionales más jóvenes presentan una mayor exposición.

Con el factor Violencia física no se han encontrado diferencias significativas al relacionarlo con las variables sociodemográficas.



**Tabla 9, Relación entre el sexo y ambos factores de la violencia de usuarios**

	<b>Sexo</b>	<b>M (DT)</b>	<b>t (sig.)</b>
<b>Violencia no física</b>	Hombre	2,05 (0,90)	-3,34 ( ,001)
	Mujer	2,41 (1,25)	
<b>Violencia física</b>	Hombre	1,14 (0,39)	0,10 ( ,913)
	Mujer	1,13 (0,47)	

Respecto a las variables laborales, se encuentran diferencias significativas entre Violencia no física y los años de antigüedad en la profesión ( $r = -,18$ ;  $p < ,000$ ). En este sentido, los profesionales con menor antigüedad en la profesión han presentado mayores puntuaciones en Violencia no física.

Debido a la relación existente entre las variables de edad y años de antigüedad en la profesión, se estudió el posible anidamiento de las mismas incluyéndolas conjuntamente en un modelo de regresión sobre Violencia no física. Los resultados muestran que únicamente la antigüedad en la profesión mantiene su relación significativa con Violencia no física ( $t = -2,45$ ;  $p = ,015$ ).

Teniendo en cuenta la variable formación continuada, se obtiene que los profesionales que no realizan formación presentan puntuaciones más altas en Violencia no física ( $t_{(505)} = -3,49$ ;  $p = ,001$ ).

En cuanto al tipo de contrato y la antigüedad en el puesto de trabajo, no se observan relaciones significativas con la violencia de los usuarios. Tampoco se encuentran diferencias significativas en ninguno de los dos factores de la violencia de los usuarios en el caso de la variable baja en los últimos 12 meses.

### 3.5 Análisis de la exposición a violencia de usuarios según los grupos profesionales en AP

Para responder al objetivo 4, se han realizado análisis para examinar si existen diferencias significativas en la exposición a violencia de usuarios según los diferentes grupos profesionales de AP.

En este sentido, se ha obtenido que, en cuanto a la exposición a violencia no física, los tres grupos profesionales presentan diferencias estadísticamente significativas entre sí, siendo el personal no sanitario el que obtiene una puntuación media mayor y el personal de enfermería el que obtiene la puntuación media menor.

Al examinar los diferentes indicadores que forman parte del factor de Violencia no física (ver tabla 10), se ha encontrado que en los ítems referentes a "enfados exagerados por cualquier minucia" (*Brown-Forsythe'*  $F_{(2, 396,79)} = 25,48; p < ,001$ ), "acusaciones injustificadas" (*Brown-Forsythe'*  $F_{(2, 288,69)} = 44,38; p < ,001$ ), "malas caras o miradas de desprecio" (*Brown-Forsythe'*  $F_{(2, 305,77)} = 47,31; p < ,001$ ), "elevan la voz o se quejan" (*Brown-Forsythe'*  $F_{(2, 361,97)} = 76,26; p < ,001$ ) y "amenazas" (*Brown-Forsythe'*  $F_{(2, 314,54)} = 32,20; p < ,001$ ) los tres grupos profesionales presentan diferencias significativas entre sí, siendo el personal de enfermería el que presenta menor media en todos los ítems referidos.

En los ítems relativos a "bromas irónicas" (*Brown-Forsythe'*  $F_{(2, 375,51)} = 10,12; p < ,001$ ), "enfados por la falta de información" (*Brown-Forsythe'*  $F_{(2, 297,15)} = 37,14; p < ,001$ ), "enfados por la demora asistencial" (*Brown-Forsythe'*  $F_{(2, 404,37)} = 45,81; p < ,001$ ) e "interrupciones con malas formas" (*Brown-Forsythe'*  $F_{(2, 404,37)} = 45,81, p < ,001$ ) es el personal no sanitario el que presenta

diferencias significativas con el resto de grupos profesionales, obteniendo puntuaciones medias mayores.

**Tabla 10, Relación entre los grupos profesionales y la exposición a violencia**

	Personal Médico (A)		Personal de Enfermería (B)		Personal no sanitario (C)		$F_{(gl1,gl2)}$	Games – Howell
	<i>M</i> (DT)	IC 95%	<i>M</i> (DT)	IC 95%	<i>M</i> (DT)	IC 95%		
<b>Violencia no física</b>	<b>2,21</b> (0,95)	<b>2,08-2,34</b>	<b>1,85</b> (0,80)	<b>1,73-1,96</b>	<b>3,05</b> (1,47)	<b>2,79-3,30</b>	<b>49,94</b> (2, 295,59)***	<b>B-A-C</b>
Cuestionar las decisiones	3,26 (1,59)	3,05-3,47	2,11 (1,26)	1,94-2,29	3,36 (1,96)	3,04-3,69	32,66(2, 398,62)***	B-AC
Enfadados exagerados por minucia	2,62 (1,49)	2,42-2,82	2,01 (1,33)	1,82-2,20	3,29 (1,95)	2,97-3,62	25,48(2, 396,79)***	B-A-C
Acusaciones injustificadas	1,83 (0,99)	1,70-1,96	1,56 (0,95)	1,42-1,69	2,90 (1,82)	2,60-3,20	44,38(2, 288,69)***	B-A-C
Bromas irónicas	1,77 (1,11)	1,62-1,92	1,79 (1,23)	1,61-1,96	2,39 (1,72)	2,11-2,67	10,12(2, 375,51)***	AB-C
Enfadados por la falta de información	1,47 (0,86)	1,35-1,58	1,51 (0,98)	1,37-1,64	2,54 (1,76)	2,26-2,82	37,14(2, 297,15)***	AB-C
Enfadados por demora asistencial	2,55 (1,44)	2,36-2,74	2,23 (1,40)	2,03-2,43	3,88 (1,97)	3,56-4,21	45,81(2, 404,37)***	BA-C
Malas caras o miradas de desprecio	1,93 (1,12)	1,78-2,08	1,64 (0,98)	1,50-1,78	3,10 (1,91)	2,79-3,42	47,31(2, 305,77)***	B-A-C
Elevan la voz o se quejan	2,20 (1,19)	2,05-2,36	1,93 (1,14)	1,77-2,09	3,75 (1,76)	3,46-4,04	76,26(2, 361,97)***	B-A-C
Interrupciones con malas formas	2,23 (1,29)	2,05-2,40	1,97 (1,30)	1,78-2,15	3,40 (1,77)	3,11-3,70	41,26(2, 394,99)***	BA-C
Amenazas	1,83 (1,10)	1,68-1,97	1,47 (0,99)	1,33-1,62	2,68 (1,81)	2,38-2,98	32,20(2, 314,54)***	B-A-C
Enfadados por emplear más tiempo en otros pacientes	1,96 (1,27)	1,79-2,12	1,64 (1,06)	1,49-1,79	2,19 (1,55)	1,94-2,45	7,40(2, 416,08)**	B-AC
<b>Violencia física</b>	<b>1,14</b> (0,44)	<b>1,08-1,20</b>	<b>1,08</b> (0,28)	<b>1,04-1,12</b>	<b>1,21</b> (0,45)	<b>1,10-1,17</b>	<b>3,27</b> (2, 328,74)	
Sujeciones hostiles	1,18 (0,46)	1,12-1,24	1,13 (0,51)	1,06-1,21	1,27 (0,77)	1,14-1,39	2,06(2, 349,92)	
Empujones, zarandeos,...	1,05 (0,24)	1,02-1,08	1,06 (0,34)	1,01-1,11	1,18 (0,76)	1,06-1,31	3,49(2, 223,47)	
Destrucción de puertas, cristales,...	1,13 (0,52)	1,06-1,19	1,05 (0,21)	1,02-1,08	1,16 (0,61)	1,06-1,26	2,68(2, 338,64)	

*Nota.* *M*: media; *DT*: desviación típica; *IC*: intervalo de confianza; \*\* $p < ,01$ , \*\*\* $p < ,001$ ; Games-Howell (prueba post-hoc).

En los ítems "cuestionar las decisiones" (Brown-Forsythe'  $F(2, 398,62) = 32,66$ ;  $p < ,001$ ) y "enfados por emplear más tiempo en otros pacientes" (Brown-Forsythe'  $F(2, 416,08) = 7,40$ ;  $p < ,01$ ) los médicos y el personal no sanitario obtienen puntuaciones significativamente mayores que el personal de enfermería.

Respecto a la exposición a violencia física (ver tabla 10), no se han obtenido diferencias significativas entre los diferentes grupos profesionales de AP. Igualmente, al examinar los diferentes indicadores que forman parte de este factor, tampoco se han obtenido diferencias estadísticamente significativas.

### **3.6 Análisis de la relación entre la exposición a violencia y el síndrome de *Burnout***

Para responder al objetivo 5, se analizó si existía relación entre la exposición a violencia de usuarios y el síndrome de *Burnout* calculando el coeficiente de correlación de Pearson.

En la tabla 11, se muestran los valores obtenidos. Se puede comprobar que la escala general presenta relaciones lineales con las tres dimensiones del *Burnout*, de manera positiva con Agotamiento emocional ( $r = ,34$ ;  $p < ,001$ ) y Despersonalización ( $r = ,22$ ;  $p < ,001$ ) y de manera negativa con la dimensión Eficacia profesional ( $r = -,09$ ;  $p < ,05$ ).

Tabla 11, Correlación de Pearson entre HABS-U-PHC y sus factores con las dimensiones del Burnout

		<i>HABS-U-PHC</i>	<b>Factor I</b> Violencia no física	<b>Factor II</b> Violencia física
<b>Dimensiones del Burnout</b>	<b>Agotamiento emocional</b>	,341**	,328**	,135**
	<b>Despersonalización</b>	,223**	,224**	,144**
	<b>Eficacia profesional</b>	-,087*	-,080	-,082

Nota: \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,001$ .

El factor Violencia no física obtiene correlaciones significativas ( $p < ,001$ ) de manera directa con las dimensiones Agotamiento emocional ( $r = ,33$ ) y Despersonalización ( $r = ,22$ ); y, en cuanto al factor Violencia no física, se obtienen correlaciones significativas ( $p < ,001$ ) y positivas con Agotamiento emocional ( $r = ,14$ ) y Despersonalización ( $r = ,14$ ).

### 3.7 Análisis del impacto de la violencia de usuarios, la satisfacción laboral y la empatía sobre el bienestar psicológico

Para evaluar si la violencia de usuarios, la satisfacción laboral y la empatía tenían impacto sobre el bienestar psicológico de los trabajadores de AP y responder, así, al objetivo 6, se llevó a cabo una regresión lineal múltiple, atendiendo a los diferentes estamentos profesionales.

Para ello, previamente, se estudió, teniendo en cuenta los diferentes grupos profesionales, la relación lineal entre GHQ total y el resto de variables a estudio, mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson.

Debido a que el factor de la empatía Habilidad de ponerse en el lugar del otro ha obtenido una baja consistencia interna en este estudio, no se utilizó, a efectos estadísticos, para llevar a cabo los siguientes análisis.

En la tabla 12 se muestran los valores de los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos. Se puede comprobar que las puntuaciones de GHQ total en el personal médico se relacionan con Violencia no física ( $r = ,40$ ;  $p < ,001$ ), Cuidado con compasión ( $r = ,16$ ;  $p < ,05$ ) y Satisfacción extrínseca ( $r = -,25$ ;  $p < ,001$ ) e intrínseca ( $r = -,34$ ;  $p < ,001$ ).

En el caso del personal de enfermería, las puntuaciones de GHQ total correlacionan de manera significativa con todas las variables estudiadas, positiva con Violencia no física ( $r = ,37$ ;  $p < ,001$ ) y Violencia física ( $r = ,21$ ;  $p < ,001$ ); y con el factor de la empatía Cuidado con compasión ( $r = ,17$ ;  $p < ,05$ ); y negativa con las subescalas de satisfacción extrínseca ( $r = -,29$ ;  $p < ,001$ ), satisfacción intrínseca ( $r = -,29$ ;  $p < ,001$ ) y Toma de perspectiva ( $r = -,18$ ;  $p < ,05$ ).

Finalmente, en el personal no sanitario, las puntuaciones de GHQ total se relacionan positivamente con Violencia no física ( $r = ,26$ ;  $p < ,001$ ) y negativamente con Satisfacción extrínseca ( $r = -,46$ ;  $p < ,001$ ) e intrínseca ( $r = -,37$ ;  $p < ,001$ ).

**Tabla 12, Fiabilidad y correlación de Pearson entre las variables, según grupo profesional**

Variables	1	2	3	4	5	6	7
<b>1. GHQ total</b>	<b>,93</b>						
<b>2. Violencia no física</b>	,40**(A) ,37**(B) ,26**(C)	<b>,92</b>					
<b>3. Violencia física</b>	,01 (A) ,21**(B) ,03(C)	,20**(A) ,24**(B) ,24**(C)	<b>,68</b>				
<b>4. Satisfacción Extrínseca</b>	-,25**(A) ,29**(B) ,46**(C)	-,19**(A) ,28**(B) ,29**(C)	-,09(A) ,10(B) ,03(C)	<b>,68</b>			
<b>5. Satisfacción Intrínseca</b>	-,34**(A) ,29**(B) ,37**(C)	-,30**(A) ,27**(B) ,29**(C)	-,13(A) ,09(B) ,10(C)	,74**(A) ,78**(B) ,80**(C)	<b>,84</b>		
<b>6. Toma de perspectiva</b>	-,04(A) ,18*(B) ,10(C)	-,15*(A) ,06(B) ,10(C)	-,01(A) ,21**(B) ,18(C)	,07(A) ,05(B) ,06(C)	,13(A) ,10(B) ,03(C)	<b>,79</b>	
<b>7. Cuidado con compasión</b>	,16*(A) ,17*(B) ,02(C)	,10(A) ,09(B) ,04(C)	,09(A) ,12(B) ,01(C)	-,01(A) ,04(B) ,02(C)	-,03(A) ,08(B) ,02(C)	-,51**(A) ,35**(B) ,47**(C)	<b>,69</b>

Nota. (A)= Personal médico; (B)= Personal de enfermería; y (C)= Personal no sanitario. \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,001$

Una vez conocidas las variables que se relacionan con las puntuaciones de GHQ total, se procedió a realizar los diferentes análisis de regresión lineal múltiple mediante el método de pasos sucesivos, teniendo en cuenta las variables que mostraron significación estadística en cada grupo profesional (ver tabla 13).

En el caso del personal médico, el modelo resultante incluye las variables de Violencia no física ( $\beta = ,29$ ;  $p < ,000$ ), Satisfacción intrínseca ( $\beta = -,29$ ;  $p < ,000$ ) y Cuidado con compasión ( $\beta = ,16$ ;  $p = ,020$ ), con una varianza explicada del 24,3%.

**Tabla 13, Modelos de regresión lineal para predecir GHQ total según cada grupo profesional**

Grupo profesional	Variables predictoras	Coeficientes de regresión				Bondad de ajuste			ANOVA
		<i>B</i>	<i>S</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup> <i>corregida</i>	<i>S<sub>e</sub></i>	<i>F</i>
<b>Personal médico</b>	Constante	66,63	7,96		8,38***	,51	,24	9,44	18,36***
	Violencia no física	3,39	,84	,29	4,06***				
	Satisfacción Intrínseca	-,40	,10	-,29	-4,05***				
	Cuidado con compasión	,38	,16	,16	2,35*				
<b>Personal de enfermería</b>	Constante	64,53	6,90		9,36***	,51	,25	9,22	14,18***
	Violencia no física	4,18	1,02	,33	4,11***				
	Satisfacción Intrínseca	-,39	,12	-,26	-3,14**				
	Toma de perspectiva	-,23	,09	-,19	-2,48*				
<b>Personal no sanitario</b>	Constante	71,51	3,87		18,47***	,49	,23	11,28	32,06***
	Satisfacción Extrínseca	-,80	,14	-,49	-5,66***				

Nota. *B* (coeficiente de regresión no normalizado); *S* (error estándar);  $\beta$  (coeficiente de regresión estandarizado); *R* (coeficiente de correlación múltiple); *R*<sup>2</sup> (coeficiente de determinación); *S<sub>e</sub>* (error estándar de estimación). \**p*<.05; \*\**p*<.01; \*\*\**p*<.001

En el caso del personal de enfermería, el modelo final selecciona Violencia no física ( $\beta = ,33$ ; *p* < ,001), Satisfacción intrínseca ( $\beta = -,26$ ; *p* = ,002) y Toma de perspectiva ( $\beta = -,20$ ; *p* = ,015), con una varianza explicada del 24,5%.

En cuanto al personal no sanitario, únicamente resulta significativa Satisfacción extrínseca ( $\beta = -,49$ ; *p* < ,001), explicando el 23,2% de la varianza.







## Capítulo 4

# *Discusión y conclusiones*



## 4.1 Discusión General

La presente tesis se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio cuyo objetivo es analizar la violencia de los usuarios hacia profesionales sanitarios de distintos ámbitos asistenciales mediante el desarrollo de diferentes instrumentos específicos de cada ámbito.

En esta tesis nos centramos en la violencia ejercida en el ámbito de AP para lo cual se adaptó la *HABS-U*, desarrollada para el estudio de la violencia de usuarios hacia profesionales de enfermería del ámbito hospitalario, al sector de AP (*HABS-U-PHC*, de Ruiz-Hernández et al., 2016). La aplicación de la escala original obtuvo resultados altamente satisfactorios y demostró su eficacia en el ámbito de la atención especializada de salud, de manera que, mediante la revisión de lo que los profesionales de AP experimentaban en su lugar de trabajo respecto a las situaciones conflictivas, se realizó una adaptación de dicha escala y, en este estudio, se ha realizado un análisis de sus propiedades psicométricas.

El instrumento obtenido evalúa los comportamientos hostiles de baja y media intensidad de los usuarios hacia los profesionales de AP. Está formado por 14 ítems que se distribuyen en dos factores: Violencia no física que está compuesto por 11 ítems y presenta un valor de  $\alpha$  de Cronbach de ,92; y Violencia física que está constituido por 3 ítems con un  $\alpha$  de Cronbach de ,68. Esta adaptación ha coincidido en su estructura factorial con la escala original (*HABS-U*, Waschler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y García-Izquierdo, 2013) y con la adaptación realizada con profesionales de Salud Mental (*Healthcare-workers' Aggressive Behaviour Scale- Users- Version Mental Health [HABS-U-MH]*, Sánchez-Muñoz, s.f.).

En ambas adaptaciones aparecen un cuerpo de ítems comunes de la escala original y, según su aplicación, surgen nuevos ítems característicos de cada ámbito, desarrollados a partir de las entrevistas en profundidad realizadas a los diferentes profesionales.

La escala original tiene diez ítems: siete ítems de Violencia no física con un  $\alpha$  de Cronbach de ,85 y tres ítems de Violencia física con un  $\alpha$  de Cronbach de ,74. En la adaptación a AP, el factor Violencia no física incluye cuatro ítems nuevos y presenta mayor consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach de ,92), sin embargo en la adaptación a Salud Mental está compuesto solamente por seis ítems ( $\alpha$  de Cronbach de ,89).

Respecto al factor Violencia física, la adaptación a AP conserva los tres ítems de la escala original aunque presenta una moderada consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach de ,68). Debemos tener en cuenta que esta propiedad se encuentra condicionada por el escaso número de ítems que forman parte de este factor y lo inusual de este tipo de conductas. Por este motivo, en futuros trabajos, se explorará la inclusión de nuevos ítems. En el caso de la adaptación realizada a Salud Mental, el factor Violencia física cuenta con un ítem adicional (*"Los usuarios me han agredido cuando intentaba evitar su autoagresión"*) lo cual le confiere una mayor consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach de ,89) respecto a los otros dos instrumentos (*Sánchez-Muñoz, s.f.*).

Como principales ventajas del instrumento analizado en esta investigación se destacan su brevedad para completarlo, su fácil aplicación e interpretación general y de los factores obtenidos. Igualmente, presenta unas propiedades psicométricas y estructura factorial adecuada, por lo que se puede afirmar que es útil para abordar la violencia de usuarios en el ámbito de AP.

Para analizar la validez de constructo de la escala *HABS-U-PHC*, se calcularon correlaciones con las escalas de validación utilizadas, obteniendo resultados concordantes con los encontrados en estudios previos. Aparecen correlaciones significativas y en el sentido esperado entre la *HABS-U-PHC* y sus factores y la satisfacción laboral, el *Burnout*, el bienestar psicológico y la empatía.

En cuanto a los resultados de la exposición a violencia laboral de los profesionales sanitarios, encontramos que los datos varían considerablemente debido a la diversidad de indicadores físicos y no físicos y de escalas utilizadas para evaluar este problema.

Tras la aplicación del instrumento de medida, se ha obtenido que la prevalencia anual de violencia de usuarios en general es del 90,2%; en el caso de los indicadores de la violencia no física, los profesionales han referido estar expuestos en el 90,1% de los casos y, respecto a la violencia física, hemos obtenido que el 17,3% de los participantes han estado expuestos en el último año. En general, nuestros resultados están en consonancia con los obtenidos en los estudios revisados donde se revelan altos índices de violencia laboral en relación al personal sanitario por parte de los usuarios, acompañantes o familiares (Rincón-del-Toro et al., 2016; Saveland et al., 2014; Tenório-Correia-da-Silva et al., 2015).

Coincidiendo con multitud de estudios previos (Tenório-Correia-da-Silva et al., 2015; El-Gilany et al., 2010; Fisekovic et al., 2015; Koritsas et al., 2007; Maestre et al., 2011; Roche, Diers, Duffield y Catling-Paull, 2010), se ha obtenido que los profesionales de AP están más expuestos a los indicadores de la violencia no física que a los de violencia física. En nuestro estudio, los profesionales han referido que los ítems de violencia más frecuentes son, en primer lugar, "*Los usuarios cuestionan mis decisiones*" apareciendo con una frecuencia al

menos mensual en el 34,9% de los participantes; y, en segundo, "*Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial*" referido con una frecuencia al menos mensual en el 32,1% de los participantes. Los indicadores menos habituales fueron los físicos como "empujones y zarandeos" y "destrucción de puertas y cristales" (en el último año, 5,3% y 8,1%, respectivamente) (Ver Anexo 1).

Comparando nuestros resultados con los obtenidos al aplicar la escala original (Galián-Muñoz et al., 2012), comprobamos que el ítem "*Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial*" también aparece como uno de los más frecuentes en el ámbito hospitalario, siendo en este caso, el que aparece en primer lugar, con una frecuencia al menos mensual en el 21,8% de los profesionales de enfermería. Sin embargo, el ítem "*Los usuarios cuestionan mis decisiones*" aparece, según su frecuencia mensual, en tercer lugar, referido por un 10,7% de los encuestados. Al igual que en nuestros resultados, las manifestaciones menos habituales fueron "los empujones y zarandeos" y "la destrucción de puertas y cristales", ya que sólo fueron referidos, en el último año, por un 9,9% y un 7,3% de los profesionales de enfermería, respectivamente.

Asimismo, al comparar nuestros resultados con los obtenidos en la *HABS-U-MH* (Sánchez-Muñoz, s.f.), evidenciamos que los profesionales de salud mental presentan puntuaciones medias mayores que los profesionales de AP en los indicadores de violencia física. Se pueden citar el ítem "*los usuarios han llegado a tocarme o sujetarme de manera hostil*" cuya puntuación media en profesionales de AP es de 1,18 (*D.T.*= 0,57) y asciende hasta 1,61 (*D.T.*= 1,14) en profesionales de salud mental; o "los empujones y zarandeos" que en AP obtienen una puntuación media de 1,08 (*D.T.*= 0,46) y en salud mental de 1,56 (*D.T.*= 1,06). Una posible explicación se fundamenta en el hecho de que los comportamientos violentos que implican



agresión física son más frecuentes en áreas de psiquiatría y salud mental, lo cual ha sido recogido en estudios previos (Galián-Muñoz et al., 2012; Kelly et al., 2015; Llor-Esteban et al., 2016; Spector, Zhou y Che, 2014).

Haciendo alusión a las características sociodemográficas y laborales de los profesionales de AP, en este estudio se han hallado diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de exposición a la violencia de usuarios.

De entre las variables sociodemográficas analizadas, se ha obtenido que las mujeres presentan una mayor exposición a Violencia no física que los hombres, aunque en la literatura consultada no hay homogeneidad en cuanto a estos resultados. Por un lado, existen estudios (Joa y Morken, 2012; Llor-Esteban et al., 2016) que señalan que los profesionales hombres son más vulnerables a experimentar incidentes violentos de tipo físico, posiblemente porque los hombres se sienten menos intimidados y menos temerosos y, por lo tanto, se exponen más a comportamientos violentos (Jansen, Middel, Dassen y Menno, 2006). Alternativamente, en otros estudios (Fute et al., 2015; Ortells et al., 2013) se observa una mayor exposición a la violencia de los usuarios en las mujeres, generalmente de tipo no físico, las cuales pueden ser vistas como objetivos más fáciles de violencia (Koritsas et al., 2007). En otros estudios llevados a cabo en diferentes ámbitos sanitarios (Fisekovic-Kremic, Terzic-Supic, Santric-Milicevic y Trajkovic, 2017; Galián-Muñoz et al., 2014), no se han obtenido diferencias significativas en la exposición a violencia de usuarios en relación al género de los profesionales. Las contradicciones en los resultados expuestos se pueden deber a las diferencias en los contextos socioculturales en donde se han llevado a cabo los estudios.

Respecto a la edad, existe controversia en la literatura consultada dado que algunos estudios señalan que no existe relación entre la edad y la exposición a episodios violentos por parte de los pacientes (Anderson y Parish, 2003; Fisekovic et al., 2015) y otros establecen que existe una relación inversa entre ambas variables (Lawoko, Soares y Nolan, 2004; Llor-Esteban et al., 2016; Thomas et al., 2006; Tiruneh et al., 2016).

En nuestro estudio, inicialmente, se ha obtenido una asociación estadísticamente significativa con la Violencia no física, de manera que, a menor edad de los profesionales mayor era el riesgo de exposición a violencia no física. Sin embargo, debido a la estrecha relación que, generalmente, existe entre las variables de edad y antigüedad en la profesión, se estudió el posible anidamiento de las mismas incluyéndolas conjuntamente en un modelo de regresión sobre Violencia no física. Los resultados muestran que únicamente la antigüedad en la profesión mantiene su relación significativa con Violencia no física.

Centrándonos en las variables laborales, se ha identificado la antigüedad en la profesión como un factor de riesgo de la exposición a Violencia no física, coincidiendo con los resultados obtenidos por otros autores que han desarrollado investigaciones sobre este problema en el ámbito sanitario (Alameddine, Mourad y Dimassi, 2015; El-Gilany et al., 2010; Fute et al., 2015; Galián-Muñoz et al., 2012). En este sentido, los profesionales que tienen menos años de antigüedad en la profesión han obtenido mayores puntuaciones en Violencia no física. Existen varias explicaciones para este resultado. Por un lado, evidencia que cuanto menor es la experiencia de los profesionales, menos estrategias poseen para manejar situaciones conflictivas. Igualmente, se puede relacionar con la mayor tolerancia a los comportamientos violentos que muestran los profesionales con mayor

antigüedad, posiblemente por el desarrollo de una “sabiduría profesional” y por un aumento de la confianza en el trato con los pacientes agresivos (Whittington, 2002).

Asociada al punto anterior, también se ha hallado que no realizar formación continuada es un factor de riesgo de la exposición a comportamientos violentos de tipo de no físico. Una posible explicación para esto se basa en que los profesionales que realizan formación continuada disponen de mayores pautas de actuación para afrontar, mediar y resolver situaciones conflictivas con los usuarios que aquellos profesionales que no la realizan. Los programas de habilidades para mejorar la comunicación y la formación y capacitación en el manejo de situaciones difíciles con los pacientes han sido recogidos en diversos manuales de prevención de agresiones (Servicio Andaluz de Salud, 2004; Servicio Murciano de Salud, 2005) considerando que deben estar incluidos en los Planes de Formación Continuada puesto que pueden resultar útiles para disuadir una situación tensa con el paciente.

Otro hallazgo importante extraído de los resultados son las diferencias significativas en la percepción de Violencia no física según el grupo profesional de AP. En este estudio es el personal no sanitario el que ocupa un lugar destacado entre las profesiones más expuestas, seguido del personal médico y, en último lugar, se encuentran los profesionales de enfermería. Sin embargo, los hallazgos de este estudio no apoyan las conclusiones obtenidas en algunas investigaciones en las cuales se identifica al personal de enfermería como el grupo profesional que percibe mayores comportamientos violentos por parte de los pacientes (Fisekovic et al., 2015; Fisekovic et al., 2017; Joa y Morken, 2012). Una posible explicación a esta contradicción se basa en las características funcionales, estructurales y organizativas del ámbito de AP, en el cual, además, el problema de

la violencia de usuarios ha sido menos estudiado. Apoyando esta suposición encontramos un estudio (De-San-Segundo et al., 2016) que evalúa y compara las agresiones en atención especializada y en AP, en el cual se concluye que, en el ámbito de la atención especializada las agresiones son más frecuentes en el personal de enfermería y en auxiliares de enfermería. Sin embargo, en AP se identifican a los facultativos y al personal de administración como los estamentos profesionales que más agresiones reciben por parte de los pacientes (De-San-Segundo et al., 2016).

Igualmente, el estudio publicado por Rincón-del-Toro et al. (2016) obtuvieron que, de 1157 agresiones notificadas por profesionales de AP, el 53,06% fueron comunicadas por los médicos, el 24,37% por los auxiliares administrativos y, por último, el 17,63% fueron notificadas por enfermería. En conjunto, estos resultados pueden indicar que las categorías profesionales receptoras de episodios violentos por parte de los pacientes varían en función del nivel asistencial y que, independientemente del grupo profesional, es el trabajador que atiende en primera línea al usuario del sistema el receptor de los comportamientos violentos (Lameiro et al., 2013).

Resulta interesante, por tanto, abordar el problema de la violencia no física hacia el personal no sanitario de AP. Nos encontramos ante un colectivo situado, estructuralmente, en primera y última línea de contacto con los usuarios. Generalmente, realizan la mayor parte de su actividad en los mostradores de admisión, los cuales, siguiendo las recomendaciones de algunos protocolos de prevención de agresiones (Servicio Canario de la Salud; Servicio Murciano de Salud, 2005), tienen instalado algún sistema de protección como un cristal o ventanilla. Esta medida minimiza las agresiones físicas a este colectivo ya que es una barrera física que impide el contacto directo con el personal no sanitario, pero,

alternativamente, puede suponer un aumento de la violencia no física debido a que dificultan la comunicación entre el profesional y el usuario (Blanquer et al., 2003), obligando a elevar el tono de voz a ambos interlocutores lo cual puede desencadenar en una situación conflictiva. Magin, Joyce, Adams, Goode y Cotter (2009) realizaron una investigación cualitativa centrada en este colectivo en la cual se pone de manifiesto que los recepcionistas de AP están sometidos a una considerable frecuencia de violencia laboral, siendo más frecuente la violencia de tipo no físico. Esta conclusión concuerda con los datos obtenidos en el estudio de Chambers y Kelly (2006) donde el 99% de los recepcionistas en AP habían experimentado abusos verbales por parte de los pacientes.

En segundo lugar aparece el personal médico como el grupo profesional más expuesto, lo cual puede relacionarse con el tipo de actividad que desarrollan en el ámbito de estudio. En AP, los médicos son los encargados de gestionar la incapacidad temporal, la prescripción de medicamentos, la solicitud de pruebas complementarias, entre otros. En estudios que evalúan las causas de las agresiones protagonizadas por los usuarios (Derteano et al., 2015; Moreno et al., 2005; Morken, Alsaker y Johansen, 2016; Ortells et al., 2013) se identifica, por ejemplo, que la disconformidad con alguna de las actuaciones citadas puede ser desencadenante de comportamiento violentos por parte de los usuarios (Rincón del-Toro et al., 2016).

Centrándonos en las posibles consecuencias psicológicas, se analizó la relación entre la violencia de los usuarios y el síndrome de *Burnout*.

Los datos obtenidos muestran una asociación estadísticamente significativa entre la violencia laboral en general y las tres dimensiones del *Burnout*. En este sentido, los profesionales expuestos

a algún tipo de violencia presentan mayores niveles de Agotamiento emocional y Cinismo y menores niveles de Eficacia profesional. Atendiendo a la forma de manifestación, tanto Violencia no física como Violencia física se asocian con mayores niveles de Agotamiento Emocional y Cinismo, siendo este resultado acorde con los obtenidos en otros estudios (Erdur et al., 2015; Hanson, Perrin, Moss, Laharnar y Glass, 2015; Roldán et al., 2013).

Tras revisar la evidencia científica disponible, encontramos diversas explicaciones posibles para esta relación. Por un lado, hay autores que señalan que la exposición frecuente a comportamientos violentos de tipo no físico por parte de los pacientes supone un aumento en los niveles de Agotamiento emocional y de Cinismo (Alameddine et al., 2011; Estry-Behar et al., 2008; Merecz, Drabek y Mościcka, 2009) considerando, por tanto, que la violencia laboral es un importante factor de riesgo del desarrollo del síndrome de Burnout (Estry-Behar et al., 2008).

Alternativamente, Wittington (2002) sugiere que los profesionales que están emocionalmente agotados presentan dificultades para entender el punto de vista de los pacientes y para manejar adecuadamente los comportamientos agresivos lo cual puede suponer una agresión que vuelve a influir en el nivel de agotamiento emocional. Por este motivo, este autor considera que ambos conceptos mantienen una relación cíclica, donde el agotamiento emocional puede ser una consecuencia de la exposición a violencia o un factor de riesgo (Winstanley y Whittington, 2002).

Otro de los objetivos de esta tesis era analizar el impacto que la violencia de usuarios, la satisfacción laboral y la empatía tienen sobre el bienestar psicológico de los profesionales de AP. Los profesionales sanitarios realizan sus funciones asistenciales sometidos a varios

factores estresantes los cuales los hacen vulnerables de padecer afecciones psicológicas, comprometiendo su estado de salud mental. El clima organizacional, la carga de trabajo, el ambiente físico, la irritabilidad y otras reacciones de los usuarios, el grado de responsabilidad, la empatía de los trabajadores, entre otros, aparecen en la literatura como factores que pueden influir en el bienestar psicológico de los profesionales sanitarios (Arafa, Nazel, Ibrahim y Attia, 2003; Avendaño y Román, 2011; Geiger-Brown et al., 2004; Herrera y Cassals, 2005). Por este motivo se consideró importante analizar, en el personal de AP, qué variables de las estudiadas influían en su estado de salud mental, evaluado mediante el cuestionario GHQ-28 que incluye dimensiones como la sintomatología psicósomática, la ansiedad/ insomnio, la depresión y la disfunción social.

Así, se ha obtenido que, dependiendo del estamento profesional, unas u otras variables influyen en las puntuaciones de GHQ total.

Violencia no física aparece en el modelo obtenido para predecir las puntuaciones de GHQ total en el personal médico y en el personal de enfermería. En este sentido, una elevada exposición a violencia no física de los usuarios repercute en los niveles de GHQ total de médicos y enfermeros, suponiendo una disminución o empeoramiento de su bienestar psicológico. Este hallazgo apoya la investigación previa, donde se establece una relación entre los comportamientos violentos de los pacientes y el bienestar psicológico de los profesionales afectados (Galián-Muñoz et al., 2014; Martínez-Jarreta et al., 2007; Zafar, Khan, Siddiqui, Jamali y Razzak, 2016; Waschler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y García-Izquierdo, 2013). Gerberich et al. (2004) identificó que las enfermeras que habían estado expuestas a violencia no física presentaban mayores consecuencias psicológicas

(frustración, ira, depresión, miedo, ansiedad, ...) que las expuestas a violencia física.

El factor Satisfacción intrínseca, igualmente, aparece en el modelo resultante para predecir las puntuaciones de GHQ total en el personal médico y de enfermería. La satisfacción intrínseca aborda aspectos referentes al propio contenido del trabajo como pueden ser el reconocimiento obtenido por el trabajo, la responsabilidad asignada, la promoción profesional,... Según los hallazgos de este estudio, los médicos y enfermeros de AP consideran que sus puntuaciones de GHQ total están influenciadas por la satisfacción derivada del propio contenido de su trabajo, de manera que a menor satisfacción intrínseca menor bienestar psicológico. En este sentido, Quintero-Isaza, Biela, Barrera y Campo-Arias (2008), evaluaron la satisfacción laboral y los trastornos mentales en trabajadores de instituciones sanitarias, obteniendo que las puntuaciones en trastornos mentales comunes (evaluado por el GHQ-12) estaban inversamente correlacionadas con el nivel de satisfacción laboral manifestado por los trabajadores.

En cuanto a la empatía, el factor I (Toma de perspectiva) influye en las puntuaciones de Bienestar Psicológico (GHQ total) de los profesionales de enfermería de manera inversa; y el factor II (Cuidado con compasión), influye en las puntuaciones de GHQ total de los profesionales médicos de manera directa. La evidencia disponible sugiere que un factor importante para asegurar el bienestar psicológico es el establecimiento de buenas relaciones con los demás (Acun-Kapikiran, 2011; West y Shanafelt, 2007), mediante el desarrollo de habilidades empáticas que facilitarán el contacto interpersonal. Los resultados de este estudio indican que mayores puntuaciones en los factores de la empatía se relacionan con menores puntuaciones en la escala de GHQ total de médicos y enfermeros, es



decir, se puede considerar que una mayor empatía previene el malestar psicológico en estos profesionales de AP. Igualmente, Shanafelt et al. (2005), obtuvieron que mayores puntuaciones de empatía en médicos residentes se relacionan con mejor bienestar psicológico.

Finalmente, el modelo resultante para predecir las puntuaciones de GHQ total en el personal no sanitario es muy diferente al obtenido para el resto de categorías. En este caso, únicamente la satisfacción extrínseca aparece como factor predictor de las puntuaciones de GHQ, de manera que una menor puntuación en satisfacción extrínseca supone mayores niveles de malestar psicológico para este grupo profesional. A este respecto, varios autores (Cooper y Marshall 2013; Smith y Sainfort 1989) muestran que ciertas características del lugar de trabajo (un diseño inadecuado del entorno físico, un entorno hostil, mala relación con los superiores y/o compañeros, sobrecarga de trabajo,...) pueden provocar en el trabajador percepciones negativas, estrés psicológico y problemas de salud. Igualmente, resulta llamativo que, siendo el personal no sanitario el grupo profesional que ha percibido mayor violencia de los usuarios, esta variable no influye en sus puntuaciones de GHQ total. Es difícil explicar este resultado pero una posible interpretación se basa en el hecho de que, probablemente, estos profesionales se han familiarizado con la violencia no física de los usuarios incorporándola como parte de su trabajo.

## 4.2 Fortalezas y limitaciones del estudio

La metodología de campo empleada en el desarrollo de este estudio puede estar relacionada con la alta tasa de respuesta obtenida (85,7%). En esta investigación no se utilizó el procedimiento más tradicional de enviar los protocolos de investigación por correo (ordinario o electrónico) o dejarlos para que los profesionales los colocasen en una urna, sino que se realizaron varias visitas a cada uno de los centros de salud participantes para informar del estudio y para entregar y recoger los cuestionarios. De esta manera, los profesionales contaban con una persona que podía resolver posibles dudas derivadas de la cumplimentación de los cuestionarios y controlaba los protocolos de investigación que habían sido entregados y los que se recogían. Los cuestionarios se devolvían en un sobre cerrado.

Un aspecto fundamental del estudio es la muestra obtenida. Se han evaluado a 574 profesionales de 39 centros de AP distribuidos por toda el área geográfica de la Región de Murcia, incorporando a todos los estamentos profesionales de manera proporcionada. Como se ha descrito a lo largo de esta tesis, multitud de estudios (Alkorashy y Al Moalad, 2016; Jaradat et al., 2016; Needham, Abderhalden, Halfens, Fischer y Dassen, 2005; Saveland et al., 2014; Stevenson, Jack, O'Mara y LeGris, 2015) se centran únicamente en el análisis de la violencia de usuarios hacia un grupo profesional, generalmente personal de enfermería o médicos. Al considerar todas las categorías profesionales nos permite identificar realmente qué grupo es más vulnerable en AP, así como, establecer futuras pautas de prevención adaptadas a cada profesional.

Las limitaciones de esta tesis son las propias de los estudios retrospectivos. Nos basamos en la memoria de los participantes la

cual puede no ser precisa al intentar recordar eventos ocurridos anteriormente.

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

Igualmente, debemos tener en cuenta que la violencia no es un fenómeno objetivo y que los diferentes trabajadores pueden interpretarla de diversas maneras. En consecuencia, las experiencias o situaciones que implican conflicto interpersonal están envueltas en subjetividad.

La moderada fiabilidad obtenida para el factor Violencia física ( $\alpha = ,68$ ) se relaciona con el reducido número de ítems que forman parte de este factor (solamente 3 ítems). Por esta razón, en un futuro se valorará la inclusión de algún ítem adicional para intentar mitigar esta limitación. Del mismo modo, el escaso número de ítems que forman este factor y lo inusual de estas conductas parece estar relacionado con el hecho de que, en los diferentes resultados expuestos, mayormente se han detectado relaciones estadísticamente significativas cuando hablamos de violencia no física.

De igual manera, se ha obtenido una baja consistencia interna para el factor de la empatía "Habilidad de ponerse en el lugar del otro" ( $\alpha$  de Cronbach de ,47). Parece posible que este resultado se relacione con las inconsistencias disponibles en la literatura actual acerca de la estructura factorial de la *Jefferson Scale of Physician Empathy*, representada, en ocasiones, por solamente dos factores. Por este motivo, como propuesta para futuras investigaciones, se

plantea la evaluación de las propiedades psicométricas de dicha escala en los profesionales de AP.

A pesar de las limitaciones de esta investigación, los resultados ponen en evidencia que la violencia de usuarios no sigue una distribución homogénea ni entre los diferentes ámbitos asistenciales ni entre las diferentes categorías profesionales, poniendo de manifiesto la necesidad de desarrollar instrumentos específicos de cada ámbito para investigar de manera idónea este problema.

### **4.3 Implicaciones para la práctica**

El uso sistemático de la escala analizada de este estudio, dentro de la prevención de riesgos laborales, podría ser útil para la detección precoz de los comportamientos violentos de los pacientes, identificando tanto los centros como el grupo profesional que mayor riesgo presentan para poder establecer medidas preventivas adecuadas dirigidas a reducir las afectaciones psicológicas asociadas a la exposición continuada a situaciones de violencia.

Asimismo, este estudio pone de manifiesto la prevalencia de esta problemática junto con las posibles consecuencias derivadas de ella. Dar a conocer los resultados hallados podría servir para concienciar a los profesionales de que conductas agresivas de baja y media intensidad por parte de los pacientes son consideradas como manifestaciones de violencia y no como conductas que forman parte de la "cotidianidad" laboral. De esta manera se pretende animar a los profesionales a denunciar todo tipo de conductas agresivas de los pacientes y no sólo aquellas que suponen consecuencias físicas graves

pues así conoceremos realmente la magnitud de este riesgo psicosocial.

A nivel del establecimiento de salud, el ambiente laboral tiene repercusiones en la salud psicológica de los trabajadores lo cual va a influir en la prestación de los servicios sanitarios. Por tanto, se considera trascendental mejorar las condiciones laborales y mantener un ambiente libre de violencia para proporcionar un adecuado proceso de atención al paciente.

Finalmente, se considera de gran importancia continuar investigando sobre este problema, incorporando aspectos relacionados con las posibles causas de la violencia en el trabajo según el nivel asistencial y desarrollando estudios sobre violencia laboral que no sólo tengan en cuenta la visión del profesional, sino también la de los usuarios, ya que esto aportaría un nuevo enfoque, el de la denominada violencia institucional, que ayudaría en la toma de decisiones sobre el abordaje de esta problemática.

#### **4.4 Conclusiones**

Del estudio realizado sobre la violencia de usuarios hacia los profesionales de AP de la Región de Murcia se pueden extraer las siguientes conclusiones atendiendo a los objetivos planteados inicialmente:

1. La *HABS-U-PHC* muestra adecuadas propiedades psicométricas, es breve, fácil de aplicar e interpretar. En consonancia con otras investigaciones, ha mostrado correlaciones significativas con diferentes variables como

pueden ser la satisfacción laboral, el burnout, el bienestar psicológico y la empatía. Por ello, podemos afirmar que es útil para abordar la violencia de usuarios en el ámbito de AP.

2. La prevalencia de violencia total obtenida es del 90,2%, siendo del 90,1% para la violencia no física y del 17,3% para la violencia física. Los trabajadores de AP han referido que los comportamientos agresivos más frecuentes son los de tipo no físico como, por ejemplo, *“Los usuarios cuestionan mis decisiones”* o *“Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial”*. Los indicadores menos habituales han sido los físicos como *“empujones y zarandeos”* y *“destrucción de puertas y cristales”*.
3. La distribución del riesgo de violencia por parte de los usuarios no se distribuye de manera homogénea entre los profesionales de AP ya que hemos detectado que ciertas variables sociodemográficas y laborales influyen en su exposición a conductas violentas del usuario. En este sentido, los factores de riesgo relacionados con una mayor exposición a la violencia no física incluyen ser mujer, tener una menor antigüedad en la profesión y no realizar formación continuada.
4. En cuanto a la categoría profesional, se ha obtenido que el personal no sanitario es el que ha referido estar más expuesto a Violencia no física de los usuarios, seguido por el personal médico y, finalmente, el personal de enfermería.

5. Se ha comprobado que la exposición a manifestaciones tanto de violencia física como de no física, se correlacionan positivamente con el nivel de agotamiento emocional y despersonalización de los profesionales de AP.
  
6. Se evidencia, además, que la violencia de usuarios, la satisfacción laboral y la empatía de los profesionales influyen en sus puntuaciones de bienestar psicológico, aunque estas variables deben ser tomadas en consideración dependiendo de la categoría profesional de AP.





## ***Referencias***



- AbuAlRub, R. F. y Al-Asmar, A. H. (2011). Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(2), 157-165. doi: 10.1177/1043659610395769
- Acun-Kapikiran, N. (2011). Focus on Positive and Negative Information as the Mediator of the Relationship between Empathy Tendency Guilty and Psychological Well-Being in University Students. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 11(3), 1141-1147.
- Ahmad, M., Al-Rimawi, R., Masadeh, A. y Atoum, M. (2015). Workplace Violence by Patients and Their Families Against Nurses: Literature Review. *International Journal of Nursing and Health Science*, 2(4), 46-55.
- Alameddine, M., Kazzi, A., El-Jardali, F., Dimassi, H. y Maalouf, S. (2011). Occupational violence at Lebanese emergency departments: prevalence, characteristics and associated factors. *Journal of Occupational Health*, 53(6), 455-464. doi: 10.1539/joh.11-0102-OA
- Alameddine, M., Mourad, Y. y Dimassi, H. (2015). A national study on nurses' exposure to occupational violence in Lebanon: Prevalence, consequences and associated factors. *Plos One*, 10(9). doi: 10.1371/journal.pone.0137105
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J. F., Tavitas-Herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J. y Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28, 2857-2863. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252808>

- Alkorashy, H. A. E. y Al Moalad, F. B. (2016). Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *International Nursing Review*. doi: 10.1111/inr.12242
- Anderson, C. y Parish, M. (2003). Report of workplace violence by Hispanic nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(3), 237-243. doi: 10.1177/1043659603014003010
- AnnMarie Papa, D. N. P., Jeanne Venella, D. N. P. y CEN, C. (2013). Workplace violence in healthcare: strategies for advocacy. *Online journal of issues in nursing*, 18(1), 101. doi: 10.3912/OJIN.Vol18No01Man05
- Arafa, M. A., Nazel, M. W. A., Ibrahim, N. K. y Attia, A. (2003). Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, Egypt. *International Journal of Nursing Practice*, 9(5), 313-320.
- Avendaño, C. y Román, J. A. (2011). Efectos de los roles múltiples en el bienestar psicológico en enfermeras chilenas. *Psykhé*, 11(2).
- Ayranci, U., Yenilmez, C., Balci, Y. y Kaptanoglu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 276-296. doi: 10.1177/0886260505282565
- Beer, M. (1964). Organizational size and job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 7, 34-44. doi: 10.2307/255232
- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246.
- Belayachi, J., Berrechid, K., Amlaiky, F., Zekraoui, A. y Abouqal, R. (2010). Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological

impact. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 5(1), 27. doi: 10.1186/1745-6673-5-27

Bernaldo-de-Quirós, M., Cerdeira, J. C., Gómez, M. M., Piccini, A. T., Crespo, M. y Labrador, F. J. (2014). Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid: Diferencias entre los servicios de urgencias y emergencias. *Emergencias*, 26(3), 171-178.

Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., Piccini, A. T., Gómez, M. M. y Cerdeira, J. C. (2014). Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica: Accésit de la XX edición del Premio de Psicología Aplicada Rafael Burgaleta 2013. *Clínica y Salud*, 25, 11-18. doi: 10.5093/cl2014a2.

Bernaldo-De-Quirós, M., Piccini, A. T., Gómez, M. M., & Cerdeira, J. C. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 260-270. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011

Berrios-Martos, M.P., Augusto-Landa, J.M. y Aguilar-Luzón, M.C. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios: un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index de enfermería*, 15(54), 30-34. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200006&lng=es).

Blanquer Gregori, J. J., Alonso Gallegos, A., Larnia Sánchez, A., Soriano Clemor, C., Fluixa Sendra, X. y Ortuño López, J. L. (2003). El mostrador de admisión: Diseño del mostrador para

las áreas de admisión en la Unidad de Atención al Cliente (UAC).  
*Medifam, 13(2), 46-54.*

Blatt, B., LeLacheur, S. F., Galinsky, A. D., Simmens, S. J. y Greenberg, L. (2010). Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters?. *Academic Medicine, 85(9), 1445-1452.* doi: 10.1097/ACM.0b013e3181eae5ec

Bobbio, L., y Ramos, W. (2010). Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional de Lima-Perú. *Revista Peruana de Epidemiología, 14(2), 1-6.*

Bravo, M. J., Peiró, M. J. y Rodríguez, I. (1996). Tratado de Psicología del Trabajo. Vol. I: La actividad laboral en su Contexto. *J. Ma. Peiró y F. Prieto (Eds.). Madrid: Síntesis, 343-394.*

Cal/OSHA Guidelins for Workplace Security. (1995) California Department of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health.

Campbell, A., Converse, P. E. y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions.* Russell Sage Foundation.

Cantera, L. M., Cervantes, G. y Blanch, J. M. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del psicólogo, 29(1), 49-58.*

Chambers, F. y Kelly, M. (2006). Violence at work: the experience of general practice receptionists. *Irish Medical Journal, 99(6), 169-171.*

- Chapman, R., Styles, I., Perry, L. y Combs, S. (2010). Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 479-488. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02952.x
- Chappell, D. y Di Martino, V. (1998). *Violence at work*. Geneva: International Labour Organization.
- Chen, S., Lin, S., Ruan, Q., Li, H., y Wu, S. (2016). Workplace violence and its effect on burnout and turnover attempt among Chinese medical staff. *Archives of environmental & occupational health*, 71(6), 330-337. doi: 10.1080/19338244.2015.1128874
- Cole, D. A., Peeke, L., Dolezal, S., Murray, N. y Canzoniero, A. (1999). A longitudinal study of negative affect and self-perceived competence in young adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 851-862.
- Contreras, L. y Cano, M. C. (2016). Child-to-parent violence: the role of exposure to violence and its relationship to social-cognitive processing. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 8(2), 43-50. doi: 10.1016/j.ejpal.2016.03.003
- Cooper, C. L. y Marshall, J. (2013). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. En *From Stress to Wellbeing Volume 1* (pp. 3-23). Palgrave Macmillan UK. doi: 10.1057/9781137310651\_1
- Cooper, C. y Swanson, N. (2002). *Workplace violence in the health sector - State of the Art*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector.
- Crilly, J., Chaboyer, W. y Creedy, D. (2004). Violence to towards emergency department nurses by patients. *Accident and*

---

*Emergency Nursing*, 12,(2), 67-73. doi:  
10.1016/j.aaen.2003.11.003

Davis, M. H. (1996). *A Social Psychological Approach*. Westview Press.

Decety, J., Yang, C. Y. y Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *Neuroimage*, 50(4), 1676-1682. doi:  
10.1016/j.neuroimage.2010.01.025

Deery, S., Walsh, J. y Guest, D. (2011). Workplace aggression: the effects of harassment on job burnout and turnover intentions. *Work, Employment and Society*, 25(4), 742-759. doi:  
10.1177/0950017011419707

Delobelle, P., Rawlinson, J. L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R. y Depoorter, A. M. (2011). Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 371-383. doi:  
10.1111/j.1365-2648.2010.05496.x

Demir, D. y Rodwell, J. (2012). Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 376-384. doi:  
10.1111/j.1547-5069.2012.01472.x

Derksen, F., Bensing, J. y Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 63(606), e76-e84. doi: 10.3399/bjgp13X660814

Derteano Martínez, F., Parra Lembo, L., Pérez Fernández, A., Bernat Giménez, A., O'Connor Pérez, S. y Caso Pita, C. (2015). Situaciones conflictivas en un área de atención especializada: Madrid. 2009-2013. *Revista de la Asociación Española de*



*Especialistas en Medicina del Trabajo*, 24(1), 17-21. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-62552015000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552015000100003)

De-San-Segundo, M., Granizo, J. J., Camacho, I., Martínez-de-Aramayona, M. J., Fernández, M. y Sánchez-Úriz, M. Á. (2016). Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). *SEMERGEN-Medicina de Familia*. doi: 10.1016/j.semerg.2016.03.017

Drwecki, B. B., Moore, C. F., Ward, S. E., y Prkachin, K. M. (2011). Reducing racial disparities in pain treatment: The role of empathy and perspective-taking. *Pain*, 152(5), 1001-1006. doi: 10.1016/j.pain.2010.12.005

Edward, K. L., Ousey, K., Warelow, P. y Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653-659.

Einarsen, S. y Nielsen, M. B. (2015). Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(2), 131-142. doi:10.1007/s00420-014-0944-7

El-Gilany, A.H., El-Wehady, A. y Amr, M. (2010). Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4), 716-734. doi: 10.1177/0886260509334395

- Erdur, B., Ergin, A., Yüksel, A., Türkçüer, İ., Ayrik, C. y Boz, B. (2015). Assessment of the relation of violence and burnout among physicians working in the emergency departments in Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 21(3), 175-181. doi: 10.5505/tjtes.2015.91298
- Esteve, E. B., Salanova, M., Schaufeli, W. y Nogareda, C. (2006) NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo" Burnout"(III): Instrumento de medición. *Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de trabajo y asuntos sociales, España.*
- Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M. y Hasselhorn, H. M. (2008). Violence risks in nursing—results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107-114. doi: 10.1093/occmed/kqm142
- Farias, A., Sanchez, J. y Acevedo, G. (2012). La violencia ocupacional en centros de atención primaria de la salud. *Revista de Salud Pública*, 16(1), 18-26.
- Farrell, G. A., Shafiei, T. y Chan, S. P. (2014). Patient and visitor assault on nurses and midwives: An exploratory study of employer 'protective' factors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 88-96. doi: 10.1111/inm.12002
- Fernández, L. M. L., de la Fuente, G. A. C., Martín, M., Pedrosa, I., Cañadas, G., Álvarez, J. S., ... y Sánchez, B. P. (2008). Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula abierta*, 36(1), 79-88.

- Ferreira-Valente, A., Costa, P., Elorduy, M., Virumbrales, M., Costa, M. J. y Palés, J. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Jefferson Scale of Empathy: making sense of the total score through a second order confirmatory factor analysis. *BMC Medical Education*, 16(1), 242. doi: 10.1186/s12909-016-0763-5
- Fisekovic Kremic, M. B., Terzic-Supic, Z. J., Santric-Milicevic, M. M. y Trajkovic, G. Z. (2017). Encouraging employees to report verbal violence in primary health care in Serbia: A cross-sectional study. *Slovenian Journal of Public Health*, 56(1), 11-17. doi: 10.1515/sjph-2017-0002
- Fisekovic, M.B., Trajkovic, G.Z., Bjegovic-Mikanovic, V.M. y Terzic-Supic, Z.J. (2015) Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *European Journal of Public Health*, 1-6. doi: 10.1093/eurpub/cku247
- Fornés Vives, J., Martínez-Abascal Martínez, M. A. y García-Banda García, G. (2008). Variables socioprofesionales implicadas en el hostigamiento psicológico en enfermería. *Enfermería Clínica*, 18(3), 127-133.
- Foster, C., Bowers, L. y Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 140-149. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04169.x
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Fute, M., Mengesha, Z. B., Wakgari, N. y Tessema, G. A. (2015). High prevalence of workplace violence among nurses working at

public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC Nursing*, 14(1).  
doi: 10.1186/s12912-015-0062-1

Galián-Muñoz, I., Llor-Esteban, B. y Ruiz-Hernández, J. A. (2012).  
Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los  
hospitales públicos de la Región de Murcia. *Revista Española de  
Salud Pública*, 86(3), 279-291.

Galián-Muñoz, I., Llor-Esteban, B. y Ruiz-Hernández, J. A. (2014).  
Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en  
urgencias hospitalarias. Factores de riesgo y consecuencias.  
*Emergencias*, 26(3).

Galián-Muñoz, I., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Esteban, B. y López-  
García, C. (2016). User violence and nursing staff burnout: The  
modulating role of job satisfaction. *Journal of Interpersonal  
Violence*, 31(2), 302-315. doi: 10.1177/0886260514555367

García-Izquierdo, M., Llor-Esteban, B., León-García-Izquierdo, A. y  
Ruiz-Hernández, J.A. (2006). Bienestar psicológico y mobbing  
en una muestra de profesionales de los sectores educativo y  
sanitaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las  
Organizaciones*, 22, 381-396.

Gascón, S., Leiter, M.P., Andrés, E., Santed, M.A., Pereira, J.P.,  
Cunha, M.J., Albesa, A., Montero-Marín, J., García-Campayo, J.  
y Martínez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered  
by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of  
Clinical Nursing*, 22, 3120-3129. doi: 10.1111/j.1365-  
2702.2012.04255

Gascón, S., Martínez-Jarreta, B., González-Andrade, J. F., Santed, M.  
Á., Casalod, Y. y Rueda, M. Á. (2009). Aggression towards

health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15(1), 29-35. doi: 10.1179/107735209799449707

Geiger-Brown, J., Trinkoff, A. M., Nielsen, K., Lirtmunlikaporn, S., Brady, B. y Vasquez, E. I. (2004). Nurses' perception of their work environment, health, and well-being: a qualitative perspective. *Aaohn Journal*, 52(1), 16-22.

Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., ... y Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(6), 495-503. doi: 10.1136/oem.2003.007294

Gil Monte, P. R. y Moreno Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Ediciones Pirámide.

Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire: Psychological Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Griffin, R. W. y Bateman, T. S. (1986). Job satisfaction and organizational commitment. In *International Review Industrial and Organizational Psychology*, C. L. Cooper and I. Robertson (eds.). New York: John Wiley & Sons.

Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. y Halfens, R. J. (2012). Patient and visitor violence in the general

- hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2685-2699. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05967.x
- Hamdan, M. y Abu-Hamra, A. (2015). Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 13(1), 28. doi: 10.1186/s12960-015-0018-2
- Hanson, G. C., Perrin, N. A., Moss, H., Laharnar, N. y Glass, N. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. doi:10.1186/s12889-014-1340-7
- Heise, L. L. (1998). Violence against women an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290. doi: 10.1177/1077801298004003002
- Herrera Sánchez, R. y Cassals Villa, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de enfermería*, 21(1), 1-1.
- Heponiemi, T., Kouvonen, A., Virtanen, M., Vänskä, J. y Elovainio, M. (2014). The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control. *BMC Health Services Research*, 14(1), 19. doi: 10.1186/1472-6963-14-19
- Hershcovis, M. S. y Barling, J. (2010). Comparing victim attributions and outcomes for workplace aggression and sexual harassment. *Journal of Applied Psychology*, 95, 874-888. doi: 10.1037/a0020070

- Herzberg, F., Mausner, B. y Snyderman, B. B. (1959). The motivation to work. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J. y Magee, M. (2002). The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*, 77, 58-60.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F. W., Wender, R. C. y Gonnella, J. S. (2011). A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Family Medicine-Kansas City*, 43(6), 412.
- International Labour Organization. (2003). Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. Geneva: International Labour Organization.
- James, A., Madeley, R. y Dove, A. (2006). Violence and aggression in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 23, 431-434. doi: 10.1016/j.aaen.2005.08.004
- Jansen, G., Middel, B., Dassen, T. y Menno, R. (2006). Cross-cultural differences in psychiatric nurses' attitudes to inpatient aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 82-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2005.08.012>
- Jaradat, Y., Nielsen, M. B., Kristensen, P., Nijem, K., Bjertness, E., Stigum, H. y Bast-Pettersen, R. (2016). Workplace aggression, psychological distress, and job satisfaction among Palestinian nurses: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research*, 32, 190-198. doi: 10.1016/j.apnr.2016.07.0147
- Jiménez-Barbero, J. A., Ruiz-Hernández, J. A., Velandrino-Nicolás, A. P. y Llor-Zaragoza, L. (2016). Actitudes hacia la violencia,

- impulsividad, estilos parentales y conducta externalizada en adolescentes: comparación entre una muestra de población general y una muestra clínica. *Anales de Psicología*, 32(1), 132-138. doi: 10.6018/analesps.32.1.195091
- Joa, T. S. y Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(1), 55-60. doi: 10.3109/02813432.2012.651570.
- Jonker, E. J., Goossens, P. J. J., Steenhuis, I. H. M. y Oud, N. E. (2008). Patient aggression in clinical psychiatry: Perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 492-499. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01261.x
- Jumroonrojana, K. y Zartrungpak, S. (2013). Development of the Jefferson Scale of Physician Empathy-student version (Thai version). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 57(2), 213-224.
- Kahneman, D., Diener, E. y Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: Foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation.
- Kamchuchat, C., Chongsuvivatwong, V., Oncheunjit, S., Yip, T. W. y Sangthong, R. (2008). Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *Journal of Occupational Health*, 50(2), 201-207.
- Kelly, E. L., Subica, A. M., Fulginiti, A., Brekke, J. S. y Novaco, R. W. (2015). A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 71(5), 1110-1122. doi: 10.1111/jan.12609



- Ketelsen, R., Zechert, C., Driessen, M. y Schulz, M. (2007). Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 92–99. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01049.x
- Khalef, A. (2003). ¿Es la violencia en el trabajo una fatalidad?. *Educación obrera*, 133, 13-19.
- Koritsas, S., Coles, J., Boyle, M. y Stanley, J. (2007). Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross-sectional study. *British Journal of General Practice*, 57, 967–970. doi: 10.3399/096016407782604848
- Lam, L. T. (2002). Aggression exposure and mental health among nurses. *Australian E-journal for the Advancement of Mental Health*, 1(2), 89-100.
- Lameiro, C., Besteiro, A., Cuevas, A., Rodríguez, A. P., Gómez, C. y Del Campo, V. (2013). Violencia laboral en Instituciones sanitarias Análisis de un perfil cambiante. *Revista Enfermería del Trabajo*, 3(2), 66-74.
- Landau, S. y Bendalak, Y. (2010). The role of individual, situational and interactional factors in violence: The case of personnel victimization in hospital emergency wards. *International Review of Victimology*, 17, 97-130. doi: 10.1177/026975801001700106
- Larson, E. B. y Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Jama*, 293(9), 1100-1106. doi:10.1001/jama.293.9.1100
- Lawoko, S., Soares, J. J. y Nolan, P. (2004). Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and

---

environmental characteristics in England and Sweden. *Work & Stress*, 18(1), 39-55. doi: 10.1080/02678370410001710337

Lee, J., Daffern, M., Ogloff, J. R. y Martin, T. (2015). Towards a model for understanding the development of post-traumatic stress and general distress in mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 49-58. doi: 10.1111/inm.12097

Ley Orgánica 1/2015 por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal. Boletín Oficial del Estado (Nº 77). Gobierno de España. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/31/pdfs/BOE-A-2015-3439.pdf>

Llor-Esteban, B., García-Jiménez, J. J., Ruiz-Hernández, J. A. y Godoy-Fernández, C. (2016). Profile of partner aggressors as a function of risk of recidivism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 39-46. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.05.004

Llor-Esteban, B., Sánchez-Muñoz, M., Ruiz-Hernández, J. A. y Jiménez-Barbero, J. A. (2017). User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9(1), 33-40. doi: 10.1016/j.ejpal.2016.06.002

Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine.*, 16, 135-140.

- Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En M.D. Dunnette (ed.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley & Sons: 1297-1349.
- Loerbroks, A., Weigl, M., Li, J., Glaser, J., Degen, C. y Angerer, P. (2015). Workplace bullying and depressive symptoms: a prospective study among junior physicians in Germany. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 168-172. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.10.008
- López-García, C., Llor-Esteban, B. y Ruiz-Hernández, J.A. (2014). Evaluación de la violencia de usuarios en Atención Primaria. Adaptación de un instrumento de medida. En Pina-Roche, F. y Almansa-Martínez, P., *Mujer y cuidados: retos en salud*. Murcia, España: Universidad de Murcia. Disponible en: <http://libros.um.es/editum/catalog/book/1411>
- Lorber, M. y Skela Savič, B. (2012). Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian medical journal*, 53(3), 263-270. doi: 10.3325/cmj.2012.53.263
- Maestre Naranjo, M., Borda Olivas, J., Ortega Hernández, A., Sainz Pinós, C., Cabrero Martín, B. y Rodríguez de la Pinta, M. (2011). Incidencia de notificación de situaciones conflictivas con los ciudadanos en el área 6 de la comunidad autónoma de Madrid. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(223), 134-146.
- Magin, P., Joyce, T., Adams, J., Goode, S. y Cotter, G. (2009). Receptionists' experiences of occupational violence in general practice: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 59, 578-583. doi: 10.3399/bjgp09X453783

- Magnavita, N. (2013). The Exploding Spark: Workplace violence in an infectious disease hospital—A longitudinal study. *BioMed Research International*, 2013. doi: 10.1155/2013/316358
- Magnavita, N. y Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, 108. doi: 10.1186/1472-6963-12-108
- Mañas, M. A., Salvador, C., Boada, J., González, E. y Agulló, E. (2007). La satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional. *Psicothema*, 19(3), 395-400.
- Martín-Daza, F. y Perez-Bilbao, J. (1997). NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación. *Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de trabajo y asuntos sociales*, España.
- Martínez-Jarreta, B., Gascón, S., Santed, M. Á. y Goicoechea, J. (2007). Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa ya sus consecuencias para la salud. *Medicina Clínica*, 128(8), 307-310. doi: 10.1157/13099583
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., Jackson, S. y Leiter, M.P. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Merecz, D., Drabek, M. y Mościcka, A. (2009). Aggression at the workplace—psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(3), 243-260. doi: 10.2478/v10001-009-0027-2
- Miret, C. y Martínez Larrea, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 193-201.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología conductual*, 12(2), 215-231.
- Moreno Jiménez, M.A., Vico Ramírez, F., Zerolo Andrey, F.J., López Rodríguez, A., Herrera Serena, P. y Mateidos Salido, M.J. (2005). Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Atención Primaria*, 36(3), 152-158. doi: 10.1157/13077484
- Morken, T., Alsaker, K. y Johansen, I. H. (2016). Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 17(1). doi: 10.1186/s12875-016-0454-7
- Muchinsky, P.M. (1993). *Psychology applied to work*, (4ª ed.). California: Pacific Grove Publishing Company.
- Mueller, C.W. y McCloskey, J.C. (1990). Nurses' job satisfaction. A proposed measure. *Nursing Research*, 39, 113-117.

- Munyewende, P. O., Rispel, L. C. y Chirwa, T. (2014). Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Human Resources for Health*, 12(1). doi: 10.1186/1478-4491-12-27
- Naveiras Fernández, J. (2016). Salud y burnout en el sector público de los profesionales en servicios sociales. Realidades. (Tesis doctoral). Universidad de Oviedo, España.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J., Fischer, J. E. y Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 283-296. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x
- Nijman, H., Bowers, L., Oud, N. y Jansen, G. (2005). Psychiatric Nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behaviour*, 31, 217-227. doi:10.1002/ab.20038
- Nunnally J. y Berstein I. (1994) *Psychometric Theory*, 3rd edn.. McGraw-Hill, New York.
- Occupational Safety and Health Administration. (2004). Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers. In *Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers*. OSHA.
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Programa de trabajo decente por país de la OIT: una guía práctica, versión 4*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud e Internacional de Servicios Públicos (OIT, CIE, OMS, ISP). (2002). *Directrices*

*Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.*  
Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

Organización Mundial de la Salud. (2010) *Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo.*

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Ortells Abuyé, N., Muñoz Belmonte, T., Paguina Marcos, M. y Morató Lorente, I. (2013). Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global*, 12(30), 196-207. doi: 10.6018/eglobal.12.2.163471

Paro, H. B., Daud-Gallotti, R. M., Tibério, I. C., Pinto, R. M. y Martins, M. A. (2012). Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. *BMC medical education*, 12(1), 73. doi: 10.1186/1472-6920-12-73

Peiró, J. M., Silla, I., Sanz, T., Rodríguez, J. y García, J. L. (2004). Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática*, 25(4), 129-140.

Pérez-Bilbao, J. y Nogareda-Cuixart, C. (1998). NTP 489: Violencia en el Lugar de trabajo. *Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de trabajo y asuntos sociales, España.*

Pérez, J. e Hidalgo, M. (1995). NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.

- Price, J.L. y Mueller, C.W. (1986). Absenteeism and turnover among hospital employees. Greenwich: Jai Press Inc.
- Quintero-Isaza, L., Biela, R., Barrera, A. y Campo-Arias, A. (2008). Factores asociados a la satisfacción laboral en empleados de un hospital psiquiátrico de Bucaramanga, Colombia. *Duazary*, 5(2), 76.
- Rabasa, B., Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P. R. y Llorca-Pellicer, M. (2016). El papel de la culpa en la relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo y la inclinación al absentismo de profesores de Enseñanza Secundaria. *Revista de Psicodidáctica*, 21(1), 103-119. doi: 10.1387/RevPsicodidact.13076
- Rincón-del-Toro, T., Villanueva-Guerra, A., Rodríguez-Barrientos, R., Polentinos-Castro, E., Torijano-Castillo, M. J., Castro-Monteiro, E. D., ... y Blanco Morales, C. (2016). Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. *Revista Española de Salud Pública*, 90.
- Robles, M., Dierssen, T., Martínez, E., Herrera, P., Díaz, A. R. y Llorca, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 127-134.
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C. y Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 13-22. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x
- Roldán, G. M., Salazar, I. C., Garrido, L. y Ramos, J. M. (2013). Violence at work and its relationship with burnout, depression



and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. *Health*, 5(02), 193. doi: 10.4236/health.2013.52027

Ruiz-Hernández, J.A., López-García, C., Llor-Esteban, B., Galián-Muñoz, I. y Benavente-Reche, A.P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 295-305. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.06.001

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141

Salancik, G. y Pfeffer, J. (1977). An examination of need-satisfaction models of job attitudes. *Administrative Science Quarterly*, 22, 427-456.

Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J.M. y Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement": ¿una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 117-134.

Sánchez-Muñoz, M. *Violencia de usuarios hacia los profesionales de Salud Mental* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.

Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., ... y Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC nursing*, 15(1), 56. doi: 10.1186/s12912-016-0178-y

Saveland, C., Hawker, L., Miedema, B. y MacDougall, P. (2014). Abuse of family physicians by patients seeking controlled substances. *Canadian Family Physician*, 60(2), e131-e136.

Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. y Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory-General Survey. En C. Maslach, S. E. Jackson y M. P. Leiter. *The Maslach Burnout Inventor-Test Manual* (3ª ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Servicio Andaluz de Salud. (2004). Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Conserjería de Sanidad, *Servicio Andaluz de Salud*. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/./contenidos/profesionales/guia/AtencionAgresiones/PlanAtencionAgresiones.pdf>

Servicio Canario de la Salud. Plan de prevención de las agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Recursos Humanos. Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c609b67b-e213-11e6-83bc-5d3a19128004/LibroPPAgresiones\\_SCS.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c609b67b-e213-11e6-83bc-5d3a19128004/LibroPPAgresiones_SCS.pdf)

Servicio Murciano de Salud. (2005). Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia. *Murcia: Servicio Murciano de Salud. Dirección General de Recursos Humanos*. Disponible en: [http://www.ffis.es/ups/prl/plan\\_agresiones.pdf](http://www.ffis.es/ups/prl/plan_agresiones.pdf)

Shanafelt, T.D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., y Sloan, J. (2005). Relationship between

increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*, 20(7), 559–564. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0108.x

Skibeli-Joa, T. y Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 55-60. doi: 10.3109/02813432.2012.651570

Smith, M. J. y Sainfort, P. C. (1989). A balance theory of job design for stress reduction. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 4(1), 67-79. doi: 10.1016/0169-8141(89)90051-6

Sobrequés, J., Cebriá, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M. y Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 31(4), 227-233. doi: 10.1016/S0212-6567(03)79164-1

Spector, P. E., Zhou, Z. E. y Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72-84. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010

Speroni, K. G., Fitch, T., Dawson, E., Dugan, L. y Atherton, M. (2014). Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *Journal of Emergency Nursing*, 40(3), 218-228. doi: 10.1016/j.jen.2013.05.014

Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L. y LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care

psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 14(1), 35. doi: 10.1186/s12912-015-0079-5

Tenório-Correia-da-Silva, A., Tourinho Peres, M. F., de Souza Lopes, C., Blima Schraiber, L., Susser, E. y Rossi Menezes, P. (2015). Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(9), 1347-1355. doi: 10.1007/s00127-015-1039-9

Thomas, N. I., Brown, N. D., Hodges, L. C., Gandy, J., Lawson, L., Lord, J. E. y Williams, D. K. (2006). Risk profiles for four types of work-related injury among hospital employees: a case-control study. *AAOHN Journal*, 54(2), 61-68.

Tiruneh, B. T., Bifftu, B. B., Tumebo, A. A., Kelkay, M. M., Anlay, D. Z. y Dachew, B. A. (2016). Prevalence of workplace violence in Northwest Ethiopia: a multivariate analysis. *BMC Nursing*, 15(1), 42. doi: 10.1186/s12912-016-0162-6

Travetto, C., Daciuk, N., Fernández, S., Ortiz, P., Mastandueno, R., Prats, M., ... y Tajer, C. (2015). Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(4):307-15.

Ünsal Atan, Ş., Baysan Arabaci, L., Sirin, A., Isler, A., Donmez, S., Unsal Guler, M., ... y Tasbasi, F. (2013). Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 882-889. doi: 10.1111/jpm.12027

Ureña, J., Romera, E. M., Casas, J. A., Viejo, C. y Ortega-Ruiz, R. (2015). Psychometrics properties of Psychological Dating

Violence Questionnaire: A study with Young couples. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15 (1), 52-60. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.07.002

Van Dulmen, S., y van den Brink-Muinen, A. (2004). Patients' preferences and experiences in handling emotions: a study on communication sequences in primary care medical visits. *Patient education and counseling*, 55(1), 149-152. doi: 10.1016/S0738-3991(04)00300-3

Victoria García-Viniegras, C. R. y González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.

Viotti, S., Gilardi, S., Guglielmetti, C., & Converso, D. (2015). Verbal aggression from care recipients as a risk factor among nursing staff: a study on burnout in the JD-R model perspective. *BioMed Research International*, 2015. doi: 10.1155/2015/215267

Warr, P., Cook, J. y Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148.

Waschgler, K., Ruiz-Hernández, J.A., Llor-Esteban, B. y García-Izquierdo, M. (2013). Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale-users. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1418-1427. doi: 10.1111/jan.12016

Waschgler, K., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Esteban, B. y Jiménez-Barbero, J. A. (2013). Vertical and lateral workplace bullying in nursing: Development of the hospital aggressive behaviour

- scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(12), 2389-2412. doi: 10.1177/0886260513479027
- West, C. P. y Shanafelt, T. D. (2007). The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Medical Education*, 7(1), 29. doi: 10.1186/1472-6920-7-29
- Whittington, R. (2002). Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 819-825. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00659.x
- Winstanley, S. y Whittington, R. (2002). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work & Stress*, 16(4), 302-315. doi: 10.1080/0267837021000058650
- Wright, T. A. y Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 84. doi: 10.1037/1076-8998.5.1.84
- Wright, T. A., Cropanzano, R., Denney, P. J. y Moline, G. L. (2002). When a happy worker is a productive worker: A preliminary examination of three models. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 34(3), 146. doi 10.1037/h0087165
- Yami, A., Hamza, L., Hassen, A., Jira, C., y Sudhakar, M. (2011). Job satisfaction and its determinants among health workers in

jimma university specialized hospital, southwest ethiopia.  
*Ethiopian Journal of Health Sciences, 21(3).*

Zafar, W., Khan, U. R., Siddiqui, S. A., Jamali, S. y Razzak, J. A. (2016). Workplace violence and self-reported psychological health: coping with post-traumatic stress, mental distress, and burnout among physicians working in the emergency departments compared to other specialties in Pakistan. *The Journal of Emergency Medicine, 50(1)*, 167-177. doi: 10.1016/j.jemermed.2015.02.049

Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S. y Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing, 19(15-16)*, 2329-2341. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03118.x





## Anexos



**Anexo 1, Instrumento de evaluación de la violencia de usuarios en Atención Primaria**

*Healthcare-workers Aggressive Behaviour Scale-Users-Primary Healthcare*

Below is a list of situations that may occur at your workplace. Please mark the frequency with which you have faced these situations. Please answer all the items using the following scale.

- A (N)ever
- B (A)nnually
- C (Q)uarterly
- D (M)onthly
- E (W)eekly
- F (D)aily

	A	B	C	D	E	F
1. Users question my decisions [Los usuarios cuestionan mis decisiones]	N	A	Q	M	W	D
2. Users hold me exaggeratedly responsible for any trifle [Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia]	N	A	Q	M	W	D
3. The users have even grasped me or touched me in a hostile manner [Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil]	N	A	Q	M	W	D
4. Users accuse me unfairly of not fulfilling my obligations, committing errors or complications [Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones]	N	A	Q	M	W	D
5. Users make ironic comments to me [Los usuarios me hacen bromas irónicas]	N	A	Q	M	W	D
6. The users have even shoved me, shaken me, or spit at me [Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme]	N	A	Q	M	W	D
7. Users get angry with me because of the lack of information [Los usuarios se enfadan conmigo por la falta de información]	N	A	Q	M	W	D
8. Users show their anger at me by breaking doors, windows, walls... [Los usuarios muestran su enfado contra mi destruyendo puertas, cristales, paredes...]	N	A	Q	M	W	D
9. Users get angry with me because of assistential delay [Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial]	N	A	Q	M	W	D
10. Users frown or give me contemptuous looks [Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio]	N	A	Q	M	W	D
11. Users express their anger by raising their voice or complaining [Los usuarios me expresan su enfado elevando la voz o quejándose]	N	A	Q	M	W	D
12. Users interrupt my work rudely [Los usuarios interrumpen mi trabajo con malas formas]	N	A	Q	M	W	D
13. Users threaten me if their expectations are not met (prescriptions, analyses,...) [Los usuarios me amenazan si no se cumplen sus expectativas (recetas, análisis,...)]	N	A	Q	M	W	D
14. Users are annoyed with me because they believe that I spend more time with other users [Los usuarios se enfadan conmigo porque creen que empleo más tiempo en el resto de usuarios]	N	A	Q	M	W	D

Cronbach  $\alpha = .91$ ; Mean= 1.94; Standard Deviation=0.85

Factor I. Non-physical violence (items 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14): Cronbach  $\alpha = .92$ ; Mean= 2.30; Standard deviation =1.16.

Factor II. Physical violence (items 3, 6, 8): Cronbach  $\alpha = .68$ ; Mean= 1.14; Standard deviation =0.44.

Nota. Recuperada de Ruiz-Hernández, J.A., López-García, C., Llor-Esteban, B., Galián-Muñoz, I. y Benavente-Reche, A.P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 295-305. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.06.001



**Anexo 2, Resumen “*Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument*”**

**Abstract**

Background/Aims: According to the World Health Organization, one out of every four violent workplace acts takes place in the health setting. The aims of the study are to study the prevalence of workplace violence in primary healthcare (PHC) professionals by adapting the Healthcare-worker’s Aggressive Behaviour Scale-Users (HABS-U), to establish the frequency of exposure to hostile indicators and to determine which professional group is most exposed. Method: Study through qualitative and quantitative methodology in PHC professionals of the Region of Murcia (Spain). In the qualitative phase in-depth interviews were conducted and during the quantitative phase the instrument was used to 574 professionals of 39 PHC centres. Results: The resulting scale shows excellent psychometric properties and correlates significantly with job satisfaction, burnout components, the factors of empathy and psychological well-being. There was a 90.2% prevalence of user violence, and non-medical personnel were found to be the professional group most exposed. Conclusion: The distribution of user violence is not homogeneous among the different professional groups of PHC. The adaptation of the scale may be useful for detection of user violence, as well as to evaluate the efficacy of intervention programs.

**Keywords:** aggression; Health staff; Primary Health care; Workplace violence; Instrumental study.

## Resumen

*Antecedentes/Objetivo:* Según la Organización Mundial de la Salud, en el ámbito sanitario se producen uno de cada cuatro incidentes laborales violentos. Los objetivos del estudio son examinar la prevalencia de violencia laboral en profesionales de Atención Primaria (AP) mediante la adaptación de la *Healthcare-worker's Aggressive Behaviour Scale-Users (HABS-U)*, conocer la frecuencia de exposición a los indicadores hostiles y determinar el grupo profesional más expuesto. *Método:* Estudio realizado mediante metodología cualitativa y cuantitativa en profesionales de AP de la Región de Murcia (España). En la fase cualitativa se realizaron entrevistas en profundidad y en la fase cuantitativa se aplicó el instrumento a 574 profesionales de 39 centros de AP. *Resultados:* La escala resultante muestra excelentes propiedades psicométricas y sus medidas correlacionan de manera significativa con satisfacción laboral, los componentes del *burnout*, los factores de empatía y con el bienestar psicológico. La prevalencia de violencia de usuarios fue del 90,2% y el personal no sanitario resultó ser el grupo profesional más expuesto. *Conclusión:* La distribución de la violencia de usuarios no es homogénea entre los diferentes grupos profesionales de AP. La adaptación de la escala puede ser útil para la detección de la violencia de usuarios, así como para evaluar la eficacia de programas de intervención.

**Palabras clave:** Agresión; Atención Primaria; Profesionales sanitarios; Violencia laboral; Estudio instrumental.

### **Anexo 3, Resumen “*Violencia de usuarios en Atención Primaria y su relación con el Burnout*”**

#### **Resumen**

**Antecedentes:** La violencia de usuarios hacia profesionales sanitarios es considerada un agente predisponente del desarrollo de ciertas patologías psicolaborales como el síndrome de Burnout, el cual se presenta como una respuesta al estrés laboral crónico. Los objetivos del presente estudio son: a) conocer la prevalencia anual de los diferentes tipos de violencia de usuarios; y b) comprobar la posible relación entre la exposición a violencia de usuarios y el Burnout en profesionales de Atención Primaria de Salud.

**Método:** se realizó un estudio no experimental de tipo descriptivo y comparativo mediante la aplicación de dos instrumentos de salud laboral. La muestra estuvo compuesta por 574 profesionales (personal médico, personal de enfermería y personal no sanitario) de Atención Primaria. Como instrumentos de evaluación se utilizaron la escala *HABS-U-PHC* y el Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS) junto con un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales diseñado ad hoc.

**Resultados:** El 90,1% de los profesionales ha experimentado violencia no física en el último año y el 17,3% violencia física. Ambos tipos de violencia de usuarios (violencia no física y violencia física) se correlacionan de manera significativa con las dimensiones del Burnout agotamiento emocional y cinismo. No se han obtenido relaciones significativas con la dimensión eficacia profesional.

**Conclusiones:** Los profesionales de Atención Primaria se encuentran expuestos a violencia de usuarios, siendo la de tipo no físico la que se presenta con mayor frecuencia. Los resultados muestran que los

diferentes tipos de violencia de usuarios se relacionan de manera significativa con algunos aspectos de la salud psicológica de los profesionales afectados, por lo que si reducimos su frecuencia podríamos mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores.

**Palabras clave:** Agresión, Atención Primaria de Salud, Burnout, Violencia laboral, Violencia de usuarios.

### **Abstract**

Background: Users violence by health professionals is considered a predisposing agent psicolaborales development of certain diseases such as burnout syndrome, which appears as a response to chronic job stress. The objectives of this study are: a) to know the annual prevalence of different types of violence of users; b) check the possible relationship between exposure to users violence and professional burnout in Primary healthcare.

Method: A non-experimental study of descriptive and comparative type was performed by applying two instruments occupational health. The sample was composed of 574 professionals (medical staff, nurses and non-medical personnel) of Primary healthcare. As the assessment instruments HABS-U-PHC and the Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS) along with a questionnaire designed sociodemographic and labor variables were used ad hoc scale.

Results: 90,1% of professionals has experienced not physical violence in the last year and 17,3% physical violence. Both types of violence of users (not physical violence and physical violence) correlated significantly with the dimensions of Burnout emotional exhaustion and



cynicism. No significant relationships were obtained with professional effectiveness dimension.

Conclusions: Primary healthcare professionals are exposed to violence of users, being not physical type which occurs most frequently. The results show that different types of violence of users significantly associated with some aspects of psychological health professionals concerned, so if we reduce their frequency could improve the quality of working life of employees.

**Keywords:** Workplace Violence, Users violence, Aggression, Primary Healthcare, Burnout.



**Anexo 4, Resumen “*User violence and psychological well-being in Primary Health Care professionals*”**

**Abstract**

It is estimated that a quarter part of the workplace violent incidents occur in the health sector. The aims of the present investigation are: a) to identify sociodemographic and labour variables that are related to exposure to user violence in primary care professionals; and b) to analyze the impact on the psychological well-being of professionals from exposure to user violence, job satisfaction and empathy. An empirical study with quantitative, descriptive and transversal methodology was carried out, with a sample of 574 professionals from 39 primary care centers. The study revealed that variables of gender, profession tenure, continued training and professional status are significantly associated with the exposure to user violence. Likewise, the results have shown that, depending on the professional status, the exposure to users' violence, job satisfaction and the professionals' empathy have an impact on the Primary Healthcare workers' GHQ scoring. In conclusion, the exposure to non-physical violence of users in primary care professionals is associated to some sociodemographic and labor characteristics.

**Keywords:** Aggression; Health staff; Job satisfaction; Primary healthcare; Psychological well-being; Workplace violence.

## Resumen

Se estima que una cuarta parte de los incidentes violentos laborales se producen en el ámbito sanitario. Los objetivos de la presente investigación son: a) identificar las variables sociodemográficas y laborales relacionadas con la exposición a violencia de usuarios en profesionales de Atención Primaria; y b) analizar el impacto sobre el bienestar psicológico de los profesionales de la exposición a violencia de usuarios, la satisfacción laboral y la empatía. Se llevó a cabo un estudio empírico con metodología cuantitativa, descriptivo y transversal, con una muestra de 574 profesionales de 39 Centros de Atención Primaria. Se obtiene que las variables de género, antigüedad en la profesión, formación continuada y categoría profesional se encuentran asociadas significativamente con la exposición a violencia de usuarios. Del mismo modo, se identifica que la exposición a conductas violentas de los usuarios, la satisfacción laboral y la empatía de los profesionales influyen, dependiendo de la categoría profesional, en las puntuaciones de GHQ total de los trabajadores de Atención Primaria. En conclusión, la exposición a violencia no física de usuarios en los profesionales de Atención Primaria se asocia con ciertas características sociodemográficas y laborales.

**Palabras clave:** Agresión; Atención primaria; Bienestar psicológico; Personal sanitario; Satisfacción laboral; Violencia laboral.