

# INTELIGENCIA EMOCIONAL FRENTE A LAS AGRESIONES QUE SUFRE EL PERSONAL SANITARIO

TRABAJO DE FIN DE GRADO  
GRADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA



ALUMNA: ANA RAMOS RUIZ  
DIRECTOR: ALFONSO ARTEAGA OLLETA  
CURSO ACADÉMICO: 2019-2020  
CONVOCATORIA: MAYO 2020

## **Resumen**

La violencia laboral se ha convertido en un problema de salud pública. El personal sanitario es uno de los más damnificados debido a los servicios que prestan de cara al público, muchos de ellos en situaciones hostiles. Estos incidentes pueden poner en riesgo tanto la calidad de la asistencia como la integridad física y/o psicología del trabajador. Numerosas comunidades autónomas en nuestro país presentan sus propios planes, estrategias y protocolos internos para el manejo y prevención de las agresiones que deben dar a conocer a los profesionales. Además, se debe incidir en la formación de los trabajadores y recalcar la importancia de notificar las agresiones recibidas. Distintos autores concluyen que estos sucesos pueden provocar graves consecuencias psicológicas y emocionales en los profesionales que las sufren. Por ello, en este trabajo se propone ocho pautas dirigidas al personal sanitario que ha sufrido una agresión, cuyo objetivo es ayudarles a gestionar emocionalmente la situación vivida y a alcanzar un mayor bienestar emocional tras haber sufrido una agresión.

*Palabras clave:* Agresiones, Violencia laboral, Inteligencia emocional, Personal sanitario, *Burnout*.

*Número de palabras:* 11.553 palabras.

## **Abstract**

Workplace violence has become a public health problem. Health personnel are one of the most affected due to the services they provide to the public, many of them in hostile situations. Moreover, these incidents might put at risk both the quality of care and the physical and/or psychological integrity of the worker. Many autonomous communities have their own plans, strategies and internal protocols for the management and prevention of assaults that must be disclosed to professionals. In addition, the training of workers in this aspect should be emphasized as well as the importance of notifying it. Different authors conclude that these events can cause serious psychological and emotional consequences for professionals who suffer them. For this reason, the main purpose of this thesis is to suggest eight guidelines for health personnel who have suffered an assault with the aim of helping them manage the lived situation and achieve greater emotional well-being.

*Key Words:* Assault, Workplace Violence, Emotional intelligence, Health Personnel, *Burnout*.

*Number of words:* 11.553 words.

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. OBJETIVOS .....	2
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	3
4. RESULTADO/ DESARROLLO .....	5
4.1 CONCEPTO DE VIOLENCIA.....	5
4.2 VIOLENCIA LABORAL Y TIPOS .....	6
4.3 VIOLENCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS .....	9
4.3.1 Prevalencia y características de las agresiones en el personal sanitario. ....	10
4.3.2 Denuncia de los incidentes violentos.....	16
4.4 CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES EN EL PERSONAL SANITARIO.....	17
4.5 MANEJO Y PREVENCIÓN .....	20
4.6 MARCO NORMATIVO .....	23
4.7 SÍNDROME BURNOUT .....	24
4.7.1 Relación del síndrome burnout con las agresiones laborales.....	25
4.8 INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	26
4.8.1 Afrontamiento emocional. ....	28
5. DISCUSIÓN.....	30
6. CONCLUSIONES .....	33
7. PROPUESTA TEORICA DEL TRABAJO .....	34
7.1 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.....	34
7.2 OBJETIVO.....	35
7.3 DESARROLLO DE LAS PAUTAS .....	35
8. AGRADECIMIENTOS .....	43
9. BIBLIOGRAFÍA.....	44

## 1. INTRODUCCIÓN

La violencia es percibida como un problema de salud pública que afecta a todos los individuos y adquiere múltiples formas en diferentes ámbitos, entre ellos el laboral (Poblete y Valenzuela, 2005). Independientemente del tipo que sea, es un comportamiento muy normalizado y extendido en la sociedad que supone un problema a nivel mundial. Hoy en día este fenómeno se observa tanto en situaciones de conflicto como en actividades cotidianas de la vida diaria (Galián, Llor y Ruiz, 2012; Mayorca, Lucena, Cortés y Lucerna, 2013).

La problemática de las agresiones contra los profesionales sanitarios continúa siendo una preocupación actual debido a alta incidencia que presenta sobre los trabajadores y a las graves consecuencias que acarrea (Altemir y Arteaga, 2018). Es un fenómeno global que exige una actuación coordinada de las instituciones para su manejo y prevención (Maestre et al., 2011). Se puede considerar al individuo como el pilar fundamental de los recursos humanos y como el eje esencial de la organización, ya que sin personas no hay organizaciones posibles (Martínez, García, Felipez, y Castro, 2015). Por ello, es primordial que las instituciones públicas se ocupen de la seguridad de los trabajadores y de su bienestar tanto físico como psicológico.

Las agresiones en el personal sanitario han adquirido más importancia y visibilidad debido a los estudios realizados sobre ello. Además, cada vez atrae una mayor atención por parte de las organizaciones sanitarias, que actualizan sus planes y protocolos conforme avanza la información que se tiene acerca de las agresiones en este ámbito. Aunque se ha evolucionado mucho, todavía quedan aspectos pendientes, entre ellos la formación y el desarrollo de medidas a realizar por los profesionales que han sido víctimas de una agresión. Por ello, este trabajo realiza una revisión bibliográfica acerca de las agresiones en el personal sanitario y la relación que guarda la inteligencia emocional y el síndrome de *Burnout* con este tema. Se proponen ocho posibles pautas que pueden ser tenidas en cuenta y practicadas por los profesionales de la salud que han sufrido una agresión en el ámbito laboral para reestablecer el bienestar emocional.

## 2. OBJETIVOS

- Conocer la evidencia existente acerca de las agresiones en el personal sanitario.
- Diferenciar los distintos tipos de agresiones que pueden darse en el ámbito sanitario.
- Conocer la información publicada sobre inteligencia emocional frente a las agresiones.
- Elaborar un folleto en el que se contemplen pautas para el afrontamiento emocional en el personal que sufre agresiones en el ámbito sanitario de manera clara y visual.

### 3. MATERIALES Y MÉTODOS

El primer paso para la realización de este Trabajo de Fin de Grado (TFG), una vez elegido el tema, fue llevar a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos y buscadores web.

La búsqueda se ha realizado utilizando las siguientes palabras clave: agresiones, assault, burnout, emotional intelligence, inteligencia emocional, personal sanitario, violencia laboral y workplace violence. Además, se ha utilizado los operadores booleanos (Y/AND y O/OR).

Se han utilizado dos límites:

- Idioma: únicamente se han escogido artículos en castellano o inglés.
- Año de publicación: se han seleccionado artículos a partir del año 2002.

Criterios de inclusión:

- Artículos de revista, tesis doctorales, libros, páginas web, manuales y protocolos,

Bases de datos:

- Dialnet.
- Scielo.
- Web of Science.
- Teseo.

Buscadores:

- Sirius.
- Google académico.

Páginas web:

- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Organización Mundial de la Salud.
- Sistema Nacional de Salud.

Tabla1. Estrategia de búsqueda en las bases de datos utilizadas

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Seleccionados
Dialnet	Agresiones, personal sanitario, violencia laboral	38	9
	Inteligencia emocional, personal sanitario	19	7
Scielo	Agresiones, personal sanitario	22	10
Teseo	Inteligencia emocional, enfermería	5	1
	Personal sanitario, agresiones	2	1
Google académico	Agresiones, personal sanitario, afrontamiento emocional, <i>Burnout</i> , violencia laboral	832	3
Web Of Science	Agresiones, personal sanitario	10	6

Fuente: Elaboración propia.

A partir de la búsqueda inicial, mediante el método bola de nieve, se han encontrado nuevos artículos derivados de los seleccionados anteriormente.

## 4. RESULTADO/ DESARROLLO

### 4.1 CONCEPTO DE VIOLENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define violencia como “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (Organización Mundial de la Salud, 2018). Esta se puede dar en todos los ámbitos en los cuales se desenvuelve el ser humano, siendo el laboral uno de ellos (Miret y Martínez, 2010).

Un informe mundial sobre violencia y salud en 2002 apuntaba que entonces este fenómeno apenas era considerado como un problema de salud pública, debido, por un lado, a la dificultad que había para definirlo de forma clara, por otro, a que la apreciación de los comportamientos como aceptables o inaceptables o a lo que suponía un daño estaba influido por la cultura y sujeto a una continua revisión a medida que evolucionaban las normas sociales (Organización Mundial de la Salud, 2002). Este tema ha estado en continua revisión y actualmente se pueden observar comportamientos que hace años podían resultar normales y que ahora no son tolerables.

La violencia, actualmente, es un fenómeno que alcanza distintos ámbitos: violencia infantil, política, de género, étnica, escolar y laboral (Martínez, Irurtia, Martínez, Crespo y Queipo, 2011). La OMS (2002) realizó una clasificación que divide la violencia según el autor del acto en tres grandes categorías: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal (infligida por un individuo o un grupo pequeño de individuos) y violencia colectiva (estados, grupos políticos organizados, organizaciones terroristas). Estas tres grandes categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos (Figura 1). Esta clasificación, además, tiene en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser: físicos, sexuales, psicológicos o basados en privaciones o desatención.



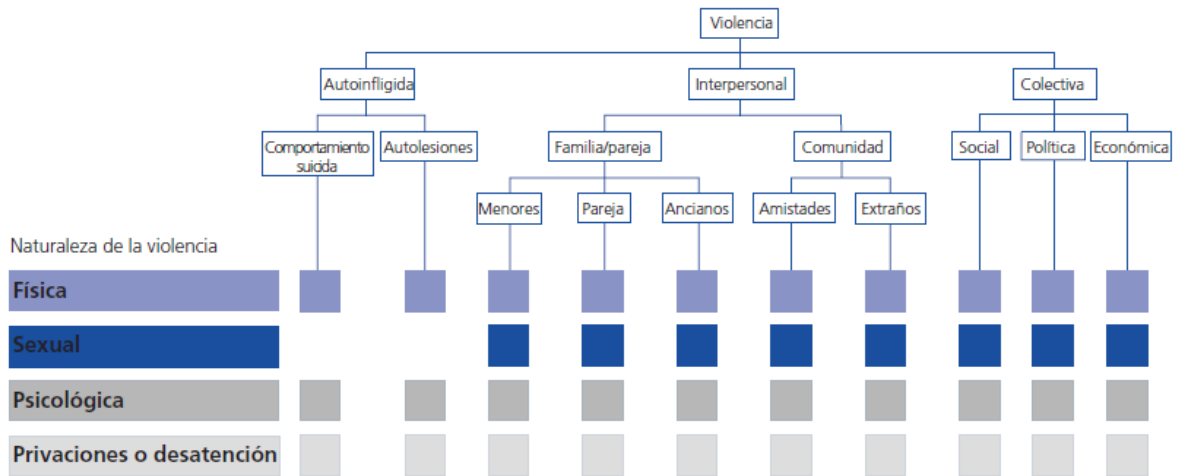


Figura 1. Clasificación de la violencia (OMS, 2002).

Fuente: OMS (2002).

#### 4.2 VIOLENCIA LABORAL Y TIPOS

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema mundial en los últimos años, tanto en los países industrializados como en los que se encuentran en vías de desarrollo (Lameiro et al., 2013). Además, es un fenómeno muy importante, ya que afecta a la mayoría de los contextos laborales y provoca consecuencias indeseables, tanto en el trabajador como en el entorno de trabajo y en las empresas y organizaciones (Sánchez, 2017), rompiendo o alterando la funcionalidad del espacio laboral (Martínez et al., 2015).

Según los distintos autores que se consulten, se puede encontrar diferentes clasificaciones en cuanto a tipos de violencia, según el daño, el tipo de víctima, el escenario en el que se producen o el tipo de agresor.

Haciendo referencia al daño que causan, se pueden diferenciar cuatro formas de violencia: física, emocional, sexual y económica. La violencia física es aquel acto u omisión que causa o puede causar una lesión física. La violencia emocional se refiere a aquellos actos que pueden causar directamente un daño psicológico, suele realizarse mediante el lenguaje, tanto verbal como no verbal. La violencia sexual hace referencia a los comportamientos en los que una persona es utilizada para obtener estimulación o

gratificación sexual. Por último, la violencia económica consiste en la utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o las propiedades de una persona (Sanmartín, 2007).

El riesgo de sufrir una agresión se ve incrementado en la práctica laboral, ya que los trabajadores que ofrecen un servicio se encuentran más expuestos a recibir este acto por parte de los usuarios, debido a la estrecha relación que tienen con ellos (Galián et al., 2012). La violencia laboral, ya sea física o psicológica, es un asunto grave que afecta a muchos profesionales. No es un problema que haya aparecido en los últimos años, aunque cada vez se tiene mayor constancia de él y se sabe que supone importantes consecuencias sobre la salud de los trabajadores (Travetto et al., 2015).

No existe una definición estandarizada para el término de violencia laboral. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP) definen la violencia en el trabajo como “aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud” (OIT, CIE, OMS y ISP, 2002).

Según indican Cooper y Swanson (2002) se puede clasificar y dividir la violencia en el trabajo en tres categorías ocupacionales que relacionan las personas implicadas con la relación que existe entre ellas.

- Violencia “externa”: atenta contra trabajadores y es realizada por personas ajenas a la organización. Por ejemplo: asaltos a mano armada contra bancos o comercios.

- Violencia por “clientes-pacientes”: infringida contra trabajadores por sus propios clientes o compradores. Por ejemplo: pacientes que atacan a enfermeras.

-Violencia “interna”: ocurre entre trabajadores de una organización, entre supervisor y empleador, trabajadores o aprendices. Estos eventos pueden incluir *mobbing*. Por ejemplo: ritos de iniciación o humillación colectiva hacia nuevos reclutas (como los registrados en los sectores de fuerzas armadas).

Por otro lado, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente-Almería (2005) establece tres niveles de violencia basados únicamente en la relación que existe el agresor y la víctima.

-Violencia tipo I. El agresor no tiene ninguna relación de trato legítimo con la víctima. Ejemplo: robo.

-Violencia tipo II. Existe algún tipo de relación profesional entre agresor y agredido. Ejemplo: mientras se ofrece un servicio (personal sanitario).

-Violencia tipo III. El causante de esta tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto de tal lugar. Ejemplo: implicación laboral directa (empleado actual o ex empleado y jefe, compañeros de trabajo) o relación personal (cónyuge, ex-cónyuge, parientes, amigos).

En 2011 el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo en España, realizó la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo en España (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011). En ella se observa una diferencia notable entre la violencia que sufrió el sector servicios (agresiones verbales, amenazas y violencia física) que supone el 12,9%, frente al 4-6% del resto de sectores (Lameiro et al., 2013; Sánchez, 2017).

Dentro del sector servicios, hay ámbitos en los que la incidencia aumenta, como es el caso de la sanidad (Sánchez, 2017). Este ámbito corre especialmente riesgo ya que la violencia en este sector representa casi la cuarta parte del total de la violencia laboral que tiene lugar en el trabajo (OIT, CIE, OMS y ISP, 2002).

### *4.3 VIOLENCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS*

Al parecer, antiguamente los incidentes violentos se producían en menor cantidad, debido a que la relación asistencial estaba basada en una relación médico-paciente (y personal sanitario en general), en la cual la agresión era impensable (Sánchez, 2017). Esta relación ha sufrido modificaciones a lo largo de los años. Actualmente, el personal sanitario se ve claramente involucrado en esta problemática, ya que cerca de un 25% de las agresiones que se dan en el personal que practica una actividad laboral ocurren en este sector y alrededor de un 50-60% de su personal ha sido víctima de una agresión a lo largo de su vida laboral (Miret y Martínez, 2010; Serrano, Fernández, Satústegui y Urcola, 2019).

Es muy complicado tener claro cuál es la realidad actual de las agresiones en este ámbito, ya que solo una pequeña proporción de estas son denunciadas y registradas de forma correcta, por lo que son muchos los actos violentos que no se declaran. Por ello, las agresiones que constan en los registros son mucho menos de las reales (Maestre et al., 2011; Mayorca et al., 2013; Miret y Martínez, 2010; Serrano et al., 2019).

Hasta la primera década del siglo XXI, en España los profesionales sanitarios prácticamente no se animaban a denunciar ninguna agresión, y cuando lo hacían era por casos graves de violencia física (Marinas-Sanz, Martínez-Jarreta, Casalod y Bolea, 2016; Sánchez, Rico, Nieto y Nieto, 2016; Travetto et al., 2015). Distintos autores afirman que la clave para reducir el número de incidentes está en la concienciación, en acabar con el silencio y denunciar (Sánchez et al., 2016). Esta realidad, ha ido cambiando poco a poco, aunque todavía queda trabajo por delante.

La violencia laboral centrada en este grupo de profesionales en España empezó a ser objeto de estudio a partir de 2004 (Serrano et al., 2019). Se trata de un fenómeno internacional que también se manifiesta en otros países de Europa, como Francia y Gran Bretaña, y a nivel mundial, como Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y América latina (Martínez et al., 2011).

#### *4.3.1 Prevalencia y características de las agresiones en el personal sanitario.*

En 2007 se publicó un artículo sobre un estudio acerca de los incidentes violentos que habían sido notificados a través de internet, mediante un sistema que instaló la Generalitat de Catalunya para notificar las agresiones a través de una nueva aplicación online, durante 2005, 2006 y el primer trimestre de 2007 (Cervantes, Cantera y Blanch, 2008). Durante ese periodo de tiempo se notificaron un total de 501 incidentes violentos. El 83% de los casos fueron violencia verbal, el 35% violencia física, y el 14% otras, como gestos amenazantes o invasión del espacio.

En 2010 se llevó a cabo un estudio con el personal de enfermería de todos los hospitales públicos de la Región de Murcia (Galián et al., 2012). La muestra estaba compuesta por 1.489 profesionales. El 62,1% de la muestra lo formaban personal de enfermería y el 36,1% eran auxiliares de enfermería. Los profesionales tenían una antigüedad media de 7 años y cinco meses. El 59,4% de la muestra tenía contrato indefinido, frente a un 33% de contratos temporales. El 50,5% estaban en turno rotatorio, el 29,9% en turno de mañana, el 2,5% turno de noche y un 16% tenía otro tipo de turno. La mayoría no hacían horas extras al mes o hacían menos de 10 (74,5%) y el 6,2% realizaba otra actividad laboral. Principalmente trabajaban en unidades de hospitalización de adultos (33,2%).

En 2012, el Consejo General de Enfermería elaboró un informe a partir de un estudio realizado mediante una encuesta electrónica voluntaria y confidencial a través del sitio web IntraMed ([www.intramed.net](http://www.intramed.net)). La procedencia de las personas que realizaron la encuesta fue muy variada; los países con mayor participación fueron Argentina, México y Ecuador, que en conjunto formaron el 77,1% de la muestra, aunque también formaron parte del estudio otros países como España, Colombia, Italia y Chile, entre otros. Se obtuvieron 19.967 cuestionarios válidos. De todos ellos, 13.323 personas, es decir, el 66,7%, informó haber recibido algún tipo de agresión en el último año. Los datos muestran un aumento significativo frente al 54,6% obtenido en la encuesta que se había realizado anteriormente en 2006 (Travetto et al., 2015).

En 2013, se llevó a cabo un estudio (Saldaña, Pousada, Bernabé, Burgos y Esteban, 2019) en un servicio de urgencias en el que se incluía a todo el personal sanitario (médicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, celadores y personal administrativo) que se encontraba trabajando en ese momento, tanto con plaza en propiedad, eventual, interino o en formación/residentes. El 71,2% de los 132 encuestados indicaron haber sufrido algún tipo de agresión durante el ejercicio de su profesión, 88,3% de carácter verbal y 11,7% de carácter tanto físico.

En 2013 se publicó otro estudio realizado entre 2005 y el 2011 en la Unidad de prevención de Riesgos Laborales de Hospital Meixoeiro-Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Lameiro et al., 2013) en el cual analizaron distintas variables. Durante ese periodo de registraron 153 episodios de violencia a nivel hospitalario, lo que muestra una media anual de 23. El 80% de estas agresiones resultaron ser físicas, mientras que el 20% correspondieron a incidentes verbales.

Un estudio llevado a cabo con el personal de enfermería del Área Sanitaria A Coruña con 145 enfermeros muestra que el 68% de ellos sufrieron una agresión, verbal en el 37,2% de los casos, seguido por la combinación de agresión física y verbal con 18,6%, agresión psicológica con 6,9% y por último únicamente violencia física con 4,8% (Martínez et al., 2015).

Un reciente estudio publicado en 2019 realizado en la ciudad de Ibarra (Ecuador) que contó con 181 participantes obtuvo los siguientes resultados en cuanto a las agresiones que se produjeron contra el personal sanitario. Un 83% de las personas que trabajaban en las unidades operativas del primer nivel de atención eran mujeres, de las cuales el 77,9% tenían más de 40 años. En cuanto a la actividad laboral, el 95% de los participantes trabajaban a jornada de 8 horas al día y el 60% poseían un contrato de trabajo indefinido. Respecto a la cantidad de agresiones que sufrieron los trabajadores, un 66,8% afirmaba haber sufrido una agresión externa, la mayoría de ellas verbales (61,9%), mientras que un porcentaje mucho menor (4,95%) correspondía a agresiones físicas (Gordillo, Ferrer, Burbano y Merino-Salazar, 2019).

### *Según el grupo profesional*

Según Cervantes et al. (2008) el sector profesional más agredido es el personal de enfermería (42%), seguido de los médicos (35%), técnicos y administrativos (16%) y otros sectores (7%). En el estudio llevado a cabo por Lameiro et al. (2013) también resultó ser el personal de enfermería la categoría más afectada por las agresiones, con un 74%; en ella se incluía tanto a las enfermeras (36%) como a las auxiliares de enfermería (38%). En este caso, el siguiente grupo más agredido no fueron los médicos, ya que este resultó ser el grupo menos agredido, con un 6%, por debajo de los celadores, que resultó ser el 17%. En el estudio llevado a cabo por Galián et al. (2012), centrado tanto en enfermería como en auxiliares de enfermería, también obtuvo el primer grupo de enfermeras una puntuación más alta en cuanto a violencia verbal y violencia total. En él, además, se puede observar que según el tipo de contrato las puntuaciones de violencia total fueron más altas en personas con contratos temporales que en personal fijo. Respecto a la antigüedad en la profesión, también se vio que sufrían más agresiones los trabajadores que llevaban entre 6 y 10 años, frente a los que llevaban más de 20. En cambio, en el estudio de Saldaña et al. (2019) el grupo profesional más afectado son los médicos, ya que el 76,9% de los encuestados habían sido agredidos, aunque con un porcentaje cercano al de las enfermeras (72,9%), seguido de auxiliares de enfermería (67,9%), administrativos (62,5%) y celadores (55,6%).

### *Relación con el sexo y la edad*

El estudio de Cervantes et al. (2008) mostró que tres cuartas partes de la muestra estaba compuesta por mujeres y el 77% de las notificaciones realizadas por agresiones fueron por parte de este sector. Martínez et al. (2015) indicaron que las mujeres sufrían más agresiones que los hombres. El 47,5% de las mujeres sufrieron agresiones verbales, frente al 7,5% de hombres. En cuanto a las agresiones que combinaban actos tanto físicos como verbales, también resultó ser el sexo femenino el más agredido (26,3%). Saldaña et al. (2019) también tuvieron más participación femenina (81%) que

masculina (18%), pero al contrario que los autores anteriores, los hombres resultaron ser ligeramente más agredidos (en un 80% de los casos), frente a un 69,2% que resultó ser en el caso de mujeres. Se observaron variaciones dependiendo del tipo de agresión que se había dado: los hombres sufrieron más agresiones verbales, mientras que las mujeres sufrieron más agresiones tanto físicas como verbales.

En cuanto a la edad de los agredidos, Saldaña et al. (2019) no obtuvieron diferencias significativas, ya que la media de edad de los agredidos fue de 42,4 años y la de no agredidos de 40,6. Martínez et al. (2015) mostraron que el grupo de profesionales más agredido fue el de comprendidos entre 30 y 39 años (34,3%), seguidos del grupo entre 50 y 65 años (32,3%) y por último el grupo entre 20 y 29 años (9,1%). Travetto et al. (2015) también observaron mayor frecuencia de agresiones en los grupos etarios situados entre los 25 y los 44 años. Indicaron que podía deberse a distintas causas; por una parte, a que los grupos más jóvenes podían tener mayor exposición trabajando en áreas de emergencia y escenarios de alto riesgo, por otra parte, a que los grupos de mayor edad hubiesen adquirido mejores herramientas de comunicación tras años de experiencia en su tarea.

#### *Relación con el servicio en el que se desempeña la actividad*

La probabilidad de sufrir una agresión también depende del servicio en el que se desempeña la actividad laboral. Martínez et al. (2011) señalan que el ámbito donde más se producen las agresiones resulta ser el primer nivel asistencial, ya que supone el 65% de las agresiones estudiadas (57% en las consultas de atención primaria y 8% en las urgencias extrahospitalarias), seguido de las urgencias hospitalarias (12,7%) y el hospital (12,3%). Lameiro et al. (2013), además de observar diferencias entre los diferentes lugares de trabajo, encontraron una relación entre el servicio y la categoría de los profesionales agredidos. El servicio en el que más agresiones se produjeron fue psiquiatría, con el 52% de los casos, seguido de los servicios de hospitalización, con el 29%, en los cuales las más agredidas fueron las enfermeras, urgencias, con el 5%, en el cual la categoría más agredida era más variable, y por último consultas. Por otra parte,



Cervantes et al. (2008) señalan que los servicios con más incidentes violentos fueron atención hospitalaria y ambulancia, con el 75% de los casos.

#### *Relación con el agresor*

El tipo de agresor varía mucho, dependiendo del estudio que se consulte. Lameiro et al. (2013) indican que el 85% de las agresiones fueron producidas por pacientes y solo un 15% correspondían a familiares o acompañantes. Por el contrario, Saldaña et al. (2019) indican que el 35% de los profesionales fueron agredidos por un familiar o el acompañante, el 12,8% por un paciente y el 35,1% refieren que las agresiones que recibieron fueron por parte de ambos, tanto por el paciente como por los acompañantes. Por último, Martínez et al. (2011) indican que una de cada tres agresiones la realizó un familiar del paciente.

Otros autores observan diferencias en el agresor principal dependiendo del tipo de agresión al que nos refiramos. Gordillo et al. (2019) indican que en el caso de las agresiones físicas el 67% de ellas es producido por un familiar del paciente. En cambio, en las agresiones verbales los porcentajes están más igualados entre el paciente (47,3%) y la familia (44,6%). Indican también que el sexo femenino predomina tanto en las agresiones físicas como verbales; un 77,8% del total de las agresiones físicas y un 59,8% de las agresiones verbales fueron producidas por mujeres. En el caso de Martínez et al. (2015), indican que el 29,3% de las agresiones verbales lo realizó la familia, mientras que el paciente solo fue el agresor en el 6,1%. Pero en la agresión física los porcentajes están muy igualados: el paciente fue el agresor principal en el 4% de los casos y la familia en el 3%. Si nos referimos a los incidentes que combinan tanto agresión física como verbal, el paciente fue el responsable en el 23% de los casos, mientras que la familia solo fue la causante en el 3%.

### *Motivo por el que se produce la agresión*

Otro aspecto muy estudiado ha sido el motivo que desencadena la agresión. Cervantes et al. (2008) indicaron que el 33% fue debido al déficit o cantidad de información recibida, el 24% a la asistencia prestada, el 16% a inconformidad con el alta médica, el 14% a los tiempos de espera y el 13% a un trato inesperado. Lameiro et al. (2013) también indicaron que el retraso en la asistencia era uno de los factores que menos afectaba a que se desencadenase una agresión. En ambos casos los tiempos de espera obtuvieron unos de los porcentajes más bajos.

Por el contrario, otros autores en investigaciones posteriores indicaron que esta causa fue uno de los principales motivos por los cuales se produjo la agresión. Concretamente, Travetto et al. (2015) comentaron que la demora en la atención fue la causante en el 44,2% de las agresiones, seguido de la carencia de recursos (33,6%), los informes médicos (28,2%) y la comunicación en el fallecimiento (8,6%). Otra de las investigaciones que indicó que los tiempos de espera es el principal causante de las agresiones fue la de Saldaña et al. (2019), que obtuvo el 59,8%, seguido de otras causas con porcentajes mucho menores, como la conducta psiquiátrica alterada del agresor (17,4%), la falta de información (16,7%) y por último la disconformidad con el tratamiento prescrito (3,3%). En el caso de Gordillo et al. (2019), la demora en la atención también supuso la primera causa de agresión, con el 30,6%, seguido de la falta de recursos para la resolución de problemas (22,3%). Para Galián et al. (2012) la demora en la asistencia también supuso el principal motivo que desencadenó la agresión (21,8%), seguido de malas caras y miradas de desprecio (9,5%). En el caso de Lameiro et al. (2013), la contención de pacientes diagnosticados con una enfermedad mental supuso el 37%, seguido de la agitación del paciente con este mismo diagnóstico, que fue el 32% de los casos. Las causas menos frecuentes fueron la no aceptación de las normas del centro (20%) y la disconformidad con el tratamiento (8%).

En el estudio de Martínez et al. (2011) los motivos que obtuvieron como los principales causantes de los incidentes violentos vuelcan su responsabilidad sobre el profesional.

La mayor causa fue la discrepancia con la atención médica (34%), los informes médicos en desacuerdo con su exigencia (18%) y la negativa a que se les recete el fármaco deseado (15%).

#### *Respuesta frente a la agresión*

La investigación publicada por Cervantes et al. (2008) indicó, que en general, las personas agredidas no habían recibido ningún tipo de capacitación específica para afrontar situaciones de violencia. A pesar de ello, Gordillo et al. (2019) realizaron un estudio en el cual en el 30% de los casos el profesional, tras sufrir una agresión, intentaba calmar al agresor, el 26,4% lo comentaba con un compañero y el 24,8% no tomaban ninguna acción. Por otra parte, únicamente el 7,4 % del personal sanitario que sufrió una agresión decidió denunciarlo.

#### *4.3.2 Denuncia de los incidentes violentos*

Martínez et al. (2011) indicaron que un elemento importante para luchar contra las agresiones contra el personal sanitario es la denuncia, por lo que, en caso de recibir una agresión, este hecho se debe poner en conocimiento de su Colegio y de la administración. Un informe que presentó el ministerio de sanidad indicó que únicamente el 10,9% de los incidentes violentos que habían tenido lugar entre 2008-2012 habían sido denunciados (Comisión de Recursos Humanos del SNS, 2014).

Martínez et al. (2015) realizaron un estudio que muestra que únicamente el 20% de los profesionales que sufrieron violencia hacia su persona lo llegaron a denunciar. Además, encontraron una relación entre la denuncia de la agresión y la edad, ya que los profesionales entre 50 y 65 años denuncian 3,8 veces más que los menores de esa edad.

Saldaña et al. (2019) indicaron que el 88,3% de las personas agredidas no realizaron ninguna denuncia y que el 69,9% de los encuestados agredidos desconocían el procedimiento a seguir para interponer una demanda judicial. Según los datos que se recogieron en ese momento, el 68,2% del personal de urgencias no conocían los pasos

a seguir en el caso de recibir una agresión de cualquier tipo. Esto podría ser un claro indicador del motivo por el cual el personal sanitario denuncia tan pocas agresiones. Otro reciente estudio llevado a cabo en la Comunidad Valenciana (Sancho, Romero, Cuerda y Solera, 2019) indica que el 81% de los profesionales sanitarios a los que encuestaron afirmaron que existe un procedimiento para notificar la violencia en el trabajo, pero el 57% no sabían utilizarlo.

Maestre et al. (2011) estudiaron la incidencia de notificación de situaciones conflictivas en los trabajadores del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) en el área VI de la Comunidad Autónoma de Madrid. Durante el periodo que duró la investigación (15 meses) se notificaron 128 situaciones conflictivas por parte de los 4.842 trabajadores incluidos en el estudio. Observaron diferencias según la categoría laboral en la cantidad de notificaciones que se realizaron, siendo el personal administrativo el que más notificó (7,4%), seguido de los celadores (5,4%), facultativos (2,8%) y enfermería (1,7%). Además, contemplaron una baja incidencia de agresiones en uno de los hospitales y baja notificación en otro de ellos, e indicaron que podría deberse a que no había existido una difusión adecuada del procedimiento de notificación y a que los trabajadores desconocían el procedimiento de cómo hacerlo y, en caso de conocerlo, no lo notificaban porque creían que no existía implicación por parte de la gerencia. Otros autores como Madrid, Salas y Madrid (2011) indicaron que los profesionales víctimas de una agresión habían declarado sentir escaso apoyo por parte de la empresa y que las medidas de protección de las que se disponía eran insuficientes.

#### ***4.4 CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES EN EL PERSONAL SANITARIO***

Existe una relación entre trabajo y salud. Por un lado, el trabajo puede tener una influencia positiva sobre la salud por el desarrollo de las capacidades físicas e intelectuales; pero, por otro lado, puede tener una influencia negativa y desencadenar enfermedades profesionales, accidentes laborales o daños contra el personal, como en el caso de las agresiones (Martínez et al., 2015).

La violencia laboral puede tener graves consecuencias que dependen tanto de la frecuencia como de la intensidad y la duración de los actos violentos y de los apoyos que se reciban (Saldaña et al. 2019). Los efectos pueden abarcar desde lesiones físicas graves, lesiones físicas leves, inhabilitación física temporal o permanente, trauma psicológico o incluso la muerte (Miret y Martínez, 2010). Además, las consecuencias para la salud que sufre el sanitario son solo una parte del problema, ya que la relación asistencial, el clima laboral, las relaciones interpersonales, la calidad del servicio y el absentismo también va a verse afectados (Lameiro et al., 2013; Maestre et al., 2011; Sánchez et al., 2016). En la Tabla 2 se observan los efectos que pueden tener las agresiones tanto para los trabajadores como para las organizaciones.

Tabla 2. Efectos de la violencia contra el personal sanitario.

Efectos sobre la persona	Efectos sobre la organización
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la motivación, implicación y rendimiento laboral</li> <li>- Disminución de la autoestima</li> <li>- Despersonalización</li> <li>- Síntomas psicósomáticos</li> <li>- Alteraciones emocionales</li> <li>- Pensamientos negativos sobre sí mismo, la profesión y la organización</li> <li>- Afectación de los rendimientos cognitivos</li> <li>- Conductas de evitación en el trabajo</li> <li>- Afectación a la realización profesional y personal</li> <li>- Afectación de las relaciones personales y sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento del absentismo laboral y pérdida de horas de trabajo</li> <li>- Descenso de la calidad de la asistencia</li> <li>- Deterioro del ambiente laboral</li> <li>- Deterioro de la imagen institucional</li> <li>- Incremento de los costes por medicina defensiva</li> <li>- Insatisfacción de usuarios y profesionales</li> <li>- Deterioro de la relación entre profesionales y usuarios</li> <li>- Conflictos laborales</li> </ul>

Fuente: Miret y Martínez (2010).

Según la II Encuesta Andaluza del Trabajo, que realizó el Instituto Andaluz de prevención de riesgos laborales, el estrés es la segunda causa de afectación del estado de salud de los profesionales relacionada con el trabajo. Sonia Lupien, neurocientífica canadiense y directora del Centro de Estudios sobre el Estrés Humano del Instituto Universitario de Salud Mental de Montreal, afirma que hay cuatro factores que desencadenan un estado de estrés que son: imprevisibilidad, novedad, sensación de descontrol y amenaza (Centre for Studies of Human Stress ,2016). Esta científica declara que cuantos más factores estén presentes hay mayor probabilidad de que aparezca un estado de estrés. En el caso de violencia hacia un profesional sanitario los cuatro factores pueden coincidir en el mismo momento (Gasco et al., 2017).

Saldaña et al. (2019) estudiaron los efectos psicológicos que producen los actos violentos en el personal sanitario. La mayoría de ellos indica haber sufrido sentimientos de impotencia (65,9%), en menor proporción se encuentran sentimientos de miedo y ansiedad, (con 19,7% y 12,12% respectivamente); el resto (2,3%) corresponde a otros sentimientos. Hay una diferencia entre el sentimiento de miedo entre ambos sexos, ya que el 23,4% de las mujeres lo experimentan como segunda opción, a diferencia de los hombres, en los que este sentimiento queda pospuesto a la última posición.

El estudio de Gordillo et al. (2019) indican que el 10,7% del personal agredido sufrió secuelas tras un incidente violento. Las principales consecuencias tras la agresión fueron el estrés postraumático, que se dio en el 50% de los casos tras agresiones físicas y en el 45,5% tras agresiones verbales. En menor medida indicaron que los siguientes síntomas que sufría el personal sanitario eran de neurosis y ansiedad en el 36,4% tras la agresión verbal.

Miret y Martínez (2010) indicaron que la agresión continuada provoca el Síndrome del Desgaste Profesional o *Burnout*, que genera efectos perjudiciales sobre la salud física y mental del trabajador y sobre la relación social de los trabajadores, que en algunos casos puede desencadenar en ansiedad, depresión, o cansancio emocional (Sánchez, 2017).

La mayoría de los trabajos que se basan en los resultados obtenidos en investigaciones, se han centrado en la prevención de la violencia, sin tener en cuenta, el impacto que la violencia tiene en el lugar de trabajo ni en la vida del profesional. Un estudio llevado a cabo en las provincias de Valencia y Alicante con una muestra de 120 profesionales indica que las enfermeras padecen un sentimiento común al ser víctimas de un acto de violencia física en el lugar de trabajo: experimentan sentirse indefensas, convertirse en personas temerosas y frustradas, además de mostrar signos de estrés postraumático (Sancho et al., 2019).

#### 4.5 MANEJO Y PREVENCIÓN

Dado el elevado número de incidentes violentos que se producen contra el personal sanitario, la mayoría de las comunidades autónomas han desarrollado planes o estrategias para el manejo y la prevención de las agresiones en este ámbito. Gran parte de ellas los han ido modificando y actualizando a lo largo de los últimos años. Las medidas implantadas en las diferentes Comunidades Autónomas son muy diversas: planes de manejo y prevención, regulación interna o pautas.

Tabla 3. Plan de manejo y prevención de cada Comunidad Autónoma

CCAA	ANTIGUO	ACTUAL	PLAN PREVENTIVO
ANDALUCIA	2005	2012	Plan de prevención y atención de agresiones para los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía. <a href="https://www.colegioenfermeriamalaga.com/documentos/agresiones/protocolo_sas.pdf">https://www.colegioenfermeriamalaga.com/documentos/agresiones/protocolo_sas.pdf</a>
ARAGÓN	2005	2006	Plan de prevención contra la violencia en el lugar de trabajo. <a href="file:///C:/Users/Ana/Downloads/Plan_Prevenccion_Violencia_Aragon.pdf">file:///C:/Users/Ana/Downloads/Plan_Prevenccion_Violencia_Aragon.pdf</a>
CANTABRIA	2014	2014	Plan de prevención y atención ante incidentes violentos en el ámbito sanitario público de Cantabria. <a href="http://saludcantabria.es/uploads/Plan%20de%20Prevenccion%20y%20Atencion.pdf">http://saludcantabria.es/uploads/Plan%20de%20Prevenccion%20y%20Atencion.pdf</a>
CASTILLA Y LEON	2008	2018	Prevención y gestión de las agresiones externas en los centros e instituciones sanitarias de la gerencia regional de salud. <a href="https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/prevencion-riesgos-laborales/plan-integral-frente-agresiones.ficheros/1055936-">https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/prevencion-riesgos-laborales/plan-integral-frente-agresiones.ficheros/1055936-</a>

			<a href="#">PEA%20GRS%20SST%2011_Agresiones%20externas.pdf</a>
<b>CASTILLA- LA MANCHA</b>	2005	2018	Resolución de 06/11/2018, de la Dirección-Gerencia, por la que se crea y se regula el Observatorio de la Violencia para la prevención de agresiones al personal del Sescam. [2018/13718]. <a href="https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20190403/2018_13718_0.pdf">https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20190403/2018_13718_0.pdf</a>
<b>CATALUÑA</b>	2005	2005	Procedimiento de prevención y actuación ante situaciones de violencia (en los centros del Institut Català de la Salut). <a href="http://ics.gencat.cat/ca/inici">http://ics.gencat.cat/ca/inici</a>
<b>CEUTA</b>	-	2018	Resolución de 26 de marzo de 2018, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, por la que se aprueba y publica el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en los centros dependientes del INGESA, en las ciudades autónomas de Ceuta, Melilla y Centro Nacional de Dosimetría en Valencia. <a href="https://www.boe.es/eli/es/res/2018/03/26/(2)/dof/spa/pdf">https://www.boe.es/eli/es/res/2018/03/26/(2)/dof/spa/pdf</a>
<b>COMUNIDAD DE MADRID</b>	2004	2019	RESOLUCIÓN 92/2019, de 1 de marzo, de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueba el Protocolo de Prevención y Actuación frente a la Violencia en el Trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. <a href="https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/agresiones/protocolos/Protocolo_violencia_en_el_trabajo_SERMAS.pdf">https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/agresiones/protocolos/Protocolo_violencia_en_el_trabajo_SERMAS.pdf</a>
<b>COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA</b>	2009	2019	Protocolo de actuación ante agresiones externas. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea <a href="http://www.smnavarra.org/wp-content/archivos/2015/06/Protocolo-agresiones-externas-SNS-O-jun-13.pdf">http://www.smnavarra.org/wp-content/archivos/2015/06/Protocolo-agresiones-externas-SNS-O-jun-13.pdf</a>
<b>COMUNIDAD VALENCIANA</b>	2010	2018	Plan integral de prevención de las Agresiones en el Entorno sanitario. <a href="http://www.san.gva.es/documents/155952/752483/PLA_INTEGRAL_DE_PREVENCION_DE_LAS_AGRESIONES_SANITARIAS_2018-2021.pdf">http://www.san.gva.es/documents/155952/752483/PLA_INTEGRAL_DE_PREVENCION_DE_LAS_AGRESIONES_SANITARIAS_2018-2021.pdf</a>
<b>EXTREMADURA</b>	2006	2015	Plan estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2015-2021. <a href="https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContent/PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20CALIDAD%20DEL%20SSPE%202015-2021.pdf">https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContent/PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20CALIDAD%20DEL%20SSPE%202015-2021.pdf</a>
<b>GALICIA</b>		2008	Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. <a href="https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-14134-consolidado.pdf">https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-14134-consolidado.pdf</a>
<b>ISLAS CANARIAS</b>	2006	2006	Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de la Salud. <a href="http://www.cgtsanidadlpa.org/f/scs/PlandePrevenciondeAgresionesSCSdefinitivo.pdf">http://www.cgtsanidadlpa.org/f/scs/PlandePrevenciondeAgresionesSCSdefinitivo.pdf</a>



<b>LA RIOJA</b>	-	2008	Plan de prevención y atención al profesional del servicio riojano de salud víctima de agresión en el desempeño de sus funciones. <a href="https://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/prevagresionlaboral.pdf">https://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/prevagresionlaboral.pdf</a>
<b>MELILLA</b>	-	2018	Resolución de 26 de marzo de 2018, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, por la que se aprueba y publica el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en los centros dependientes del INGESA, en las ciudades autónomas de Ceuta, Melilla y Centro Nacional de Dosimetría en Valencia. <a href="https://www.boe.es/eli/es/res/2018/03/26/(2)/dof/spa/pdf">https://www.boe.es/eli/es/res/2018/03/26/(2)/dof/spa/pdf</a>
<b>PAIS VASCO</b>	2009	2018	Protocolo de actuación ante situaciones de violencia en el trabajo. Osakidetza. <a href="https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_normativa/es_def/adjuntos/2018/Intruccion_4_2018.pdf">https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_normativa/es_def/adjuntos/2018/Intruccion_4_2018.pdf</a>
<b>PRINCIPADO DE ASTURIAS</b>	2007	2007	Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios. <a href="https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Gu%C3%A1da+de+Preveni%C3%B3n+frente+a+potenciales+situaciones+conflictivas+en+Centros+Sanitarios.pdf/effcd16d-5f47-e33d-fccc-841d53c89cfb">https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Gu%C3%A1da+de+Preveni%C3%B3n+frente+a+potenciales+situaciones+conflictivas+en+Centros+Sanitarios.pdf/effcd16d-5f47-e33d-fccc-841d53c89cfb</a>
<b>REGIÓN DE MURCIA</b>	2005	2017	Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia. <a href="http://www.ffis.es/ups/prl/mapa_riesgos_2017.pdf">http://www.ffis.es/ups/prl/mapa_riesgos_2017.pdf</a>

Fuente: Elaboración propia.

Altemir y Arteaga (2018) diseñaron un protocolo de actuación ante las agresiones para el personal sanitario. En él se describen pautas preventivas relacionadas con la organización de los servicios, pautas para detectar la hostilidad, estrategias de comunicación verbal y no verbal para abordar la hostilidad, estrategias de control para abordar la hostilidad y aspectos a tratar con la persona hostil. Todo ello, fue recogido por los autores en un resumen gráfico (Figura 2) para que el personal sanitario pudiese acceder a él de una manera más rápida y sencilla.

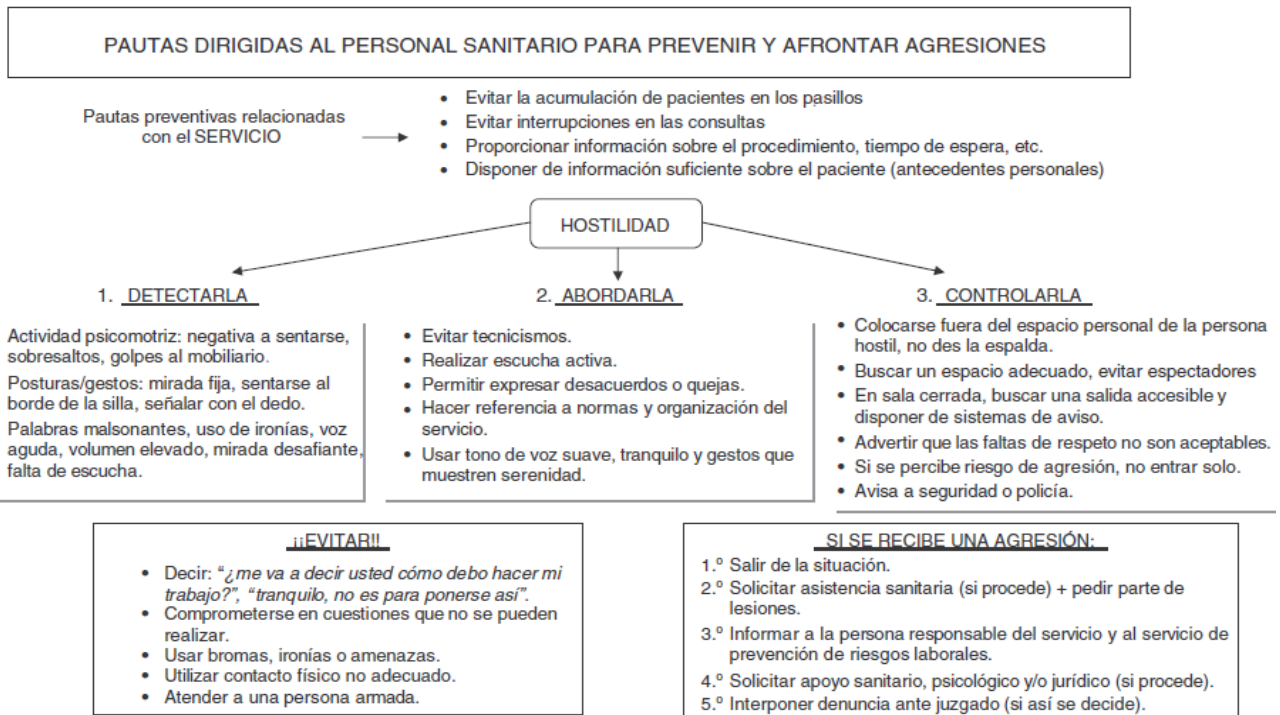


Figura 2. Pautas dirigidas al personal sanitario para prevenir y afrontar agresiones

Fuente: Altemir y Arteaga, (2018).

La mayoría de los protocolos indican la manera de actuar ante una agresión y como se debe de realizar la notificación de las agresiones, esto es importante, ya que, para hacer una buena prevención de la violencia en el ámbito sanitario, es necesario conocer la realidad de las agresiones en este escenario donde los profesionales de la salud ejercen su trabajo (Ortells, Muñoz, Paguina, y Morató, 2013).

#### 4.6 MARCO NORMATIVO

A nivel normativo en España existe la siguiente legislación que regula la seguridad de los trabajadores:

- Ley 11/1986, General de Sanidad.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

- Ley 33/2001, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

#### 4.7 SÍNDROME BURNOUT

Freudenberger (1974), fue el primero en definir el concepto de *Burnout* como la sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Este concepto ha sufrido numerosas modificaciones, aunque parece que el concepto más estandarizado es el que ofrecen Maslach y Jackson (1981), que lo definen como “síndrome de desgaste profesional en el cual la persona entra en un estado de agotamiento emocional, físico y mental grave y se derrumba a causa del cansancio psíquico o estrés” (García, 2017).

Recientemente, García (2017) define este concepto como “un trastorno de inadaptación al estrés laboral, agudo o crónico, bien por falta de recursos de afrontamiento, o bien por no llevar a cabo estrategias ya conocidas, que conllevaría a un estado disfuncional de tipo emocional y conductual”.

El Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) se compone de tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Su incidencia aumenta en profesionales con un contacto directo y constante con otras personas, como los sanitarios y profesores. El SDP puede incrementar el riesgo de agresiones, ya que produce efectos reactivos en los pacientes. La relación entre profesional y paciente se ve afectada negativamente debido a la actitud despersonalizada del profesional; el usuario percibe un trato peor y deshumanizadamente y reacciona con quejas y agresividad (Sánchez, 2017).

Existe una relación entre la inteligencia emocional y el Síndrome *Burnout*, confiriendo a los factores de inteligencia emocional la influencia de tender a suprimir el afecto negativo y potenciar el afecto positivo. Autores como Extremera, Fernández-Berrocal y Durán (2003) declaran que las personas con alta percepción de su regulación emocional presentan menor cansancio emocional, menor despersonalización y mayor realización personal en el trabajo, por lo que las emociones y la capacidad propia para regularlas adquieren un valor primordial en este sentido (Perea, Sánchez y Fernández, 2008).

#### *4.7.1 Relación del síndrome burnout con las agresiones laborales*

El Síndrome *Burnout* se origina como respuesta a una situación de estrés laboral o institucional sufrido de manera continuada, como les ocurre a los profesionales que mantiene durante el ejercicio laboral una relación de ayuda a otras personas como sanitarios o educadores. Este estrés es un proceso dinámico y complejo que se debe a un desbordamiento de los recursos que tiene la persona para hacer frente a las demandas del medio en el que se encuentra. Una persona se considera que está sometida a estrés cuando tiene una percepción, tanto real como distorsionada, de no ser capaz de hacer frente de forma efectiva a las demandas y exigencias del entorno (Miret y Martínez, 2010).

Murillo, Orozco, Ramos y Parra (2011) realizaron un estudio con 20 médicos generales, en lo referente al Síndrome *Burnout*. Se observó que el 75% de los médicos presentaron niveles moderados y altos de cansancio emocional, al igual que de despersonalización, y un 35% presentaron alteraciones en la realización personal. Refiriéndolos a la violencia que habían sufrido, los datos indicaron que el 90% de los profesionales habían sufrido algún tipo de violencia en su lugar de trabajo. Sin embargo, al analizar la relación del Síndrome *Burnout* con las agresiones no se encontró una relación estadísticamente significativa.

En cambio, hay otros autores que sí han encontrado una asociación entre *Burnout* y la violencia, como Isaksson, Graneheim, Richter, Eisemann y Åström (2008). En la investigación sobre Violencia de los usuarios de enfermería (Miret y Martínez, 2010) se

llegó a la conclusión de que la exposición a manifestaciones de violencia estaba relacionada positivamente con el nivel de agotamiento emocional y despersonalización.

#### *4.8 INTELIGENCIA EMOCIONAL*

El concepto de Inteligencia Emocional tiene que ver tanto con la emoción como con la inteligencia. Los primeros en definirlo fueron los psicólogos Salovey y Mayer (1990) aunque, quien popularizó el concepto fue Goleman cinco años más tarde (Aradilla, 2013; Berrios, Augusto y Aguilar, 2006; Goleman, 1995).

Goleman (1995) publicó su trabajo Inteligencia Emocional, que fue una gran relevación, ya que a partir de él se comenzó a aplicar con más intensidad el estudio de la inteligencia emocional a diversos campos como la educación, la autoayuda o el entorno laboral. Goleman define Inteligencia emocional como “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones”. Posteriormente en 1998, reformuló esta definición de la siguiente manera: “La Inteligencia Emocional es la capacidad para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad en nosotros mismos y en las relaciones interpersonales” (Casanatán, 2017; Goleman, 1998).

La inteligencia emocional se fundamenta en los siguientes principios básicos (Casanatán, 2017; García y Giménez, 2010; Nieto, 2019):

- Autocontrol: capacidad que tiene un individuo para poder dominar sus impulsos, sin perderlos nervios, manteniendo la calma.
- Autoconocimiento: habilidad de conocerse a uno mismo identificando los puntos fuertes y débiles.
- Automotivación: capacidad para hacer cosas por uno mismo sin tener que ser impulsado por otro.

- Empatía: aptitud de ponerse en la piel de otro e intentar comprender su posición.
- Habilidades sociales: capacidad para relacionarse con los demás desarrollando capacidades comunicativas adecuadas.
- Asertividad: defender de manera correcta las ideas de uno mismo sabiendo respetar las de los demás, aceptar las críticas constructivas y afrontar los problemas.
- Proactividad: habilidad para tomar la iniciativa frente a oportunidades y problemas responsabilizándose de los propios actos.
- Creatividad: competencia para observar el mundo desde otros puntos de vista con la capacidad para enfrentar y solucionar problemas

La calidad de vida profesional (CVP) es el sentimiento que se produce a partir del equilibrio que percibe el profesional entre las cargas o demandas propias de su profesión y los recursos de los que dispone para afrontar esas demandas, que pueden ser recursos organizacionales, psicológicos y relacionales. En este concepto un factor que cobra mucha relevancia en el bienestar es la inteligencia emocional (Macías, Gutiérrez-Castañeda, Carmona y Crespillo, 2016).

Hay determinados grupos de profesionales cuya labor se centra en la atención al usuario, paciente o cliente, como son los médicos, enfermeras, bomberos y policías, en los cuales la inteligencia emocional adquiere especial relevancia debido a su actividad asistencial. Concretamente, el personal sanitario está continuamente en contacto con el sufrimiento, el estrés, el dolor y la muerte, momentos en los cuales un buen desarrollo de las habilidades emocionales resulta esencial, ya que están continuamente lidiando por regular sus propias emociones y las de los demás (Aradilla, 2013).

Hay diferentes autores que afirman que existe una relación positiva entre la inteligencia emocional y la salud laboral (Downey, 2005; Thiebaut, Breton, Lambolez y Richoux, 2005). Cummins, Hayduk y Estabrooks (2005) realizaron un trabajo

centrándose en el personal de enfermería en el que indican que las enfermeras que adoptan un estilo de liderazgo basado en competencias de inteligencia emocional padecen menor cansancio emocional, mayor satisfacción con su trabajo y conocimiento de las necesidades de sus pacientes que las que no basan su estilo de liderazgo en dichas competencias. Otra variante que debemos tener en cuenta es la inteligencia emocional percibida que se define como el metaconocimiento que las personas tienen de sus habilidades emocionales (Berrios et al., 2006).

Se ha estudiado la relación que existe entre la inteligencia emocional percibida y el estrés laboral en profesionales de enfermería. Se ha llegado a la conclusión de que de las mujeres experimentan unos niveles de estrés superiores que los varones que ejercen la misma profesión, por lo que el género se puede considerar una variable esencial en el padecimiento del estrés. Los varones valoran las algunas situaciones, como momentos conflictivos, la muerte, el sufrimiento y la presión laboral como menos estresantes que sus compañeras, presentan menos atención a las mismas o afrontan estas situaciones de manera más directa. Una posible explicación de estas diferencias puede ser que el sexo femenino focaliza en exceso la atención sobre las propias emociones (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro y Gómez-Benito, 2004).

#### *4.8.1 Afrontamiento emocional.*

La mayoría de los protocolos mencionados anteriormente están enfocados a la manera en la que se debe actuar ante una agresión o incluso a contrarrestar la conducta del agresor, pero no suelen hablar de cómo evitar el daño psicológico que puede provocar sobre el profesional dicha agresión. Parte del personal sanitario, en concreto las enfermeras expresan que no han recibido a lo largo de su ciclo formativo una capacitación suficiente en cuanto a habilidades emocionales (Aradilla, 2013).

La Agencia Sanitaria del Bajo Guadalquivir introdujo unos Talleres de Autodefensa para Agresiones Verbales en todos los hospitales de la organización. Esta formación está enfocada a evitar el sentimiento de culpa en el profesional una vez se ha sufrido una

agresión y dota de herramientas para que se elimine o minimice cualquier recuerdo negativo una vez haya finalizado. Los resultados mostraron una gran satisfacción global por parte de los profesionales, ya que manifestaron sentirse más capacitados para gestionar este tipo de conflictos, disminuyendo considerablemente el impacto psicosocial que se producía tras la agresión (Gasco et al., 2017).

Por otro lado, hay servicios de salud que incluyen asistencia emocional desde la organización, como es el caso del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea (SNS-O). En su Protocolo ante agresiones externas incluye, una vez se ha notificado la agresión ante el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, apoyo psicológico (Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea, 2019).



## 5. DISCUSIÓN

Tras realizar esta revisión bibliográfica, una cuestión que se plantea es en qué momento empezaron a aumentar las agresiones hacia el personal sanitario. Como se ha explicado anteriormente, Sánchez (2017) indicó que la relación asistencial se basaba tradicionalmente en una relación médico-paciente en la que la agresión era impensable. Esta relación estaba basada en el paternalismo y en ella el profesional tenía la última palabra y decidía sobre el proceso de asistencia que iba a recibir el paciente. Actualmente, la sanidad está basada, entre otros, por el principio de autonomía, por el cual el paciente tiene derecho a deliberar sobre sus finalidades personales y tomar sus propias decisiones en cuanto a su proceso de enfermedad. Esto resulta muy beneficioso para el paciente, ya que, si es una persona autónoma, tiene derecho a ejercer su autonomía, pero quizá ha podido ser un motivo por el cual se ha perdido un poco el respeto o se ha dejado de venerar a los profesionales. Eso, sumado a situaciones complicadas en momentos difíciles y de estrés, puede desencadenar una agresión.

Según los autores consultados (Cervantes et al., 2008; Galián et al., 2012; Lameiro et al., 2013), parece ser que las enfermeras son la categoría más afectada por agresiones producidas por pacientes, familiares y acompañantes. Una de las cuestiones que se plantea este trabajo es conocer la causa por la que esta categoría resulta la más afectada. Esto puede ser debido a varias causas como: la cercanía y confianza que ofrecen las enfermeras con sus pacientes, las horas que pasan junto a ellos o el hecho de que se les percibe de manera más vulnerable.

Otro aspecto curioso es el motivo por el cual se producen las agresiones. La mayoría de los estudios (Gordillo et al., 2019; Saldaña et al., 2019; Travetto et al., 2015) apuntan a que la demora en la atención es el principal desencadenante en los incidentes violentos contra el personal sanitario. Esto es algo cuya responsabilidad recae más sobre la organización que sobre el propio profesional. Por otro lado, hay otros motivos como la

disconformidad del paciente con el tratamiento o la falta de información, en los cuales la responsabilidad se le achaca más al profesional.

Numerosos autores (Maestre et al., 2011; Martínez et al., 2015; Saldaña et al., 2019; Sancho et al., 2019) han estudiado el bajo número de denuncias que el personal sanitario realiza tras haber sido agredido. La denuncia es un proceso personal que puede o no llevar a cabo el profesional sanitario; si decide hacerlo, debería contar con el apoyo de la organización para ello. Este trabajo quiere recalcar la importancia no tanto de la denuncia judicial sino de la notificación administrativa de los incidentes violentos. Se debe animar al profesional a hacerlo para que haya constancia de lo sucedido y poder trabajar sobre ello y recalcando que la denuncia judicial es un proceso voluntario y personal que el profesional puede o no llevar a cabo. En el caso del Servicio Navarro de Salud, en primer lugar, tras sufrir una agresión, se debe poner lo antes posible en conocimiento del responsable inmediato de la persona agredida, que a su vez informará a la Dirección del Centro o a la persona Responsable de Personal. A continuación, la comunicación de la agresión se realizará a través del formulario de Notificación e Investigación de Sucesos (Anexo B), disponible en la Intranet Sanitaria. Por otro lado, desde el Servicio de Régimen Jurídico del SNS-O se realizará un asesoramiento legal. Es importante aclarar que la notificación de la agresión al responsable inmediato, al SPRL o al Servicio de personal correspondiente no supone el inicio de un procedimiento judicial, ya que para esto es imprescindible la denuncia de la víctima ante la autoridad pertinente (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2019).

Este trabajo se ha encontrado con algunas limitaciones y oportunidades. La principal limitación ha sido que los datos con los que cuentan los estudios no son del todo representativos, ya que como se ha nombrado anteriormente muchos profesionales no notifican ni denuncian los incidentes violentos que sufren. Por otra parte, se han realizado numerosos estudios de las agresiones que sufre el personal sanitario centrándose en las diferentes categorías y en los diferentes servicios e incluso

analizando distintos aspectos dependiendo de las variables anteriores, pero existen pocos estudios actuales que analicen las agresiones en el personal sanitario de manera global. Por el contrario, también se han encontrado oportunidades a la hora de realizar este trabajo como son los planes de manejo y prevención de las agresiones realizados por las comunidades autónomas, lo cual es una herramienta imprescindible para que el profesional pueda hacer frente a estas situaciones en el momento en el que se ve involucrado en una de ellas. Sin embargo, existe poca evidencia científica acerca de cómo afrontar emocionalmente una agresión por parte del personal sanitario. Es por ello, que una de las fortalezas de este trabajo es su propuesta teórica, ya que recopila ocho pautas y estrategias para alcanzar el bienestar emocional, algunas de ellas utilizadas en otros ámbitos y adaptadas para los profesionales del mundo de la salud que sufren agresiones en su lugar de trabajo.

Futuras líneas de trabajo podrían estar orientadas a evaluar la utilidad y efectividad de esta propuesta en los trabajadores. Se trataría de analizar si acercando de esta manera el protocolo actual de cada comunidad y estas pautas para el manejo emocional, las agresiones se notifican más y se restablece antes el bienestar emocional del trabajador.

## 6. CONCLUSIONES

- La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema a nivel mundial. Entre los sectores más afectados, debido a su cercanía e interacción con el usuario, se encuentra el personal sanitario.
- Entre las categorías más perjudicadas se ubica el personal de enfermería.
- Las agresiones en el personal sanitario tienen graves consecuencias tanto físicas como psicológicas, además de verse también afectada la calidad de la asistencia.
- Aunque son varios los motivos que pueden desencadenar un incidente violento, la demora en la atención es uno de los principales.
- Es importante, para reducir el número de agresiones y minimizar las consecuencias, formar a los profesionales en la prevención y el manejo de las agresiones.
- Existe una dificultad a la hora de disponer de datos reales al llevar a cabo las investigaciones. Por ello, se debe incidir en ello y facilitar la notificación de las agresiones por parte de los profesionales.
- Se debe hacer frente a las consecuencias psicológicas que puede presentar el personal afectado. Por ello, una línea proferente de actuación debe ser ofrecer un adecuado apoyo emocional a las personas que hayan sido víctimas de este tipo de violencia.
- El entrenamiento de los profesionales en el manejo emocional y en la adquisición de habilidades para prevenir y afrontar las consecuencias de las agresiones es un reto de cara a conseguir un mejor pronóstico en la salud de estos trabajadores.

## 7. PROPUESTA TEORICA DEL TRABAJO

### 7.1 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Las investigaciones centradas en la inteligencia emocional en enfermería, llevadas a cabo tanto en profesionales como en estudiantes, han llegado a la conclusión que las personas que presentan dificultades para la comprensión y la gestión de las emociones son aquellas que prestan continuamente una atención a estas, mientras que las que discriminan mejor entre sus sentimientos y regulan de manera correcta sus emociones muestran menor ansiedad, miedo ante la muerte, depresión o estrés (Aradilla, 2013). Dicho motivo, esta propuesta teórica parte de la premisa de que resultaría muy interesante incluir programas de formación de habilidades emocionales en los Grados de Enfermería. De este modo, se facilitaría que los futuros profesionales se encuentren formados en estrategias de afrontamiento ante situaciones que pueden sufrir a lo largo de su trayectoria profesional y que puedan provocar una inestabilidad emocional. Se recalca la importancia de llevar a cabo una evaluación de dichos programas para comprobar si se alcanza por parte de los estudiantes estas herramientas para afrontar correctamente situaciones violentas.

Dado el alto número de incidentes violentos que sufre el personal sanitario, que pueden desencadenar situaciones de estrés dependiendo de cómo se afronten, es importante capacitar al personal sanitario dotándole de herramientas para poder afrontar estos sucesos de la mejor manera posible, una vez hayan sucedido. Por ello, en este apartado se presentan ocho pautas útiles para ayudar al profesional víctima de un incidente violento a gestionar lo sucedido. Además, recoge la información de manera visual en un folleto que puede estar presente en las plantas y servicios hospitalarios para que el profesional “lo tenga a mano” en el caso de que sufra una agresión. Adicionalmente, el folleto contiene un código QR que permite acceder a esta información y consultar estas ocho pautas expuestas de manera más desarrollada. También recogerá el protocolo a seguir en el caso de sufrir una agresión.

## **7.2 OBJETIVO**

Proponer distintas pautas para poder conseguir, mediante diferentes estrategias, un bienestar emocional tras haber sufrido un incidente violento mientras se desempeñaba la actividad laboral.

## **7.3 DESARROLLO DE LAS PAUTAS**

### **1. Identificar las propias emociones para trabajar sobre ellas.**

Ser capaces de reconocer las emociones que provocan las vivencias que tenemos en cada momento es una parte muy importante que colabora en alcanzar el bienestar emocional. Por ello, no se debe infravalorar ni abandonar el propio mundo emocional. Identificar las emociones que sentimos en cada momento no es un proceso fácil y requiere concentración y entrenamiento, pero si lo conseguimos, lograremos fluir con ellas y que no nos atasquen ni nos bloqueen. Para ello, debemos aceptar que las emociones “negativas” tienen razón de ser, ya que nos aportan información y nos ayudan a reconocer que hay algo (interior o exterior) que nos molesta o ante lo cual nos sentimos mal. Se trata de detectar ese sentimiento y aprender a hacerlo lo antes posible, ya que, cuanto más intenso es, menos control tenemos sobre él.

### **2. Análisis DAFO**

Es una herramienta comúnmente utilizada en empresas o proyectos, que también puede ser trasladada al contexto personal y que nos permite estudiar características internas (fortalezas y debilidades) y la situación externa (amenazas y oportunidades), así como organizar la información en una matriz (Olivera y Hernández, 2011). El objetivo es hacer una reflexión de estos cuatro ítems para poder ser conscientes de la situación actual y actuar a partir de este análisis. Para ello, debemos conocer a qué se refiere cada apartado y qué preguntas debemos hacernos para poder llegar a la respuesta correcta.

- ✚ Debilidades: son los aspectos internos de cada persona que te pueden hacer flaquear y se debe tratar de mejorar. *¿Qué aspectos de mi actitud debo mejorar? ¿Qué capacidades puedo mejorar? ¿Qué características me suponen un obstáculo?*
- ✚ Fortalezas: son las ventajas que tiene cada uno que pueden hacerte destacar o ayudar en determinadas ocasiones y debemos tratar de mantener. *¿Qué capacidades tengo? ¿En qué destaco? ¿Cuáles son mis aptitudes y mis actitudes? ¿Qué cualidades propias me impulsan?*
- ✚ Amenazas: son los aspectos externos que pueden afectar a la persona de manera negativa que debemos tratar de afrontar. *¿Qué aspectos externos me pueden afectar negativamente? ¿Cuál es la situación exterior en la que me encuentro y en que me afecta?*
- ✚ Oportunidades: son aspectos externos que te pueden beneficiar y debemos aprovechar y explotar. *¿Cuáles son las circunstancias y en qué me beneficia? ¿Qué aspectos externos me ayudan?*

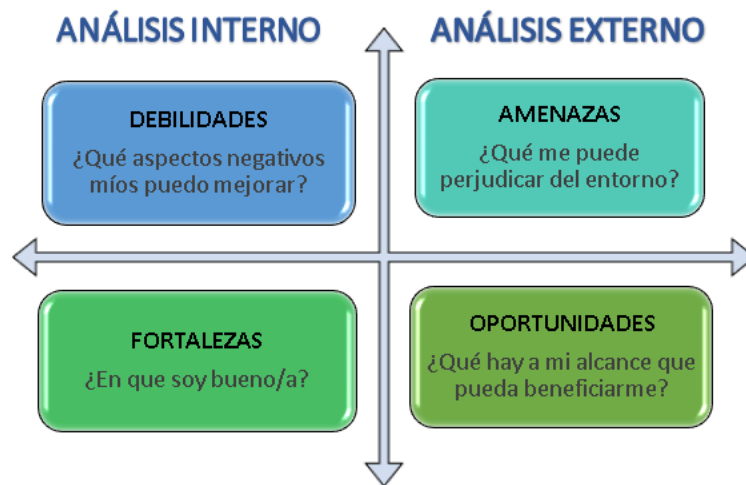


Figura 3. Matriz DAFO.  
Fuente: Elaboración propia .

### 3. Buscar apoyo para no sentirse desprotegido

Además de intentar buscar apoyo en el equipo que compone la unidad del profesional, se propone el uso de la aplicación AlertCops, una app creada por el Ministerio del Interior, el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil



(<https://alertcops.ses.mir.es/mialertcops/>). Contiene un apartado dedicado a la seguridad de los profesionales sanitarios que permite comunicarse con ellos mediante chat y mandar alertas geolocalizadas con imagen y video al centro policial más cercano, obteniendo una respuesta rápida y eficaz. También cuenta con un botón “SOS” para poder acceder a la ayuda de manera más ágil. Es una herramienta muy interesante para todos los profesionales sanitarios, pero más aún para aquellos que han sufrido una agresión mientras desempeñaban su actividad laboral, ya que les puede hacer sentirse más seguros y ayudar a recuperar la confianza en el desempeño de su actividad laboral.

### 4. *Mindfulness* (meditación y relajación)

*Mindfulness* se traduce al castellano como atención o consciencia plena. Es un estado natural de la mente que se alcanza con meditación y consiste en observar la realidad en el momento presente y las experiencias que se están viviendo, partiendo de la aceptación (Vásquez-Dextre, 2016). Requiere entrenamiento y podemos contar con la ayuda de profesionales para ello. Concretamente en Navarra existe el Centro Navarro de Mindfulness (<http://www.cnmindfulness.es/index.html#>), formado por psicólogos y expertos en la materia con amplia experiencia, en los cuales se puede encontrar ayuda.

### 5. Reflexionar sobre lo ocurrido, entender el motivo, ser conscientes de cómo hemos actuado y darse cuenta de que no somos los culpables del incidente. Para ello, debemos identificar y corregir patrones de pensamiento negativo y automáticos y sustituirlos por creencias o pensamientos más racionales. A medida que se enfrentan estos dos tipos de pensamientos, la capacidad de los



pensamientos negativos para producir sentimientos dañinos se debilita. Para trabajar este aspecto se puede seguir las pautas de la reestructuración cognitiva (Bados y García, 2010).

6. Buscar la automotivación y la autoconfianza, volver a los inicios de por qué elegimos nuestra profesión para no perder el “amor” por nuestro trabajo y de esta manera recuperar la motivación y la confianza en el trabajo y en el paciente respectivamente.

7. Técnicas de Liberación Emocional. *Tapping*.

Las siglas EFT provienen del término *Emotional Freedom Technique*, una técnica de crecimiento interior mediante la liberación interior por acupresión. El libro *EFT: La Técnica Tapping de liberación Emocional que restablece tu equilibrio energético* afirma que las emociones negativas son debidas a un desequilibrio del flujo energético del cuerpo. Esta técnica se basa en ejercer presión sobre los puntos de entrada y salida de los meridianos de acupuntura ubicados en la cara, la parte alta del cuerpo y las manos (Laheurte, 2017).

8. Notificar en incidente.

Estudios citados anteriormente (Martínez et al., 2011; Martínez et al., 2015; Saldaña et al., 2019) hablan de la importancia de denunciar los incidentes de violencia para que haya constancia de ellos, se puedan tomar las medidas oportunas para hacerlos frente y prevenirlos. De esta manera, se trata de que cada vez sean menos los profesionales sanitarios que tengan que enfrentarse a esta situación. Por ello, este estudio ve la necesidad de que los profesionales notifiquen los incidentes violentos, por lo que es conveniente conocer el protocolo y poder acceder a él y a la documentación necesaria de la manera más rápida y sencilla posible.

Concretamente en Navarra, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea incluye en su Intranet el Protocolo de actuación ante agresiones externas. En él se

exponen siete puntos a seguir tras haber sufrido una agresión externa, entendida como aquella conducta que implique violencia verbal o violencia física proveniente de personas ajenas a la organización. El protocolo explica los pasos a seguir en el caso de sufrir una agresión e incluye una guía de actuación.

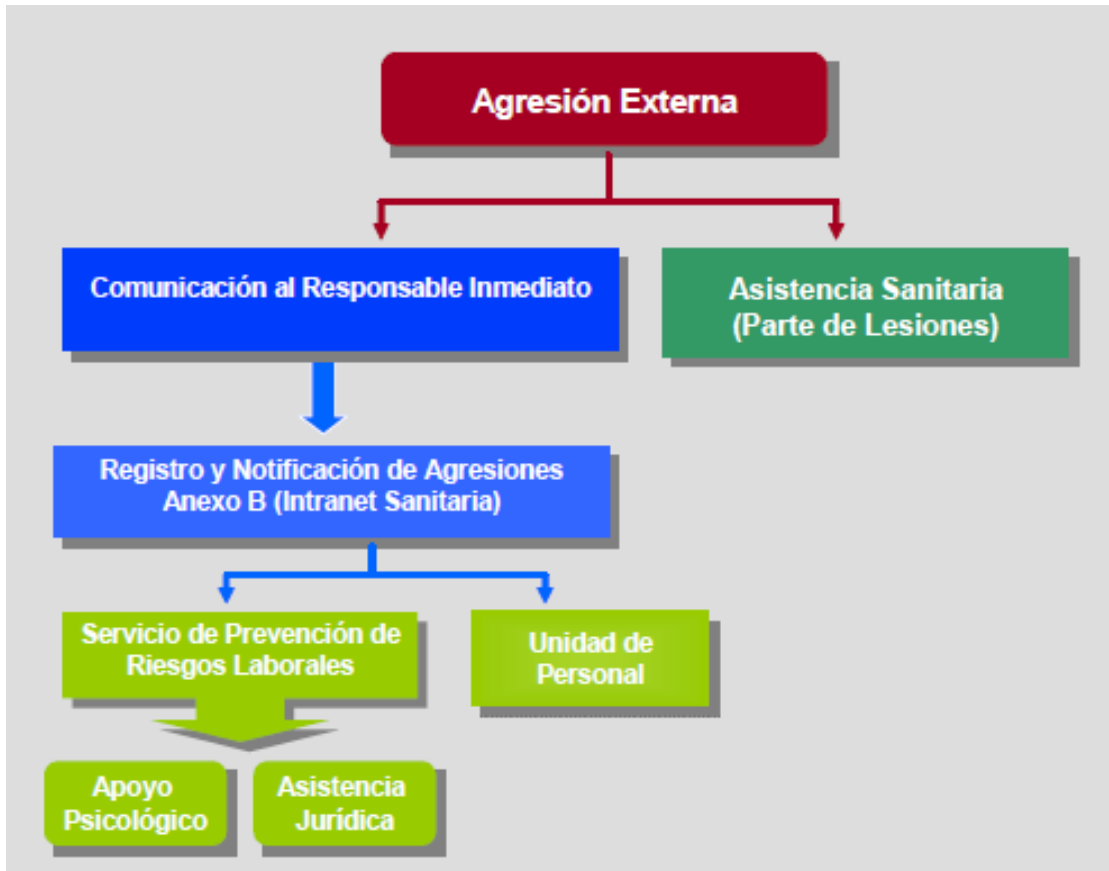


Figura 4. Guía de actuación ante agresiones externas en el lugar de trabajo.

Fuente: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (2019).

En la Figura 5 se observan las indicaciones para acceder al Protocolo ante agresiones externas del SNS-O.

The image displays two screenshots of the 'Portal del personal del Gobierno de Navarra'. The top screenshot shows the main portal interface with a sidebar menu. The 'Seguridad y salud laboral' menu item is highlighted with a green box and a green arrow pointing to it. Below it, the 'SNS-O' menu item is also highlighted with a green box and a green arrow pointing to it. The main content area shows various news items related to COVID-19 and teleworking. The bottom screenshot shows the 'SNS-O - Área Personal' interface. The 'Protocolo Agresiones Externas' link is highlighted with a blue box and a blue arrow pointing to it. The interface includes navigation tabs, a search bar, and various application and resource links.

Figura 5. Portal del Personal del Gobierno de Navarra.  
Fuente: Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea - Área Personal.

La Figura 5 recoge el folleto que propone este trabajo, con las ocho pautas para reestablecer el bienestar emocional tras haber sufrido una agresión mientras se desempeña la actividad laboral. Sintetiza el contenido de esta propuesta de manera visual y accesible, además contiene un código QR, que permite acceder a información desarrolla mediante su escaneo y a las indicaciones para acceder al protocolo de actuación ante agresiones externas y al Anexo B para notificarlas en el SNS-O.

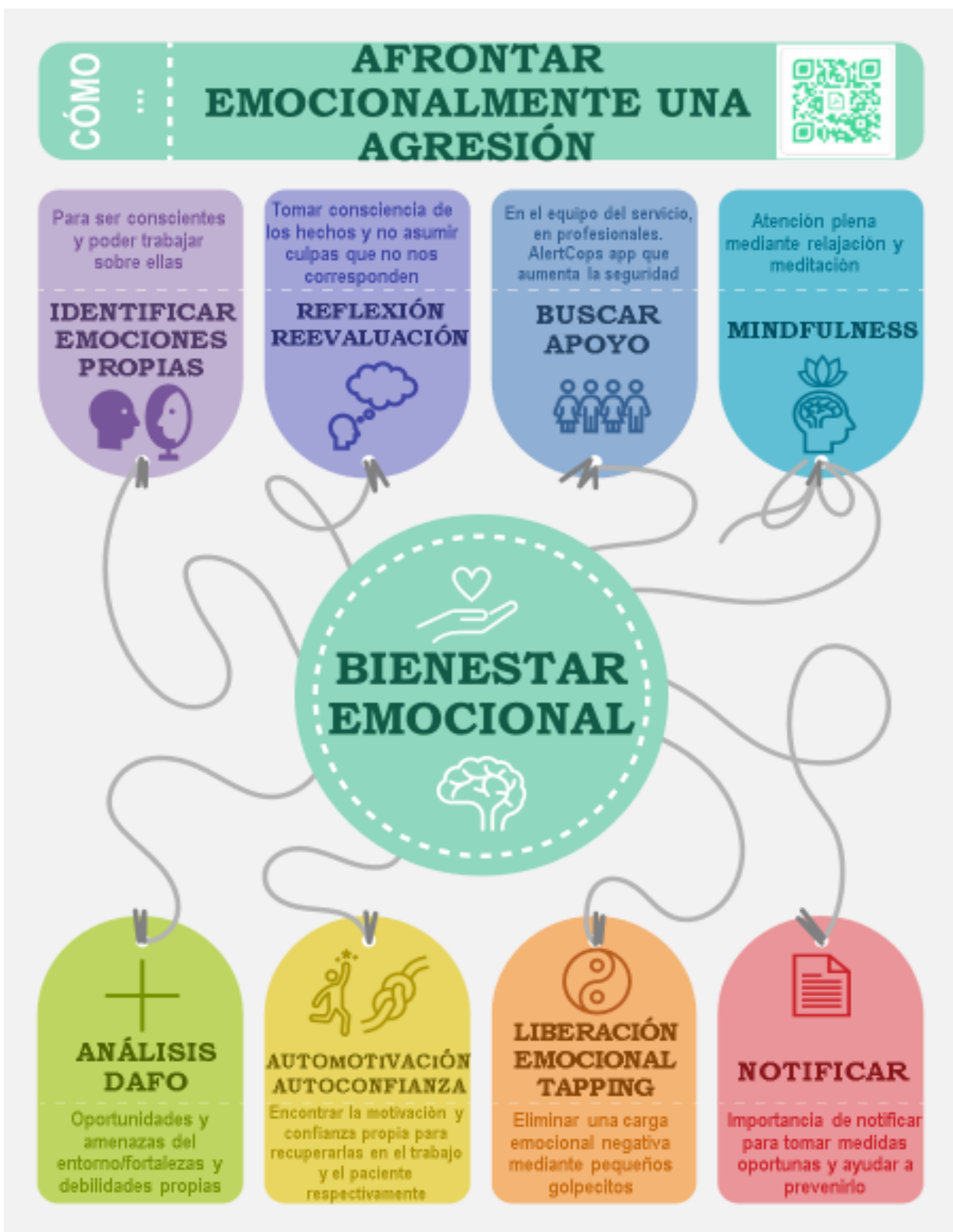


Figura 6. Como afrontar emocionalmente una agresión.  
Fuente. Elaboración propia.

## 8. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer al tutor y director de este Trabajo de Fin de Grado, Alfonso Arteaga Olleta, por sus indicaciones, su paciencia, su dedicación y sus ánimos durante el todo este proceso. La confianza que me ha dado me ha permitido realizar el trabajo con total libertad, haciéndome sentir guiada y arropada.

Al conjunto de profesores y profesionales sanitarios que me han formado durante este periodo y han contribuido a mi desarrollo como persona y futura profesional.

Por último, agradecer a mi familia y amigos por su confianza y por brindarme fuerza y apoyo durante estos años.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente-Almería (2005). *Plan de prevención y actuación ante la violencia en la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente-Almería*.

Altemir, M. y Arteaga, A. (2018). Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. *Enfermería Clínica*, 28(2),125-132.

Aradilla, A. (2013). *Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona.

Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Berrios, MP., Augusto, JM. y Aguilar, MC., (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index de Enfermería*, 15(54), 30-34.

Casanatán, R.A. (2017). *Efectos del Programa de Tutoría “Huellas”, en el desarrollo de la inteligencia emocional y en el rendimiento académico de los estudiantes del primer ciclo de Humanidades de la Universidad San Ignacio de Loyola de Lima Metropolitana en el año 2014*. (Tesis postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Centre for Studies of Human Stress (2016). *Understand Your Stress*. Recuperado a partir de: <https://humanstress.ca/>

Cervantes, G., Cantera, L. y Blanch, J.M. (2008). Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo. *Archivo Prevención Riesgos Laborales*, 11(1), 14-19.

Comisión de Recursos Humanos del SNS (2014). *Informe grupo de trabajo de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado a partir de: <http://www.senado.es/web/expedientappendixblobServlet?legis=10&id1=136341&id2=1>

Consejo general de colegios oficiales de enfermería de España (2016). *Informe de las agresiones en el personal sanitario*. Recuperado a partir de:

<https://www.consejogeneralenfermeria.org/observatorio-enfermero/agresiones/estadistica-de-agresiones>

Cooper, C. y Swanson, N. (2002). *Workplace violence in the health sector. State of the art*. Geneva: Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos.

Cummings, G., Hayduk, L. y Estabrooks, C. (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: The responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research*, 54(1), 2-12.

Downey, J. A. (2005). *The influence of emotion on perceptions of job satisfaction among community college administrators in Virginia*. University of Virginia.

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Durán, A (2003). Inteligencia emocional y Burnout en profesores. *Encuentros en Psicología Social*, 1(5), 260-265.

Freudenberger, HJ (1974). El personal se agota. *Revista de cuestiones sociales*, 30(1), 159-165.

Galián, I., Llor, B. y Ruiz, 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.

García, M. y Giménez, SI. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del profesorado*, 3(6), 43-52.

García, V. (2017). *Estudio comparativo entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria del Nivel de Burnout según la variable de personalidad, ansiedad y depresión, del personal sanitario (Médicos y Enfermeras)* (Tesis doctoral). Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.



Gasco, F., Martín, F. J., Rodríguez, A., Cruces, S., López, I., Varo, R. y Horno, P. (2017). Autodefensa de las agresiones verbales para el personal sanitario. *Revista Enfermería del Trabajo*, 7(2), 38-40.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York. Bantam Books.

Goleman, D. (1998). *La inteligencia emocional en la práctica*. Barcelona, España: Bantam Books.

Gordillo, V., Ferrer, M., Burbano, C. y Merino-Salazar, P., (2019). Agresiones externas a personal sanitario en centros de salud de atención primaria en la ciudad de Ibarra. Espirales. *Revista Multidisciplinaria de Investigación Científica*, 3(29), 202-2016.

Instituto Andaluz de prevención de Riesgos Laborales. *II Encuesta Andaluza de Condiciones de trabajo*. Recuperado a partir de:

[https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/II%20Encuesta%20Andaluza%20de%20Condiciones%20de%20Trabajo\(1\).pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/II%20Encuesta%20Andaluza%20de%20Condiciones%20de%20Trabajo(1).pdf)

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Recuperado a partir de:

<https://www.insst.es/documents/94886/96082/VII+Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo%2C+2011/399f13f9-1b87-41de-bd7e-983776f8212a>

Isaksson, U., Graneheim, UH., Richter, J., Eisemann, M. y Åström, S. (2008). Exposure to violence in relation to personality traits, coping abilities, and burnout among caregivers in nursing homes: A case-control study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 551-559.

Laheurte, M., (2017), *EFT: La técnica Tapping de Liberación Emocional que restablece tu equilibrio energético*. Barcelona: Editorial Profit.

Lameiro, C., Besteiro, A., Cuevas, A., Pérez, A., Gómez, C. y Del Campo, V (2013). Violencia laboral en Instituciones Sanitarias. Análisis de un perfil cambiante. *Enfermería del Trabajo*, 3(2), 66-74.

- Limonero, J., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J. y Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 29-41.
- Macías, J.A., Gutiérrez-Castañeda, C., Carmona, F.J. y Crespillo, D. (2016). Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol. *Atención Primaria*, 48(5), 301-307.
- Madrid, P.J., Salas, M.J. y Madrid, M. (2011). Situación de las agresiones a Enfermería en el Área de Salud de Puertollano. *Enfermería del Trabajo*, 1(1), 11-17.
- Maestre, M., Borda, J., Ortega, A., Sainz, C., Cabrero, B. y Rodríguez de la Pinta, M.L. (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.
- Marinas-Sanz, R., Martínez-Jarreta, B., Casalod, Y. y Bolea, M. (2016). Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis de la cuestión tras la reciente modificación del código penal. *Medicina Clínica*, 147(1), 35-42.
- Martínez, M., Irurtia, M.J., Martínez, C., Crespo, M.T. y Queipo, D. (2011). Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*, 17, 4-11.
- Martínez, S., García, A., Felipez, I. y Castro, D.J. (2015). Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. *Enfermería Global*, 14(39), 219-229.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Mayorca, I., Lucena, S., Cortés, M. E. y Lucerna, M. A. (2013). Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital en Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 235-258.

Miret, C. y Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Análisis del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 193-201.

Murillo, L., Orozco, V., Ramos, M. y Parra, L. (2011). Prevalencia del Síndrome de Burnout y su Relación con Violencia Laboral en Médicos Generales de un Hospital Nivel I. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 1(3), 18-20.

Nieto, B. (2019). Violencia escolar e inteligencia emocional en adolescentes gallegos. (Tesis doctoral). Universidad de Vigo.

OIT, CIE, OMS e ISP (2002). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

Olivera, D., y Hernández, M. (2011). El análisis DAFO y los objetivos estratégicos. *Contribuciones a la Economía, número de marzo*.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Recuperado a partir de:

[https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2018). *Temas de salud: Violencia*. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/topics/violence/es/>.

Ortells, N., Muñoz, T., Paguina, M. y Morató, I. (2013). Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global*, 30,196-207.

Perea, JM., Sánchez, LM. y Fernández, P. (2008). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en enfermeras de salud mental de un hospital de Málaga: Resultados preliminares. *Presencia*, 4(7), 65-89.

Poblete, M. y Valenzuela, S. (2005). Enfermeras en riesgo: violencia laboral con enfoque de género. *Index de Enfermería*, 14(51), 40-44.

- Saldaña, R., Pousada, A., Bernabé, R., Burgos, C. y Esteban, M.I. (2019). Agresiones al personal de los servicios de urgencias. *Revista de Enfermería CyL*, 11(1), 121-135.
- Salovey, P., y Mayer, JD. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*,9(3), 185-211.
- Sánchez, MDC. (2017). *Marco jurídico de las agresiones al personal sanitario y valoración por los profesionales de la salud de las medidas adoptadas* (Tesis Doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Sánchez, S., Rico, A., Nieto, U. y Nieto, R.M (2016). Causas y consecuencias de las agresiones al personal sanitario. *Avances de investigación en salud a lo largo del ciclo vital*, 363-368.
- Sancho, R., Romero, J., Cuerda, M., Solera, S., (2019). Violencia física sobre el personal de enfermería en el ámbito laboral. *Revista Enfermería Docente*, 111, 4-9.
- Sanmartín, J. (2007) ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Revista de Filosofía*, 42, 9-21.
- Serrano, MI., Fernández, MT., Satústegui, PJ. y Urcola, F. (2019). Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 93(2), 1-16.
- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (2019). *Protocolo de actuación ante agresiones externas*.
- Thiebaut, E., Breton, A., Lambolez, E., y Richoux, V. (2005). Study of relations between the Bar-On emotional intelligence EQ-I scores and self-reports of job satisfaction. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 11(1), 35-45.
- Travetto, C., Daciuk, N., Fernández, S., Ortiz, P., Mastandueno, R., Prats, M. et al. (2015). Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(4), 307–15.

Vásquez-Dextre, R. (2016). Mindfulness. Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51.