

ARTÍCULO ESPECIAL**Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud**

Begoña Martínez-Jarreta, Santiago Gascón, Miguel Ángel Santed y Jesús Goicoechea

*Escuela Profesional de Medicina del Trabajo. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.**Palabras clave:*

Medical-legal analysis of aggression towards health professionals. An approach to a silent reality and its consequences on health

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Aggression towards health professionals is a problem whose incidence is unknown, as are its effects on the psychological health of victims. The aim of this study was to obtain knowledge on this reality, compile a risk map and analyze the consequences, on the basis of the hypothesis that these may be different depending on whether the aggression is physical or non-physical.

METHODS: Cross-disciplinary study in different centers pertaining to the public health system of Aragon and Castilla-La Mancha (n=1,845). Participants answered various questionnaires: Demographic datasheet, Questionnaire on aggression, Mental health sheet and questionnaire on burnout.

RESULTS: Eleven percent of professionals had been the victims of physical aggression and 64% of psychological violence. The incidence of physical aggression was higher in large centers with main targets being doctors, nurses and orderlies. The distribution of insulting behavior was more random, both in terms of the size of the centers involved and the type of professionals, while threats tended to be part of intentional behaviors aimed at those who represent authority and occur most commonly in centers where vital decisions are made. No significant association was found between physical aggression and psychological symptomatology but such an association indeed existed between non-physical violence and anxiety, post-traumatic stress disorder and burnout. The support perceived was shown to be a modulator of these effects.

CONCLUSION: Non-physical violence may play a significant role in the high psychiatric morbidity observed in health professionals, as it contributes to increasing the already high psychosocial risk level.

Key words: aggressions, professionals, health.

Las agresiones a los profesionales sanitarios constituyen un problema grave y de importantes consecuencias que hasta fechas recientes era prácticamente desconocido y posteriormente ha permanecido silenciado por su escasa denuncia¹. Su rápida evolución en España² parece responder a un patrón de creciente violencia interpersonal observada en diversos ámbitos de nuestra sociedad³ (familia, educación, medio laboral, ocio, etc.).

Correspondencia: Dra. B. Martínez-Jarreta.
Escuela Profesional de Medicina del Trabajo. Universidad de Zaragoza.
Domingo Miral, s/n. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: sgascosn@unizar.es

Recibido el 13-7-2006; aceptado para su publicación el 20-9-2006.

Los estudios científicos llevados a cabo hasta ahora se han dirigido fundamentalmente a investigar las agresiones perpetradas en centros y servicios psiquiátricos^{4,5} y, de forma específica, a los profesionales de enfermería como víctimas⁶⁻⁸. Son escasos los estudios que han considerado las agresiones en hospitales generales o las ejercidas contra un espectro lo suficientemente amplio de profesionales, servicios y centros como posibles dianas de la violencia⁹.

Las críticas a la investigación científica realizada en el ámbito internacional son numerosas y califican lo llevado a cabo de limitado e insuficiente¹⁰, además de poner de manifiesto otras deficiencias como errores de concepto y de catalogación de las violencias en estudio^{11,12}. Esta circunstancia dificulta, por otro lado, la comparación de los resultados de los estudios realizados, ya que no parten de idéntica clasificación de las agresiones. Finalmente, se argumenta que no se ha investigado suficientemente sobre los daños derivados de las violencias no físicas y, en general, los efectos para la salud psicológica que pudieran ser importantes incluso en ausencia de agresión física¹³.

En España, la necesidad de investigación científica es aún mayor si cabe, dado que la toma de conciencia acerca de la realidad de este problema puede situarse en los últimos 2 años, aunque la alarma generada es extraordinaria^{3,14}. Colegios de médicos, consejerías de sanidad, organizaciones sindicales y asociaciones de derecho sanitario intentan abanderar la defensa de las víctimas y realizan consideraciones acerca de la importancia de la denuncia y sobre la posibilidad de un nuevo tipo penal que venga a castigar estas conductas. Resulta evidente que cualquier iniciativa en este sentido tendrá eficacia en la medida en que se fundamente en un conocimiento objetivo de la realidad, que sólo puede alcanzarse por medio de las herramientas de investigación que la ciencia proporciona.

A la vista de todo lo anterior, nos planteamos la realización de este trabajo con los siguientes objetivos: la obtención de un conocimiento más profundo de esta realidad, la identificación de las variables predictoras de la agresión, mapa y perfil de riesgo, así como el análisis de las posibles consecuencias de las agresiones. Se partía de la hipótesis de que las agresiones físicas y no físicas podrían responder a un patrón diferente en nuestro medio y se pretendía investigar sus consecuencias en términos de daño psíquico.

Material y método*Participantes*

Estudio transversal y multicéntrico realizado sobre una muestra representativa de profesionales del ámbito de la sanidad pública en dos comunidades autónomas: Aragón y Castilla-La Mancha. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo estratificado, proporcional al número de trabajadores de cada centro considerado y teniendo en cuenta que incluyera un am-

plio espectro, en cuanto a tamaño y características, de centros sanitarios: gran hospital (Hospital Miguel Servet de Zaragoza), hospital medio (Hospital General de Albacete), hospital pequeño (Hospital Obispo Polanco de Teruel) y centros de atención primaria de áreas rurales y urbanas de Albacete y Zaragoza. El número de participantes fue de 1.845.

La proporción de integrantes de la muestra por profesiones fue: el 33,5% de médicos, el 47,5% de profesionales de enfermería, el 7,9% de personal de administración, el 1,7% de directivos, el 2,8% de celadores y el 6,6% de otros, categoría en la que se incluye a técnicos de laboratorio, radiodiagnóstico, etc. Los intervalos de edad mayoritarios fueron los comprendidos entre 31-40 años y 41-50 años. La media de edad fue de 42,8 y la proporción por sexos de un 64,2% de mujeres y 35,8% de varones (fig. 1).

Instrumentos

Los profesionales respondieron a los siguientes cuestionarios:

- Ficha de datos demográficos: personales, familiares y laborales.
 - Cuestionario sobre agresiones. En él se describen los diferentes tipos, atendiendo a las que la Occupational Safety and Health Administration (OSHA) clasifica en el Tipo II (ejercidas por clientes, usuarios o pacientes)¹⁵, en las que no se debe reflejar las agresiones que no tengan relación con el medio laboral ni las ejercidas por compañeros o superiores en el trabajo (tabla 1). En cada ítem se define el tipo de agresión por el que se está preguntando (tabla 2), siguiendo las definiciones que proponen Winstanley y Whittington, como agresión física, amenaza verbal o comportamiento amenazante y abuso verbal¹¹, que, por otra parte, coinciden con las definiciones de las Directrices para afrontar la violencia laboral de la OIT y la OMS¹⁶ y con el catálogo de delitos y faltas del Código Penal español actualmente en vigor. En el caso de haberse producido agresiones, el cuestionario ofrece información descriptiva de sus características, de si el profesional ha recibido formación específica sobre este problema y de si se siente apoyado por la administración.
 - Ficha de salud psíquica: elaborada a partir de las propuestas realizadas por Zahid et al¹⁷, así como por Findorf et al¹³. En este listado se enumeran los posibles síntomas psíquicos derivados de la violencia y debe ser entendido como una aproximación de autoinforme. Entre ellos se incluyeron los criterios que describe el DSM-IV-TR de la APA¹⁸ como constitutivos para el trastorno de estrés posttraumático (TEPT): insomnio, pesadillas en las que se revive la agresión, recuerdos persistentes e intrusos que causan malestar, sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo, irritabilidad, hipervigilancia, conductas de evitación en relación con el acontecimiento traumático, etc.
 - Medida del *burnout*¹⁹; informa sobre el grado de *burnout*, considerado de manera unidimensional.
 - Los datos obtenidos fueron contrastados con los registros de denuncias de agresiones del Instituto de Medicina Legal de Castilla-La Mancha.
- Para la realización del estudio se obtuvieron los correspondientes permisos de los comités de ética en las comunidades y de los diferentes centros en los que se llevó a cabo.

Se concedió especial importancia a transmitir la información necesaria sobre los objetivos y las características del estudio a los profesionales de cada centro, mediante exposiciones verbales, carteles y folletos. La distribución de los cuestionarios se realizó en la sesión informativa, dando opción de responder en el propio trabajo o en casa, y para ello se dispuso de un tiempo que varió entre 1 y 2 semanas. La devolución de los cuestionarios cumplimentados se realizó mediante buzones en lugares previamente acordados. En los cuestionarios no aparecían datos que permitieran identificar al trabajador y se aseguró en todo momento la confidencialidad de los datos.

El análisis estadístico se llevó a cabo por medio del programa SPSS versión 13.0.

Resultados

Un 11% de los profesionales de la muestra declaró haber sido víctima de agresiones físicas y un 5% las había sufrido en más de una ocasión, mientras que un 64% había sido objeto de violencia psicológica (amenazas, coacciones o insultos). Un 34,4% había sufrido amenazas y coacciones al menos en una ocasión y un 23,8%, en reiteradas ocasiones, mientras que un 36,6% había sufrido por lo menos insultos en una ocasión y un 24,3%, en varias.

Estas cifras fueron superiores en los grandes hospitales respecto a los centros pequeños (tabla 3), y en lo que respecta a la violencia física, ascendieron hasta alcanzar valores muy elevados en servicios como urgencias y psiquiatría (tabla 4), donde afectaba al 38 y el 26,9%, respectivamente.

Atendiendo a la violencia no física, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a insultos entre los distintos servicios, e igualmente en cuanto a amenazas, tanto entre servicios como entre centros, registrándose

mayor incidencia en los grandes hospitales. De nuevo fue urgencias, con un 70,5% de personas amenazadas, y las áreas médicas y de psiquiatría (con un 52,6 y un 51,6%), donde se registró mayor índice respecto a otros servicios.

Hasta en un 85% de los casos las agresiones fueron perpetradas por los propios pacientes; este porcentaje era más bajo en urgencias, donde un 27,3% de los agresores resultaron ser los acompañantes del paciente. En un 73,3% de los casos, los agresores reunían condiciones de imputabilidad, mientras que en un 21% estaban afectados por un trastorno psíquico o deterioro cognitivo y en un 5,7%, bajo los efectos de alcohol o de drogas.

El motivo de la agresión más frecuentemente invocado tuvo que ver con el tiempo de espera (57,8%), seguido de discrepancias en la concesión de la baja (14,9%) o en la prescripción de medicamentos (10,3%). En psiquiatría, el principal motivo fue por impedirse la salida del centro.

En la mayoría de los casos (88%) se emplearon armas naturales, como las manos, los puños y los pies, o instrumentos casuales. El mecanismo contusivo fue el más frecuentemente invocado para la violencia física (92%) y sólo en un 5% de los casos las lesiones físicas observadas reunían características que las hacen susceptibles de la calificación de "delito de lesiones" según el Código Penal español actualmente en vigor. La localización de las agresiones correspondió sobre todo a la zona del tronco y craneofacial (el 31,6% en ambos casos), extremidades superiores (20,1%), extremidades inferiores (12,6%) y cuello (4%) (fig. 2).

Estos datos contrastan con el hecho de que sólo 8 profesionales de este estudio denunciaran la agresión sufrida (en los 8 casos se trató de agresiones físicas graves), lo que representa un 3,7% del total de las agresiones físicas, mientras que en ningún caso se interpuso denuncia por episodios de amenazas o insultos. El mismo fenómeno de infradenuncia se observó al consultar el registro del Instituto de Medicina Legal de Castilla-La Mancha, donde sólo 1 de cada 1.000 casos de lesiones registrados correspondían a lesiones producidas por pacientes, todas ellas de carácter grave y todas contra médicos (datos no mostrados en este trabajo).

No se observó asociación estadísticamente significativa entre las agresiones físicas y el hecho de que el agredido fuera varón o mujer. Tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre las agresiones físicas y la categoría profesional: directivo, médico, enfermero, administrativo, celador, etc.

No obstante, sí se observó asociación estadísticamente significativa para la variable amenazas, tanto para el sexo ($\chi^2 = 7,977$; $p = 0,005$), con predominio de víctimas de sexo masculino, como para la categoría profesional ($\chi^2 = 22,678$; $p = 0,001$), y resultaron más amenazados directivos, jefes de servicio y médicos que el resto de los profesionales; las amenazas mostraron un orden de frecuencia paralelo al nivel jerárquico y, por lo tanto, de responsabilidad en la toma de decisiones, como expresión de una violencia intencional que podría ir dirigida a modificar el sentido de éstas (tabla 5 y fig. 3).

Fue de nuevo urgencias, con un 87% de personas afectadas y las áreas quirúrgicas, con un 62%, donde se registró el mayor índice de amenazas respecto a otros servicios del hospital ($\chi^2 = 25,825$; $p < 0,001$). Este resultado es coherente con los hallazgos de otros estudios^{1,3}, donde se confirma que las amenazas alcanzan mayor frecuencia en los servicios donde se toman decisiones vitales (fig. 4).

Por otra parte, se analizó la relación de las agresiones sufridas con la aparición de síntomas psíquicos. Utilizando diversos estadísticos, tablas de contingencia y coeficientes de

correlación para variables categóricas ordinales, no se encontró asociación ni correlación estadísticamente significativas entre agresiones físicas y síntomas psíquicos. Sí se observó asociación y correlación estadísticamente significativas entre la violencia no física y ansiedad y síntomas de TEPT, en la misma línea que se había observado en otros estudios anteriores^{11,20,21} (tabla 6). Ambos tipos de violencia (física y no física) mostraron un idéntico impacto negativo en términos de *burnout*.

El apoyo percibido se configuró como una variable moduladora de los efectos psíquicos de las agresiones, tanto en términos de ansiedad ($r = -0,167$; $p < 0,05$), como de síntomas de trastorno de estrés postraumático ($r = -0,223$; $p < 0,001$) o de *burnout* ($r = -0,207$; $p < 0,001$). Mediante análisis de regresión logística, le variable apoyo se mostraba como un factor protector del *burnout* ($p = 0,004$ – Exp (B) = 1,834) y de la ansiedad ($p = 0,005$ – Exp (B) = 0,586). Éste es un hallazgo trascendental, ya que en nuestra muestra únicamente 2 de cada 10 profesionales se sentían apoyados por la Administración en casos de agresiones. Con respecto a las agresiones y el apoyo percibido, se observó una correlación negativa, de manera que quienes habían sufrido mayor número de episodios violentos se sentían menos apoyados ($r = -0,338$; $p < 0,001$).

Discusión

Los hallazgos de este estudio extienden la evidencia científica sobre la gravedad de las violencias investigadas, tanto por su frecuencia como por las consecuencias para la salud que se comprueban.

Según los resultados expuestos, se confirma la hipótesis de la que se partía: los diferentes tipos de violencia siguen un patrón distinto. Mientras que las agresiones físicas tienen mayor incidencia en los grandes centros y se muestran más presentes en la relación medicoasistencial (hacia médicos, enfermeros y celadores), los insultos siguen una distribución más aleatoria, tanto respecto al tamaño de los centros como respecto a los profesionales (implicando, además de al personal sanitario, al personal administrativo o técnico), y se muestra como expresión de la espontaneidad de la reacción violenta. Las amenazas corresponden a un comportamiento intencional dirigido hacia quienes ostentan mando o autoridad y son más frecuentes en los servicios en que se toman decisiones vitales.

Tal y como se argumentaba al principio, la violencia no física no debe ser minusvalorada y pudiera tener un papel importante en la elevada morbilidad psiquiátrica que se observa entre los profesionales sanitarios, al contribuir a incrementar el ya elevado nivel de riesgo psicosocial²².

Asimismo, los resultados confirman la necesidad de que la Administración otorgue una atención urgente y preferente a estos hechos y elaborar protocolos de actuación médico-jurídica ante las agresiones que incluyan el apoyo psicológico a la víctima y el indispensable asesoramiento médico-legal. Las sanciones administrativas, penales y civiles de que pueden ser objeto quienes incurran en este tipo de conductas violentas serán objeto de análisis específico en otro artículo de nuestro grupo. Dichas medidas legales pasan necesariamente por la denuncia de los episodios de violencia. Por distintas razones, los profesionales denuncian únicamente los incidentes graves en que se ha requerido atención médica, mientras que las agresiones físicas de menor gravedad y las agresiones no físicas no llegan a los juzgados. Además de otras repercusiones, este hecho impide el conocimiento de la realidad de las agresiones contra los profesionales sanitarios.

Es evidente la responsabilidad en que incurre la Administración si no se implica en la puesta en marcha de las medidas de prevención a que le obliga la legislación vigente (Ley 30/95, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales). Las consecuencias graves para la salud psíquica de este tipo de conductas violentas que se están produciendo de forma recurrente en nuestra sanidad pública debieran preocupar y llevar a tomar medidas urgentes en torno a esta cuestión. Por otro lado, esas consecuencias para la salud tan sólo son una parte del problema, ya que los efectos en la relación asistencial y la calidad del servicio son también, lógicamente, importantes. Sobre este aspecto, es necesario investigar con mayor profundidad el impacto que en la relación asistencial tienen las agresiones y el apoyo percibido por parte de los profesionales.

Se debiera, asimismo, implantar un sistema de documentación y registro en los centros sanitarios sobre un modelo único que facilite el análisis comparativo en todo el territorio español. Por último, se hace patente la necesidad de mejorar el registro de estas agresiones en los institutos de medicina legal, a fin de favorecer un mejor conocimiento de esta realidad, una mayor concienciación y realizar un seguimiento del comportamiento de la denuncia, sobre todo si se ponen en marcha medidas correctoras.

Desde el punto de vista de la intervención, se establece la necesidad de un abordaje diferente para las agresiones físicas y no físicas y se hace aconsejable la aplicación de un protocolo de actuaciones también diferente y específico.

Agradecimientos

A los Dres. Joaquín Garijo, Fernando Moreno y Trinidad Argente del Castillo (Instituto de Medicina Legal de Castilla-La Mancha); a los Dres. Jesús López-Torres; Carmen Muñoz, Javier Massó, Ángeles García Arribas y Vicente Ricart (SESCAM-Atención Primaria de Albacete); a la Dra. Rosa Magallón (Atención Primaria SALUD-Aragón); a los Servicios de Prevención y al personal en general de los hospitales: Hospital General de Albacete, Hospital Miguel Servet de Zaragoza, Hospital Obispo Polanco de Teruel, especialmente a los Dres. Thomson, García-Campayo, Sobradíel y Pelegrín. A la Dra. Carmen Pinto (Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Maudsley Hospital, Londres, Reino Unido).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gerberich SG, Church TR, MacGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurse's Study. *Occup Environ Med.* 2004;61:495-503.
2. Alarcón MJ, Ruiz de Aldana JJ. La violencia en el medio sanitario. *Actas del Congreso de la Asociación Española de Derecho Sanitario*, Madrid, 2005.
3. Grant D. US report on violence in the medical workplace may hold lessons for Canadian MDs. *Can Med Assoc J.* 1995;153:1651-62.
4. Caldwell MF. Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hosp Community Psychiatry.* 1992;43/8:838-9.
5. Henk L, Nijman M, Rector G. Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services.* 1999;50:830-1.
6. Anderson C, Parish M. Report of workplace violence by hispanic nurses. *J Transcultural Nurs.* 2003;14:237-43.
7. Atawneh FA, Zahid MA, Al-Sahalawi KS, Shahid AA, Al Farrah MH. Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *Br J Nurs.* 2003;12:102-7.
8. Bradley, V. Workplace abuse: unrecognized emergency department violence. *J Emerg Nurs.* 1992;18:489-52.
9. Jackson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;18:114-21.
10. Ferns T. Violence in the accident and emergency department. An international perspective. *Acc Emerg Nursing.* 2005;13:180-5.
11. Winstnaley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions. *J Clin Nurs.* 2004;13:3-10.
12. McKenna BG, Poole SJ, Smith NA, Coverdale JH, Gale CK. A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *Int J Mental Health.* 2003;12:56-63.

13. Findorff MJ, McGovern P, Sinclair S. Work-related violence policy. AA-OHN J. 2005;53:360-9.
14. Gascón S, Martínez-Jarreta B. Distinctive aspects of burnout in doctors: fear of being reported and aggression. J Forensic Sci. 2005 [en prensa].
15. O.S.H.A. Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. OSHA. Washington: US Department of Labor; 2004.
16. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud. Ginebra: OIT, CIE, OMS; 2002.
17. Zahid MA, Al-Sahlawi KS, Shahid AA, Awadh JA. Violence against doctors: Effects of violence on doctors working in accident and emergency departments. Eur J Emerg Med. 1999;6:305-9.
18. DSM-IV-TR (APA, 2002). Masson.
19. Pines A, Aronson E. Career burnout: Causes and cures. New York: Free Press; 1988.
20. Laposá JM, Alden LE, Fullerton LM. Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. J Emerg Nurs. 2003;29:23-8.
21. Mac Donald HA, Colotla V, Flamer S, Karlinsky H. Posttraumatic Stress Disorder (PST) in the workplace: a descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. J Occup Rehab. 2003;13:63-77.
22. Yassi A, Gilbert M, Cvitkovich Y. Trends in injuries, illnesses, and policies in Canadian Healthcare workplaces. Can J Public Health. 2005; 333-9.

Fig. 1. Composición de la muestra en cuanto a profesionales sanitarios.

Fig. 3. Porcentaje de profesionales amenazados por puesto.

Fig. 2. Localización de las agresiones físicas.

Fig. 4. Porcentaje de profesionales amenazados en cada servicio.

TABLA 1

Delimitación conceptual del tipo de violencia que se investiga (OSHA, 2004)

Tipo de violencia en el trabajo	Definición
Tipo I	Sin relación con el trabajo. Delincuencia
Tipo II	Ejercida por: clientes, usuarios, pacientes, alumnos, etc.
Tipo III	Ejercida por miembros de la plantilla: jefes, compañeros, subordinados
Tipo IV	Violencia doméstica o problemas personales sin relación con el trabajo

TABLA 6

Asociación entre agresiones y síntomas psíquicos

		Síntomas psíquicos	Ansiedad	Síntomas T EPT	Burnout
Agresión física	χ^2	2,132 $p = 0,977$	0,943 $p = 0,918$	0,943 $p = 0,846$	11,849 $p = 0,019$
Insultos	ρ	0,084*			
	χ^2	18,122 $p = 0,020$	8,827 $p = 0,050$	16,575 $p = 0,040$	30,249 $p < 0,001$
	ρ	0,186*	0,193*	0,140*	0,187*
Amenazas	χ^2	18,933 $p = 0,003$	10,498 $p = 0,033$	21,053 $p = 0,007$	40,065 $p < 0,001$
	ρ	0,173*	0,231*	0,270*	0,168*

TEPT: trastorno por estrés postraumático.

*Sólo se muestran coeficientes de correlación estadísticamente significativos, $p < 0,01$.

TABLA 2

Delimitación conceptual de las conductas violentas investigadas (OIT, OMS, 2002)

Agresiones	Definición
Agresión física	Comportamiento intencionado con empleo de fuerza física, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos: patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos
Amenaza verbal o comportamiento amenazante	Promesa de recurso a la fuerza física o al poder que produce miedo al daño físico, sexual, psicológico u otras consecuencias negativas
Insultos o injurias	Comportamiento verbal que humilla, degrada o muestra falta de respeto a la dignidad y valor de la persona.

(Tomado de Winstanley y Whittington¹¹.)

TABLA 3

Porcentaje de agresiones por centros

Centro	Gran hospital	Hospital medio	Pequeño hospital	Centros AP urbanos	Centros AP rurales	χ^2	p
Agresión física	21,9%	21,7%	9,5%	17,4%	11,3%	26,435	< 0,001
Insulto	58,2%	56,3%	49,7%	59,5%	58,5%	0,087	0,100
Amenaza	55,7%	56,3%	43,2%	57,0%	58,5%	0,120	0,003

TABLA 4

Porcentaje de agresiones por servicios

Servicio	Quirúrgico	Central	Médicas	Urgenc	Psiquiatr	Otros	χ^2	p
Agresión física	12,4%	6,3%	11,2%	38,0%	26,9%	20,0%	60,027	< 0,001
Insulto	45,4%	43,0%	59,1%	72,1%	59,1%	25,0%	35,895	< 0,001
Amenaza	41,3%	41,8%	52,6%	70,5%	51,6%	29,4%	34,014	< 0,001

TABLA 5

Porcentaje de agresiones por puesto

Puesto	Directivo	Médico	Enfermera	Celador	Otros	Administración	χ^2	p
Agresión física	10,0%	19,4%	17,0%	18,2%	11,1%	7,5%	8,295	0,141
Insulto	40,0%	61,6%	54,6%	50,0%	39,3%	55,0%	11,614	0,040
Amenaza	65,0%	60,9%	49,9%	25,1%	35,7%	45,3%	22,678	< 0,001