

ACTA DE LA
XX EDICIÓN DEL PREMIO DE PSICOLOGIA "RAFAEL BURGALETA"

Reunidos a las 18'00 horas el Jurado designado por la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, integrado por D^a Rocío Fernández Ballesteros, D. Julio Lillo Jover, D. Andrés Losada Baltar, D. Miguel Ángel Pérez Nieto y D. Vicente Prieto Cabras, acuerdan lo siguiente, conceder el

PREMIO: ANALISIS FUNCIONAL DE LA INTERACCIÓN
TERAPIA DE UNAS PROPIEDADES CLINICAS Y
METODOLÓGICAS

ACCÉSIT: CUANTO MAS PSICOLOGOS, MEJOR: EFICACIA PARA
DEJAR DE FUMAR DE UN TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL
INTERVENCIÓN Y DE LOS PROGRAMAS DE NICOTINA

Una vez abiertas las plicas los autores han resultado ser:

PREMIO: MARIAN KISS'S FROSTEN PARRERA
GONZALO M. RUIZ SANCHO
ANA CAUERO

ACCÉSIT: IGNACIO MARTINEZ DE LA ROSA
MARTIN PARR GARCIA-UTER
JESUS RUIZ GONZALEZ

En Madrid, a 20 de mayo de 2013



**ACTA DEL JURADO DE LA
XX EDICIÓN DEL PREMIO DE PSICOLOGÍA "RAFAEL BURGALETA"**

Reunidos en Madrid los miembros del Jurado de la XX Edición del Premio de Psicología "Rafael Burgaleta", integrado por D^a Rocío Fernández Ballesteros, D. Julio Lillo Jover, D. Andrés Losada Baltar, D. Miguel Ángel Pérez Nieto y D. Vicente Prieto Cabras, siendo las 18:00 horas del día 11 de junio de 2013, acuerdan lo siguiente:

1º- Que tras constatar el carácter no inédito del trabajo al que le fue concedida la XX Edición del Premio de Psicología "Rafael Burgaleta", como consecuencia de la publicación previa como libro de las tesis doctoral que le sirve de fundamento, y de acuerdo a lo establecido en la Base 4ª de las normas reguladoras del citado Premio, en la que se establece que los trabajos presentados deberán ser inéditos, este Jurado ha tomado la decisión de anular el fallo emitido con fecha 20 de mayo de 2013, por el que se concedía la XX Edición del Premio de Psicología "Rafael Burgaleta" al trabajo titulado: "Análisis funcional de la interacción terapéutica: una propuesta clínica y metodológica, y el Accésit de dicho Premio al trabajo titulado: "Cuanta más Psicología mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitivo-conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitivo-conductual intensiva y menos intensiva".

Asimismo, y como consecuencia de todo lo expuesto, este Jurado ha tomado la decisión de excluir de su participación en el citado Premio, al trabajo titulado: "Análisis funcional de la interacción terapéutica: una propuesta clínica y metodológica".

2º-Otorgar la XX Edición del Premio de Psicología "Rafael Burgaleta" al trabajo titulado: "Cuanta más Psicología mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitivo-conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitivo-conductual intensiva y menos intensiva", cuyos autores son: D. Ignacio Fernández Arias, D^a M^a Paz García Vera y D. Jesús Sanz Fernández, y el Accésit de dicho Premio al trabajo titulado: "Agresiones a los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias del SUMMA-112: Evaluación y propuestas de intervención", cuyos autores son: D^a Mónica Bernaldo de Quirós, D. José Carlos Cerdeira, D^a M^a del Mar Gómez, D^a Ana T. Piccini, D. Francisco J. Labrador y D^a María Crespo.

Y para que así conste, a los efectos oportunos, se levanta la presente acta en el lugar y fecha arriba indicados, firmándola todos los presentes.



11966734 H



FDO. JULIO A. LILLO JOVER



P. Fernández Ballesteros



ANDRÉS LOSADA

**PRIMER PREMIO
XX Edición del Premio de Psicología
"Rafael Burgaleta"**

**CUANTA MÁS PSICOLOGÍA, MEJOR:
EFICACIA PARA DEJAR DE FUMAR DE LA
TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL INTENSIVA
Y DE LOS PARCHES DE NICOTINA
COMBINADOS CON TERAPIA COGNITIVO-
CONDUCTUAL INTENSIVA Y MENOS INTENSIVA**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVO E HIPÓTESIS.....	26
3. MÉTODO.....	28
4. RESULTADOS.....	43
5. DISCUSIÓN.....	71
6. CONCLUSIONES.....	89
7. REFERENCIAS.....	94

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El tabaquismo como problema de salud

El tabaquismo sigue siendo la primera causa de enfermedad y muerte prematura evitable en el mundo, responsable de 5.000.000 de muertes anuales (WHO, 2008). Desgraciadamente, según los modelos propuestos por la Organización Mundial de la Salud esta tendencia es ascendente, prediciéndose un incremento de prácticamente el doble de muertes para el 2030 (WHO, 2008). En España, en torno a 50.000 muertes por año son atribuibles directamente al consumo de tabaco (Banegas et al., 2005). Por otro lado, los efectos perniciosos del tabaquismo no se circunscriben únicamente a los fumadores, ya que son de sobra conocidos los efectos que tiene sobre el fumador pasivo (López y Nebot, 2005), y, además, tales efectos tienen un gran coste económico para la sociedad. El Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2009) calcula un gasto de 7.000 millones de euros en la sanidad pública española para tratar los problemas derivados del tabaco.

La última Encuesta Nacional de Salud realizada en España entre adultos de 16 años o más, indica que un 26,4% de la población española fuma diariamente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Los jóvenes siguen fumando más, aunque existe un importante índice de cesación del hábito tabáquico, atenuándose así las cifras globales. Un dato importante que arroja la Encuesta Nacional de Salud es que los más mayores fuman menos y que la diferencia de género se estrecha. No obstante, el consumo diario en España continúa siendo una variable diferencial entre hombres y mujeres (37% frente a 28,6% respectivamente), aunque esta diferencia es más alta en los grupos de mayor edad (28,7% en hombres frente a 10,7% en mujeres en el grupo de edad de 55 a 64 años) (Observatorio Español sobre Drogas, 2008).

Uno de los aspectos centrales del consumo del tabaco es la dependencia que genera su uso y abuso. Son múltiples los estudios y organismos que han subrayado la

dependencia tabáquica (U.S.D.H.H.S., 2000, 2004). Muchos de los fumadores que intentan dejar de fumar muestran grandes dificultades y algunos de ellos fracasan en el intento; es por ello que el concepto de dependencia es un aspecto esencial al considerar el tabaquismo como un problema de salud.

Son múltiples los modelos que pretenden explicar este fenómeno. Quizá lo más acertado sea considerar el tabaquismo como una dependencia psicobiológica. Procesos de tolerancia y abstinencia condicionada a diferentes situaciones favorecen que el tabaquismo se instaure como una dependencia no únicamente fisiológica sino también aprendida y, por lo tanto, psicológica. Factores de aprendizaje social, cognitivos y operantes contribuyen a tal instauración (Graña, 1994; Jaffe, 1982).

1.2. Tratamientos para dejar de fumar

Aproximadamente un 95-98% de los fumadores que deciden dejar de fumar por sus propios medios acaban por recaer a medio o largo plazo. Por otra parte, los tratamientos clínicos que han demostrado empíricamente su eficacia pueden multiplicar por 6 o más la abstinencia del tabaco, llegando a un 30% de abstinencia al año (Fiore et al., 2008; NICE, 2006a, 2007a; Sánchez Meca, Olivares y Alcázar, 1998; Stead y Lancaster, 2005). Las principales intervenciones que han demostrado su eficacia se pueden agrupar en 4 grandes categorías: intervención breve, autoayuda, tratamientos farmacológicos y tratamientos psicológicos (Fiore et al., 2008). Brevemente, se detallan a continuación los tratamientos que forman parte de las dos últimas categorías dado que son en las que se centra el presente estudio.

1.2.1. Tratamientos farmacológicos

La guía clínica del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) recomienda como primera opción para el abordaje del tabaquismo el uso de tratamientos farmacológicos. La investigación acerca de la utilidad de estos procedimientos ha crecido en los últimos años de manera exponencial (García-Vera y Sanz, 2006a). Actualmente, existen tres

tipos de tratamientos farmacológicos considerados de primera elección (Fiore et al., 2008; NICE, 2002, 2007a, 2007b) y para los que existen suficientes estudios acerca de su eficacia, efectividad y eficiencia: los sustitutivos de nicotina, el bupropión y la vareniclina (Barrueco, Hernández y Torrecilla, 2006; Fiore, et al., 2000, 2008; Hughes et al., 2007; Pereiro et al., 2008; Stead et al., 2008).

1.2.1.1. Los sustitutivos de la nicotina

El tratamiento del tabaquismo con sustitutivos de nicotina (o terapia sustitutiva con nicotina) consiste en la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de cigarrillos y en una cantidad suficiente como para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente como para crear dependencia (Fagerström y Jiménez, 2004). Las principales guías clínicas avalan su eficacia y los sitúan como una de las alternativas terapéuticas de primera elección para dejar de fumar (Fiore et al., 1996, 2000, 2008; NICE, 2007b). Existen cinco tipos de fármacos sustitutivos de nicotina: chicle, spray (aerosol o vaporizador) nasal, parche transdérmico, inhalador bucal y pastilla (comprimido para chupar y tableta sublingual), los cuales han obtenido índices de eficacia similares y que se detallan en la tabla 1.1.

Tabla 1.1. Eficacia de la terapia sustitutiva con nicotina en función de diferentes metaanálisis y revisiones de la literatura científica

Metaanálisis o revisión	Modalidad de terapia sustitutiva con nicotina									
	Chicle		Parche		Inhalador bucal		Espray nasal		Pastilla	
	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%
NICE (2002) / Sancho et al. (2003)*	1,66	19,6	1,74	14,3	2,08	17,1	2,27	23,8	1,73	20,1
Mills et al. (2009)**	1,7	—	2,1	—	—	—	—	—	—	—
U.S.D.H.H.S. (2008)*	2,2	26,1	1,9	23,4	2,1	24,8	2,3	26,7	—	—

Metaanálisis o revisión	Modalidad de terapia sustitutiva con nicotina									
	Chicle		Parche		Inhalador bucal		Espray nasal		Pastilla	
	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%
Stead et al. (2008)*	1,4	–	1,6	–	1,9	–	2,0	–	2,0	–
Eisenberg et al. (2008)*	1,6	–	1,8	–	2,1	–	2,3	–	2,1	–

Nota. OR = razón de posibilidades (*odds ratio*) respecto a las condiciones placebo o no tratamiento. % = tasa de abstinencia del tabaco.

* Los resultados hacen referencia a los 6 meses de seguimiento como mínimo.

** Los resultados hacen referencia a un seguimiento a corto plazo (1 mes).

1.2.1.2. El bupropión

El bupropión (hidrocloruro de bupropión) es el primer fármaco no nicotínico para la dependencia tabáquica. Es un antidepresivo monocíclico que ha demostrado su seguridad y eficacia para el tratamiento de la abstinencia tabáquica (Fiore et al., 2000, 2008; NICE, 2002, 2007b). En cuanto a su eficacia, Hughes, Stead y Lancaster (2007), tras revisar metanalíticamente 31 ensayos, obtienen una razón de posibilidades u odds ratio (OR) de 1,94 respecto al no tratamiento/placebo en los seguimientos realizados a los 6 meses de dejar el tabaco. Estos datos son coincidentes con los presentados por Fiore et al. (2008) que hallan una OR de 2,0 frente a no tratamiento/placebo a los 6 meses de haber dejado de fumar. Un metaanálisis reciente de Eisenberg et al. (2008) obtiene una tasa media de abstinencia en el seguimiento al año del 30,3%, y una OR de 2,18 frente a la tasa de abstinencia media del placebo cuando se calculan dichas tasas en los seguimientos a los seis meses de dejar de fumar.

1.2.1.3. La vareniclina

La vareniclina es un agonista parcial de un tipo de receptor nicotínico que consigue un incremento de la dopamina disponible en el núcleo acumbens reduciendo así los efectos mediados por la nicotina (Pérez, Clemente, Bartolomé y Herrero, 2006). Los datos empíricos sobre la eficacia de este fármaco para dejar de fumar son recientes

(Cahill et al., 2007; Fiore et al., 2008; NICE, 2007a). En los últimos años, varios estudios han centrado su atención en este nuevo fármaco y han demostrado su eficacia, por lo que ha sido incluido en el grupo de primeras opciones farmacológicas para el tratamiento del tabaquismo (Cahill et al., 2007; Hughes et al., 2007).

1.2.2. *Tratamientos psicológicos*

La investigación en procedimientos psicológicos hasta la mitad de los años 90 del siglo XX era floreciente y suponía claramente la referencia para el abordaje del tabaquismo con más de 900 estudios hallados entre 1986 y 1993 (Gil Roales-Nieto y Calero, 1994). Esta tendencia se ha ido invirtiendo progresivamente, produciéndose un aumento espectacular de la investigación farmacológica en detrimento de la psicológica, que sufre una desaceleración importante (García-Vera y Sanz, 2006a).

De manera sistemática, los tratamientos psicológicos han ido demostrando su eficacia y utilidad clínica para dejar de fumar (Alonso-Pérez, Secades y Duarte, 2007; Becoña, 2003, 2004b; Fiore et al, 1996, 2000, 2008; Gil Roales-Nieto, 2003; NICE, 2007b, 2006b, 2006c; véase la tabla 1.2). No obstante, se observa con desánimo que, a pesar de ello, los tratamientos psicológicos no son considerados terapias de primera línea en algunas de las principales guías de referencia (Fiore et al., 2000, 2008), y eso a pesar de reconocer su eficacia y de describir al entrenamiento en habilidades y al apoyo social como procedimientos útiles con un nivel de evidencia A (el máximo).

Tabla 1.2. Tratamientos psicológicos eficaces según los resultados de los metaanálisis de la Colaboración Cochrane (tomado de Becoña, 2004b)

Estudio metaanalítico	Tratamiento	OR
Lancaster y Stead (2003a)	Consejo/terapia conductual individual	1,62
Stead y Lancaster (2003)	Terapia conductual en grupo	2,19
Hajek y Stead (2003)	Terapia aversiva para dejar de fumar	1,98
Rigotti, Munafo, Murphy y Stead (2003)	Intervenciones conductuales con pacientes hospitalizados	1,82

Estudio metaanalítico	Tratamiento	OR
Lancaster y Stead (2003b)	Intervenciones de autoayuda - Materiales no personalizados - Materiales personalizados	1,24 1,80

Nota. OR = razón de posibilidades (*odds ratio*) frente a un tratamiento placebo o a una condición de no tratamiento.

Se presentan a continuación aquellas técnicas psicológicas que han resultado eficaces para el tratamiento del tabaquismo (Fiore et al., 1996, 2000, 2008; Hajek y Stead, 2006; Lancaster y Stead, 2006a, 2006b; Pereiro et al., 2008; Sánchez-Meca et al., 1998; Sancho et al., 2003; Stead y Lancaster 2006), utilizando para ello la clasificación propuesta por Becoña (2004b).

1.2.2.1. Técnicas aversivas

Los procedimientos aversivos implican aparear la conducta de fumar con un estímulo desagradable. Se pretende establecer una respuesta condicionada negativa; de este modo, los aspectos positivos de fumar quedarían remplazados por otros negativos. Las principales técnicas aversivas para dejar de fumar son: (1) la técnica de fumar rápido, (2) la saciación, (3) la técnica de retener el humo, y (4) la sensibilización encubierta (Becoña, 2004b).

1.2.2.2. Reducción gradual de la ingestión de nicotina y alquitrán

Este procedimiento, también conocido en España por el acrónimo de su nombre (REGINA), fue diseñado por Foxx y Brown (1979). Surgió como alternativa a los programas aversivos con el fin de superar sus limitaciones. Parte del supuesto del valor reforzante de la nicotina como principal factor del mantenimiento del hábito de fumar y como obstáculo más importante para su abandono. Esta técnica implica una reducción progresiva de la ingesta de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal de la marca de cigarrillos hacia cigarrillos con un menor porcentaje de tales componentes. La reducción semanal respecto a la línea base es sucesivamente del 30%, 60% y 90%.

Además el fumador debe cumplimentar autorregistros y representar gráficamente su consumo de cigarrillos, y si no consigue dejar de fumar después del último cambio de marca de cigarrillos, debe proceder a reducir progresivamente el número de cigarrillos fumados diariamente (Foxy y Axelroth, 1983).

1.2.2.3. Exposición, entrenamiento en habilidades de autocontrol, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y apoyo social

Son múltiples las situaciones o estímulos asociados al hábito de fumar que pueden estar desempeñando un papel fundamental en el abandono del consumo y en el mantenimiento de la abstinencia. Una vez que se deja de fumar, la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos podrían provocar una respuesta condicionada de deseo del tabaco (Becoña, 2004b) y, de hecho, parece que la exposición incidental a estos estímulos o situaciones podría ser una de las principales causas de recaída (Abrams, 1986). Desde el punto de vista teórico de la psicología del aprendizaje, la exposición a los estímulos que controlan la respuesta condicionada de deseo del tabaco mientras se evita la comisión de la conducta de fumar (prevención de respuesta), produciría la extinción de la respuesta condicionada de deseo del tabaco y, por ende, se reducirían las probabilidades de recaída.

Además, las principales guías clínicas (Fiore et al., 2000, 2008) proponen el apoyo social como uno de los principales predictores de éxito de los tratamientos para dejar de fumar. Así, parece que entrenamientos específicos en el manejo de situaciones sociales controvertidas se muestran como especialmente interesantes ya que, de hecho, obtienen una tasa media de abstinencia a los 6 meses de dejar de fumar que supone una OR de 1,5 frente a la tasa media de abstinencia de las condiciones de no tratamiento (Fiore et al., 2000, 2008).

1.2.2.4. Tratamientos multicomponentes

Este tipo de tratamientos datan de principios de la década de los 80 del siglo pasado (Lichtenstein y Brown, 1980). Se caracterizan por utilizar varias técnicas o componentes psicológicos de intervención. En la actualidad este tipo de tratamientos son los más utilizados para el tratamiento del tabaquismo (Becoña, 2004b). Los programas multicomponentes constan de tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono del hábito y mantenimiento de la abstinencia (véase la tabla 1.3).

Tabla 1.3. Fases de un tratamiento multicomponente (adaptado de Becoña, 2004b)

Fase	Elementos
Preparación	<ul style="list-style-type: none">- Movilizar la motivación y el compromiso del cliente:<ul style="list-style-type: none">• Depósitos monetarios contingentes a las sesiones de tratamiento• Revisar razones para dejar de fumar y beneficios del abandono- Autoobservación: aumento de la conciencia- Establecer el día en el que va a dejar de fumar (de 1 a 3 semanas)- Entrenar en técnicas de automanejo y autocontrol:<ul style="list-style-type: none">• Autorregistros• Utilizar conductas alternativas a fumar• Entrenamiento en manejo de estrés
Abandono	<ul style="list-style-type: none">- Estrategias aversivas:<ul style="list-style-type: none">• Fumar rápido• Retener el humo• Saciación• Sensibilización encubierta- Estrategias no aversivas:<ul style="list-style-type: none">• REGINA• Contratos en los que se fije la fecha del abandono- Terapia farmacológica:<ul style="list-style-type: none">• Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)• Bupropión• Vareniclina
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none">- Sesiones de seguimiento o llamadas telefónicas- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento:<ul style="list-style-type: none">• Control estimular y conductas alternativas• Habilidades cognitivo-conductuales de afrontamiento• Estrategias para evitar el síndrome de abstinencia: alargar la TSN, habilidades cognitivo conductuales• Estrategias de manejo de las caídas- Apoyo social:<ul style="list-style-type: none">• Uso de la ayuda mutua• Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al fumador

Los resultados de estos tratamientos son de los más elevados que se pueden encontrar en la literatura científica como demuestran las revisiones de la Colaboración

Cochrane (Lancaster y Stead, 2003a; Stead y Lancaster, 2003), que encuentran tasas medias de abstinencia que rondan el 50% en los seguimientos al año. Sánchez Meca et al. (1998) concluyeron en su metaanálisis sobre la eficacia diferencial de los tratamientos eficaces para dejar de fumar, que los programas multicomponentes y, en especial, aquellos que estaban basados en estrategias de autocontrol se mostraban los más eficaces en todos los momentos de medida. En consonancia, Chambless y Ollendick (2001) sitúan a los tratamientos cognitivos conductuales multicomponentes para dejar de fumar como un abordaje terapéutico con un nivel de evidencia máxima (A). Por su parte, Alonso et al. (2007) examinaron, en un contexto de atención primaria, la eficacia de los procedimientos multicomponentes basados en la técnica de REGINA y en la terapia sustitutiva con nicotina, y encontraron tasas de abstinencia de 41,4% y 40%, respectivamente, en el seguimiento a los 12 meses.

1.3. Posición de los tratamientos psicológicos en las guías clínicas de tratamiento del tabaquismo

En los últimos años, la práctica clínica y la investigación sobre los abordajes terapéuticos del tabaquismo no siguen, desgraciadamente, la tendencia que los datos sobre la eficacia de dichos procedimientos clínicos parecen sugerir. Al consultar las principales guías clínicas sobre el tratamiento del tabaquismo, se puede observar cómo, con el paso de los años, sus recomendaciones se centran en los tratamientos farmacológicos en detrimento de los psicológicos, más allá de que éstos hayan demostrado sobradamente su eficacia y utilidad.

Para analizar este fenómeno, se adoptará, en un primer momento, una perspectiva histórica. En los últimos 15 años se ha producido un descenso importante en el número de estudios publicados sobre los tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales y, en cambio, ha habido un aumento importante de los estudios publicados sobre las terapias farmacológicas (García-Vera y Sanz, 2006a; Fiore, 1996, 2000,

2008). Esta situación hace 20-25 años era justamente la contraria: los tratamientos conductuales y el consejo monopolizaban la investigación (Gil-Roales, 1994; Viswesvaran y Schmidt, 1992).

Algo que contribuye a explicar esta realidad es la conceptualización de la dependencia como un trastorno clínico (fumadores cada vez más dependientes o con trastornos clínicos asociados) (Becoña, 2000; Fagerström, et al., 1996). Se instala, pues, la idea de que el tabaquismo es una "enfermedad crónica", tal y como nos plantean algunas de las más prestigiosas guías clínicas para dejar de fumar (Fiore et al., 2000, 2008). La consecuencia más inmediata de este sesgo hacia lo biomédico es la consideración de los tratamientos farmacológicos como la terapia de primer nivel o elección, mientras que las terapias cognitivo-conductuales pasan a ser consideradas como una segunda opción terapéutica o como terapias auxiliares de los tratamientos de primera elección (García-Vera y Sanz, 2006a).

Pero quizá, el hecho más determinante en el retroceso que están sufriendo los tratamientos psicológicos frente a las terapias farmacológicas es la aparición de guías clínicas con sus recomendaciones basadas en datos de eficacia, utilidad clínica y relación costes-beneficios (eficiencia) (García-Vera y Sanz, 2006a). Aunque la aparición de estas guías ha supuesto un gran avance a todos los niveles, el impacto de sus recomendaciones para los tratamientos psicológicos y farmacológicos es desigual en la investigación científica y en la práctica clínica habitual del abordaje del tabaquismo. En concreto, habiendo quedado claramente contrastada la eficacia de la terapia psicológica para dejar de fumar, tal y como se ha expuesto en un epígrafe anterior, sorprende que, sin embargo, este tipo de terapia parece carecer de "importancia" en las investigaciones y en las recomendaciones de las guías clínicas.

Para que sea ilustrativo este fenómeno, cabe reflexionar sobre las recomendaciones y conclusiones de una de las principales guías clínicas, la patrocinada por el U.S.D.H.H.S. A pesar de que la primera guía (Fiore et al., 1996) reconocía como

especialmente eficaz el apoyo social, el entrenamiento en habilidades y la solución de problemas, en su posterior actualización (Fiore et al., 2000) esta guía recomienda a los clínicos ofrecer tanto consejo como farmacoterapia a cada paciente que quiera dejar de fumar. En la última actualización, la publicada en 2008, sólo se reconoce como procedimiento de utilidad el consejo práctico y la promoción de apoyo social fuera del tratamiento. Sin embargo, como tratamiento de primera línea incorporan a la vareniclina, considerándola un procedimiento "especialmente" eficaz para dejar de fumar (Fiore et al., 2008).

No obstante, los datos y metaanálisis de estas guías, aunque quizás de manera no del todo satisfactoria, sugieren claramente la necesidad de usar tratamientos psicológicos para optimizar los resultados en los pacientes que quieren dejar de fumar, bien de forma independiente o bien combinados con tratamientos farmacológicos (García-Vera y Sanz, 2006a). Paradójicamente, estos datos que se recogen en las guías clínicas están en contraposición con la opinión de muchos investigadores que se decantan claramente por el uso de terapias de corte farmacológico y dudan de la utilidad de los abordajes psicológicos.

Buena parte del conflicto entre lo que dicen los datos que se recogen en las guías clínicas y lo que dicen sus recomendaciones finales quizás tenga que ver con las diferencias entre una aproximación al problema del tabaquismo desde un punto de vista comunitario y una aproximación desde un punto de vista clínico (García-Vera y Sanz, 2006a). Desde un punto de vista comunitario, los médicos, en concreto, los médicos de atención primaria, se sienten más cómodos prescribiendo medicación que tratamientos cognitivos-conductuales, máxime cuando la típica visita a un médico de atención primaria no suele durar más de 12 minutos y la formación de los médicos de atención primaria suele carecer de la adecuada preparación en intervenciones psicológicas. Sin embargo, en el área de las intervenciones clínicas especializadas e intensivas, a las que el fumador acude de manera voluntaria para dejar de fumar o es remitido por el médico

de atención primaria, no debería estar tan claro que la mejor alternativa terapéutica sea la farmacológica, a no ser que ésta demuestre de manera empírica unos niveles de eficacia, efectividad y eficiencia superiores respecto a la terapia cognitivo conductual.

La explicación que se ofrece para esta discriminación contra los tratamientos cognitivos-conductuales es la falta de estudios que cumplan las exigencias y los criterios para recibir una calificación de A (existencia de grupos control placebo y varios estudios que repliquen los resultados y otras deficiencias metodológicas) (Fiore et al., 2000, 2008). Así, por ejemplo, los autores de las guías critican que los grupos de control en los estudios sobre tratamientos cognitivos conductuales son en su mayoría grupos de no tratamiento, no de tratamiento placebo, o que en dichos estudios es imposible detectar los elementos fundamentales de los tratamientos multicomponentes y, además, sus resultados presentan una elevada heterogeneidad. Sin embargo, es sorprendente como este criterio tan estricto de exclusión no ha sido aplicado en el caso del bupropión y del inhalador nasal de nicotina, los cuales contaban solamente con tres estudios en la guía del 2000, en la que hay que recordar que recibieron la máxima calificación (A) de evidencia empírica. Cabe reseñar, no obstante, que en el caso del bupropión, siguiendo la tendencia al alza en la investigación de los tratamientos farmacológicos, la guía actualizada de 2008 asienta su recomendación con un buen número de ensayos clínicos controlados (Fiore et al., 2000, 2008)

A tenor de los resultados que se pueden observar en la tabla 1.4, parece claro considerar que aquellas sesiones de consejo que excedan los 10 minutos de duración, al menos duplican los resultados obtenidos con el no contacto o el contacto mínimo con unas tasas estimadas de abstinencia del 22%. En consonancia, la duración total de los tratamientos que incluyen consejo debería ser como mínimo de 90 minutos para obtener una tasa estimada de abstinencia del 28%. Como se comentaba, desgraciadamente, la práctica clínica habitual parece no ir en esa dirección. La preferencia se dirige hacia una

mínima inversión temporal y hacia aquellos tratamientos que soportan dicho encuadre, es decir, los farmacológicos.

Tabla 1.4. Resultados metaanalíticos de eficacia del consejo conductual en función de su intensidad y frecuencia (Fiore et al., 2000, 2008)

Tipo de comparación	Razón de posibilidades u odds ratio (OR) / Tasa estimada de abstinencia (TEA)
Duración de las sesiones frente a no contacto	<ul style="list-style-type: none"> • < 3 minutos (mínima duración): OR = 1,3 / TEA = 13,4 • 3–10 minutos (intensidad baja): OR = 1,6 / TEA = 16% • > 10 minutos (intensidad alta): OR = 2,3 / TEA = 22,1%
Duración total del tratamiento frente a no contacto	<ul style="list-style-type: none"> • 1–3 minutos: OR = 1,4 / TEA = 14,4% • 4–30 minutos: OR = 1,9 / TEA = 18,8% • 31–90 minutos: OR = 3,0 / TEA = 26,5% • 91–300 minutos: OR = 3,2 / TEA = 28,4% • > 300 minutos: OR = 2,8 / TEA = 25,5%
Número de sesiones frente a 0–1 sesión	<ul style="list-style-type: none"> • 2–3 sesiones: OR = 1,4 / TEA = 16,3% • 4–8 sesiones: OR = 1,9 / TEA = 20,9% • > 8 sesiones: OR = 2,3 / TEA = 24,7%

Desde la misma perspectiva histórica y estas mismas guías de referencia (las del U.S.D.H.H.S.), se puede observar cómo el peso específico de las intervenciones psicológicas y psicosociales han sufrido de manera paulatina un ajuste a la baja en cuanto a su eficacia. Mientras que en la primera guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 1996), la intervención individual y grupal obtenían razones de posibilidades u odds ratios (OR) cercanas a 2 al comparar sus tasas de abstinencia con las conseguidas por las condiciones de control, en la última versión (Fiore et al., 2008) ambas modalidades de intervención obtuvieron unas OR de 1,7 y 1,3, respectivamente. En ese descenso en los índices de eficacia de los tratamientos psicológicos, que parece más bien una infraestimación puesto que no se corresponde con los resultados de numerosos

ensayos clínicos que han puesto a prueba la eficacia de la terapia cognitivo conductual multicomponente (Sánchez-Meca et al., 1998; Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001), parece que subyace una **confusión conceptual y terminológica** que es esencial para comprender los pobres resultados que se presentan en las guías del U.S.D.H.H.S. En concreto, esta confusión tiene que ver con el hecho de considerar, de forma equivocada, a diversos tipos de intervenciones mínimas o de mero consejo como intervenciones conductuales o psicológicas, tanto en formato grupal como individual.

Es de sobra conocido que una intervención conductual o cognitivo conductual multicomponente correctamente aplicada no puede concebirse sin una inversión temporal considerable y sin un rigor en su aplicación que pasa por la aplicación de técnicas y componentes psicológicos específicos (Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001; Sánchez-Meca et al., 1998). De manera complementaria a los aspectos relacionados con el contenido de los tratamientos y su formato de aplicación, se observa otra confusión respecto a qué se considera tratamiento psicológico y qué tiene que ver con los profesionales que los aplican (en ocasiones, lamentablemente ajenos a la profesión de la Psicología).

En contraste con las guías del U.S.D.H.H.S., las guías del *UK National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2002, 2006a, 2006b, 2007a) parecen no tener dudas acerca del papel de los tratamientos psicológicos como intervenciones de primera línea (véase la tabla 1.5).

De manera más pormenorizada, una serie de estudios metaanalíticos del grupo de la Colaboración Cochrane (Stead y Lancaster, 2006; Stead et al., 2008; Lancaster y Stead, 2005, 2006a) examinaron la eficacia de los procedimientos psicológicos para dejar de fumar en función de su intensidad y sus componentes terapéuticos básicos. Todos estos estudios coincidían en concluir la eficacia de los procedimientos conductuales y psicológicos para dejar de fumar. Por ejemplo, la clara superioridad de la intervención individual frente a la no intervención o el mero consejo mínimo (OR = 1,56)

y aunque, de manera global no arrojan luz acerca de la conveniencia de enfoques más intensivos, un análisis depurado de los resultados, excluyendo estudios confusos o con problemas metodológicos o terminológicos, indican que las intervenciones intensivas muestran mejores resultados que las no intensivas o el consejo (OR = 1,94 en comparación con baja intensidad) (Lancaster y Stead, 2005). No obstante, aún cabe preguntarse si aquellos estudios incluidos en las revisiones cuentan en sus procedimientos con componentes específicos propios de la terapia cognitivo conductual y llevados a cabo por el profesional más cualificado.

Tabla 1.5. Principales recomendaciones de las guías del *UK National Institute for Clinical Excellence* o NICE (NICE, 2002, 2006a, 2006b, 2007a).

Guía	Recomendaciones
NICE (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - La terapia sustitutiva de la nicotina y el bupropión deben prescribirse a aquellos fumadores que manifiestan su deseo de dejar de fumar - Los profesionales de la salud deben ofrecer consejo y apoyo al fumador para que deje el tabaco
NICE (2006b)	<ul style="list-style-type: none"> - Debe informarse a los pacientes de que dejar de fumar está relacionado con sus preferencias y actitudes - Los médicos de atención primaria deben recomendar a todos los pacientes que fuman que deben dejar de hacerlo en cada consulta. Todos los agentes sanitarios comunitarios y de atención primaria deben ofrecer a los fumadores tratamientos de apoyo intensivo - El consejo y el apoyo debe estar disponible en todos los niveles de atención, en particular en las poblaciones de alto riesgo y deprivadas - Debe establecerse un sistema de supervisión para asegurar que los profesionales de la salud tienen información del estado actual de consumo de tabaco de sus pacientes
NICE (2007a)	<ul style="list-style-type: none"> - La vareniclina está recomendada como posible tratamiento para dejar de fumar - Normalmente, la vareniclina debe usarse sólo como parte de un programa que incluya asesoramiento por un profesional sanitario u otros tipos de apoyo

Respecto a la comparación directa entre el formato individual y grupal de intervención conductual no encontró tasas de abstinencia más altas con la utilización de la terapia grupal (OR = 0,86; Stead y Lancaster, 2005). Por otro lado, en esta revisión sobre intervenciones conductuales grupales (Stead y Lancaster, 2005), en comparación con la revisión de Lancaster y Stead (2005) sobre intervenciones conductuales

individuales, sí se analizó en profundidad en qué medida las intervenciones incluían componentes activos específicos encontrándose mayores tasas de abstinencia en este tipo de intervenciones frente aquellas más inespecíficas (OR = 1,36; Stead y Lancaster, 2005).

El análisis conjunto de estos resultados no despeja las dudas anteriormente planteadas sobre cuál sería el efecto estimado si realmente se incluyeran en los metaanálisis sólo aquellos estudios que aseguran la inclusión de los componentes terapéuticos que conforman el grueso de una intervención psicológica eficaz para dejar de fumar, impartido por psicólogos y en una secuenciación razonable (Sánchez-Meca et al., 1998; Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001; Becoña et al., 2003, 2004), y, en cambio, se excluyeran aquellos estudios que por diseño o por aplicación de procedimientos o componentes, no se corresponden con intervenciones psicológicas genuinas.

1.3.1. Las intervenciones especializadas e intensivas

Según la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET, 2010), las intervenciones especializadas estarían dirigidas a las personas: (a) con un alto grado de dependencia y fracasos reiterados en la consolidación de la abstinencia; (b) con patologías psiquiátricas o de conducta asociadas, o (c) para quienes, por distintas circunstancias, el mantenimiento del consumo de tabaco en la situación presente conlleva un especial riesgo para la salud (Raw et al., 1998; Jiménez et al., 2003; Álvarez et al., 2006; Camarelles et al., 2008). Según los estudios epidemiológicos, parece claro que el criterio de alta dependencia y de intentos previos de cesación infructuosos parece ser el de mayor preminencia a la hora de optar por las intervenciones especializadas. El CNPT (2008) sitúa en un 60% los fumadores actuales que han hecho uno o varios intentos decididos de dejar de fumar (Encuesta Nacional de Salud de España, 2003). Cada vez queda más claro que estas personas no se corresponden con una muestra

marginal y que pertenecen a un grupo cada vez más mayoritario, lo que sugiere la necesidad de generalizar los procedimientos intensivos y especializados con el fin de maximizar el alcance de las intervenciones.

En este nivel, parece claro que la intervención a llevar a cabo debe ser intensiva, con componentes específicos y llevada a cabo por el personal más cualificado. La intervención más ampliamente consensuada es el tratamiento intensivo combinado a nivel farmacológico y psicológico, con tasas de abstinencia que oscilan entre el 20 y el 50% a los 6 meses o al año de seguimiento, en función del estudio (CNPT, 2008; Fiore et al., 2008; NICE, 2006a, 2006b, 2007b).

1.3.2. Los tratamientos que combinan terapias psicológicas y farmacológicas frente a los tratamientos con una única terapia en el abordaje del tabaquismo

Aunque muchos investigadores y especialistas defienden que los tratamientos que combinan terapias psicológicas y farmacológicas son los más eficaces para dejar de fumar, no existe un consenso total al respecto. Con frecuencia se argumenta que los tratamientos psicológicos y farmacológicos son eficaces por separado y que no hay beneficios adicionales por su aplicación conjunta (Alonso et al., 2007; García-Vera y Sanz, 2006a; Hitsman, Pingitore, Spring, Mahabeshwarkar, Mizes, Segraves et al., 1999). En todo caso, serían los tratamientos farmacológicos los principales beneficiarios de una intervención conductual o psicológica coadyuvante, efecto no encontrado normalmente a la inversa (Alonso et al., 2007; Secades et al., 1999).

La guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2000) parece no tener dudas sobre algunas de las características que un tratamiento para el tabaquismo debe ofrecer con el fin de maximizar su eficacia. Sesiones con una duración mayor de 10 minutos que conformaran un programa de tratamiento con una duración total de más de 90 minutos, distribuidos en al menos 8 sesiones, ofrecían un beneficio en términos de OR de 2 a 3

en relación con las tasas de abstinencia de las condiciones de control. En la tabla 1.6 se puede observar algunos datos que apoyan la idea de que el formato combinado maximiza los resultados.

Tabla 1.6. Eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en función del número de formatos de dichas intervenciones y del número de profesionales clínicos diferentes que intervienen (Fiore et al., 2000)

Tipo de comparación	Razón de posibilidades u odds ratio (OR) / Tasa estimada de abstinencia (TEA)
Número de profesionales clínicos frente a no contacto con clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Un tipo de clínico: OR = 1,8 / TEA = 18,3 • Dos tipos de clínicos: OR = 2,5 / TEA = 23,6% • Tres o más tipos de clínicos: OR = 2,4 / TEA = 23,0%
Número de formatos diferentes frente a no utilización de ningún formato	<ul style="list-style-type: none"> • Un formato: OR = 1,5 / TEA = 15,1% • Dos formatos: OR = 1,8 / TEA = 18,5%

La última actualización de la guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) sí centró su atención en comprobar la eficacia de la intervención combinada frente al consejo o la medicación por separado. Con un nivel de evidencia máximo (A), dicha guía afirma que la combinación de consejo psicológico y medicación incrementa las tasas de abstinencia frente a la aplicación aislada de estas intervenciones, y, así mismo, afirma que existe una fuerte relación entre el éxito de los tratamientos y el número de sesiones de consejo que se combinan con la medicación (véase la tabla 1.7).

Para realizar tales recomendaciones, la guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) se basa en sus metaanálisis que arrojan una OR de 1,4 y de 1,7 a favor de la combinación de consejo y medicación frente a la sola utilización de medicación y la sola utilización de consejo, respectivamente (véase la tabla 1.8). En la misma línea de lo anteriormente planteado, parece que existe un efecto dosis-respuesta en referencia a la intensidad del consejo que se debe ofrecer en combinación con la medicación.

Tabla 1.7. Recomendaciones relativas al uso de tratamientos combinados de la guía clínica del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008)

Tema	Recomendación
Combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos	La combinación de tratamientos es más efectiva que cada una por separado. Siempre que sea posible debería de recomendarse (nivel de evidencia A)
Eficacia de la combinación en función del número de sesiones de consejo	Existe una fuerte relación entre el número de sesiones de consejo en combinación con la medicación y el éxito de las intervenciones. Los clínicos deberían proporcionar varias sesiones de consejo (nivel de evidencia A)

Por su parte, como se comentó anteriormente, la guía del NICE (2002, 2006a, 2007b) no duda al recomendar dicho apoyo conductual, previamente definido y estructurado, para el tratamiento de todos los fumadores, y no concibe la aplicación del tratamiento farmacológico sin la aplicación combinada de dicha intervención psicológica (véase la tabla 1.8).

Tabla 1.8. Eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en función de la combinación o no de medicación y consejo y del número de sesiones de consejo (Fiore et al., 2008)

Tipo de comparación	Razón de posibilidades u odds ratio (OR) / Tasa estimada de abstinencia (TEA)
Combinación de consejo y medicación frente a sólo medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo medicación: OR = 1 / TEA = 21,7 % • Combinación de consejo y medicación: OR = 1,4 / TEA = 27,6%
Combinación de consejo y medicación frente a sólo consejo	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo consejo: OR = 1 / TEA = 14,6 % • Combinación de consejo y medicación: OR = 1,7 / TEA = 22,1%
Combinación de líneas de apoyo telefónico y medicación frente a sólo medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo medicación: OR = 1 / TEA = 23,2% • Combinación de línea de apoyo telefónico y medicación frente a sólo medicación: OR = 1,3 / TEA = 28,1%
Número de sesiones de consejo en combinación con medicación frente a sólo medicación	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 1 sesión más medicación: OR = 1 / TEA = 21,8% • 2 – 3 sesiones más medicación: OR = 1,4 / TEA = 28,0% • 4 – 8 sesiones más medicación: OR = 1,3 / TEA = 26,9% • Más de 8 sesiones más medicación: OR = 1,7 / TEA = 32,5%

En contraste, los estudios de la Colaboración Cochrane, en sus revisiones metaanalíticas sobre la eficacia de las intervenciones conductuales individuales y grupales para el tratamiento del tabaquismo (Lancaster y Stead, 2006a; Stead et al., 2008), incluyeron comparativas para averiguar en qué medida el añadir medicación, en concreto, sustitutivos de nicotina, incrementaba las tasas de abstinencia de los tratamientos psicológicos conductuales en comparación con el abordaje conductual aplicado aisladamente. Los resultados de estas revisiones son contrarios a los que ofrece la guía clínica americana del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008), ya que reportan que añadir terapia sustitutiva de nicotina al asesoramiento conductual individual y grupal no produce ningún beneficio adicional (véase la tabla 1.7).

A tenor de lo anteriormente expuesto, es conveniente evaluar de manera exhaustiva aquellos estudios que contemplan la eficacia de la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos en comparación con la eficacia de su aplicación aislada. Para ello es importante conocer concretamente los componentes específicos que incluye cada modalidad de tratamiento con el fin de evitar confusiones terminológicas (Becoña, 2004).

En los últimos años se han publicado diversos estudios que pretenden evaluar si el bupropión y la vareniclina se podrían beneficiar de la adición de tratamientos psicológicos en comparación con su uso aislado. Varios estudios apoyan la idea del efecto sinérgico (Grassi, et al., 2011; Hall et al., 2004; Swan et al., 2003), sin embargo algunos otros concluyen que estos tratamientos no se benefician de su uso combinado con tratamiento psicológico (Hall et al., 2002; McCarthy et al., 2008; Schmitz, Stotts, Mooney, DeLaune y Moeller, 2007).

Este clima de discordancia empírica respecto al bupropión o la vareniclina, a pesar de la hegemonía a favor de los tratamientos combinados en cuanto a las recomendaciones de las principales guías clínicas, es observada, igualmente, al analizar el posible efecto beneficioso de combinar el tratamiento psicológico con la terapia

sustitutiva de nicotina (TSN). Parece claro que existe una relación dosis-respuesta derivada de incluir tratamientos psicológicos más estructurados e intensos en combinación con la TSN y que, además, aquellos que contaron con el principio activo del sustitutivo de nicotina en vez del placebo mostraban menos síntomas de abstinencia (Alterman, Gariti y Mulvaney, 2001; Richmond, Kehoe y Almeida, 1997; Killen, Maccoby y Taylor, 1984; Goldstein, Niaura, Follick y Abrams, 1989; Webb, Rodríguez Ybarra, Baker, Reis y Carey, 2010).

No obstante, cabe preguntarse en qué medida un tratamiento farmacológico, en concreto basado en TSN, combinado con la TCC planteada de manera estructurada, muestra beneficios adicionales en comparación con la aplicación aislada de cada uno de ellos. Es un lugar común considerar que los tratamientos farmacológicos basados en sustitutivos de nicotina se benefician sustancialmente de su combinación con terapia psicológica. En la misma línea, pero tomando como referencia la terapia psicológica aplicada aisladamente, Hughes (1995) calculó el beneficio derivado de su aplicación conjunta con la terapia de parches de nicotina, estimándolo entre un 7 y un 15% de incremento en las tasas de abstinencia estimadas. Además, parece que aquellos pacientes que muestran mayores niveles de dependencia se benefician en mayor medida de este efecto sinérgico y que los niveles de adherencia al tratamiento son mayores (Hall, Tunstall, Rugg, Jones y Benowitz, 1985; Klesges, Ward y DeBon, 1996; Lifrak et al., 1997).

Algunos autores han centrado su interés en averiguar qué tipo de tratamiento psicológico es el más adecuado para maximizar los resultados de un tratamiento combinado con terapia sustitutiva de nicotina. El tratamiento cognitivo conductual multicomponente, estructurado e intensivo, ha demostrado ser el más adecuado para lograr las mayores tasas de abstinencia (Alterman et al., 2001; Killen et al., 1984; Sánchez-Meca et al., 1998; Simon, Carmody, Hudes, Snyder y Murray, 2003).

Pero como se comentó con anterioridad, no existe un consenso pleno al respecto. Tanto las revisiones de la Colaboración Cochrane (Lancaster y Stead, 2006a; Stead, et al., 2008) como otros estudios dudan de que realmente exista un efecto beneficioso derivado de la combinación de los tratamientos farmacológicos y los psicológicos, sobre todo, si estos últimos son aplicados de manera estructurada, formal y diferenciada respecto al mero consejo sanitario (Alonso et al., 2007; Hitsman et al., 1999). Estos autores argumentan que los tratamientos psicológicos cuentan con componentes activos que logran, al menos, las mismas tasas de abstinencia que los tratamientos combinados. Además argumentan, en términos de eficiencia, que las tasas de abstinencia de los tratamientos combinados no justifican su implantación (Alonso et al., 2007).

Para esclarecer esta situación, García-Vera y Sanz (2006a) analizaron exhaustivamente la situación de los tratamientos cognitivo-conductuales y la terapia de parches de nicotina (TPN). Los autores fijaron su atención en la TPN argumentando que: (1) después de los chicles de nicotina es la modalidad farmacológica sobre la que se han realizado más investigaciones; (2) la mayoría de las revisiones metaanalíticas encuentran mayores índices de abstinencia frente al placebo en términos de odds ratio en comparación a los chicles de nicotina, y (3) su empleo, frente a los chicles de nicotina, es aconsejado por diversas guías clínicas, dado que no presenta problemas de observancia, dificultad de uso y baja aceptabilidad social.

Para ello, los autores se basaron en aquellos metaanálisis que estudiaban los índices de eficacia de la TPN (Fiore et al., 1994, 2000), añadiendo aquellos estudios de reciente publicación. Para examinar la eficacia de la TCC, y utilizando parecida metodología, se analizó el metaanálisis de Sánchez-Meca et al. (1998). Para la combinación de ambos tipos de tratamiento, se sirvieron de nuevo de los trabajos de Fiore et al. (1994), excluyendo aquellos estudios que no presentaban técnicas genuinas de corte cognitivo-conductual, evitando así la confusión que en ocasiones se crea al

denominar consejo psicológico aquello que no es más que información. Los resultados de este trabajo se presentan en la tabla 1.9.

Tabla 1.9. Eficacia al año de la terapia cognitivo-conductual, los parches de nicotina y su combinación (revisión de García-Vera y Sanz, 2006a)

Tratamiento	% de abstinentes
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	29,3%
Terapia de parches de nicotina (TPN)	10,2%
TCC + TPN	27,6%
Grupos de control	
No tratamiento	4,6%
Parches placebo	6,7%
TCC + parches placebo	13,2%

A tenor de estos resultados, se sugiere que la TCC en combinación con la TPN es un tratamiento eficaz para dejar de fumar, mostrando índices de eficacia por encima de la TPN aplicada de manera aislada, en consonancia con las principales guías (Fiore et al., 1996, 2000, 2008). Además, en este estudio de revisión se encontró que la TCC aislada mostraba mayor eficacia que la aplicación de la TPN solamente. Por otra parte, aparecen dos hallazgos sorprendentes: (1) parece que no existen demasiadas diferencias entre la TCC y la combinación de TCC y TPN, y (2) parece que la TCC muestra mayores índices de abstinencia que su combinación con parches placebo. Derivado de estos hallazgos sorprendentes, cabe preguntarse si los estudios más “farmacológicos”, que tienden a añadir TCC a sus diseños metodológicos basados en la aplicación de PN, tanto en formato activo como de placebo, hacen subestimaciones de la TCC o, en cambio, hay un sesgo de sobrestimación de la TCC en el caso de los estudios “más psicologicistas”. Además es importante considerar la escasa eficacia de la TPN cuando ésta es administrada de manera aislada. Consecuentemente, parece lógico pensar que este tratamiento, aun siendo considerado como de primera línea, debería siempre administrarse acompañado por algún tipo de apoyo conductual, apoyo

sobre el que debería conocerse de manera pormenorizada cuál es su intensidad para así determinar si la misma es idónea.

En cualquier caso, para responder a las preguntas que sugerían esos hallazgos sorprendentes de la revisión de García-Vera y Sanz (2006a) parece claro que es necesario plantear **investigaciones más sistematizadas y estructuradas, con diseños aleatorizados y controlados**, con el fin de demostrar la "*verdadera eficacia y utilidad*" de los tratamientos cognitivos-conductuales para dejar de fumar tanto en su aplicación aislada como en su aplicación combinada con la terapia farmacológica, y que las guías de práctica clínica consideren el papel de dichos tratamientos en consonancia con los resultados de esas investigaciones. Para ello, por ejemplo, sería de una enorme utilidad **plantear en un mismo estudio, controlado y sistematizado la comparación de las tasas de abstinencia que, a corto, medio y largo plazo, obtiene la terapia cognitiva conductual, por un lado, y, por otro, la terapia de parches de nicotina en combinación con la terapia cognitiva conductual con diferentes niveles de intensidad**. Este precisamente fue el objetivo general del presente estudio.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El presente estudio pretendía, **en un mismo estudio, de manera directa, con un diseño experimental y con una metodología que trataba de superar algunas de las limitaciones metodológicas de la literatura científica previa, arrojar luz sobre la eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitivo conductual intensiva (TCC/I), de su combinación con los parches de nicotina (TCC/I+PN) y de la combinación de terapia cognitiva conductual no intensiva con los parches de nicotina (TCC/NI+PN)**, lo cual permitiría responder a tres preguntas de especial relevancia y aún no satisfactoriamente contestadas:

1. *¿Es más eficaz la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos que la aplicación aislada de tratamientos psicológicos?*

2. *¿Es más eficaz aplicar los tratamientos farmacológicos con un tratamiento psicológico intensivo que con uno no intensivo?*
3. *¿Es más eficaz el tratamiento psicológico que el tratamiento farmacológico?*

2.1. Hipótesis

1. Las tasas de abstinencia continua autoinformada y validada por CO del grupo de pacientes que recibió TCC/I+PN serán significativamente más altas a corto, medio y largo plazo (postratamiento y 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar) que las de los grupos de pacientes que recibieron TCC/I o TCC/NI+PN.

2. Las tasas de abstinencia continua autoinformada y validada por CO del grupo de pacientes que recibió TCC/I serán significativamente más altas a corto, medio y largo plazo (postratamiento y 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar) que la del grupo de pacientes que recibió TCC/NI+PN.

3. Los pacientes de todos los grupos de tratamiento que no alcancen la abstinencia en cada uno de los momentos de medida (postratamiento, 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar) conseguirán reducciones estadísticamente significativas en el consumo diario de cigarrillos respecto a su consumo diario de cigarrillos en el pretratamiento.

4. Entre los pacientes que no alcancen la abstinencia en cada uno de los momentos de medida (postratamiento, 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar), los pacientes del grupo que recibió TCC/I+PN conseguirán reducciones de su consumo diario de cigarrillos, respecto a su consumo diario de cigarrillos en el pretratamiento, significativamente mayores que las reducciones que conseguirán los pacientes de los grupos que recibieron TCC/I o TCC/NI+PN.

5. Entre los pacientes que no alcancen la abstinencia en cada uno de los momentos de medida (postratamiento, 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar), los pacientes del grupo que recibió TCC/I conseguirán reducciones de su consumo diario de cigarrillos, respecto a su consumo diario de cigarrillos en el

pretratamiento, significativamente mayores que las reducciones que conseguirán los pacientes del grupo que recibió TCC/NI+PN.

6. Entre los pacientes que no alcancen la abstinencia en cada uno de los momentos de medida (postratamiento, 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar), los pacientes que hayan completado sus respectivos tratamientos (TCC/I+PN, TCC/I o TCC/NI+PN) conseguirán reducciones de su consumo diario de cigarrillos, respecto a su consumo diario de cigarrillos en el pretratamiento, significativamente mayores que las reducciones que conseguirán los pacientes que hayan abandonado sus respectivos tratamientos.

3. MÉTODO

3.1. Diseño

El diseño del presente estudio fue **experimental, intergrupos y con medidas repetidas pretratamiento, postratamiento y en seguimientos a los 3 meses, a los 6 meses y al año** desde que los paciente dejaron de fumar.

El carácter experimental del estudio implica que se **aleatorizaron los pacientes** a los diferentes tratamientos. Además, se procedió a sistematizar los tratamientos, manualizándolos y entrenando a los terapeutas con dichos manuales, con el fin de lograr una aplicación de los mismos lo más homogénea posible entre los terapeutas así como lo más fiel posible a los objetivos, estrategias, técnicas y actividades fundamentales de los distintos tratamientos.

En el presente estudio se consideró como **variable independiente** el tipo o grupo de tratamiento. Esta variable tenía tres niveles:

- 1) *Tratamiento cognitivo conductual intensivo (TCC/I).*
- 2) *Tratamiento combinado de tratamiento cognitivo conductual no intensivo y parches de nicotina (TCC/NI+PN).*
- 3) *Tratamiento combinado de tratamiento cognitivo conductual intensivo y parches de nicotina (TCC/I+PN).*

Como **variables dependientes** se consideraron las siguientes:

- 1) *Abstinencia continua autoinformada*. Se consideró como abstinentes a aquel paciente que informó no haber fumado ningún cigarrillo desde la fecha en la que había dejado de fumar y, posteriormente, desde el último momento de medida. Esta variable fue considerada como categórica.
- 2) *Abstinencia continua validada*. En los diferentes momentos de evaluación se midió el monóxido de carbono (CO) en aire espirado y se codificó como una variable dicotómica en la que la validación de la abstinencia se correspondía con valores de CO menores de 8 partículas por millón (ppm) (Becoña y Vázquez, 1998a; García-Vera y Sanz, 2006a). Por tanto, se consideró abstinentes al paciente que informaba no haber consumido ningún cigarrillo desde el último momento de medida y presentaba una medida de CO < 8 ppm.
- 3) *Número autoinformado de cigarrillos fumados*. Los pacientes informaron del número de cigarrillos fumados diariamente desde el último momento de medida. Esta variable se codificó como una variable continua.

Por otro lado, en el diseño del estudio se trató de controlar el posible efecto de varias variables extrañas o de control, tanto sociodemográficas como clínicas, seleccionadas en función de una revisión sobre los posibles factores que pueden influir en la conducta de fumar y su abandono (Sánchez Meca et al., 1998):

- a) *Variables sociodemográficas*: sexo, edad, estado civil y nivel de estudios.
- b) *Variables clínicas*: consumo actual de cigarrillos, historia de consumo de tabaco, consumo de alcohol y otras sustancias, enfermedades, molestias físicas derivadas del hábito de fumar, depresión, ansiedad, nivel de dependencia de la nicotina, autoeficacia para dejar de fumar y nivel motivacional para dejar de fumar.

3.2. Participantes

Los participantes fueron fumadores que acudieron a la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) procedentes de varias fuentes: la campaña *Un año sin fumar en la Complutense* realizada en 2006 por la UCM entre su personal y estudiantes, el taller sobre *Tratamientos psicológicos para dejar de fumar* realizado por la Clínica, por invitación del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, en la Feria Internacional de la Salud de Madrid (FISALUD 2007 y FISALUD 2008), las campañas *HELP* de la Unión Europea celebradas en el Campus de Somosaguas de la UCM en 2007 y 2008, y el Servicio de Psicología y Psicotecnia de la Guardia Civil. Independientemente de la fuente de procedencia, a todos los fumadores que se pusieron en contacto con la Clínica se les informó de que la participación en este estudio era totalmente voluntaria y gratuita.

Los criterios de exclusión del estudio fueron los siguientes:

- No tener cumplidos los 18 años.
- Mostrar incompatibilidad con el uso de parches de nicotina: problemas dermatológicos (soriasis o dermatitis incompatibles con los parches), estar embarazada o en periodo de lactancia, haber tenido un problema cardiovascular (infarto o angina de pecho inestable) recientemente y ser fumador de menos de 10 cigarrillos diarios.

De los 291 participantes iniciales, 56 (19,2%) no iniciaron el tratamiento correspondiente (bajas) y sus datos no fueron analizados. Por tanto, la muestra final de este estudio estuvo formada por 235 participantes, de los cuales 70 fueron asignados a TCC/I, 84 a TCC/NI+PN y 81 a TCC/I+PN (véase la figura 3.1).

3.3. Procedimiento

Cuando los pacientes se ponían en contacto telefónicamente con la Clínica, se les citaba para la primera sesión de evaluación individual que era igual para todos y en la cual se les informaba sobre las condiciones generales de los tratamientos para dejar

de fumar, se les pedía que firmaran el pertinente consentimiento informado y se tomaban las medidas sociodemográficas y clínicas que posteriormente se detallarán. A continuación, los pacientes fueron aleatorizados con una tabla de números aleatorios generada por el programa *Research Randomizer* (<http://www.randomizer.org>) y, en función del grupo de tratamiento asignado, se procedió a citarles para una segunda sesión de evaluación. El esquema general del procedimiento se muestra en la figura 3.1 y, en los siguientes apartados, se describen con más detalle el proceso de evaluación, los instrumentos de medida y los tratamientos de este estudio.

3.3.1. **Proceso de evaluación**

3.3.1.1. *Instrumentos de medida de las variables dependientes*

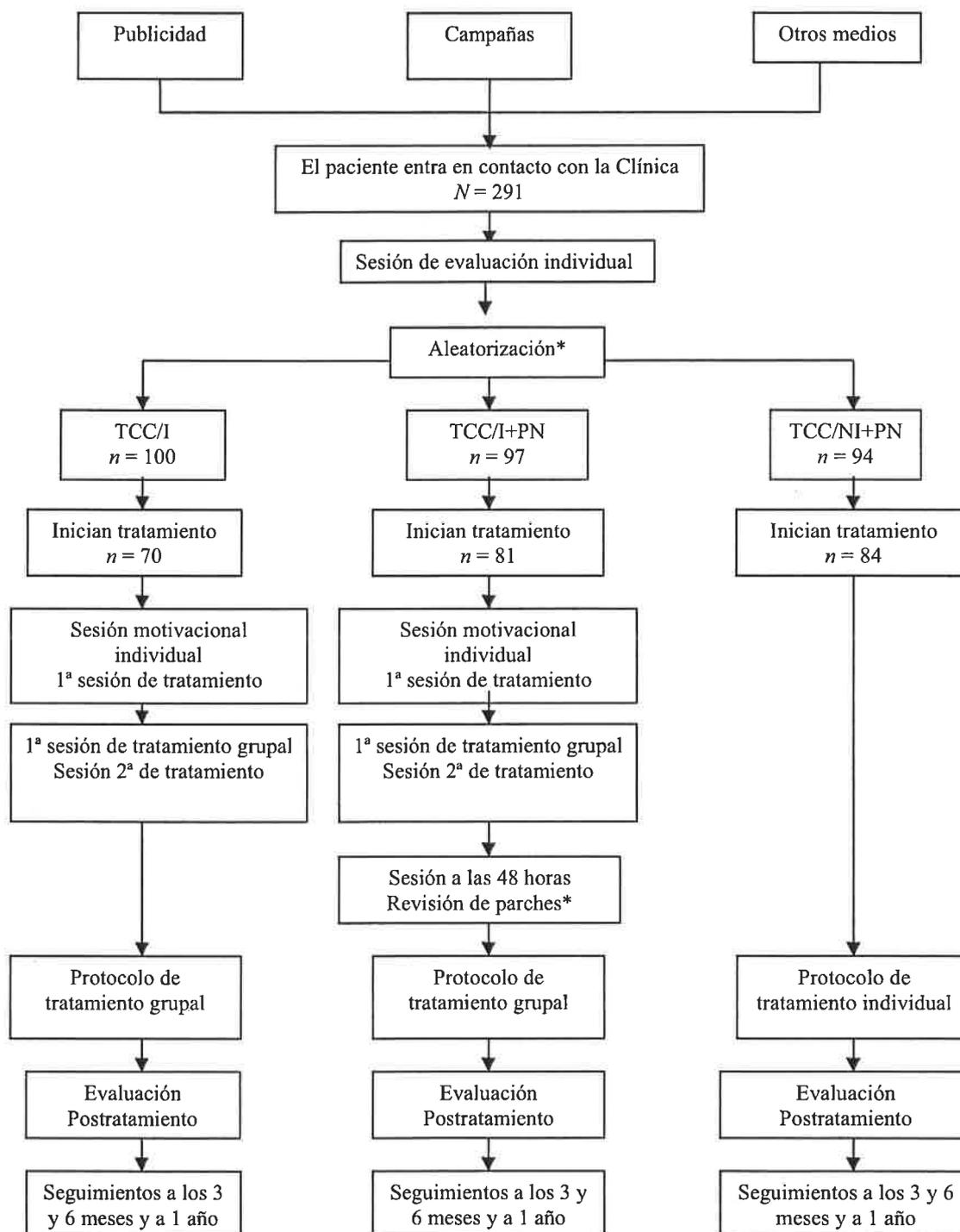
- 1) *Abstinencia continua autoinformada*. Los pacientes informaron sobre el tiempo que llevaban sin consumir ningún cigarrillo o, en caso contrario, la cantidad y momentos de consumo. Esta variable fue considerada como categórica, contemplándose como abstinentes al paciente que refería no haber consumido ningún cigarrillo desde la última medición.
- 2) *Abstinencia continua validada*. Para operativizar la abstinencia continua validada se realizaron *mediciones del monóxido de carbono (CO) en aire espirado* mediante medidores de CO del tipo *EC50 Minismokerlyzer* o del tipo *Micro-smokerlyzer*, ambos de *Bedfont Technical Instruments* (Sittingborne, Kent, UK). Estas medidas se tomaron en cada uno de los momentos de medida y al principio de cada sesión de tratamiento, y sus resultados se compararon con el autoinforme del paciente sobre si habían dado alguna calada o fumado algún cigarrillo desde la última medición.
- 3) *Número autoinformado de cigarrillos fumados*. En la evaluación pretratamiento, al principio de cada una de las sesiones de tratamiento, en el postratamiento y en cada uno de los seguimientos, los terapeutas

preguntaron a los pacientes por el número de cigarrillos que habían consumido diariamente desde la fecha de la última medición.

3.3.1.2. Instrumentos de evaluación de las variables de control

- 1) *Entrevista estructurada ad hoc sobre características sociodemográficas y clínicas del paciente y sobre su hábito de fumar.* Esta entrevista se aplicó a todos los pacientes en la evaluación pretratamiento y se creó *ad hoc* para este estudio, a partir de otras entrevistas parecidas (p. ej., García-Vera, 2004), para medir edad, sexo, estado civil, nivel de estudios completados y número de cigarrillos fumados al día.
- 2) *Escala de Molestias Físicas.* Es una adaptación del creado *ad hoc* por el centro *ExMoker: Centro de Terapia para Dejar de Fumar* (García-Vera, 2004).
- 3) *Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory o BIA;* Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988), en su adaptación española (Beck y Steer, 2011, adaptación española de J. Sanz).
- 4) *BDI-II-Breve o versión breve del Inventario de Depresión de Beck-II* de Beck, Steer y Brown (1996; *Beck Depression Inventory-II* o BDI-II). Este instrumento es una versión breve de 11 ítems creada por Sanz, García-Vera, Fortún y Espinosa (2005) a partir de la adaptación española del BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011, adaptación española de J. Sanz y C. Vázquez).
- 5) *Test de Richmond* (Richmond, Kehoe y Webster, 1993). Es un cuestionario para medir el nivel de motivación de los fumadores para dejar de fumar.
- 6) *HAD-A o subescala de ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale o HAD)* de Zigmond y Snaith (1983), en la versión traducida al español por R. P. Snaith, A. Bulbena y G. Berrios y adaptada en población española médica por Herrero et al. (2003).

Figura 3.1. Diagrama de las fases del estudio empírico



*Nota. Los pacientes que mostraron incompatibilidad con los parches de nicotina o problemas derivados de su uso, formaron parte del grupo de tratamiento de TCC/I pero sus datos fueron excluidos de los análisis de este estudio.

- 7) *Cuestionario de Resistencia de la Urgencia a Fumar* de Baer y Lichtenstein (1988), en la versión española de Caballo (2006). Este instrumento fue utilizado para obtener una medida de autoeficacia percibida para dejar de fumar.
- 8) *Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (Fagerström Test of Nicotine Dependence* o FTND; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991), en la versión española de Barrueco, Hernández y Torrecilla (2006).

3.3.1.3. Proceso de evaluación en el pretratamiento

Antes de comenzar el tratamiento, se aplicaron todos los instrumentos de evaluación descritos en una sesión de evaluación individual de 90 minutos de duración aproximada. En la tabla 3.1 se presenta un resumen de los instrumentos aplicados tanto en la evaluación pretratamiento como en los otros momentos de medida.

Tabla 3.1. Resumen del proceso de evaluación

	<i>Evaluación pretratamiento</i>	<i>En cada sesión</i>	<i>Postratamiento</i>	<i>Seguimientos</i>
<i>Entrevista estructurada</i>	Sí	No	No	No
<i>Nº de cigarrillos</i>	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Medida de CO</i>	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Abstinencia continua</i>	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Depresión (BDI-II Breve)</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Ansiedad (BAI)</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Ansiedad (HAD-A)</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Escala de Molestias Físicas</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Autoeficacia para dejar de fumar (Cuestionario de Resistencia de la Urgencia a Fumar)</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Test de Richmond de motivación para dejar de fumar</i>	Sí	No	Sí	Sí

3.3.2. *El proceso de tratamiento*

Los tratamientos que conformaron este estudio se corresponden con cada uno de los niveles de la variable independiente, es decir, tratamiento cognitivo conductual intensivo (TCC/I; véase la tabla 3.2), tratamiento combinado de tratamiento cognitivo conductual no intensivo y parches de nicotina (TCC/NI+PN) y tratamiento combinado de tratamiento cognitivo conductual intensivo y parches de nicotina (TCC/I+PN). Dado el carácter experimental del estudio, todos los tratamientos fueron manualizados y estandarizados con el fin de garantizar la mayor homogeneidad posible en su aplicación así como la mayor fidelidad a los componentes esenciales de los mismos.

Tabla 3.2. Pauta de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán del grupo TCC/I (Becoña y Vázquez, 1998b)

<i>Nº de sesión de tratamiento</i>	<i>Fase de reducción gradual</i>	<i>Pautas específicas</i>
Sesión 2 de tratamiento	Fase I de reducción gradual	<ul style="list-style-type: none">- Cambio de marca de cigarrillo (1/3 menos de nicotina)- Fumar 1/3 menos de cigarrillo
Sesión 3 de tratamiento	Fase II de reducción gradual	<ul style="list-style-type: none">- Fumar un 30% de cigarrillos menos respecto línea base- Retrasar el primer cigarrillo del día por lo menos 15 minutos- Elegir tres situaciones en las que no va a fumar
Sesión 4 de tratamiento	Fase III de reducción gradual	<ul style="list-style-type: none">- Fumar un 60% de cigarrillos menos respecto a la línea base- Retrasar el primer cigarrillo al menos 30 minutos- Retrasar el primer cigarrillo de después de comer, café y cenar al menos 15 minutos- Elegir otras tres situaciones en las que no fumará
Sesión 5 de tratamiento	Fase IV de reducción gradual	<ul style="list-style-type: none">- Reducir el número de cigarrillos hasta no fumar nada al finalizar la semana- Retrasar el cigarrillo de después de levantarse al menos en 45 minutos- No fumar al menos después de 30 minutos después de comer, el café y la cena

Tanto el TCC/I como el TCC/I+PN fueron tratamientos multicomponentes, con las características propias de tales tratamientos, y diferían únicamente en la técnica

utilizada en la fase de abandono (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán en el TCC/I [véase la tabla 3.2] y parches de nicotina en el TCC/I+PN [véase la tabla 3.3]). Por otra parte, el TCC/NI+PN se basó en la administración de parches de nicotina acompañados de un tratamiento cognitivo conductual no intensivo. El formato de esta última combinación terapéutica fue individual, intentando simular lo máximo posible las condiciones de aplicación de los tratamientos cognitivo conductuales.

El TCC/I y el TCC/I+PN se aplicaron en formato grupal, siguiendo las recomendaciones de diferentes guías y metaanálisis que recomiendan este formato de aplicación (Stead y Lancaster; 2006; Sánchez-Meca et al., 1998; AETS, 2003; NICE, 2006a, 2006b). Los grupos oscilaron entre 3 y 12 participantes en función de la demanda asistencial en cada momento. No obstante, en ambos programas la primera sesión de tratamiento fue individual y tenía un marcado carácter motivacional.

3.3.2.1. Tratamiento cognitivo-conductual no intensivo en combinación con terapia de parches de nicotina (TCC/NI+PN)

La dosificación elegida de los parches de nicotina fue la recomendada por las principales guías y que ha demostrado su eficacia para pacientes con niveles de dependencia medio-altos (U.S.D.H.H.S., 1996, 2000, 2008), de manera que se utilizaron parches de liberación Nicorette® de 16 horas de 15 mg, de 10 mg y de 5 mg, con una pauta de reducción gradual en su administración durante 10 semanas.

Siguiendo también las principales guías que plantean que los parches deben ir acompañados de apoyo conductual (AETS, 2003; NICE, 2006b; U.S.D.H.H.S., 2008), se diseñaron los contenidos terapéuticos cognitivo-conductuales que se especifican en la tabla 3.3, junto con la pauta de administración de parches, para cada sesión.

Tabla 3.3. Pauta de administración de los parches de nicotina en el TCC/NI+PN y el TCC/I+PN y contenido de las sesiones del TCC/NI+PN

Nº de sesión de tratamiento/Semana	Número de parches x Tipo de parche	Contenido informativo
Sesión 1 de tratamiento/Semana 1	No hay	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar - Ventajas de dejar de fumar - Riesgos de seguir fumando
Sesión 2 de tratamiento/semana 2	14 parches x 15 mg	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar - Explicación de dependencia física y psicológica - Información acerca del uso de los parches - Información acerca del control estimular
Sesión 3 de tratamiento/semana 4	14 parches x 15 mg	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar - Revisión de uso de los parches - Revisión de problemas - Revisión de los primeros días sin fumar
Sesión 4 de tratamiento/semana 6	14 parches x 10 mg	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar - Medición de peso - Información acerca de dietas equilibradas
Sesión 5 de tratamiento/semana 8	14 parches x 5 mg	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar - Revisión de dudas - Información acerca de las "excusas para volver a fumar"
Sesión 6 de tratamiento/semana 10	No hay	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar - Conocer diferencia entre caída y recaída - Evaluación postratamiento

3.3.2.2. Tratamiento cognitivo conductual intensivo en combinación con parches de nicotina (TCC/I+PN)

Una particularidad que añadía este tratamiento respecto a los anteriores era que incorporaba una sesión de tratamiento grupal a las 48 horas de administrar los primeros parches de nicotina como revisión de su correcta aplicación y de las posibles dificultades que pudieran aparecer tras las primeras horas sin fumar. Además se registró

el número de cigarrillos consumidos por los participantes desde la anterior sesión y se reforzaron las técnicas aprendidas en la anterior sesión (respiración diafragmática y asertividad) y se resolvieron dudas acerca de su implantación.

3.3.2.3. Aspectos comunes al tratamiento multicomponente TCC/I y al TCC/I+PN

Dado el carácter multicomponente de ambos tratamientos, éstos incorporaban una fase de preparación, dirigida a los aspectos motivacionales, otra de abandono (reducción gradual para TCC/I y parches de nicotina para TCC/I+PN) y una última fase de mantenimiento, en la que se proporcionaba a los pacientes entrenamiento en habilidades básicas de manejo de la abstinencia para así lograr el mantenimiento de los logros (véase la tabla 3.4).

3.4. Terapeutas

Para el TCC/I y el TCC/I+PN participaron 2 terapeutas por cada grupo de tratamiento. Sin embargo, dado el carácter individual del TCC/I+PN, un único terapeuta fue el encargado de aplicar este tratamiento. Todos los terapeutas fueron psicólogos residentes de la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM, con formación de postgrado en psicología clínica y de la salud y, como mínimo, con 2 años de experiencia clínica. Todos ellos fueron específicamente entrenados en cada uno de los manuales de tratamiento y en las fichas que se entregaban a cada paciente para homogeneizar su implantación.

3.5. Análisis estadísticos

En esos análisis y en todos los análisis estadísticos del presente trabajo se adoptó un nivel *alfa* de probabilidad de cometer errores de Tipo I de 0,05 y se utilizaron los programas estadísticos SPSS 15.0 y SPSS 19.0.

Tabla 3.4. Resumen de los objetivos y componentes principales de los tratamientos TCC/I y TCC/I+PN

	Objetivos	Componentes
Sesión 1 (Sesión Motivacional)	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información acerca del tratamiento - Obtener el compromiso del paciente - Balance decisional - Conocer de manera pormenorizada el hábito de consumo - Conocer miedos asociados al abandono del tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de CO y retroalimentación • Presentación de terapeutas • Balance decisional acerca de ventajas y desventajas de dejar de fumar y seguir fumando • Clarificación de miedos • Redacción de una carta de compromiso • TAREA PARA CASA: autorregistro de consumo de cigarrillos
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de compromiso con los objetivos del tratamiento - Dar control a los pacientes sobre el abandono 	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de CO y recogida de datos sobre el número de cigarrillos fumados • Presentación de terapeutas y participantes • Información acerca del concepto de dependencia • Entrenamiento en respiración diafragmática • TAREA PARA CASA: autorregistro de consumo de cigarrillos
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar a los pacientes en habilidades conductuales de afrontamiento - Clarificación de dudas 	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados • Reforzar la respiración diafragmática • Entrenamiento en asertividad para el rechazo de ofrecimientos • TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y uso de asertividad
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar a los pacientes en habilidades conductuales de afrontamiento - Clarificación de dudas 	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados • Revisión de tareas • Entrenamiento en control estimular • Planificación de actividades alternativas al consumo • TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y uso de asertividad
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar a los pacientes en habilidades conductuales y cognitivas de afrontamiento - Clarificación de dudas 	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados • Instrucción acerca de la importancia de los pensamientos automáticos en el mantenimiento de la abstinencia • Entrenamiento en manejo de pensamientos: autoinstrucciones, parada de pensamiento y técnicas de distracción • Revisión de tareas • TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y uso de asertividad
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar a los pacientes en habilidades cognitivas de afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados • Revisión de tareas

7 Introducción al concepto de "excusa" y sesgo sistemático que precipita la recaída	
TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y pensamientos	
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados • Revisión de tareas • La técnica de las "4 preguntas" • Presentación del concepto de problema y uso de la técnica de "solución de problemas" • TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y pensamientos
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados • Revisión de tareas • "La curva del deseo" • Presentación de la exposición al deseo: "Cita con el deseo" • Exposición a los ítems 1 y 2 de la jerarquía de exposición • Proporción de información acerca de la ganancia del peso, irritabilidad y estado de ánimo. • TAREA PARA CASA: <ul style="list-style-type: none"> ○ Autorregistro de situaciones conflictivas y pensamientos ○ Construcción de una jerarquía personal de 4 ítems
Sesión 9	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados • Revisión de tareas • Exposición a los ítems 3 y 4 de la jerarquía común • Revisión de la jerarquía personal que ha confeccionado cada paciente • TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y pensamientos <ul style="list-style-type: none"> ○ Exposición a los ítems 3 y 4 de la jerarquía conjunta ○ Exposición a los ítems de la jerarquía personal
Sesión 10	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados • Revisión de tareas • Revisión de la exposición a la jerarquía personal que lleva a cabo cada paciente • Diferencia entre caída y recaída • Planificación del seguimiento • Evaluación posttratamiento • TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y pensamientos

* Entre la sesión 2 y 3 en el grupo de TCC/I+PN se hacía una revisión a las 48 horas acerca de la adecuación de la colocación de los parches de nicotina.

Cuando un paciente inició el tratamiento pero luego dejó de acudir al mismo (a más de dos sesiones), se codificó en la base de datos como abandono y fue considerado como fracaso terapéutico. Además, se realizaron pruebas de χ^2 para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las tasas de abandono en función del grupo de tratamiento y del momento del mismo.

Con el fin de conocer las tasas de abstinencia del tabaco en cada uno de los grupos de tratamiento se hicieron dos tipos de análisis:

1) *Por intención de tratar (intent to treat)*. En este tipo de análisis se tuvieron en cuenta todos los pacientes que comenzaron el tratamiento, independientemente de si se disponía o no de datos sobre su consumo de tabaco en cada uno de los momentos de medida. Este es un criterio conservador ya que si el paciente dejaba de acudir al tratamiento y, por lo tanto, abandonaba el mismo y era imposible obtener información sobre su consumo de tabaco, se codificaba automáticamente como no abstinentes.

2) *Sin datos perdidos*. En estos análisis se incluyeron únicamente los casos sobre los que se contaba con información sobre su consumo de tabaco en cada uno de los momentos de medida y, por consiguiente, eran codificados como abstinentes o no según esos datos. Los pacientes sobre los que no se tenía información acerca de su consumo de tabaco fueron considerados como valores perdidos y, por consiguiente, fueron excluidos de los análisis.

Estos dos criterios fueron aplicados, a su vez, a dos tipos de muestras diferentes: (1) a todos los pacientes que comenzaron el tratamiento, independientemente de si habían abandonado o no el mismo, y (2) únicamente a los pacientes que completaron el tratamiento y, por lo tanto, no lo habían abandonado.

Los análisis arriba mencionados fueron realizados tanto sobre las tasas de abstinencia continua autoinformada como sobre las tasas de abstinencia continua validada por CO. En el primer caso, se consideró como abstinentes al paciente que informaba no haber fumado ningún cigarrillo desde el último momento de medida. En el caso de la abstinencia validada por CO, se consideró como abstinentes al paciente que

informaba mantenerse abstinente desde el último momento de medida y presentaba, además, un nivel de CO < 8 ppm. Al analizar la abstinencia continua validada según el análisis sin datos perdidos, los pacientes que informaron permanecer abstinentes, pero de los cuales no se contaba con datos de CO, fueron excluidos del análisis. Sin embargo, al analizar estos casos según intención de tratar, dichos pacientes fueron incluidos en los análisis tras ser codificados como no abstinentes. En ambos tipos de análisis (por intención de tratar y sin datos perdidos), los pacientes que informaron permanecer abstinentes, pero presentaban una medida de CO \geq 8 ppm, fueron finalmente considerados como no abstinentes.

Para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento se realizaron pruebas de χ^2 para cada momento de medida. Si en las pruebas de χ^2 se detectaban diferencias estadísticamente significativas, se realizaron posteriormente pruebas z para la comparación de pares de grupos para conocer entre qué grupos de tratamiento existían tales diferencias.

Por último, con el fin de conocer si los tratamientos habían conseguido en cada momento de medida reducciones estadísticamente significativas en el consumo de cigarrillo entre los pacientes que no habían dejado de fumar, se llevaron a cabo ANOVAs 2 (momento de medida) x 3 (grupo de tratamiento). Antes de realizar los análisis estadísticos, se realizaron pruebas de χ^2 para las variables no continuas y análisis de varianza (ANOVAs) de medidas independientes para las variables sociodemográficas y clínicas continuas, para saber si existían diferencias significativas entre los tres grupos de tratamiento. Antes de realizar los ANOVAs, se efectuaron pruebas de Levene para la igualdad de varianzas para conocer en qué variables no se podían asumir varianzas homogéneas en los tres grupos de tratamiento. Cuando las pruebas de Levene fueron estadísticamente significativas, se realizaron los ANOVAs con el estadístico Brown-Forsythe, el cual es robusto al incumplimiento del supuesto de homogeneidad de las varianzas. Por otro lado, también se analizó la existencia de diferencias entre los grupos de tratamiento en las variables de control usando pruebas

χ^2 para las variables no continuas y pruebas t de medidas independientes para las variables continuas, y cuando se encontraron diferencias significativas tales variables fueron incluidas como covariables en forma de ANCOVAs o de análisis por capas en las pruebas χ^2 en los análisis de las diferencias en abstinencia o en la reducción del número de cigarrillos fumados.

4. RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento

En la tabla 4.1 se presentan las características sociodemográficas y clínicas de los tres grupos de tratamiento: (1) tratamiento cognitivo conductual intensivo con parches de nicotina (TCC/I+PN), (2) tratamiento cognitivo conductual intensivo (TCC/I) y (3) tratamiento cognitivo conductual no intensivo con parches de nicotina (TCC/NI+PN), entre los cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (con $p < 0,05$) en ninguna de dichas características.

Tabla 4.1. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 81	TCC/I <i>n</i> = 70	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 84	<i>F</i> χ^2 *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	45,7	50	46,4	0,31	0,85
Edad	39,6 (10,8)	40,2 (11,2)	38,4 (10,8)	0,53	0,58
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	40,7	52,2	47,6	3,29	0,77
Nivel de estudios (% de universitarios)	41,3	34,8	38,1	4,11	0,85
Número de cigarrillos	21,6 (9,1)	20,3 (8,5)	22,4 (7,57)	1,13	0,32
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	17,6 (8,5)	17 (7,2)	19,8 (10)	2,26	0,11
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	4,8 (4,9)	4,9 (4,4)	4,9 (4,8)	0,01	0,99
Sintomatología ansiosa (BAI)	8,8 (8,2)	8,7 (7,1)	9,1 (7,3)	0,05	0,94
Sintomatología ansiosa (HAD)	6,6 (4,3)	6,1 (3,8)	6,2 (4,9)	0,30	0,74
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,3 (2,3)	5,3 (2,2)	6 (2,7)	2,00	0,13
Motivación para dejar de fumar (Test de Richmond)	8 (1,6)	8,3 (1,5)	8,2 (1,4)	0,64	0,53

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN n = 81	TCC/I n = 70	TCC/NI+TPN n = 84	F χ^2 *	p
Escala de Molestias Físicas	29,6 (13,1)	28,8 (12,3)	30,5 (12,1)	0,34	0,71
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	64,7 (23)	64,6 (19,3)	61,3 (23,7)	0,62	0,54
Peso (kg)	73,4 (15,5)	74,9 (16,3)	74,3 (14,4)	0,17	0,85

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba F de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba χ^2 .

Aproximadamente el 50% de la muestra eran mujeres, siendo su distribución muy parecida en los tres grupos de tratamiento (45,7%, 50% y 46,4% para TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente; $p = 0,85$). La edad media se situó en unos 40 años (39,6 años, 40,2 años y 38,4 años, para TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente; $p = 0,58$). Un 40,7% de los sujetos en el grupo TCC/I+PN estaban casados o convivían de forma estable con una pareja, porcentaje algo inferior al encontrado en el caso de los grupos de TCC/NI+PN y de TCC/I (ambos entorno al 50%), sin que dichas diferencias fueran tampoco estadísticamente significativas ($p = 0,77$). El grupo TCC/I+PN presentaba un porcentaje sensiblemente mayor de universitarios (41,3% frente al 35% de TCC/NI+PN y TCC/I) sin que, de nuevo, esta diferencia resultara estadísticamente significativa ($p = 0,85$; véase la tabla 4.1).

La misma semejanza entre los grupos se encontró en cuanto a las variables clínicas. Así, se observó una media similar en los tres grupos de tratamiento tanto en lo referente al número de cigarrillos fumados diariamente (21,6, 20,3 y 22,4 cigarrillos, para TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente; $p = 0,32$), como al nivel de monóxido de carbono en aire espirado (CO), con niveles que oscilaban entre 17 partículas por millón (ppm) y 19,8 ppm ($p = 0,11$; véase la tabla 4.1). El nivel de dependencia, medido a través del test de Fagerström y con puntuaciones promedio de 5,5 puntos, y el nivel de motivación para dejar de fumar, medido con el test de Richmond y con puntuaciones

promedio de 8 puntos, también fueron similares en los tres grupos de tratamiento ($p = 0,13$ y $0,53$, respectivamente; véase la tabla 4.1).

Las puntuaciones medias en sintomatología ansiosa, tanto cuando ésta fue evaluada por la HAD-A como por el BAI, fueron también muy similares en los tres grupos de tratamiento ($p = 0,74$ y $0,94$, respectivamente) e indicaban en todos ellos la presencia promedio de niveles mínimos o leves de ansiedad (< 7 y < 15 , respectivamente; véase la tabla 4.1). Igualmente, el nivel medio de sintomatología depresiva, evaluado a través del BDI-II Breve, fue prácticamente igual en los tres grupos de tratamiento ($p = 0,99$) y se encontraba en todos ellos en el rango que indicaba una depresión mínima (< 6 , en concreto, $4,8$ en TCC/I+PN, $4,9$ en TCC/I y $4,9$ en TCC/NI+PN; véase la tabla 4.1).

En los tres grupos de tratamiento se observó también un nivel similar de molestias físicas asociadas al hábito de fumar (medido a través de la Escala de Molestias Físicas) con puntuaciones medias que oscilaban entre $28,8$ y $30,5$ ($p = 0,71$), y un nivel similar de autoeficacia (operativizada con la Escala de Autoeficacia) con puntuaciones medias que variaban entre $61,3$ y $64,7$ ($p = 0,54$).

4.2. Tasas de abandono del tratamiento en los grupos de tratamiento

Se realizó una prueba de χ^2 con el fin de comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en relación con la distribución de los abandonos del tratamiento en los tres grupos de tratamiento. Tomando como referencia el conjunto de la muestra final ($N = 235$), la tasa de abandonos fue del $35,3\%$. Aunque el grupo TCC/I presentaba un 40% de abandonos que superior a la del grupo de TCC/NI+PN ($35,7\%$) la cual, a su vez, era ligeramente superior a la del grupo de TCC/I+PN ($30,8\%$), tales diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,58$; véase la tabla 4.2).

Tabla 4.2. Tasas de abandono del tratamiento en función del grupo terapéutico

	Grupo de tratamiento			<i>chi</i> ²	<i>p</i>
	TCC/I+PN <i>n</i> = 81	TCC/I <i>n</i> = 70	TCC/NI+PN <i>n</i> = 84		
Pacientes que abandonaron el tratamiento	30,8 (25)	40 (28)	35,7 (30)	1,06	0,58

Nota. Todos los valores son porcentajes (con el número de pacientes entre paréntesis) salvo que se indique otra cosa.

No se detectaron diferencias significativas en cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas en función de si los pacientes abandonaban o no el tratamiento ($p > 0,05$), salvo en sintomatología ansiosa tanto si se medía a través del BAI [10,7 frente a 7,8 puntos, respectivamente; $t(231) = -2,87$, $p = 0,004$] como de la HAD-A (7,2 frente a 5,8 puntos, respectivamente; $t(231) = -2,43$, $p = 0,02$).

Tomando como referencia los 83 pacientes que abandonaron el tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que abandonaron el tratamiento de los tres grupos de tratamiento en sus características sociodemográficas o clínicas ($p > 0,05$).

4.3. Tasas de abstinencia en los grupos de tratamiento

A continuación se presentan las tasas de abstinencia, en porcentajes, que se lograron en cada tratamiento y en los diferentes momentos de medida: (1) al finalizar el tratamiento (postratamiento); (2) 3 meses después de que los pacientes dejaron de fumar (al mes del postratamiento) o seguimiento 1; (3) 6 meses tras dejar de fumar (a los tres meses desde el seguimiento 1) o seguimiento 2, y (4) al año desde que dejaron de fumar (6 meses después del seguimiento 2) o seguimiento 3.

4.3.1. Tasas de abstinencia en los pacientes que comenzaron el tratamiento

4.3.1.1. Análisis por intención de tratar

Al finalizar el tratamiento (postratamiento), las tasas de abstinencia continua autoinformada de la muestra total se situaban en torno al 60%. Aunque el grupo de TCC/I+PN presentaba una tasa de abstinencia continua autoinformada ligeramente superior a las de los otros dos grupos de tratamiento (65,4% para TCC/+PN frente a 54,3% y 58,9% para TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente), las diferencias entre los tres grupos no resultaron significativas ($p = 0,36$) (véase la tabla 4.3).

Tabla 4.3. Tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento según el análisis por intención de tratar

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a] (n = 81)	TCC/I [b] (n = 70)	TCC/NI+PN [c] (n = 84)	chi ²	p	a vs. b	b vs. c	a vs. c
Post	65,4	54,3	58,9	2,02	0,36	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	60,5	47,1	47,6	3,64	0,16	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	51,9	38,6	29,8	8,46	0,01	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	42	22,9	23,8	8,79	0,01	< 0,05	n.s.	< 0,05

Nota. Todos los valores hacen referencia a porcentajes, salvo que se indique otra cosa. * = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de las pruebas z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa; TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Un patrón parecido de resultados se obtuvo al analizar los datos del primer seguimiento (seguimiento 1), realizado a los 3 meses desde que los pacientes dejaron de fumar (véase la tabla 4.3). De hecho, aunque las diferencias en las tasas de abstinencia entre el grupo TCC/I+PN y los otros dos grupos se habían incrementado ligeramente (60,5% para el grupo TCC/I+PN frente al 47,1% y 47,7% de TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente), éstas continuaban sin revelarse estadísticamente significativas ($p = 0,16$) (véase la tabla 4.3).

En cambio, sí se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en las tasas de abstinencia continua autoinformada obtenidas en el seguimiento 2, realizado a los 6 meses desde que los pacientes dejaron de fumar, y en el seguimiento 3, realizado al año desde que los pacientes dejaron de fumar [χ^2 (2, $N = 235$) = 8,46 y 8,79, respectivamente, ambos con $p = 0,01$]. Tal y como se puede ver en la tabla 4.3, a los 6 meses del día establecido para dejar de fumar (seguimiento 2), el grupo de TCC/I+PN mostraba una tasa de abstinencia del 51,9%, superior a las de los otros dos grupos de tratamiento (38,6% para TCC/I y 29,8% para TCC/NI+PN). Una prueba z para comparar pares de tasas de abstinencia corroboró que, de manera significativa ($p < 0,05$), la tasa de abstinencia en el seguimiento 2 del grupo de TCC/I+PN era mayor que la del grupo de TCC/NI+PN. Sin embargo, la misma prueba no halló diferencias significativas en el seguimiento 2 entre la tasa de abstinencia del grupo de TCC/I+PN y la del grupo de TCC/I ni entre esta última y la del grupo de TCC/NI+PN (véase la tabla 4.3). De forma parecida, y tal y como puede observarse en la tabla 4.3, en el seguimiento realizado al año (seguimiento 3), el grupo de TCC/I+PN mostró una tasa de abstinencia (42%) mayor que las de los otros dos grupos de tratamiento (22,9% para TCC/I y 23,8% para TCC/NI+PN), diferencias que en este caso fueron ambas estadísticamente significativas (las dos pruebas z de comparación de pares de grupos con $p < 0,05$; véase la tabla 4.3). De nuevo, esa misma prueba z no halló una diferencia significativa en el seguimiento 3 entre la tasa de abstinencia continua autoinformada del grupo de TCC/I y la del grupo de TCC/NI+PN (véase la tabla 4.3).

Por otro lado, cuando se analizaron las tasas de abstinencia del tabaco a partir de la medida de abstinencia continua validada por un nivel de CO < 8 ppm, no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de tratamiento en ninguno de los momentos de medida (en todos los casos $p > 0,05$) (véase la tabla 4.4). Al respecto, es importante recordar que, en el análisis por intención de tratar, únicamente se consideraban abstinentes aquellos pacientes que informaban de abstinencia y, además, ésta estuviera validada por una medida de CO < 8 ppm en el

momento en que hacía la evaluación; todos los demás pacientes eran considerados como no abstinentes, aunque hubieran informado de no haber consumido ningún cigarrillo desde que dejaron de fumar.

Tabla 4.4. Tasas de abstinencia continua validada por CO de los grupos de tratamiento según el análisis por intención de tratar

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a] (n = 81)	TCC/I [b] (n = 70)	TCC/NI+PN [c] (n = 84)	χ^2	p	a vs. b	b vs. c	a vs. c
Post	59,3	52,9	57,1	0,64	0,72	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	51,9	47,1	47,6	0,42	0,80	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	40,7	30	23,8	5,58	0,06	n.s.	n.s.	n.s.
1 año	29,6	20	16,7	4,28	0,12	n.s.	n.s.	n.s.

Nota. Todos los valores son porcentajes, salvo que se indique lo contrario. * = se presenta la significación estadística resultante de una prueba z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

En concreto, y tal y como puede verse en la tabla 4.4, en el postratamiento alrededor del 55% del total de pacientes mostraba una abstinencia continua validada a través del CO, sin que existieran diferencias significativas entre los grupos terapéuticos ($p = 0,72$), cuyas tasas de abstinencia continua validada oscilaban entre 52,9% (TCC/I) y 59,3% (TCC/I+PN). Estos porcentajes descendían ligeramente en el seguimiento a los 3 meses, con tasas de abstinencia continua validada del 51,9% en el grupo TCC/I+PN, de 47,1% en el grupo TCC/I y de 47,6% en el grupo TCC/NI+PN, que no diferían significativamente ($p = 0,80$; véase la tabla 4.4). En el seguimiento 2, realizado a los 6 meses, a pesar de que el grupo de TCC/I+PN presentaba una tasa de abstinencia validada ligeramente superior a las de los otros dos grupos de tratamiento (40,7% frente a 30% para TCC/I y 23,8% para TCC/NI+PN), éstas continuaron sin diferir significativamente ($p = 0,06$). Al año desde que dejaron de fumar (seguimiento 3) se

observó un nuevo descenso en las tasas de abstinencia validada, especialmente importante en el TCC/I+PN. No obstante, el TCC/I+PN presentaba una tasa de abstinencia continua validada (29,6%) que era mayor que las de los otros dos tratamientos (20% para TCC/I y 16,7% para TCC/NI+PN), sin que de nuevo hubiera diferencias significativas entre los tres tratamientos (véase la tabla 4.4).

4.3.1.2. Análisis sin datos perdidos

De los 235 pacientes que formaban la muestra final del presente estudio, en el postratamiento fue posible obtener datos de abstinencia continua autoinformada de todos ellos, en el seguimiento a los 3 meses (seguimiento 1) de 232 pacientes, en el seguimiento a los 6 meses (seguimiento 2) de 231 pacientes y en el seguimiento al año (seguimiento 3) de 230 pacientes, lo que implicaba pérdidas muy pequeñas de datos de abstinencia que oscilaban entre 5 pacientes (2,1%) y 3 pacientes (1,3%).

Baste señalar aquí que los ANOVAs y las pruebas χ^2 realizadas únicamente con los pacientes sin datos perdidos de abstinencia en cada momento de medida, no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento ni respecto a las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento ni respecto a las tasas de abandono del tratamiento (en todos los casos $p > 0,05$).

En la tabla 4.5 se presentan las tasas de abstinencia continua autoinformada de los tres tratamientos en los distintos momentos de medida teniendo en cuenta sólo los datos de los pacientes contactados, es decir, excluyendo los pacientes con valores de abstinencia perdidos. De los pacientes contactados al finalizar el tratamiento ($N = 235$) 65,4% informaron mantenerse abstinentes en el grupo de TCC/I+PN, porcentaje de abstinencia mayor que el del grupo de TCC/NI+PN (58,3%) que, a su vez, era mayor que el del grupo de TCC/I (54,3%), aunque tales diferencias no fueron significativas ($p = 0,36$). En el seguimiento 1 (a los 3 meses desde que se dejó de fumar), a pesar de que el TCC/I+PN había ampliado su diferencia respecto a las tasas de abstinencia continua

autoinformada de TCC/I y TCC/NI+PN (62% frente a 47,1% y 48%, respectivamente), tales diferencias seguían siendo no significativas ($p = 0,11$).

En cambio, cuando se analizaron las tasas de abstinencia continua autoinformada de los paciente a los que fue posible evaluar en el seguimiento 2, a los 6 meses desde que dejaron de fumar ($n = 231$), se hallaron diferencias significativas entre los tratamientos [$chi^2 (2, N = 231) = 9,00, p = 0,01$]. Las pruebas z de comparación de pares de tratamientos revelaron que la tasa de abstinencia continua autoinformada del TCC/I+PN (53,2%) era significativamente mayor que la obtenida en el TCC/NI+PN (30,1%; $p < 0,05$), pero no que la alcanzada en el TCC/I (39,1%; $p > 0,05$), y, a su vez, no se encontró una diferencia significativa entre ese último tratamiento y el TCC/NI+PN ($p > 0,05$; véase tabla 4.5).

Tabla 4.5. Tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento para los pacientes que comenzaron el tratamiento según el análisis sin datos perdidos

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a]	TCC/I [b]	TCC/NI+PN [c]	chi^2	p	a vs. b	b vs. c	a vs. c
Post ($N = 235$)								
<i>n</i>	81	70	84	2,02	0,36	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	65,4	54,3	58,3					
3 meses ($n = 232$)								
<i>n</i>	79	70	83	4,29	0,11	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	62	47,1	48,2					
6 meses ($n = 231$)								
<i>n</i>	79	69	83	9,00	0,01	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	53,2	39,1	30,1					
1 año ($n = 230$)								
<i>n</i>	78	69	83	9,66	0,01	< 0,05	n.s.	< 0,05
% abstinentes	43,6	23,2	24,1					

Nota. * = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de pruebas z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Al año desde que los pacientes dejaron de fumar, es decir, en el seguimiento 3, se pudieron obtener datos válidos de abstinencia continua autoinformada de 230 pacientes, y se observó que las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos que se habían encontrado en el seguimiento 2 se mantenían al año (χ^2 (2, $N = 230$) = 9,66, $p = 0,01$), aunque las tasas de abstinencia en todos los grupos de tratamiento habían descendido (véase la tabla 4.5). Las posteriores pruebas z de comparación de pares de grupos confirmaron que el 43,6% de abstinentes encontrado en el grupo de TCC/I+PN representaba una tasa de abstinencia continua autoinformada significativamente más alta que las obtenidas en los grupos de TCC/I y de TCC/NI+PN (23,2% y 24,1%, respectivamente, ambas diferencias significativas con $p < 0,05$). Sin embargo, las tasas de abstinencia continua autoinformada de estos dos últimos tratamientos no diferían entre sí significativamente (véase la tabla 4.5).

Tomando como referencia de abstinencia continua el autoinforme de los pacientes contactados (sin datos perdidos), pero siempre que dicho autoinforme estuviera validado por un nivel de CO < 8 ppm obtenido en el momento de medida en cuestión, en la tabla 4.6 se recogen las tasas de abstinencia continua validada de cada uno de los grupos terapéuticos y en cada uno de los diferentes momentos de medida. De los 235 pacientes que formaron la muestra final del estudio, en el postratamiento fue posible obtener datos de abstinencia continua validada de 229 pacientes, en el seguimiento a los 3 meses (seguimiento 1) de 225, en el seguimiento a los 6 meses (seguimiento 2) de 211 y en el seguimiento al año (seguimiento 3) de 212, lo que implicaba pérdidas pequeñas de datos de abstinencia continua validada que oscilaban entre 6 pacientes (2,5%) y 24 pacientes (10,2%).

Dadas estas pérdidas tan pequeñas de datos, las características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento de los pacientes finalmente analizados en cada momento de medida excluyendo a los pacientes con datos perdidos así como las tasas de abandono del tratamiento de tales pacientes, fueron en todos los casos prácticamente iguales a las de los grupos del análisis según intención de tratar

que se han presentado en las tablas 4.1 y 4.2. Por tanto, en aras de la brevedad, tales características y tasas de abandono no se presentan con detalle. Baste señalar que los ANOVAs y las pruebas χ^2 realizadas únicamente con los pacientes sin datos perdidos de abstinencia continua validada en cada momento de medida, no revelaron diferencias significativas entre los grupos ni respecto a las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento ni respecto a las tasas de abandono del tratamiento (en todos los casos $p > 0,05$).

En el postratamiento ($n = 229$), un 62,3% de los pacientes del TCC/I+PN presentaron abstinencia continua validada, porcentaje ligeramente superior al que presentaba el TCC/NI+PN (57,8%) el cual, a su vez, era ligeramente superior al que mostró el TCC/I (53,6%). No obstante, estas diferencias entre los tratamientos en las tasas de abstinencia continua validada no llegaron a ser significativas ($p = 0,57$). Un patrón similar de resultados se encontró al analizar los 225 pacientes con los que se contactó en el seguimiento a los 3 meses (seguimiento 1). En este caso, en el TCC/I+PN se alcanzó un 58,3% de abstinencia continua validada frente al 48,2% del TCC/NI+PN y al 47,1% del TCC/I, no hallándose diferencias significativas entre los tratamientos ($p = 0,34$; véase la tabla 4.6).

Al contrario de lo que ocurría en los dos anteriores momentos de medida, en el seguimiento 2, a los 6 meses desde que los pacientes dejaron de fumar ($n = 211$), y en el seguimiento 3, al año desde que los pacientes dejaron de fumar ($n = 212$), se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento [$\chi^2 (2, N = 211) = 7,61, p = 0,02$, y $\chi^2 (2, N = 212) = 6,41, p = 0,04$, respectivamente; véase la tabla 4.6]. En el seguimiento a los 6 meses, las posteriores pruebas z de comparación de pares de grupos revelaron que la tasa de abstinencia continua validada del TCC/I+PN (47,1%) era significativamente superior a la del TCC/NI+PN (27,6%; $p < 0,05$), pero no a la del TCC/I (33,3%; $p > 0,05$), la cual, por su parte, no difirió de forma estadísticamente significativa de la del TCC/NI+PN. De forma consistente, las pruebas z con los datos del seguimiento al año indicaban que el TCC/I+PN continuaba mostrando

una tasa de abstinencia continua validada significativamente mayor que la del TCC/NI+PN (35,3% frente a 18,2%; $p < 0,05$), pero no que la del TCC/I (20,9%). Igualmente, en el seguimiento al año tampoco se encontraron diferencias significativas entre las tasas de abstinencia continua validada del TCC/I y del TCC/NI+PN (véase la tabla 4.6).

Tabla 4.6. Tasas de abstinencia continua validada por CO de los grupos de tratamiento para los pacientes que comenzaron el tratamiento según el análisis sin datos perdidos

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a]	TCC/I [b]	TCC/NI+PN [c]	χ^2	p	a vs. b	b vs. c	a vs. c
Post ($n = 229$)								
<i>n</i>	77	69	83	1,14	0,57	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	62,3%	53,6%	57,8%					
3 meses ($n = 225$)								
<i>n</i>	72	70	83	2,23	0,34	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	58,3%	47,1%	48,2%					
6 meses ($n = 211$)								
<i>n</i>	70	63	78	7,61	0,02	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	47,1%	33,3%	25,6%					
1 año ($n = 212$)								
<i>n</i>	68	67	77	6,41	0,04	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	35,3%	20,9%	18,2%					

Nota. * = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de pruebas z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

4.3.2. Tasas de abstinencia en los pacientes que completaron el tratamiento

En este apartado se presentan las tasas de abstinencia continua tanto autoinformada como validada a través del CO de los pacientes que completaron el tratamiento y, por lo tanto, no abandonaron el mismo, según los criterios descritos en el apartado de *Análisis estadísticos*.

4.3.2.1. Análisis por intención de tratar

Antes de analizar las tasas de abstinencia de los pacientes que completaron el tratamiento según el criterio de intención de tratar, se realizaron ANOVAs y pruebas de χ^2 para examinar si los tres grupos de tratamiento diferían en el pretratamiento en cuanto a sus características sociodemográficas y clínicas (todas las pruebas no significativas con $p > 0,05$).

Como cabría esperar, las tasas de abstinencia continua autoinformada encontradas en la submuestra de pacientes que completaron el tratamiento ($n = 152$) fueron mayores que las halladas en la muestra de pacientes que comenzaron el tratamiento, pero el patrón de resultados fue muy similar. Así, en el postratamiento, aunque el TCC/I+PN mostró una tasa de abstinencia continua autoinformada (92,7%) ligeramente más alta que las de los otros dos tratamientos (TCC/I = 88,1% y TCC/NI+PN = 87,3%), esas diferencias no fueron significativas ($p = 0,61$; véase la tabla 4.7). Un resultado similar se obtuvo en el seguimiento 1 realizado a los 3 meses desde que los pacientes dejaron de fumar: el TCC/I+PN mostró una tasa de abstinencia continua autoinformada (87,3%) mayor que las del TCC/I (76,2%) y del TCC/NI+PN (72,6%), sin que se hallara, de nuevo, diferencias significativas entre los grupos terapéuticos ($p = 0,15$; véase la tabla 4.7).

Sin embargo, y de forma coincidente con los resultados obtenidos en la muestra de pacientes que comenzaron el tratamiento, a los 6 meses desde que se dejó de fumar (seguimiento 2) se observaron, entre los pacientes que completaron el tratamiento, diferencias estadísticamente significativas entre los grupos terapéuticos en las tasas de abstinencia continua autoinformada [$\chi^2 (2, N = 152) = 8,90, p = 0,01$]. El 72% de los pacientes del TCC/I+PN informaron mantenerse abstinentes, tasa significativamente superior a la del TCC/NI+PN (45,5%) según reveló la correspondiente prueba z de comparación de pares de grupos. Sin embargo, dicha prueba no encontró que fuera significativa la diferencia entre las tasas de abstinencia continua autoinformada del

TCC/I+PN y la del TCC/I (64,3%), ni entre la de éste último tratamiento y la del TCC/NI+PN.

Tabla 4.7. Tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento según el análisis por intención de tratar para los pacientes que completaron el tratamiento

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a] (n = 55)	TCC/I [b] (n = 42)	TCC/NI+PN [c] (n = 55)	chi ²	p	a vs. b	b vs. c	a vs. c
Post	92,7	88,1	87,3	0,98	0,61	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	87,3	76,2	72,7	3,76	0,15	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	72,7	64,3	45,5	8,90	0,01*	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	58,2	38,1	30,9	8,87	0,01*	n.s.	n.s.	< 0,05

Nota. Todos los valores hacen referencia a porcentajes, salvo que se indique otra cosa. * = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de las pruebas z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa; TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

El mismo patrón de resultados se observó en el seguimiento 3, al año de haber dejado de fumar, de manera que se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en las tasas de abstinencia continua autoinformada [chi^2 (2, $N = 152$) = 8,87, $p = 0,01$], y dichas diferencias indicaban que el TCC/I+PN continuaba mostrando una tasa de abstinencia significativamente mayor que la del TCC/NI+PN (58,2% frente a 30,9%, respectivamente; $p < 0,05$), pero no que la del TCC/I (38,1%), mientras que las tasas de abstinencia del TCC/NI+PN y del TCC/I no fueron significativamente diferentes (véase la tabla 4.7).

En relación con las tasas de abstinencia continua validada mediante CO en los pacientes que completaron el tratamiento, no se encontraron, tal y como se puede observar en la tabla 4.8, diferencias significativas en dichas tasas entre los grupos de tratamiento al finalizar el tratamiento ($p = 0,96$), y, de hecho, los tres grupos obtuvieron

tasas de abstinencia continua validada muy similares en torno al 86% (85,5%, 85,7% y 87,7% para TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente). En el seguimiento a los 3 meses, las tasas de abstinencia continua validada seguían siendo similares en los tres grupos terapéuticos ($p = 0,89$), con un 76% de abstinentes validados en el grupo de TCC/I+PN, un 76,2% en el grupo de TCC/I y un 72,7% en el grupo de TCC/NI+PN.

Tabla 4.8. Tasas de abstinencia continua validada de los grupos de tratamiento según el análisis por intención de tratar para los pacientes que completaron el tratamiento

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a] (n = 55)	TCC/I [b] (n = 42)	TCC/NI+PN [c] (n = 55)	chi^2	p	a vs. b	b vs. c	a vs. c
Post	85,5	85,7	87,7	0,09	0,96	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	76,4	76,2	72,7	0,24	0,89	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	60	50	36,4	6,19	0,04	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	41,8	33,3	24,4	3,30	0,19	n.s.	n.s.	n.s.

Nota. Todos los valores hacen referencia a porcentajes, salvo que se indique otra cosa. * = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de las pruebas z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa; TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Tras 6 meses desde que se dejó de fumar (seguimiento 2), sí se encontraron, sin embargo, diferencias significativas entre los tratamientos en las tasas de abstinencia continua validada [chi^2 (2, $N = 152$) = 6,19, $p = 0,04$]. Las posteriores pruebas z indicaron que el 60% de abstinentes validados del TCC/I+PN era significativamente superior al 36,4% del TCC/NI+PN, pero no al 50% del TCC/I. Estos dos últimos tratamientos tampoco fueron significativamente diferentes en sus tasas de abstinencia continua validada ($p > 0,05$) (véase la tabla 4.8). Sin embargo, en el seguimiento 3, tras un año sin fumar, de nuevo, al igual que en el postratamiento y el seguimiento 1, las diferencias entre tratamientos en las tasas de abstinencia validada fueron no

significativas, a pesar de que el TCC/NI+PN mostró un 41,8% de abstinentes validados frente al 33,3% de TCC/I y al 24,4% de TCC/NI+PN ($p > 0,05$).

4.3.2.2. *Análisis sin datos perdidos*

De los 152 pacientes que completaron el tratamiento, en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses fue posible obtener datos de abstinencia continua autoinformada de todos ellos, mientras que en los seguimientos a los 6 meses y al año fue posible de todos ellos menos uno ($n = 151$). En aras de la brevedad baste señalar aquí que los ANOVAs y las pruebas χ^2 realizadas únicamente con los pacientes que completaron el tratamiento y no tenían datos perdidos de abstinencia en un momento de medida dado, no revelaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento (en todos los casos $p > 0,05$).

Por la misma razón de la ínfima pérdida de datos, los resultados que se obtuvieron en el análisis sin datos perdidos en cuanto a las tasas de abstinencia continua autoinformada de los pacientes que comenzaron el tratamiento son prácticamente los mismos a los obtenidos en el análisis por intención de tratar y que se presentaron en la tabla 4.7. No obstante, tales resultados se han recogido en la tabla 4.9 y, como cabría esperar, las tasas de abstinencia continua autoinformada en el postratamiento de los grupos de TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI de pacientes sin datos perdidos no fueron diferentes de forma significativa (92,7%, 88,1% y 87,3%, respectivamente; $p = 0,61$) y fueron las mismas que las obtenidas en el análisis por intención de tratar, ya que al finalizar el tratamiento se logró contactar con todos los pacientes que comenzaron el mismo y no lo abandonaron. Exactamente igual ocurrió a analizar los datos del seguimiento 1, con diferencias no significativas entre los tres grupos de tratamiento y tasas de abstinencia continua autoinformada iguales a las obtenidas en el análisis por intención de tratar (87,3%, 76,2% y 72,7%, para TCC/I+PN TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente).

Tabla 4.9. Tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento para los pacientes que completaron el tratamiento según el análisis sin datos perdidos

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a]	TCC/I [b]	TCC/NI+PN [c]	χ^2	p	a vs. b	b vs. c	a vs. c
Post ($N = 152$)								
n	55	42	55	0,98	0,61	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	92,7	88,1	87,3					
3 meses ($n = 152$)								
n	55	42	55	3,76	0,15	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	87,3	76,2	72,7					
6 meses ($n = 151$)								
n	54	42	55	9,65	0,008	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	74,1	64,3	45,5					
1 año ($n = 151$)								
n	54	42	55	9,51	0,009	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	59,3	38,1	30,9					

Nota. * = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de pruebas z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

En el seguimiento 2, realizado 6 meses después de que se dejara de fumar ($n = 151$), se observaron diferencias significativas entre los tratamientos [$\chi^2 (2, N = 151) = 9,65, p = 0,008$]. El TCC/I+PN mostró una tasa de abstinencia continua autoinformada significativamente superior a la del TCC/NI+PN (74,1% frente a 45,5%, respectivamente; $p < 0,05$). La tasa de abstinencia continua autoinformada de 64,3% encontrada en el TCC/I, sin embargo, no fue diferente significativamente de las de TCC/I+PN y TCC/NI+PN. Parecidos resultados se observaron en el seguimiento al año (seguimiento 3; $n = 151$), en el que se mantuvieron las diferencias entre los tratamientos [$\chi^2 (2, N = 151) = 9,51, p = 0,008$]. Las pruebas z confirmaron que la tasa de abstinencia continua autoinformada del TCC/I+PN (53,3%) era superior significativamente a la del TCC/NI+PN (30,9%), pero no así a la del TCC/I (38,1%). Tampoco se encontraron

diferencias significativas entre las tasas de abstinencia continua autoinformada de estos dos últimos tratamientos (véase la tabla 4.9).

En cuanto a las tasas de abstinencia continua validada por CO < 8 ppm, de los 152 pacientes que completaron el tratamiento, en el postratamiento fue posible obtener datos de abstinencia continua validada de 148 pacientes, mientras que en los seguimientos a los 3 meses, 6 meses y al año fue posible obtenerlos de 146, 133 y 137 pacientes, respectivamente, lo que implicaba pérdidas pequeñas de datos de abstinencia continua validada que oscilaban entre 7 (4,6%) y 19 pacientes (12,5%).

Dado que las pérdidas de datos no superaban, en el peor de los casos, el 15%, las características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento de los grupos de tratamiento finalmente analizados en cada momento de medida excluyendo a los pacientes con datos perdidos, fueron en todos los casos muy similares a las de los grupos de tratamiento del análisis según intención de tratar y que se han presentado en la tabla 4.7. De hecho, los ANOVAs y pruebas χ^2 realizados únicamente con los pacientes que completaron el tratamiento y no tenían datos perdidos de abstinencia continua validada en un momento de medida dado, no revelaron diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento (todas con $p > 0,05$).

En la tabla 4.10 se presentan las tasas de abstinencia continua validada de los tres tratamientos para los pacientes que habían completado el tratamiento y no tenían datos perdidos sobre dicha abstinencia y para cada uno de los momentos de medida. Las pruebas de χ^2 sobre dichas tasas de abstinencia revelaron que, en el postratamiento ($n = 148$), no hubo diferencias significativas entre los tratamientos ($p = 0,86$), aunque el 90% de los pacientes del TCC/I+PN presentara abstinencia continua validada y dicho porcentaje fuera ligeramente superior al 87,8% del TCC/I y al 87,3% de TCC/NI+PN. Al analizar los 146 pacientes con medidas de abstinencia continua validada en el seguimiento a los 3 meses (seguimiento 1), tampoco se encontraron diferencias

significativas entre los tratamientos en esas medidas de abstinencia (TCC/I+PN = 85,7%, TCC/I = 76,2% y TCC/NI+PN = 72,7%; $p = 0,26$).

Tabla 4.10. Tasas de abstinencia continua validada de los grupos de tratamiento para los pacientes que completaron el tratamiento según el análisis sin datos perdidos

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a]	TCC/I [b]	TCC/NI+PN [c]	χ^2	p	a vs. b	b vs. c	a vs. c
Post ($N = 148$)								
n	52	41	55	0,28	0,86	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	90,4%	87,8%	87,3%					
3 meses ($n = 146$)								
n	49	42	55	2,68	0,26	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	85,7%	76,2%	72,7%					
6 meses ($n = 133$)								
n	47	36	50	9,10	0,01	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	70,2%	58,3%	40,0%					
1 año ($n = 137$)								
n	45	40	52	6,16	0,04	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	51,1%	35%	26,9%					

Nota. * = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de pruebas z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Por el contrario, en los seguimientos a los 6 meses ($n = 133$) y al año ($n = 137$) sí se encontraron diferencias significativas entre los grupos terapéuticos respecto a sus tasas de abstinencia continua validada [χ^2 (2, $N = 133$) = 9,10, $p = 0,01$ y χ^2 (2, $N = 1137$) = 6,16, $p = 0,04$, respectivamente]. Las posteriores pruebas z indicaron, al igual que había ocurrido en el caso de la abstinencia continua autoinformada (véase la tabla 4.10), que en esos seguimientos a los 6 meses y al año, el TCC/I+PN mostraba tasas de abstinencia continua validada significativamente superiores a las de TCC/NI+PN (70,2% frente a 40% en el seguimiento a los 6 meses y 51,1% frente a 26,9% en el seguimiento al año; ambas diferencias significativas con $p < 0,05$), pero no significativamente diferentes de las de TCC/I (58,3% en el seguimiento a los 6 meses y 35% en el

seguimiento al año). Tampoco se encontraron diferencias significativas entre este último tratamiento y el TCC/NI+PN en cuanto a las tasas de abstinencia continua validada (véase la tabla 4.10).

4.4. Reducción del consumo de cigarrillos en los pacientes que continuaban fumando

En este apartado se recogen los resultados de los ANOVAs 2 x 3 realizados sobre el número de cigarrillos consumidos por los pacientes que no alcanzaron la abstinencia en cada momento de medida, tomando como factor intrasujetos el propio momento de medida (pretratamiento frente a cada uno de los otros momentos de medida) y como factor intersujetos el grupo de tratamiento (TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN). Estos ANOVAs se realizaron, en primer lugar, teniendo en cuenta todos los pacientes que comenzaron el tratamiento y, posteriormente, teniendo en cuenta únicamente los pacientes que completaron el tratamiento. El objetivo de estos ANOVAs era conocer en los pacientes que no habían alcanzado la abstinencia: (1) en qué medida los tratamientos habían contribuido a reducir el número de cigarrillos que fumaban en el pretratamiento, y (2) si existían diferencias significativas en el impacto que tenía cada tratamiento en dicha reducción.

Tal y como se hizo en relación con las tasas de abstinencia, antes de realizar estos ANOVAs sobre el número de cigarrillos fumados, se llevaron a cabo otros ANOVAs y pruebas de χ^2 para comprobar si existían diferencias entre los pacientes no abstinentes de los grupos de tratamiento en relación con las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento o con las tasas de abandono del tratamiento, de tal manera que de ser así, tales diferencias pudieran controlarse estadísticamente (como covariables) mediante la realización de ANCOVAs sobre el número de cigarrillos fumados en lugar de ANOVAs, o pudieran tenerse en cuenta en la interpretación de las diferencias entre grupos de tratamiento en la reducción del número de cigarrillos fumados.

4.5.1. Diferencias entre los grupos de tratamiento en los pacientes que comenzaron el tratamiento

De todos los pacientes que comenzaron el tratamiento, en el postratamiento fue posible contactar con una submuestra de 79 pacientes que informaron que no habían dejado de fumar y que proporcionaron datos sobre el número de cigarrillos que fumaban diariamente, mientras que en los seguimientos a 3 meses, 6 meses y un año, las submuestras correspondientes tenían 102, 129 y 152 pacientes, respectivamente.

Los ANOVAs y las pruebas *chi*² realizados con tales submuestras no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en relación con sus características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento (en todos los casos $p > 0,05$).

En la tabla 4.11 se recogen las reducciones promedio en el número de cigarrillos de cada uno de los tratamientos en cada momento de medida. En el postratamiento, aunque el TCC/I+PN redujo, en promedio, un mayor número de cigarrillos (9,9) que el TCC/NI+PN (8,6) y éste, a su vez, más que el TCC/I (5,9), tales diferencias no fueron significativas, tal y como indicaba el ANOVA 2 x 3 al mostrar que el efecto de interacción entre grupo de tratamiento y momento de medida no era significativo ($p = 0,35$; véase la tabla 4.11). Sin embargo, ese mismo ANOVA arrojó un efecto significativo para el factor de momento de medida [$F(1, 76) = 56,33, p = 0,001$], reflejando en todos los tratamientos en conjunto una reducción significativa en el número de cigarrillos fumados en el postratamiento respecto al pretratamiento.

Tabla 4.11. Reducción del número de cigarrillos, en función de los grupos de tratamiento y del momento de medida, en los pacientes que comenzaron el tratamiento y que no dejaron de fumar en cada momento de medida

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos †	
	TCC/I+PN	TCC/I	TCC/NI+PN	F	p
Postratamiento (n = 79)					
n	22	31	26		
Cigarrillos en el pretratamiento	22,7 (11,7)	21,5 (9,3)	21,7 (5,2)	1,07	0,35
Cigarrillos en el postratamiento	12,8 (7,8)	15,6 (9,5)	13,1 (7,5)		
Reducción de cigarrillos	9,9 (10,4)	5,9 (9,5)	8,6 (8,4)		
‡ Pre-post: F = 56,33, p = 0,001					
3 meses (seg. 1) (n = 102)					
n	27	36	39		
Cigarrillos en el pretratamiento	22,4 (11,3)	21,1 (8,7)	21,7 (8,6)	1,36	0,26
Cigarrillos en el seguimiento 1	13,7 (6,6)	15,8 (8,9)	13,8 (6,7)		
Reducción de cigarrillos	8,7 (10,5)	5,2 (8,2)	7,9 (8,4)		
‡ Pre-seg1: F = 65,32, p = 0,001					
6 meses (seg. 2) (n = 129)					
n	34	41	54		
Cigarrillos en el pretratamiento	21,3 (10,6)	20,7 (8,6)	21,4 (8,3)	0,68	0,50
Cigarrillos en el seguimiento 2	13,8 (6,2)	15,7 (8,5)	14,6 (6,1)		
Reducción de cigarrillos	7,5 (9,5)	5,6 (7,5)	7,3 (7,9)		
‡ Pre-seg2: F = 84,75, p = 0,001					
1 año (seg. 3) (n = 152)					
n	41	53	58		
Cigarrillos en el pretratamiento	23,2 (10,1)	20,4 (8,8)	20,9 (6,2)	1,40	0,25
Cigarrillos en el seguimiento 3	15,9 (7,2)	15,7 (8,7)	15,6 (5,9)		
Reducción de cigarrillos	7,3 (8,9)	4,7 (7,5)	5,3 (6,9)		
‡ Pre-seg3: F = 84,52, p = 0,001					

Nota: Todos los valores hacen referencia a medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique lo contrario. † valor F y p del ANOVA para la interacción entre los factores de grupo de tratamiento y de momento de medida, ‡ = valor F y p del ANOVA para el factor intrasujetos de momento de medida. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parche de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

El mismo patrón de resultados se pudo observar en los seguimientos realizados a los 3 meses (seguimiento 1), a los 6 meses (seguimiento 2) y al año (seguimiento 3). El TCC/I+PN volvió a reducir, en promedio, un mayor número de cigarrillos en cada uno de los seguimientos (8,7, 7,5 y 7,3, respectivamente) que el TCC/NI+PN (7,9, 7,3 y 5,3) y éste, a su vez, más que el TCC/I (5,2, 5,6 y 4,7), pero tales diferencias no fueron significativas ($p = 0,26, 0,50$ y $0,25$ para los respectivos efectos de interacción entre grupo de tratamiento y momento de medida; véase la tabla 4.11), mientras que los efectos de momento de medida sí que resultaron significativos [$F(1, 99) = 65,32, p = 0,001$, para el seguimiento 1; $F(1, 126) = 84,75, p = 0,001$, para el seguimiento 2; $F(1, 149) = 84,52, p = 0,001$, para el seguimiento 3], reflejando en los tres tratamientos en conjunto un

reducción significativa del número de cigarrillos fumados a los 3 meses, 6 meses y al año (7,3, 6,8 y 5,7 cigarrillos de reducción media, respectivamente) (véase la tabla 4.11).

4.5.2. Diferencias entre los grupos de tratamiento en los pacientes que completaron el tratamiento

Los mismos tipos de análisis comentados en el apartado anterior se realizaron teniendo en cuenta únicamente los pacientes que completaron el tratamiento. De estos pacientes, en el postratamiento fue posible contactar con una submuestra de 15 pacientes que informaron que no habían dejado de fumar y que proporcionaron datos sobre el número de cigarrillos que fumaban diariamente, mientras que en los seguimientos a 3 meses, 6 meses y un año, las submuestras correspondientes estaban compuestas por 32, 55 y 89 pacientes, respectivamente. Debido a estos tamaños más reducidos de las submuestras, en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses, varios grupos de tratamiento tenían menos de 10 pacientes. Por lo tanto, y para asegurar la validez estadística de los resultados, se decidió analizar únicamente los datos de los seguimientos a los 6 meses y al año, los cuales eran los únicos que contaban en todos los grupos terapéuticos con más de 10 pacientes.

Los ANOVAs y las pruebas *chi*² realizados con las submuestras de los seguimientos a los 6 meses y al año no revelaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en relación con sus características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento (en todos los casos $p > 0,05$).

Tabla 4.12. Reducción del número de cigarrillos, en función de los grupos de tratamiento y del momento de medida, en los pacientes que completaron el tratamiento y que no dejaron de fumar en cada momento de medida

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos †	
	TCC/I+PN	TCC/I	TCC/NI+PN	F	p
6 meses (seg. 2) (n = 59)					
n	14	15	30		
Cigarrillos en el pretratamiento	20,5 (7,5)	19,9 (6,9)	21,6 (6,3)	0,10	0,90
Cigarrillos en el seguimiento 2	10,9 (5,2)	9,8 (3,5)	12,2 (5,7)		
Reducción de cigarrillos	9,6 (7,7)	10,1 (5,3)	9,4 (7,8)		
‡ Pre-seg2: F = 96,77; p = 0,001					
1 año (seg. 3) (n = 85)					
n	22	26	37		
Cigarrillos en el pretratamiento	23,2 (8,6)	19,6 (8,2)	20,6 (6,7)	0,69	0,50
Cigarrillos en el seguimiento 3	13,7 (6,5)	10,9 (5,2)	13,4 (5,1)		
Reducción de cigarrillos	9,5 (9,5)	8,7 (6,5)	7,2 (7,3)		
‡ Pre-seg3: F = 97,47; p = 0,001					

Nota: Todos los valores hacen referencia a medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique lo contrario. † valor F y p del ANOVA para la interacción entre los factores de grupo de tratamiento y de momento de medida, ‡ = valor F y p del ANOVA para el factor intrasujetos de momento de medida. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

En la tabla 4.12 se recogen las reducciones promedio en el número de cigarrillos de cada grupo de tratamiento en los seguimientos a los 6 meses y al año. Los ANOVAs 2 (momento de medida) x 3 (grupo de tratamiento) realizados sobre el número de cigarrillos arrojaron resultados parecidos a los encontrados con los pacientes que comenzaron el tratamiento y que se comentaron en el apartado anterior (compárese la tabla 4.12 con la tabla 4.11). En concreto, en los pacientes que completaron el tratamiento, no se encontraron, tanto en el seguimiento a los 6 meses como al año, interacciones estadísticamente significativas entre el momento de medida y el grupo terapéutico que reflejaran diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en la reducción de cigarrillos ($p = 0,90$ y $0,50$ para los seguimientos a 6 meses y al año, respectivamente; véase la tabla 4.12). En la misma línea, tomando en conjunto todos los grupos de tratamiento, las reducciones medias de 9,7 y 8,4 cigarrillos en los

seguimientos a 6 meses y un año, respectivamente, frente a los cigarrillos consumidos en el pretratamiento, resultaron ser estadísticamente significativas, tal y como corroboraban los efectos estadísticamente significativos del factor momento de medida [$F(1, 56) = 96,77, p = 0,001$, en el seguimiento a 6 meses, y $F(1, 56) = 97,47, p = 0,001$, en el seguimiento al año] (véase la tabla 4.12).

4.5.3. Diferencias entre los pacientes que completaron el tratamiento y los que no lo completaron

Dado que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento respecto a la reducción del número de cigarrillos en aquellos pacientes que no habían dejado de fumar (véanse las tablas 4.11 y 4.12), se realizaron unos análisis estadísticos similares a los de los apartados anteriores sustituyendo el factor de grupo de tratamiento por el factor de cumplimiento (o abandono) del tratamiento, con el fin de analizar si existían diferencias significativas, en cuanto a la reducción del número de cigarrillos fumados en cada momento de medida, entre los pacientes que habían completado el tratamiento o no lo habían hecho.

De los pacientes que comenzaron el tratamiento, en el postratamiento fue posible contactar con una submuestra de 79 pacientes que informaron que no habían dejado de fumar y que proporcionaron datos sobre el número de cigarrillos que fumaban diariamente, de los cuales, 64 habían completado el tratamiento y 15 no lo habían hecho y habían abandonado; en los seguimientos a 3 meses, 6 meses y un año, las submuestras correspondientes estaban compuestas, respectivamente, por 102 pacientes (70 habían completado el tratamiento y 32 lo habían abandonado), 129 pacientes (60 habían completado el tratamiento y 69 lo habían abandonado) y 152 pacientes (85 habían completado el tratamiento y 67 habían abandonado).

Los ANOVAs y las pruebas χ^2 realizadas con tales submuestras no revelaron diferencias significativas entre los pacientes que habían completado el tratamiento y los que no lo habían hecho, en relación con sus características sociodemográficas y clínicas

evaluadas en el pretratamiento (en todos los casos $p > 0,05$), salvo por un mayor nivel de sintomatología depresiva (BDI-II Breve) o ansiosa (BAI o HAD) en el grupo de pacientes que había abandonado el tratamiento cuando tales análisis se realizaron con las submuestras del postratamiento y de los seguimientos a 6 meses y un año. Estas variables (depresión medida por el BDI-II Breve y ansiedad medida por el BAI y el HAD) fueron incluidas como covariables en los posteriores análisis sobre el número de cigarrillos fumados en los diferentes momentos de medida.

En la tabla 4.13 se presentan las reducciones promedio en el número de cigarrillos de cada uno de los grupos de cumplimiento del tratamiento (completado frente a no completado) en el postratamiento y en los seguimientos a los 3 meses, a los 6 meses y al año. Los ANOVAs 2 (momento de medida) x 2 (grupo de cumplimiento o abandono del tratamiento) realizados sobre el número de cigarrillos arrojaron efectos estadísticamente significativos para la interacción entre ambos factores (momento de medida x grupo de cumplimiento del tratamiento), los cuales reflejaban una mayor reducción en el número de cigarrillos, en todos los momentos de medida, en el grupo de pacientes que había completado el tratamiento. En concreto, en el postratamiento, los pacientes que completaron el tratamiento mostraron una reducción media de 17,3 cigarrillos frente a los 5,6 del grupo de pacientes que abandonó el mismo [$F(1, 77) = 24,09, p = 0,001$]. En el seguimiento a los 3 meses (seguimiento 1), la reducción de 13,1 cigarrillos en el grupo que completó el tratamiento continuaba siendo significativamente superior a la reducción media de cigarrillos obtenida por el grupo que abandonó el tratamiento (4,5 cigarrillos) [$F(1, 100) = 24,81, p = 0,001$].

Tabla 4.13. Reducción del número de cigarrillos en los pacientes que no dejaron de fumar en cada momento de medida, en función de si completaron o no el tratamiento

Momento de medida	Completaron el tratamiento		ANOVA de diferencias entre grupos	
	Sí	No	F	p
Postratamiento (n = 79)				
n	64	15		
Cigarrillos pretratamiento	22,1 (6)	21,7 (9,5)	24,09	0,001
Cigarrillos postratamiento	4,8 (4,4)	16,1 (7,4)		
Reducción de cigarrillos	17,3 (5,7)	5,6 (8,7)		
‡ Pre-post: F = 92,77, p = 0,001				
3 meses (seg. 1) (n = 102)				
n	70	32		
Cigarrillos pretratamiento	21,2 (6,5)	21,9 (9,5)	24,81	0,001
Cigarrillos seguimiento 1	8,1 (4,15)	17,4 (7,1)		
Reducción de cigarrillos	13,1 (7,3)	4,5 (8,4)		
‡ Pre-seg1: F = 102,85, p = 0,001				
6 meses (seg. 2) (n = 129)				
n	60	69		
Cigarrillos pretratamiento	20,9 (6,6)	21,2 (5,1)	15,66	0,001
Cigarrillos seguimiento 2	11,2 (5,1)	17,5 (7)		
Reducción de cigarrillos	9,7 (7,1)	4,3 (8,2)		
‡ Pre-seg2: F = 104,95; p = 0,001				
1 año (seg. 3) (n = 152)				
n	85	67		
Cigarrillos pretratamiento	21 (7,7)	21,8 (9,1)	25,79	0,001
Cigarrillos seguimiento 3	12,7 (5,6)	19,5 (7,5)		
Reducción de cigarrillos	8,3 (7,7)	2,3 (6,3)		
‡ Pre-seg3: F = 82,84; p = 0,001				

Nota. Todos los valores hacen referencia a media de cigarrillos (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique lo contrario. ‡ = valor F y p resultante del ANOVA tomando como factor intrasujetos el momento de medida. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

La misma tendencia se observó al analizar los seguimientos a los 6 meses y al año. A los 6 meses de dejar de fumar (seguimiento 2), los pacientes que completaron el tratamiento mostraban una reducción de 9,7 cigarrillos como promedio, reducción que fue superior de manera estadísticamente significativa a los 4,3 cigarrillos de reducción promedio del grupo que abandonó el tratamiento [$F(1, 127) = 15,66, p = 0,001$]. En el seguimiento al año (seguimiento 3), el grupo que abandonó el tratamiento presentaba reducciones promedio de 2,3 cigarrillos, estadísticamente inferiores a las del grupo que

completó el tratamiento que, en promedio, eran de 8,3 cigarrillos [$F(1, 150) = 25,79, p = 0,001$] (véase la tabla 4.13).

Cuando los anteriores ANOVAs fueron repetidos como ANCOVAs, incluyendo como covariables la sintomatología de depresión medida por el BDI-II Breve, la sintomatología ansiosa medida por el BAI y la sintomatología ansiosa medida por el HAD, sus resultados fueron prácticamente los mismos que los que se recogen en la tabla 4.13, es decir, de forma estadísticamente significativa se encontró una mayor reducción en el número de cigarrillos, en todos los momentos de medida, en el grupo de pacientes que había completado el tratamiento en comparación al grupo de pacientes que no lo había hecho por haber abandonado el tratamiento (todos los efectos de interacción momento de medida x grupo de cumplimiento del tratamiento fueron significativos con $p < 0,001$ y, además, todos los efectos de las covariables fueron no significativos con $p > 0,05$).

5. DISCUSIÓN

5.1. Eficacia diferencial para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual, de los parches de nicotina y de su combinación

La primera hipótesis del presente estudio planteaba que el grupo de TCC/I+PN mostraría, de forma estadísticamente significativa, tasas más altas de abstinencia continua autoinformada y validada por un CO < 8 ppm que los otros dos grupos de tratamiento (TCC/I y TCC/NI+PN), tanto a corto plazo (postratamiento) como a medio plazo (a los 3 y 6 meses desde que se dejó de fumar) y a largo plazo (al año desde que se dejó de fumar), mientras que la segunda hipótesis planteaba que las tasas de abstinencia continua autoinformada y validada por CO del grupo de pacientes que recibió TCC/I serían significativamente más altas a corto, medio y largo plazo (postratamiento y 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar) que la del grupo de pacientes que recibió TCC/NI+PN.

Teniendo en cuenta los distintos tipos de análisis (por intención de tratar —*intent to treat*— y sin datos perdidos; con todos los pacientes que comenzaron el tratamiento y sólo con los pacientes que lo completaron) empleados con los datos de abstinencia continua tanto autoinformada como validada, los resultados del presente estudio, en general, confirman parcialmente la primera hipótesis y no confirman, sin embargo, la segunda hipótesis.

En concreto, y analizando los datos tanto por intención de tratar como sin datos perdidos y tanto con los pacientes que comenzaron el tratamiento como sólo con los pacientes que lo completaron, se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres tipos de tratamiento en cuanto a las tasas de abstinencia continua autoinformada y las tasas de abstinencia continua validada en los seguimientos a los 6 meses y al año, pero no en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses. Es más, el grupo de pacientes que recibió TCC/I+PN mostró mayores tasas de abstinencia autoinformada y validada que los grupos de pacientes que recibieron los otros dos tratamientos (TCC/I y TCC/NI+PN) a lo largo de todos los momentos de medida, aunque

esa mayor eficacia solamente fue estadísticamente significativa, en general, en los seguimientos realizados a los 6 meses y al año desde que los pacientes habían dejado de fumar, y mucho más consistente en comparación con el TCC/NI+PN y en relación con las tasas de abstinencia continua autoinformada. Por el contrario, las tasas de abstinencia continua autoinformada o validada de los tratamientos TCC/I y TCC/NI+PN fueron más similares y no fueron significativamente diferentes en ningún tipo de análisis o momento de medida.

Por ejemplo, en el seguimiento realizado al año, el grupo que recibió TCC/I+PN mostró tasas de abstinencia autoinformada que oscilaban entre 42% y 59,3%, en función de si realizaba un análisis por intención de tratamiento o sin datos perdidos o de si analizaban los datos de los pacientes que comenzaron el tratamiento o solamente los de los que lo completaron; sin embargo, los otros dos grupos de tratamiento presentaron al año tasas de abstinencia autoinformada más bajas, que oscilaban entre 22,9% y 38,1% para el TCC/I y entre 23,8% y 30,9% para el TCC/NI+PN, las cuales eran muy parecidas entre ambos grupos y, de hecho, no eran significativamente diferentes, mientras que las diferencias con el grupo de TCC/NI+PN fueron todas significativas para la TCC/NI+PN y, para la TCC/I, en 2 de las 4 comparaciones (los análisis de los pacientes que comenzaron el tratamiento).

De forma similar, en el seguimiento realizado al año, pero teniendo en cuenta las tasas de abstinencia continua validadas por medidas de CO, el tratamiento de TCC/I+PN se mostró más eficaz que los otros dos tipos de tratamiento, con tasas de abstinencia validada que oscilaban entre 29,6% y 51,1%, en función de si realizaba un análisis por intención de tratamiento o sin datos perdidos o de si analizaban los datos de los pacientes que comenzaron el tratamiento o solamente los de aquellos que lo completaron; en comparación, los otros dos grupos de tratamiento presentaron al año tasas de abstinencia validada más bajas, que variaban entre 20% y 35% para el TCC/I y entre 16,7% y 26,9% para el TCC/NI+PN, las cuales eran muy parecidas entre ambos grupos y, de hecho, no eran diferentes de manera estadísticamente significativa

mientras que las diferencias con el grupo de TCC/NI+PN fueron estadísticamente significativas en 2 de las 4 comparaciones para el caso de la TCC/NI+PN, aunque en ninguna comparación para el caso de la TCC/I.

Al comparar, según el análisis por intención de tratar para los pacientes que comenzaron el tratamiento, las tasas de abstinencia continua validada encontradas en este estudio para los diferentes tipos de tratamiento con las tasas de abstinencia que recoge la literatura científica respecto a esos mismos tratamientos, se podría concluir, en general, que los resultados para los tres tratamientos (TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN) son similares a los hallados en la mayoría de estudios previos. En este sentido, es importante señalar que el análisis por intención de tratar de la abstinencia validada en los pacientes que comenzaron el tratamiento es un tipo de análisis muy conservador, ya que, tal y como se aplicó en la presente investigación, consideraba como abstinentes únicamente a aquellos pacientes que informaban de abstinencia y presentaban además un nivel de CO < 8 ppm; el resto de pacientes eran considerados automáticamente como no abstinentes, independientemente de que hubieran abandonado el tratamiento, no hubieran acudido a los seguimientos o informaran de abstinencia, salvo que ésta hubiera sido validada con una medida de CO < 8 ppm.

Con este tipo de análisis tan conservador, la tasa de abstinencia validada del grupo de TCC/I+PN, por ejemplo, al finalizar el tratamiento, fue de casi 60% (59,3%). Esta tasa es sensiblemente superior a la encontrada en buena parte de la literatura científica, que sitúa la abstinencia postratamiento para la combinación de terapia cognitivo conductual y parches de nicotina en 40-50% (Alterman, Gariti y Mulvaney, 2001; García-Vera y Sanz, 2006a). Sin embargo, Jorenby et al. (1995) hallaron una tasa de abstinencia ligeramente más alta al finalizar el tratamiento para los grupos de pacientes que recibieron parches de nicotina con tratamiento psicológico en grupo (68%), aunque habría que matizar que en su estudio, Jorenby et al. (1995) definieron la abstinencia de una forma más liberal que en la presente investigación (abstinencia autoinformada validada por una medida de CO < 10 ppm en lugar de CO < 8 ppm). Al

año de seguimiento, el tratamiento de TCC/I+PN mostró una tasa de abstinencia validada en torno al 30% (29,9%), similar a las encontradas en la mayoría de los estudios previos sobre combinación de sustitutivos de nicotina con terapia cognitiva conductual y que se sitúan aproximadamente en 25-35% (García-Vera y Sanz 2006a; Simon et al., 2003; Lifrak et al., 1997; Webb et al., 2010), aunque también hay estudios que han obtenido tasas de abstinencia más altas, alrededor de 40-45% (Alonso-Pérez et al., 2007; Hall et al., 1985) y otros que, en cambio, han obtenido tasas de abstinencia más bajas de 15-20% (Pollak et al., 2007; Prarpavessis et al., 2007).

El grupo de TCC/I, por su parte, obtuvo, al finalizar el tratamiento, una tasa de abstinencia validada de aproximadamente un 50%, tasa que coincide con la tasa media encontrada por Sánchez Meca et al. (1998) en su metaanálisis de la eficacia de las terapias conductuales para dejar de fumar en España (51,6%). No obstante, los resultados de la literatura científica al respecto son muy dispares, con estudios que, por ejemplo, estiman que la eficacia al finalizar el tratamiento de la TCC está entre 58% y 85% (Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y Míguez, 2008; Becoña y Vázquez, 1997; García-Vera y Sanz, 2006a). En el seguimiento realizado al año, el grupo de TCC/I mostró una tasa de abstinencia validada de 20%, porcentaje sensiblemente inferior al encontrado en otros estudios que informan de tasas de abstinencia para la terapia cognitiva-conductual de 25-47% (Alonso-Pérez et al., 2007; Alterman, Gariti y Mulvaney, 2001; Becoña y Míguez, 2008; Buchkremer et al., 1989; García-Vera y Sanz, 2006a; Hall et al., 1985, para los pacientes con bajos niveles de cotinina), aunque, de nuevo, también hay otros estudios que, en cambio, han obtenido tasas de abstinencia más bajas, por ejemplo, de 11-15% (Hall et al., 1985, para los pacientes con altos niveles de cotinina; Prarpavessis et al., 2007).

En lo que se refiere a la TCC/NI+PN, se han encontrado en este estudio tasas de abstinencia validada en el postratamiento y en el seguimiento al año de 57,1% y 16,7%, respectivamente. Estas tasas son también muy similares a las que informa la literatura científica. Por ejemplo, en seguimientos al año, estudios previos han encontrado que la

combinación de sustitutivos de nicotina con tratamientos psicológicos no intensivos o con consejo psicológico obtenía tasas de abstinencia que oscilaban entre 12% y 20% (Alonso-Pérez et al., 2007; Alterman et al., 2001; Jorenby et al., 1995; Molineux et al., 2007; Simon et al., 2003).

Habiendo establecido, pues, que los resultados de abstinencia de los tres tipos de tratamiento (TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN) examinados en el presente estudio son, con el criterio más conservador, similares a los obtenidos por dichos tratamientos en buena parte de la literatura científica, las implicaciones de dichos resultados en cuanto a la eficacia diferencial de los tres tipos de tratamiento son más sólidas, puesto que, en principio, las diferencias entre los tratamientos en las tasas de abstinencia no podrían atribuirse a un rendimiento anómalo de los tratamientos en esta investigación.

Por consiguiente, teniendo en cuenta esta circunstancia al adoptar un punto de vista comparativo entre los grupos de tratamiento, la confirmación parcial de la primera hipótesis (en cuanto que los resultados indicaban sistemáticamente que a medio-largo plazo —seguimientos a los 6 meses y al año— el grupo de TCC/I+PN mostraba tasas de abstinencia superiores a las del grupo de TCC/NI+PN) es coherente con los resultados encontrados en buena parte de la literatura científica que señalan que el tratamiento con parches de nicotina se puede beneficiar de un tratamiento psicológico intensivo y que, a largo plazo, existe un efecto sinérgico beneficioso derivado de su uso conjunto (Alterman et al., 2001; Buchkremer et al., 1989; CNPT, 2008; Fiore et al., 2008; Herrero y Moreno, 2004; Lifrak et al., 1997; Prapavessis et al., 2007; SEDET, 2009; Simon et al., 2003). Además la propia guía del U.S.D.H.H.S. argumenta sobre la importancia de que las intervenciones psicológicas que acompañen a la medicación sean intensivas, estimando tasas medias de abstinencia del 35% y una OR de 1,7 frente a la utilización de la medicación sin una intervención conductual (Fiore et al., 2008). En definitiva, la confirmación parcial de la primera hipótesis demuestra que, en contra de lo que algunos autores sugieren (Jorenby et al., 1995; Lancaster y Stead, 2008; Stead, Perera, Bullen et al., 2008), existe un efecto dosis-respuesta ligado a la intensidad del

tratamiento psicológico que debe acompañar a los parches de nicotina, de manera que los parches obtienen mejores tasas de abstinencia a medio-largo plazo cuando son aplicados con una terapia cognitivo-conductual intensiva que cuando son aplicados con una terapia cognitivo-conductual menos intensiva.

Por otra parte, tal y como se ha comentado antes, la confirmación parcial de la primera hipótesis ha sido menos clara respecto a la mayor eficacia del TCC/I+PN frente al TCC/I, ya que, aunque los resultados indicaban sistemáticamente que a medio-largo plazo —seguimientos a los 6 meses y al año— el grupo de TCC/I+PN mostraba tasas de abstinencia superiores a las del grupo de TCC/I, estas diferencias tan sólo fueron significativas en 2 de las 16 comparaciones realizadas en función de las distintas medidas de abstinencia (autoinformada y validada por CO), de los distintos tipos de análisis (por intención de tratar y sin datos perdidos; con los pacientes que comenzaron el tratamiento y con los que lo completaron) y de los distintos momentos de medida (seguimientos a los 6 meses y al año).

En principio, pues, esta falta de consistencia en la presencia de diferentes significativas entre el TCC/I+PN y el TCC/I no permitirían decantarse claramente entre la tesis que defiende los beneficios a largo plazo derivados de incluir parches de nicotina a un tratamiento cognitivo conductual bien estructurado e intensivo (Alterman et al., 2001; Herrero y Moreno, 2004; Killen et al., 1984; Simon et al., 2003) y la tesis que afirma que un tratamiento cognitivo conductual bien estructurado e intensivo no necesita de terapia de sustitutivos con nicotina para potenciar sus resultados, ya que un tratamiento cognitivo conductual intensivo, aplicado de manera aislada puede lograr tasas de abstinencia similares a su combinación con terapia de sustitutivos con nicotina y, obviamente, a igualdad de eficacia, su aplicación aislada sería mucho más eficiente (Alonso-Pérez et al., 2007; Hitsman et al., 1999; Secades et al., 1999).

Sin embargo, a pesar de sólo alcanzar la significación estadística en 2 de las 16 comparaciones, el hecho de que el TCC/I+PN mostrara una tendencia de tasas de abstinencia a los 6 meses y al año sistemáticamente superiores a las del TCC/I,

llegando incluso a los 20 puntos porcentuales de diferencia en 2 de las comparaciones no significativas e igualando o superando los 10 puntos porcentuales en otras 10 comparaciones no significativas, sugiere, en primer lugar, que la ausencia de más diferencias significativas podría deberse a un problema de falta de potencia estadística del estudio debido al tamaño muestral de dichos grupos, y subraya, en segundo lugar, la plausibilidad y la necesidad de que nuevos estudios con mayor potencia estadística analicen el posible beneficio de añadir a un tratamiento psicológico, estructurado e intensivo, una terapia de sustitutivos con nicotina como los parches de nicotina.

Finalmente, y tal como se ha comentado antes, los resultados de la presente investigación no confirman su segunda hipótesis, esto es, que el TCC/I obtendría tasas de abstinencia más altas que el TCC/NI+PN, ya que ambos tratamientos mostraron tasas de abstinencia autoinformadas o validadas muy similares en cada momento de medida y en cada tipo de análisis, sin que ninguna comparación entre ambos tratamientos alcanzara significación estadística. La no confirmación de esta hipótesis implica que las dos alternativas terapéuticas son igualmente eficaces y que, por tanto, la utilización de una u otra debería basarse en otros criterios como, por ejemplo, el grado de aceptación por los pacientes, sus índices de eficiencia (relación costes-beneficios) o las posibles diferencias de eficacia en función de las características de los fumadores tales como su nivel de dependencia nicotínica (diferencias de eficacia que deberían demostrarse empíricamente en estudios realizados al efecto).

En cualquier caso, aunque la ausencia de diferencias significativas coherentes con las hipótesis de partida es siempre más difícil de interpretar que la presencia de diferencias estadísticamente significativas, dicha ausencia sugiere que la prioridad que muchas guías clínicas han venido otorgando en los últimos años a los acercamientos farmacológicos para dejar de fumar en detrimento de los acercamientos psicológicos, basándose en la mayor eficacia de los primeros o en la existencia de datos más sólidos sobre su eficacia, no es coherente con los datos empíricos que se obtienen en una comparación directa, experimental y rigurosa (tasas de abstinencia validada con CO,

seguimientos a medio y largo plazo) de ambos acercamientos, tal y como se ha pretendido hacer en este estudio. En concreto, en función de los resultados de este estudio, no es posible concluir que la terapia cognitivo-conductual intensiva es más eficaz que la combinación de parches de nicotina con terapia cognitivo-conductual no intensiva, pero, obviamente, tampoco se puede concluir lo contrario, es decir, que la combinación de parches de nicotina con terapia cognitivo conductual no intensiva es más eficaz que la terapia cognitivo-conductual intensiva y, lógicamente, aunque no se ha explorado directamente en este estudio, tampoco se puede concluir que la terapia de parches de nicotina aplicada aisladamente sea más eficaz que la terapia cognitivo-conductual intensiva, ya que los resultados de la mayoría de los metaanálisis coinciden en señalar que la combinación de parches de nicotina con terapia psicológica es más eficaz que los parches en solitario (Fiore et al., 2000, 2008).

5.2. Eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual, de los parches de nicotina y de su combinación en comparación a condiciones de control de la literatura científica

Dado que los objetivos principales de este estudio tenían que ver con la comparación de tres modalidades de tratamiento sobre cuya eficacia existe una abundante literatura experimental que ha demostrado sólidamente su eficacia, no se incluyó en su diseño un grupo de control de no tratamiento, de lista de espera o de tratamiento placebo. Sin embargo, a tenor de los resultados encontrados, es importante subrayar las altas tasas de abstinencia obtenidas en todos los grupos de tratamiento cuando éstas son comparadas con los datos de abstinencia que refiere la literatura científica para los grupos de control de no intervención o de placebo.

Por ejemplo, las guías clínicas del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 1996, 2000, 2008) informan tasas de abstinencia a los 6 meses de seguimiento para la no intervención que oscilan entre 7,9% y 11%. Estos porcentajes son muy inferiores a los encontrados en el mismo momento de medida en este estudio utilizando el criterio de análisis más

conservador (entre 23,8% y 40,7%), es decir, considerando la totalidad de la muestra que comienza el tratamiento, según el análisis de intención de tratar y atendiendo únicamente a la abstinencia validada por CO. Esta superioridad se confirma al ampliar el seguimiento al año. En este estudio, siguiendo el mismo criterio conservador y tipo de abstinencia analizada, se obtienen tasas de abstinencia al año que oscilan entre el 29,6% del grupo de TCC/I+PN y el 16,7% del grupo de TCC/NI+PN. Estos porcentajes son muy superiores, por ejemplo, a los encontrados por Molineux et al. (2003) que hallaron una abstinencia al año del 7,6% en el grupo de control de no intervención o a los estimados por García-Vera y Sanz (2006a) que, en su revisión de la abstinencia al año de los grupos de control, obtuvieron una tasa media de 4,6%.

Si se toma como grupo de control el placebo farmacológico, la eficacia superior de los tratamientos de este estudio continúa siendo manifiesta. Por ejemplo, Hall et al. (2002) refirieron un 11% de abstinentes en su grupo con placebo de bupropión. Por su parte, García-Vera y Sanz (2006a) estimaron una tasa media de abstinencia de 6,7% en los grupos con parches placebo. En ambos casos, los porcentajes fueron sensiblemente inferiores a cualquiera de los obtenidos en este estudio con cualquiera de los tratamientos y con cualquiera de los tipos de análisis realizados.

La alta eficacia de los tratamientos analizados en este estudio se pone de manifiesto igualmente al comparar sus resultados con los obtenidos con intervenciones mínimas no sistematizadas o con parches de nicotina aplicados de manera aislada, opciones terapéuticas ambas que cuentan con una amplia tradición investigadora y aceptación en la práctica clínica habitual. El U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2000) encontró una tasa de abstinencia estimada, a los 6 meses de seguimiento, de 14,4% para intervenciones mínimas que no excedían los 3 minutos, en cualquier caso inferior a las aquí contempladas en ese mismo momento de medida y con el criterio de análisis más conservador (entre el 23,8% y el 40,7% para los diferentes tratamientos). Ampliando el rango de seguimiento al año y al hacer la comparación con la terapia de parches de nicotina aplicada de manera aislada, los resultados siguen siendo muy favorables para

los tres tratamientos que se han examinado en el presente estudio. Por ejemplo, García-Vera y Sanz (2006a), en su revisión, hallaron una tasa media de abstinencia al año de 10,2% para la terapia de parches de nicotina aplicada de manera aislada, de nuevo inferior a las tasas de abstinencia validada al año de las tres modalidades de tratamiento aquí analizadas, que alcanzaban, con el tipo de análisis más conservador, valores que oscilaban entre 16,7% y 29,6%.

En resumen, a tenor de estos resultados parece evidente que los tres tipos de tratamiento de este estudio (TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN), independientemente del momento de medida y del tipo de análisis que se contemple, constituyen opciones terapéuticas muy eficaces al ser comparadas de manera indirecta con condiciones de control de no tratamiento o de placebo, e incluso al ser comparadas de manera indirecta con intervenciones mínimas no sistematizadas o con la terapia de parches de nicotina aplicada en solitario, lo cual, por otro lado, no debería sorprender ya que los tres tipos de tratamiento (TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN) cuentan con un importante aval empírico directo al menos en su comparación con condiciones de control de no tratamiento, de placebo y de intervenciones mínimas (Fiore et al., 2000, 2008), aval al que se suman los datos indirectos del presente estudio.

Sin embargo, con ser muy alentador el hecho de constatar una vez más la eficacia de los tratamientos de TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN, aunque sea de manera indirecta, es importante recordar que las tasas de abstinencia conseguidas, especialmente en los seguimientos a largo plazo, son todavía insatisfactorias, incluso con los criterios menos conservadores, oscilando entre 30 y 60%, y, por tanto, con un importante margen de mejora que debería ser una prioridad de la investigación futura.

5.3. Eficacia diferencial de la terapia cognitiva conductual, de los parches de nicotina y de su combinación para reducir el consumo de cigarrillos entre los pacientes que no dejan de fumar

Puesto que la eficacia de las tres modalidades de tratamiento analizadas en este estudio ya había sido previamente demostrada en estudios experimentales, la tercera hipótesis que se planteó sobre dichos tratamientos fue que los pacientes que no habían conseguido dejar de fumar en cada momento de medida con dichos tratamientos mostrarían, sin embargo, un descenso significativo en cuanto al número de cigarrillos diarios consumidos en relación con los consumidos antes del tratamiento. Los resultados obtenidos corroboraron totalmente esta tercera hipótesis, ya que en todos los momentos de medida (postratamiento y seguimientos a los 3 meses, a los 6 meses y al año) y para los dos tipos de análisis (con los pacientes que empezaron el tratamiento y solamente con los pacientes que lo completaron), los tres tratamientos, tomados de manera conjunta, lograron reducciones estadísticamente significativas en el número de cigarrillos fumados diariamente.

Analizando los datos de todos los pacientes que empezaron el tratamiento, estas reducciones estadísticamente significativas en el número de cigarrillos fumados fueron, como media, de 7,8 cigarrillos en el postratamiento, de 7,3 cigarrillos en el seguimiento a los 3 meses, de 6,8 cigarrillos en el seguimiento a los 6 meses y de 5,7 cigarrillos en el seguimiento al año, lo que en términos del estadístico d de Cohen del tamaño del efecto (d = diferencia media tipificada) suponía unas reducciones que oscilaban entre 0,83 unidades de desviación típica en el postratamiento y 0,73 en el seguimiento al año, valores ambos próximos a un efecto de tamaño grande ($d \geq 0,80$) según los estándares de Cohen (1988). Analizando solamente los datos de los pacientes que completaron el tratamiento, las reducciones significativas en el número de cigarrillos fumados fueron ligeramente más altas, como media de 7,5 cigarrillos en el seguimiento a los 6 meses y de 8,2 cigarrillos en el seguimiento al año, lo que en términos del estadístico d de Cohen suponía unas reducciones de 0,97 en el seguimiento a los 6 meses y de 1,07 en el

seguimiento al año, valores ambos superiores al estándar para un efecto de tamaño grande ($d \geq 0,80$).

Estos resultados son todos ellos consistentes con los resultados de estudios previos que han demostrado que la terapia cognitivo conductual, incluyendo la técnica de REGINA (principalmente si forma parte de un modelo multicomponente), son eficaces para lograr reducciones en el consumo diario de cigarrillos en aquellos fumadores que no han logrado mantenerse abstinentes (Becoña, 2006; Becoña y Gómez-Durán, 1993; Fredericksen, 1979), y así mismo son consistentes con los resultados de estudios previos que han demostrado que los tratamientos que utilizan parches de nicotina también son eficaces para reducir a largo plazo el consumo diario de cigarrillos (véanse las revisiones metaanalíticas de Silagy, Lancaster, Stead, Mant y Fowler, 2004, y de Stead y Lancaster, 2008).

No obstante, es importante señalar que el objetivo principal de los tres tratamientos aplicados en el presente estudio era el abandono total del tabaco, por lo que no se puede controlar el efecto de la "sensación de fracaso" en aquellos pacientes que no alcanzaron la abstinencia y, por tanto, no es fácil estimar si dicho efecto hubiera aumentado o disminuido las reducciones encontradas en el consumo diario de cigarrillos, ni es fácil tampoco estimar cuáles serían las reducciones en el consumo diario de cigarrillos si el objetivo primario de los tres tratamientos no hubiera sido la abstinencia total, sino la propia reducción en el consumo diario de cigarrillos.

En cualquier caso, aunque la reducción de cigarrillos podría haber sido mayor con otros objetivos terapéuticos, la constatación en todos los momentos de medida de reducciones en el consumo diario de cigarrillos no sólo estadísticamente significativa sino también de tamaños del efecto grandes, podría tener importantes implicaciones para la salud de los fumadores, tal y como plantean varios investigadores (Fagerström Tedjing y Lunell, 1997; Pardell y Saltó, 2004; Zellweger, 2001). Estos investigadores argumentan que, si estas reducciones son significativas y mantenidas en el tiempo existen claros beneficios para la salud a corto plazo y un descenso del riesgo de sufrir

tumores o enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, otros trabajos dudan de tal significación clínica y, por tanto, de los beneficios para la salud de la reducción parcial del consumo de tabaco (Stead y Lancaster, 2008; Tverdal y Bjartveit, 2006).

Si bien la tercera hipótesis quedó corroborada en su totalidad, lo mismo no ocurrió respecto a la cuarta y quinta hipótesis que pronosticaban la existencia de diferencias entre los grupos de tratamiento en cuanto a las reducciones en el consumo diario de cigarrillos de los pacientes que no habían dejado de fumar en cada momento de medida. Efectivamente, los resultados encontrados en todos los momentos de medida (postratamiento y seguimientos a los 3 meses, a los 6 meses y al año) y para los dos tipos de análisis (con los pacientes que empezaron el tratamiento y solamente con los pacientes que lo completaron), revelaron reducciones del consumo diario de cigarrillos muy similares para los tres tipos de tratamiento (TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN). De hecho, las diferencias entre los grupos terapéuticos en las reducciones de consumo diario de cigarrillos no fueron significativas (lo que venía reflejado por interacciones no significativas entre el factor grupo de tratamiento y el factor momento de medida). Estos resultados implicaban rechazar la hipótesis cuarta de que el grupo de TCC/I+PN mostraría mayores reducciones que los otros dos grupos de tratamiento así como rechazar la hipótesis quinta de que el grupo de TCC/I mostraría mayores reducciones que el grupo de TCC/NI+PN.

Finalmente, la sexta hipótesis de este estudio planteaba que entre los pacientes que no habían dejado de fumar, los que habían completado el tratamiento lograrían reducciones en su consumo diario de cigarrillos significativamente más altas que los pacientes que habían abandonado el tratamiento y, por lo tanto, no lo habían completado. En línea con la hipótesis, los resultados mostraron de forma significativa en todos los momentos de medida, reducciones más altas en el consumo diario de cigarrillos en los pacientes que habían completado el tratamiento que en los pacientes que no lo habían hecho. Así, en el postratamiento la reducción media de cigarrillos en el grupo de pacientes que completaron el tratamiento fue de 17,3 cigarrillos frente a los 5,6

cigarrillos del grupo que abandonó el tratamiento; esta diferencia de casi 12 cigarrillos se redujo sensiblemente en los posteriores seguimientos, aunque siguió siendo significativa y favoreciendo al grupo de pacientes que completaron el tratamiento, de manera que en el seguimiento al año el grupo de pacientes que completó el tratamiento presentaba una reducción media de 8,3 cigarrillos, mientras que el grupo que abandonó el tratamiento presentaba una reducción media de 2,3 cigarrillos, es decir, una diferencias media de 6 cigarrillos entre los dos grupos.

5.4. Abandono del tratamiento en la terapia cognitiva conductual, la terapia con parches de nicotina y su combinación

De las 291 personas que se pusieron en contacto con la Clínica para participar en este estudio, 56 acudieron a la entrevista de evaluación, pero no iniciaron posteriormente el tratamiento, por lo que el porcentaje global de aceptación de los tratamientos analizados en el presente estudio fue de 80,8% (y, complementariamente, el porcentaje global de rechazo de los tratamientos fue de 19,2%). Estos porcentajes de aceptación (y rechazo) de los tratamientos para dejar de fumar son parecidos a los que presentan muchos estudios previos, especialmente los que incluyen terapias conductuales grupales (véase la revisión de Stead y Lancaster, 2005). Así, en este tipo de terapias es habitual encontrar porcentajes de aceptación del tratamiento que van desde el 75% de Bakkevig, Steine, von Hafenbradl y Laerum (2000) al 88% de Curry, Marlatt, Gordon y Baer (1988), pasando por el 79% de Rice et al. (1994), aunque también es posible encontrar en la literatura científica porcentajes del 100% (Hilleman, Mohiuddin, Delcore y Lucas, 1993) así como porcentajes anormalmente bajos de un 11% (Hollis, Lichtenstein, Vogt, Stevens y Biglan, 1993).

No se encontraron diferencias significativas en las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que aceptaron el tratamiento frente a aquellos que no comenzaron (o rechazaron) el mismo, salvo que los pacientes que comenzaron el tratamiento fumaban como media un número mayor de cigarrillos (21,5

frente a 17,8 cigarrillos) y tenía un mayor nivel de motivación para dejar de fumar según indicaba el Test de Richmond (8,1 frente a 7,3). Estas diferencias ponen de relieve la importancia de considerar los aspectos motivacionales desde el inicio del tratamiento, tal y como sugieren diversos estudios (Balcells, Torres y Yahne, 2004; Miller y Rollnick, 1991; Miller, Yahne y Tonigan, 2003).

Por otro lado, el porcentaje de aceptación del tratamiento no fue igual en los tres grupos de tratamiento, siendo menor en el grupo de TCC/I (70%, con un 30% de rechazo del tratamiento) que en el grupo de TCC/I+PN (83,5%, con un 16,5% de rechazo del tratamiento) o en el de TCC/NI+PN (89,4%, con un 10,6% de rechazo del tratamiento). Sin embargo, cuando se analizaron las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que rechazaron el tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento; igualmente, cuando se analizaron dichas características para los pacientes que aceptaron el tratamiento, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento. Por tanto, los motivos por los que la TCC/I despertó un menor grado de aceptación entre los fumadores o por los que la TCC/I+PN y la TCC/NI+PN despertaron un mayor grado aceptación, no parece que tengan que ver con las características de los propios pacientes que fueron aleatoriamente asignados a esos tratamiento. Quizás, las razones tengan que ver con las expectativas de los fumadores y las propias características de los tratamientos. Por ejemplo, quizás la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos responda actualmente mejor a las expectativas de los fumadores y a sus ideas sobre lo que puede o no puede ayudarles a dejar de fumar y, por tanto, despierte un mayor interés entre los fumadores que la sola utilización de un tratamiento psicológico. En este sentido, la situación de los tratamientos farmacológicos como alternativas válidas o, incluso, "prioritarias" o "imprescindibles" para dejar fumar, no sólo ha cambiado en los últimos años en el ámbito científico y profesional, sino también a nivel de la gente de la calle, a lo cual seguro que ha ayudado mucho las amplias y poderosas campañas publicitarias que las empresas farmacéuticas han

desplegado desde el 2006 a raíz de la entrada en vigor de las leyes que han limitado el consumo de tabaco en espacios públicos en España. Por supuesto, este tipo de posibles explicaciones como otras alternativas o complementarias, deberían ponerse a prueba de manera más sistemática para entender esas diferencias significativas en el grado de aceptación/rechazo de los tratamientos para dejar de fumar analizados en la presente investigación, especialmente si esas diferencias se repiten en estudios futuros.

De forma relacionada habría que estudiar las razones por las que los pacientes abandonan los tratamientos, una vez que los han comenzado. De hecho, un 33,5% de los pacientes en la presente investigación abandonaron sus respectivos tratamientos, y la mayoría lo hizo en las etapas centrales de los mismos. Curiosamente, el grupo de TCC/I (40%) mostró un porcentaje de abandono del tratamiento ligeramente superior al que presentaron los grupos de TCC/I+PN (32,1%) y de TCC/NI+PN (34,9%), aunque dichas diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas y no superaron en ningún caso los 10 puntos porcentuales, tal y como en cambio sí ocurría en relación con las tasas de aceptación (rechazo) del tratamiento.

Por otro lado, los pacientes que abandonaron los tratamientos frente a los que los completaron hasta el final no diferían significativamente entre sí en ninguna de las características sociodemográficas y clínicas evaluadas, salvo que los pacientes que abandonaron sus respectivos tratamientos tenían significativamente mayores niveles de ansiedad que los que no los abandonaron y, además, tanto cuando la ansiedad era medida a través del BAI como a través de la HAD (10,7 y 7,2 puntos, respectivamente en el grupo pacientes que abandonaron el tratamiento, frente a los 7,8 y 5,8 puntos respectivamente, del grupo de pacientes que no lo abandonaron). Aunque tales diferencias, en términos del tamaño del efecto (d de Cohen = 0,39 y 0,35 respectivamente), se encontraban entre una magnitud pequeña ($d = 0,10$) y una magnitud moderada ($d = 0,50$), su presencia pone de relieve la importancia de prestar atención no sólo a los aspectos motivacionales de los pacientes, sino también a su

aspectos emocionales, para así incrementar la adherencia a los tratamientos y, por ende, maximizar significativamente el alcance de los mismos.

5.5. Limitaciones del estudio y líneas futuras de investigación

El presente estudio no está exento de algunas limitaciones, las cuales deben tenerse en cuenta al considerar los puntos que se han ido tratando en esta discusión y, además, señalan algunas de las líneas por las que deberán caminar nuevas investigaciones que se deriven de este estudio.

En primer lugar, existe una cierta pérdida de datos que condiciona los resultados de los análisis estadísticos y la potencia del estudio. En el análisis por intención de tratar (*intent to treat*) de las abstinencias validadas por medida de CO, un número considerable de casos fueron considerados como no abstinentes por no presentar medida de CO, a pesar de que los pacientes habían informado de abstinencia continuada. Esta pérdida de datos podría explicar, en parte, el hecho de que no se encontraran apenas diferencias intergrupos estadísticamente significativas cuando el análisis por intención de tratar se aplicaba a la abstinencia validada y, en cambio, tales diferencias sí se encontraran cuando el análisis por intención de tratar se aplicaba a la abstinencia autoinformada, mucho más fácil de recoger y registrar vía telefónica. Por ejemplo, en el seguimiento al año, las tasas de abstinencia continua del grupo de TCC/I+PN bajaban de 42% a 29,6% cuando se pasaba de utilizar la abstinencia autoinformada a utilizar la abstinencia validada por CO. Por lo tanto, este criterio tan conservador se ve penalizado por la pérdida de datos presenciales (CO) a pesar de la alta concordancia que en estudios previos se ha encontrado entre el autoinforme de abstinencia y la medida validada por CO (Nebot et al., 1990).

El problema de la pérdida de datos no sólo afectó a los análisis por intención de tratar, sino también a los análisis sin datos perdidos, en los que la potencia estadística se vio penalizada por la reducción de tamaño muestral. Este descenso en la potencia estadística podría explicar, en parte, cómo, a pesar de observarse diferencias de incluso

20 puntos porcentuales en las comparaciones entre algunos grupos de tratamiento para algunos momentos de medida, las pruebas estadísticas no revelaban que tales diferencias fueran estadísticamente significativas.

Todo esto sugiere que futuros estudios tendrían que lograr que los pacientes se comprometan más firmemente con las tomas de medida, aunque no dejen de fumar o abandonen los tratamientos, de manera que tales pacientes no rehúsen acudir a los seguimientos presenciales (algo indispensable para la medición del CO).

Directamente relacionado con lo anterior, un 33,5% de los pacientes abandonaron el tratamiento, pacientes que se caracterizaban en general por presentar mayores niveles de ansiedad. Atender de manera más concienzuda a los aspectos personales y, en particular, emocionales que se muestran asociados al abandono de los tratamientos parece que emerge como un objetivo prioritario de la investigación futura, ya que ha quedado demostrado que las terapias cognitivas conductuales, intensivas o no intensivas, y su combinación con parches de nicotina, si son completadas por los pacientes, muestran tasas de abstinencia mucho más satisfactorias. Además, entre el 60 y el 80% de los pacientes, en función del criterio adoptado, fumaban en el seguimiento al año desde que habían dejado de fumar. Sin duda, aunque los tratamientos analizados en la presente investigación han demostrado sobradamente su eficacia, ésta no alcanza tasas de abstinencias suficientemente grandes y, por tanto, se debería investigar en la manera de aumentar de forma considerable la eficacia de dichas intervenciones volviendo, por ejemplo, al análisis de componentes de los tratamientos psicológicos, de forma que se puedan aislar y potenciar los componentes más activos (García-Vera y Sanz, 2006b).

Por último, el presente estudio ha demostrado de manera clara la utilidad de los tres tratamientos examinados para conseguir reducciones significativas del consumo diario de cigarrillos en los pacientes que no alcanzaron la abstinencia, de manera que estos fumadores pasaron al año de fumar como media aproximadamente 21 cigarrillos diarios a tan sólo 13, es decir, una reducción media de alrededor de 8 cigarrillos (

decir, un reducción media de 38% del consumo inicial). No obstante, no se pudo probar una superioridad diferencial de ninguno de los tratamientos para conseguir esos resultados. Dado que el propósito fundamental de los programas de tratamiento examinados en este estudio no era alcanzar reducciones significativas del consumo del tabaco (o lo que se ha denominado "reducción de daños" o "minimización de riesgos"), sino el abandono total del hábito de fumar, parece importante que futuros estudios analicen con mayor profundidad el potencial de estas intervenciones para conseguir reducciones parciales significativas en el consumo del tabaco en aquellas personas que no desean la abstinencia absoluta y, de nuevo, establezcan seguimientos a largo plazo que permitan arrojar algo más de luz acerca de la significación clínica (beneficios para la salud) derivada de dichas reducciones. En este sentido, por ejemplo, una revisión metaanalítica de un total de 31 publicaciones sobre los posibles beneficios para la salud de la reducción en los fumadores del número de cigarrillos diarios concluía que una reducción sustancial (alrededor del 50%) del número de cigarrillos mejora varios factores de riesgo cardiovascular y varios síntomas respiratorios y reduce en un 25% los biomarcadores y la incidencia del cáncer de pulmón, aunque tales beneficios son mucho menores de lo que cabría esperar en función del aumento de riesgo que muestran los fumadores que fuman un mayor número de cigarrillos en comparación con los que fuman menos o en comparación con las personas que no fuman (Pisinger y Godtfreksen, 2007).

6. CONCLUSIONES

De este estudio se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- 1) La combinación de terapia cognitivo-conductual intensiva con parches de nicotina (TCC/I+PN) es más eficaz en términos de tasas de abstinencia continua a medio-largo plazo (6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar) que la aplicación de la terapia cognitivo-conductual no intensiva con parches de nicotina (TCC/NI+PN). Por tanto, para aumentar las tasas de abstinencia, la aplicación de los parches de

nicotina se debe realizar conjuntamente con una terapia cognitivo conductual lo más intensiva posible.

- 2) La combinación de terapia cognitivo-conductual intensiva con parches de nicotina (TCC/I+PN) es más eficaz en términos de tasas de abstinencia continua a largo plazo (1 año desde que se dejó de fumar) que la aplicación de la terapia cognitivo conductual intensiva de forma aislada (TCC/I). Por tanto, para maximizar las tasas de abstinencia de la terapia cognitivo-conductual intensiva, una opción es aplicarla en combinación con parches de nicotina. No obstante, estas dos últimas conclusiones no han tenido en el presente estudio un apoyo empírico tan sólido como cabría esperar. Aunque para todas las medidas de abstinencia, tipos de análisis y momentos de medida, la combinación de TCC/I+PN mostraba mayores tasas de abstinencia que la TCC/I, tan sólo en 2 de las 8 comparaciones realizadas en el seguimiento al año la mayor eficacia de TCC/I+PN fue estadísticamente significativa, a pesar de que en algunas de esas comparaciones las diferencias entre las tasas de abstinencia de ambos tratamientos alcanzaban los 20 puntos porcentuales a favor de la combinación de TCC/I+PN. Por lo tanto, esas últimas conclusiones se deberían tomar con ciertas precauciones, al menos hasta que puedan replicar y ampliar los hallazgos que las apoyan.
- 3) La terapia cognitivo-conductual intensiva (TCC/I) no parece ser más eficaz en términos de tasas de abstinencia continua a corto, medio o largo plazo, que la aplicación combinada de la terapia cognitivo-conductual no intensiva con los parches de nicotina (TCC/NI+PN). No obstante, habría que matizar que la terapia cognitivo conductual no intensiva que se aplicó en el presente estudio implicaba 6 sesiones de 20 minutos cada una (aproximadamente 120 minutos en total) en las que de manera sistemática y secuenciada se trabajaba en los siguientes procedimientos cognitivo-conductuales: psicoeducación, control de estímulos, planificación de situaciones de riesgo, e identificación y manejo de pensamientos y expectativas que podrían provocar recaídas. Por tanto, es un tipo de terapia psicológica que, aun

menos intensiva que la terapia cognitiva-conductual que se aplicó en la TCC/I y en la combinación de TCC/I+PN, podría ser catalogada en muchas revisiones y metaanálisis (p. ej., Fiore et al., 2000, 2008) como una intervención psicológica intensiva.

- 4) Aunque de manera indirecta, los resultados del presente estudio sugieren que la terapia cognitivo-conductual intensiva con parches de nicotina (TCC/I+PN), la terapia cognitivo-conductual no intensiva con parches de nicotina (TCC/NI+PN) y la terapia cognitivo-conductual intensiva (TCC/I) muestran tasas de abstinencia continua superiores a las referidas por la literatura científica para los grupos de control de no tratamiento, de lista de espera y de placebo, e, incluso, para los tratamientos de intervención mínima, de consejo no sistematizado y de terapia de parches de nicotina aplicada en solitario.
- 5) A pesar de estar enfocadas a la abstinencia total, la terapia cognitivo-conductual intensiva con parches de nicotina (TCC/I+PN), la terapia cognitivo-conductual no intensiva con parches de nicotina (TCC/NI+PN) y la terapia cognitivo-conductual intensiva (TCC/I) consiguen reducir de forma significativa a corto, medio y largo plazo el consumo diario de cigarrillos en los pacientes que no han alcanzado la abstinencia, sin que existan diferencias significativas entre los tres tratamientos en cuanto a su eficacia para reducir dicho consumo. Las reducciones medias oscilan entre los 6 y 8 cigarrillos y, además de ser estadísticamente significativas, representan reducciones grandes en términos del tamaño del efecto y, como media, representan una reducción del 28-38% en el número de cigarrillos que fumaban los pacientes al inicio del tratamiento. Dado que el riesgo de padecer problemas de salud aumenta en proporción directa con el número de cigarrillos fumados, esas reducciones es posible que tengan importantes implicaciones en términos de salud y calidad de vida en aquellos pacientes que, lamentablemente, no han logrado dejar de fumar, especialmente si al menos consiguen mantener esas reducciones a más largo plazo.

- 6) La terapia cognitivo-conductual intensiva con parches de nicotina (TCC/I+PN), la terapia cognitivo-conductual no intensiva con parches de nicotina (TCC/NI+PN) y la terapia cognitivo-conductual intensiva (TCC/I) muestran tasas de abandono del tratamiento similares, pero este último tratamiento (TCC/I) presenta una tasa de aceptación del tratamiento ligera, pero significativamente, más baja que las otras dos modalidades de tratamiento que combinan terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina.
- 7) No se han encontrado variables sociodemográficas o clínicas que distingan a los pacientes que aceptan los tratamientos para dejar de fumar frente a los que no los comienzan, pero, sin embargo, los pacientes que comienzan y abandonan el tratamiento muestran niveles de ansiedad significativamente más altos que los pacientes que comienzan el tratamiento y lo completan, lo que sugiere la posibilidad de que abordando en mayor medida los aspectos emocionales durante los tratamientos, especialmente los problemas de ansiedad, se podría quizás aumentar la adherencia a los mismos.
- 8) Independientemente del tipo de tratamiento, los pacientes que no han alcanzado la abstinencia, pero han completado el tratamiento, muestran a corto, medio y largo plazo reducciones en el consumo diario de cigarrillos significativamente mayores que los pacientes que no han alcanzado la abstinencia pero han abandonado el tratamiento, lo que apunta a la necesidad de incluir estrategias y técnicas en los tratamientos que permitan una mayor adherencia a los mismos y prevengan su abandono prematuro.

En resumen, volviendo a las preguntas que se planteaban en el apartado *Objetivos e hipótesis*, los resultados del presente estudio permiten concluir: 1) que la combinación de tratamiento psicológico (terapia cognitivo-conductual) y farmacológico (parches de nicotina) es más eficaz que la aplicación aislada de tratamiento psicológico; 2) que es más eficaz aplicar el tratamiento farmacológico (parches de nicotina) con un tratamiento psicológico (terapia cognitivo-conductual) intensivo que con uno menos

intensivo, y 3) que el tratamiento psicológico (terapia cognitivo-conductual) intensivo es tan eficaz, sino más, que el tratamiento farmacológico (parches de nicotina) combinado con un tratamiento psicológico (terapia cognitivo-conductual) menos intensivo. En conclusión, estos resultados justifican el papel preferente que el tratamiento psicológico, más o menos intensivo, aplicado aisladamente o aplicado en combinación con fármacos, pero siempre bien fundamentado, estructurado y administrado por personal cualificado, debería tener en las guías clínicas para dejar de fumar y, por ende en la práctica clínica habitual, superando así el ostracismo al que últimamente se le había condenado debido, entre otros motivos, a la escasez de estudios experimentales que comparan directamente el tratamiento psicológico, el farmacológico y sus posibles combinaciones.

REFERENCIAS

- Abrams, D. B. (1986). Roles of psychosocial stress, smoking cues and coping in smoking-relapse prevention. *Health Psychology, 5*(Suppl.), 91-92.
- Alonso-Pérez, F., Secades, R., y Duarte, G. (2007). ¿Son eficaces los tratamientos para dejar de fumar? *Trastornos Adictivos, 9*, 21-30.
- Alterman, A. I., Gariti, P. y Mulvaney, F. (2001). Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 15*, 261-264.
- Baer, J. S y Lichtenstein, E. (1988). Cognitive assessment in smoking cessation. En D.M. Donovan y G.A. Marlatt (Eds), *Assesment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Bakkevig, O., Steine, S., von Hafenbradl, K., y Laerum, E. (2000). Smoking cessation: A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme SmokEnders. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 18*, 247-251.
- Balcells, M., Torres, M. y Yahne, C. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones, 16*(Supl. 2), 227-237.
- Banegas, J. R., Díez, L., González, J., Villar, F. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Medicina Clínica, 124*, 769-771.
- Barrueco Ferrero, M., Hernández Mezquita, M. A., y Torrecilla García, M. (Eds.). (2006). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo, 3ª ed.* Madrid: Ergón.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española: Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011a). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson Educación.
- Becoña, E. (2000). Tratamiento del tabaquismo. Situación actual y perspectivas futuras. *Adicciones, 12*, 77-85.
- Becoña, E. (2004a). *Socidrogalcohol. Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.* Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2004b). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones, 16*, 237-263.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y Tratamiento.* Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Gómez-Durán, B. J. (1993). Programas de tratamiento en grupo de fumadores. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp. 203-230). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Míguez, M. C. (2008). Group behaviour therapy for smoking cessation. *Journal of Groups in Addiction and Recovery, 3*, 63-78.
- Becoña, E., y Vázquez, F.L. (1998a). Self-reported smoking and measurement of expired air carbon monoxide in a clinical treatment. *Psychological Reports, 83*, 316-318.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998b). *Tratamiento del tabaquismo.* Madrid: Dykinson.
- Buchkremer, G., Bents, H., Horstmann, M., Opite, K. y Tolle, R. (1989). Combination of behavioral smoking cessation with transdermal nicotine substitution. *Addictive Behavior, 14*, 229-238.
- Caballo, V. (Dir.). (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos.* Madrid: Pirámide.

- Cahill, K., Sigaly, L. F. y Lancaster, T. (2007). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD006103.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, 2. *Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2001). Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Adicciones*, 13, 211-216.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2008). *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Curry, S. J., Marlatt, G. A., Gordon, J., y Baer, J. S. (1988). A comparison of alternative theoretical approaches to smoking cessation and relapse. *Health Psychology*, 7, 545-556.
- Eisenberg, M. J., Filiol, K. B., Yavin, D., Bélisle, P., Mittillo, S., Joseph, L., et al. (2008). Pharmacotherapies for smoking cessation: A Meta-analysis of randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 179, 135-144.
- Fagerström, K. O., y Jiménez, C. A. (2004). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. En C. A. Jiménez y S. Solano (Eds). *Tabaquismo* (pp 1001-110). Madrid: Monografías Neumomadrid.
- Fagerström, K. O., Kunze, M., Schoberberger, R., Breslau, N., Hughes, J. R., Hurt, R. D. et al. (1996). Nicotine dependence versus smoking prevalence: Comparison among countries and categories of smokers. *Tob Control*, 5, 52-56.
- Fagerström, K. O., Tedjing, R., y Lunell, E. (1997). Aiding reduction of smoking with nicotine replacement medications: hope for the recalcitrant smoker? *Tobacco Control*, 6, 311-316.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., et al. (1996). Clinical Practice Guideline # 18 Smoking Cessation. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., et al. (2000). Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, W. C., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service, Public Health Service.
- Fiore, M. C., Smith, S. S., Jorenby, D. E., y Baker, T. B. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1940-1947.
- Fox, R. M., y Axelroth, E. (1983). Nicotine fading, self-monitoring and cigarette fading to produce cigarette abstinence or controlled smoking. *Behavior Research and Therapy*, 21, 17-27.
- Fox, R. M., y Brown, R. A. (1979). Nicotine fading, self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 115-125.
- García-Vera, M. P. (2004). Clinical utility of the combination of cognitive-behavioral techniques with nicotine patches as a smoking cessation treatment: Five-year results of the "Ex-Moker" program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 325-333.

- García-Vera, M. P., y Sanz J. (2006a). Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo conductual de los parches de nicotina. *Psicooncología*, 3, 269-289.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2006b). ¿Qué aportan las técnicas de exposición a la efectividad de la terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina para dejar de fumar? *Psicooncología*, 3, 305-318.
- Gil Roales-Nieto, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el tabaquismo. En M. Pérez, C. Fernández, C. Amigo y J. R. Hermida. (Coords). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Gil Roales-Nieto, J., y Calero, M. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill.
- Goldstein, M. G., Niaura, R., Follick, M. J. y Abrams, D. B. (1989). Effects of behavioral skills training and schedule of nicotine gum administration on smoking cessation. *American Journal of Psychiatry*, 146, 56-60.
- Graña, J.L. (1994). Factores de aprendizaje en las drogodependencias. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Eds.), *Drogodependencias*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela
- Grassi, M. C., Enea, D. Ferketich, A., Bo Lu, B., Pasquariello, S. y Nencini, P. (2011). Effectiveness of varenicline for smoking cessation: A 1-year follow-up study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 1, 64-70.
- Hajek, P. y Stead L. F. (2006). Aversive smoking for smoking cessation. (Revisión Cochrane reducida). *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Hall, S. M., Humfleet, G. L., Reus, V. I., Muñoz, R. F. y Cullen, J. (2004). Extended nortriptyline and psychological treatment for cigarette smoking. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2100-2107.
- Hall, S. M., Humfleet, G. L., Reus, V. I., Muñoz, R. F., Hartz, D. T. y Maude-Griffin, R. (2002). Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation. *Archives General Psychiatry*, 59, 930-936.
- Hall, S. M., Tunstall, C., Rugg, D., Jones, R. T. y Benowitz, N. (1985). Nicotine gum and behavioral treatment in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 256-258.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127.
- Herrero, F.J. y Moreno, J.J. (2004). Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones*, 16, 4, 287-320.
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
- Hilleman, D. E., Mohiuddin, S. M., Delcore, M. G., y Lucas, B. D. (1993). Randomized, controlled trial of transdermal clonidine for smoking cessation. *The Annals of Pharmacotherapy*, 27, 1025-1028.
- Hitsman, B., Pingitore, R., Spring, B., Mahabeshwarkar, A., Mizes, J. S., Segraves, K. A., et al. (1999). Antidepressant pharmacotherapy helps some cigarette smokers more than others. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 67, 547-54.
- Hollis, J. F., Lichtenstein, E., Vogt, T. M., Stevens, V. J., y Biglan, A. (1993). Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Annals of Internal Medicine*, 118, 521-525.
- Hughes J. R., Stead L. F., y Lancaster, T. (2007). Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000031.
- Hughes, J. R. (1995). Combining behavioral therapy and pharmacotherapy for smoking cessation: An update. En L. Onlan y J. Blaine (Eds.), *Ink-grating behavior*

- therapies with medication in the treatment of drug dependence* (NIDA Research Monograph). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Jaffe, H. J. (1982). Drogadicción y abuso de drogas. En A. Goodman y A. Gilman (Eds.), *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Jiménez, C. A., Barrueco, M., Solano, S., Torrecilla, M., Domínguez, F., Díaz-Maroto, J.L., et al. (2003) Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Archivos de Bronconeumología*, 39, 35-41.
- Jorenby, D. E., Smith, S. S., Fiore, M. C., et al. (1995). Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counselling. *JAMA*, 274, 1347-1352.
- Killen, J. D., Maccoby, N. y Taylor, C.B. (1984). Nicotine gum and self-regulation training in smoking relapse prevention. *Behavioral Therapy*, 15, 234-238.
- Klesges, R. C., Ward, K. D. y DeBon, M. (1996). Smoking cessation: A successful behavioral/pharmacologic interface. *Clinical Psychology Review*, 16(6), 479-496.
- Lancaster, T. y Stead, L.F. (2003a). Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Lancaster, T., y Stead, L.F. (2003b). Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, 4*. Oxford: Update Software.
- Lancaster, T., y Stead L. F. (2005). Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001118.
- Lancaster, T. y Stead, L. F. (2006a). Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Lancaster, T. y Stead, L. F. (2006b). Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Lancaster, T., Hajek, P., Stead, L., West, R. y Jarvis, M.J. (2006). Prevention of relapse after quitting smoking. *Archives Internal Medicine*, 166, 828-835.
- Lichtenstein, E., y Brown, R. A. (1980). Smoking cessation methods: Review and recommendations. En W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors. Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity* (pp. 169-206). Nueva York: Pergamon Press.
- Lifrak, P., Gariti, P., Alterman, A. I., McKay, J., Volpicelli, J., Sparkman, T., et al. (1997). Results of two levels of adjunctive treatment used with the nicotine patch. *American Journal Addictions*, 6, 93-98.
- López, M. J., y Nebot, M. (2005). Tabaquismo pasivo en España: situación actual y perspectivas de futuro. *Prevención del Tabaquismo*, 7, 299-303
- McCarthy, D. E., Piasecki, T. M., Lawrence, D. L., Jorenby, D. E., Shiffman, S., Fiore, M. C., y Baker, T. B. (2008). A randomized controlled clinical trial of bupropion SR and individual smoking cessation counseling. *Nicotine Tobacco Research*, 10, 717-729.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change. Addictive Behavior*. New York: Guilford.
- Miller, W.R., Yahne, C.E. y Tonigan, J.S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754-63.
- Mills, E.J., Wu, P., Spurden, D., Ebbert, J.O. y Wilson, K. (2009). Efficacy of pharmacotherapies for short-term smoking abstinence: A systematic review and meta-analysis. *Harm Reduction Journal*, 6, 25.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*. Recuperado el 23 de julio de 2009 en: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta2006/encuesta.htm>

- Nebot, M., Cabezas, C., Oller, M., Moreno, F., Rodrigo, J., Sard, T., Mestres, J., y Pitarch, M. (1990). Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Medicina Clínica*, 95, 57-61.
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. (2002). *Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation*. Recuperado el 12 de junio de 2009 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. (2006a). *Brief interventions and referral for smoking interventions*. Recuperado el 12 de junio de 2009 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. (2006b). *Update of technological appraisal for NRT and bupropion for smoking cessation: Possible extension?* Recuperado el 12 de junio de 2009 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. (2007a). *Workplace interventions to promote smoking cessation*. Recuperado el 12 de junio de 2009 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. (2007b). *Final appraisal determination: Varenicline for smoking cessation*. Recuperado el 12 de junio de 2009 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- Observatorio Español sobre Drogas (2008). *Informe 2007 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 27 de febrero de 2013 en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>
- Pérez Trullén, A., Clemente Jiménez, M. L., Bartolomé Moreno, C., y Herrero Labarga, I. (2006). Tratamientos farmacológicos de segunda línea en la deshabituación tabáquica. En M. Barrueco Ferrero, M. A. Hernández Mezquita y M. Torrecilla García, M. (Eds.), *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*, 3ª ed. (pp. 235-260). Madrid: Ergón.
- Pardell, H., y Saltó, E. (2004). Beneficios de dejar de fumar. *Adicciones*, 16(Supl. 2), 131-142.
- Pereiro, C., Becoña, E., Córdoba, R., Martínez, J., y Pinet, C. (2008). *Tabaquismo. Guías clínicas de Socidrogalcohol basadas en evidencia científica*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Pisinger, C., y Godtfreksen, N. S. (2007). Is there a health benefit of reduction tobacco consumption? A systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 631-646.
- Pollak, K. I., Oncken, C. A., Lipkus, I. M., Lyna, P., Swamy, G. K., Pletsch, P. K., et al. (2007). Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, 297-305.
- Prapavessis, H., Cameron, L., Baldi, J. C., Robinson, S., Borrie, K., Harper, T., y Grove, J. R. (2007). The effects of exercise and nicotine replacement therapy on smoking rates in women. *Addictive Behavior*, 32, 1416-1432.
- Raw, M., McNeill, A., y West, R. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 53(5 supl.), 1-19.
- Rice, V. H., Fox, D. H., Lepczyk, M., Sieggreen, M., Mullin, M., Jarosz, P., y Templin, T. (1994). A comparison of nursing interventions for smoking cessation in adults with cardiovascular health problems. *Heart & Lung*, 23, 473-486.
- Richmond, R. L., Kehoe, L. A., y Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88, 1127-1135.
- Richmond, R. L., Kehoe, L., y De Almeida, A. C. (1997). Effectiveness of a 24-hour transdermal nicotine patch in conjunction with a cognitive behavioural programme: one year outcome. *Addiction*, 92, 27-31.
- Sánchez Meca, J., Olivares, J., y Alcázar, A. I. (1998). El problema de la adicción al tabaco: meta-análisis de las intervenciones conductuales en España. *Psicothema*, 10, 535-549

- Sancho, J. L. de, Gorgojo, L., González, J., y Salvador, T. (2003). *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Carlos III.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Fortún, M., y Espinosa, R. (2005). *Desarrollo y propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Comunicación presentada en el V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Buenos Aires, 1-2 de julio de 2005.
- Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Mooney, M. E., Delaune, K. A., y Moeller G. F. (2007). Bupropion and cognitive-behavioral therapy for smoking cessation in women. *Nicotine Tobacco Research*, 9, 699-709.
- Secades, R., Díez, A. B., y Fernández, J. R. (1999). Eficacia de un programa multicomponente para dejar de fumar con y sin chicle de nicotina. *Psicología Conductual*, 7, 107-118.
- Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D., y Fowler, G. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2004*, Issue 3. Art. No.: CD000146.
- Simon, J. A., Carmody, T. P., Hudes, E. S., Snyder, E., y Murray, J. (2003). Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement a randomized trial. *American Journal of Medicine*, 114, 555-562.
- Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (2010). Intervención interdisciplinar en tabaquismo. Documento de consenso. Recuperado el 15 de mayo de 2011 en: <http://www.copcantabria.com/SEDET.pdf>.
- Stead, L. F., y Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 2. Art. No.: CD001007.
- Stead, L. F., y Lancaster, T. (2006). Group behavior therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Review. En: *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Stead, L. F., y Lancaster, T. (2008). Intervenciones para reducir los daños causados por el consumo continuo de tabaco (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Stead L.F, Bergson G. y Lancaster T. (2008). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*. April 16 (2): CD000165. doi:10.1002/14651858.CD000165.pub3.
- Stead, L. F., Perera, R. Bullen, C. Mant D., y Lancaster, T. (2008). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000146.
- Swan, G. E., McAfee, T., Curry, S. J., Jack, L. M., Javitz, H., Dacey, S., y Bergman, K. (2003). Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2337-2344.
- U.S.D.H.H.S. (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U.S.D.H.H.S. (2004). The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Recuperado el 18 de julio de 2009 en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/index.html>.
- Viswesvaran, C. y Schmidt, F. L. (1992) A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology*, 77, 554-561.
- Webb, M. S., Rodríguez de Ybarra, D., Baker, E. A., Reis, I. M., y Carey, M. P. (2010). Cognitive-behavioral therapy to promote smoking cessation among African

- American smokers: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 24–33.
- World Health Organization (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic. The Mpower Packaged, 2008*. Recuperado el 24 de julio de 2009 en: http://www.who.int/tobacco/mpower_report_full_2008
- Zellweger, J. P. (2001). Anti-smoking therapies. Is harm reduction a viable alternative to smoking cessation? *Drugs*, 61, 1041-1044.
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ACCÉSIT
XX Edición del Premio de Psicología
“Rafael Burgaleta”

AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE
URGENCIAS Y EMERGENCIAS DEL SUMMA-112:
EVALUACIÓN Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN



SEUDÓNIMO: ROSALÍA DE CASTRO

ÍNDICE

OBJETO Y ALCANCE	3
1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	4
1.1. Violencia en el ámbito laboral	4
1.2. Violencia en el ámbito sanitario	6
1.3. Violencia en los servicios sanitarios de urgencias y emergencias	15
1.3.2. Violencia en urgencias hospitalarias	24
1.3.3. Violencia en urgencias y emergencias extrahospitalarias	31
1.4. EL SUMMA 112	35
2. OBJETIVOS	38
3. MATERIALES Y METODOLOGÍA	39
3.1. Participantes	39
3.2. Variables e instrumentos	40
3.3. Procedimiento	47
3.4. Análisis de datos	50
4. RESULTADOS	51
4.1. Características sociodemográficas y laborales de la muestra	51
4.2. Objetivo 1: Frecuencia de los distintos tipos de violencia y análisis de las variables implicadas	52
4.2.1. Frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones	52
4.2.2. Perfil del agredido	55
4.2.3. Variables situacionales	56
4.2.4. Perfil del agresor	57

4.3. Objetivo 2: Diferencias en función del tipo de servicio	58
4.3.1. Diferencias en frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones según el tipo de servicio	58
4.3.2. Diferencias en variables situacionales según el tipo de servicio	59
4.3.3. Diferencias en el perfil del agresor según el tipo de servicio	60
4.4. Objetivo 3: Diferencias en función del tipo de profesional	61
4.4.1. Diferencias en la frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones según el tipo de profesional	62
4.4.2. Diferencias en variables situacionales según el tipo de profesional	63
4.4.3. Diferencias en el perfil del agresor según el tipo de profesional	64
4.5. Objetivo 4: Consecuencias psicológicas de las agresiones	64
4.5.1. Síndrome de <i>burnout</i>	64
4.5.2. Estado de salud mental	66
4.5.3. Sintomatología postraumática	67
5. DISCUSIÓN	77
5.1. Frecuencia y naturaleza de las agresiones	78
5.2. Perfil del agredido	80
5.3. Variables situacionales	81
5.4. Perfil de los agresores	83
5.5. Consecuencias psicológicas de las agresiones	85
5.5.1. Síndrome de burnout	85
5.5.2. Estado de salud mental	86
5.5.3. Sintomatología postraumática	87
6. CONCLUSIONES	89
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

OBJETO Y ALCANCE

El presente trabajo trata de realizar un análisis psicosocial de las agresiones que sufren los profesionales asistenciales que trabajan en los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias del SUMMA-112, que es el servicio sanitario de urgencias extrahospitalarias más grande a nivel europeo y uno de los mayores del mundo.

El estudio analiza la Violencia Tipo II, es decir, aquella ejercida por clientes, usuarios o pacientes, y no las agresiones sufridas en un ambiente distinto al laboral, ni las ejercidas por compañeros o superiores en el trabajo. Se evaluó a los profesionales que trabajan en los recursos asistenciales que prestan una atención directa a los usuarios, pero no a los que realizan la atención vía telefónica (e.g. Servicio Coordinador de Urgencias) o los que se crean para situaciones específicas (e.g. dispositivo de Coordinación Móvil).

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado de los distintos servicios de urgencias (n=32) y emergencias (n=38) localizados en las distintas áreas geográficas de la Comunidad de Madrid. Se evaluó a los profesionales pertenecientes a los distintos estamentos (135 médicos, 127 enfermeras y 179 técnicos en emergencias médicas). Se pretende conocer la frecuencia y naturaleza de las agresiones físicas y/o verbales en los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias, variables situacionales de la agresión, perfil del agresor, perfil del agredido, e identificar posibles diferencias entre el tipo de servicio (urgencias y emergencias) y/o el tipo de profesional. También se trata de evaluar las posibles consecuencias psicológicas de tales agresiones. De acuerdo a los resultados se ofrecen propuestas de actuación en distintas líneas que por una parte puedan prevenir las agresiones, y que por otra, permitan una mejor asistencia a aquellos profesionales que lo necesiten.

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

1.1. Violencia en el ámbito laboral

La violencia se ha convertido en un problema de índole universal que afecta a las distintas estructuras sociales poniendo en peligro el bienestar de todas las personas. Aunque es difícil obtener cálculos precisos, los costos de la violencia son altos para la economía de los países, debido a los gastos producidos por la asistencia sanitaria, los días laborables perdidos y los costes judiciales que se pueden generar como consecuencia de ésta (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003). En la actualidad, la violencia ha crecido en todos los ámbitos, entre ellos también en el ámbito laboral, llegando a alcanzar en algunos países niveles considerados pandémicos (Chapell y Di Martino, 2006). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia laboral como: “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada, o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma” (Chapell y Di Martino, 2006). Además, la Comisión Europea agrega a dicha definición que los incidentes contemplados dentro de este tipo de violencia ponen en peligro, implícita o explícitamente, la seguridad, el bienestar o la salud de quien la sufre.

La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (OSHA), en el marco de una investigación centrada en la prevención de riesgos laborales, propuso una clasificación de la violencia en el trabajo que toma en consideración la relación entre el agresor y el lugar de trabajo (OSHA, 2004). Así distingue cuatro tipos de violencia:

- *Violencia de tipo I*: El agresor no tiene vinculación con la organización en la que se comete la agresión o con sus empleados, y su acceso a la organización se debe a intenciones criminales (e.g. delincuencia común).

- *Violencia de tipo II:* El agresor tiene algún tipo de relación con la organización en la que se produce la agresión y la violencia se practica en el ejercicio de algún tipo de interacción con ella. (e.g. pacientes, clientes, alumnos, etc.)
- *Violencia de tipo III:* El agresor es un empleado de la organización o empresa. Es el tipo de violencia que aparece entre compañeros o entre trabajadores y sus supervisores.
- *Violencia de tipo IV:* El agresor no tiene ninguna relación formal con la empresa como tal pero tiene alguna relación con alguno de sus trabajadores. Es la violencia doméstica o problemas personales.

La OIT, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la OMS y la federación Internacional de Servicios Públicos (ISP) en el informe “Directrices para afrontar la violencia laboral en el sector salud” proponen ciertas definiciones para que exista una comprensión general común de la problemática de la violencia laboral (OIT, 2002).

Distinguiendo entre:

- *Violencia física*, que definen como el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daño físico, sexual o psicológico; incluyendo acciones como: palizas, patadas bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos.
- *Violencia psicológica*, que puede coexistir con la anterior y que alude al uso deliberado del poder o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Dicha violencia incluye cualquier manifestación de abuso verbal, intimidación, atropello, acoso o amenazas.

1.2. Violencia en el ámbito sanitario

Existen ciertas ocupaciones y sectores industriales en donde los trabajadores presentan un mayor riesgo de ser objeto de violencia. Cerca de un 25% de los incidentes de violencia laboral ocurren en el sector de la salud, y aproximadamente un 50% de los profesionales de dicho sector ha sido objeto de algún incidente violento en el transcurso de su vida laboral (Cooper y Swanson, 2002).

Centrados ya en la *Violencia Tipo II*, las acciones violentas por parte de pacientes, familiares y/o acompañantes de los usuarios de los servicios sanitarios hacia los profesionales van en aumento en todos los países industrializados y no industrializados en los últimos años, llegando a representar un motivo de preocupación para los profesionales del sector salud tal y como han puesto de relieve en diversos trabajos (Atewneh, Zahid, Al-Sahlawi, Shahid y Al-Farrah, 2003; Di Martino, 2002; Farrell, Bobrowski y Bobrowski, 2006 ; Gacki,-Smith, Juarez, Boyett, Hoymeyer, Robinson y MacLean, 2009). Los pacientes y familiares exigen cada vez una mayor calidad en el trato que reciben de los profesionales, y realizan una serie de demandas en ocasiones desmedidas (e.g peticiones de bajas laborales, recetas para ciertos medicamentos, etc.). En muchos casos esas exigencias se realizan con formas ajenas a unas normas mínimas de educación y cortesía llevando a desencadenar situaciones violentas (Farrell, 1999; Kivimäki, Elovainio y Vahtera, 2000).

La creciente investigación en relación a la violencia por parte de pacientes y familiares, ha permitido identificar una serie de variables predictoras o factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de sufrir incidentes violentos en el sector sanitario. Estos factores se relacionan con los trabajadores, los agresores (pacientes y/o familiares) y variables ambientales y/o situacionales.

- *Variables relacionadas con los usuarios y acompañantes*

La alteración de las capacidades psíquicas por problemas como: demencia, esquizofrenia, problemas de ansiedad, etc. han sido identificadas en los agresores en diferentes estudios (Catlette, 2005; Gates, Fitzwater y Succop, 2003; Gates, Ross y McQueen, 2006; Gillespie, 2008; James, Madeley y Dove, 2006). Por otro lado, el consumo de sustancias tales como alcohol o drogas, se ha asociado al comportamiento violento de pacientes y familiares en todas las áreas sanitarias (Catlette, 2005; Chaplin McGeorge y Lelliott, 2006; Gillespie, 2008; James et al., 2006; Keely, 2002; Keough, Schlomer y Bollenberg, 2003; Lin y Liu, 2005).

La edad y el género de los usuarios también es un elemento a tomar en cuenta como variables predictoras. Así, ser varón y tener una edad entre los 30 y 55 años son variables relacionadas con la violencia. Se ha señalado que los varones llevaron a cabo la mayoría de las agresiones físicas (59%) y verbales (73%), y la mayoría de estos (el 54%) de éstos tenían entre 35 y 65 años de edad (Gerberich et al., 2005). Confirmando estos datos, el estudio llevado a cabo en un hospital general del Reino Unido también encontró que los responsables de la mayor parte de las agresiones eran los pacientes varones (66%) de entre 16 y 35 años (55%) (James et al., 2006).

Otro elemento al que se puede hacer referencia como un factor de riesgo, es el uso de armas, blancas o de fuego, justificado como instrumento de seguridad por parte de los usuarios, sobretodo en países donde existe una cierta facilidad de acceso a las mismas, como en Estados Unidos o México. Se ha señalado que en un 11% de los casos de violencia en el sector sanitario se utiliza algún tipo de arma (e.g. pistolas, cuchillos, bates, etc.) (Duhart, 2001). También se apunta un aumento en la utilización de armas blancas y de fuego por parte de los pacientes en el año 2000 si se compara con las estadísticas del año 1990 (Peek-Asa, Cubbin y Hubbell, 2002).

- *Variables relacionadas con los profesionales:*

Nuevamente el sexo se muestra como una variable predictora de violencia, aunque los resultados que se encuentran al respecto son contradictorios. Por un lado, existen estudios que señalan que los profesionales hombres son más vulnerables a experimentar incidentes violentos (Anderson y Parish, 2003; Camerino, Estryn-Behar, Conway, van Der Heijden y Hasselhorn, 2008; Hegney, Plank y Parker, 2003; Miedema, Easley, Fortin, Hamilton y Tatemichi, 2009; Thomas et al., 2006), mientras que en otros se afirma que son las mujeres (Ayranci, Ynilmez, Balci y Kaptanoglu, 2006; Ness, House, Ness, 2000). Las contradicciones en los resultados se pueden deber a las diferencias en los contextos socioculturales en donde se han llevado a cabo los estudios.

Con relación a la edad, los estudios señalan que a mayor edad de los profesionales menores serán los riesgos de sufrir violencia (Camerino, et al., 2008; Hegney et al., 2003; Thomas et al., 2006; Lawoko, Soares y Nolan, 2004). Sin embargo, en este punto también existe controversia ya que algún estudio señala que no existe relación entre la edad y la incidencia de episodios violentos en personal de enfermería hispano (Anderson y Parish, 2003).

- *Variables en relación al ambiente o la situación*

Trabajar de manera solitaria o en lugares aislados y solitarios (Koritsas, Boyle y Coles, 2009), ambientes masificados y con alta confluencia de público (e.g. hospitales públicos) (Farrell et al., 2006), ausencia de medidas o elementos de seguridad (Ayranci et al., 2006) y asistencia en domicilios (Gates, Fitzwater, Telintelo, Succop y Sommers, 2002; Grange y Corbett, 2002) son algunos de los factores que aumentan la probabilidad de ser objeto de agresiones.

1.2.3. Consecuencias psicológicas de las agresiones

- *Síndrome de Burnout*

El concepto de burnout fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberger para referirse a un patrón conductual caracterizado por una progresiva pérdida de energía, desmotivación, agotamiento, falta de interés, junto con síntomas de ansiedad y depresión; observado en el personal voluntario de un hospital de pacientes toxicómanos (Freudenberger, 1974). Sin embargo, no fue hasta 1976 cuando Maslach utilizó el mismo término para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés entre profesionales de servicios sociales, observando un importante distanciamiento emocional con aquellas personas a las que éstos trabajadores prestaban algún tipo de servicio (Maslach, 1976).

No obstante, el término *burnout* adquiere real importancia en 1981 y es definido por Maslach y Jackson como: “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas” (Maslach y Jackson, 1981). De esta manera, el *burnout* sería un constructo tridimensional compuesto por tres aspectos específicos: a) cansancio emocional (CE) (desgaste, fatiga, pérdida de energía y agotamiento), b) despersonalización (DP) (desarrollo de actitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, irritabilidad y disminución de la motivación), y c) falta de realización personal (RP) (actitud negativa hacia uno mismo y hacia el trabajo, baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés).

Gil-Monte y Peiró (1997) desde una perspectiva psicosocial, entienden el *burnout* como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol

profesional, así como una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Por tanto, se entendería el *burnout* como un proceso, como una respuesta a corto y mediano plazo al estrés crónico laboral, más que un estado en si mismo.

En los últimos años diversas investigaciones han señalado que cualquier profesional puede experimentar *burnout* como respuesta al estrés crónico al que se ve expuesto en el trabajo. Sin embargo, múltiples estudios han evidenciado de manera consistente una mayor incidencia de *burnout* en aquellos trabajadores que prestan una labor asistencial o social, como es el caso de los profesionales sanitarios (Hernández, Fernández, Ramos y Contador, 2006; Lozano et al., 2007; Marucco, Gil-Monte y Flamenco, 2008; Moriana y Herruzo, 2004).

Hasta la fecha son muchas las investigaciones que se han centrado en el estudio del síndrome de *burnout* en profesionales sanitarios (Bernaldo de Quirós y Labrador, 2007; Grau, Suñer y García, 2005; Prieto, Robles, Salazar y Daniel, 2003). No obstante, son pocos los que han relacionado la aparición de este síndrome y la exposición a algún tipo de agresión en los profesionales (Cortina, Magley, Williams y Langhout, 2001; Hogh, Engstrom Henriksson y Burr, 2005).

Con respecto a los estudios centrados en personal sanitario que analizan la relación entre el síndrome de *burnout* y las agresiones por parte de pacientes o familiares se ha encontrado:

- Asociación entre los índices de *burnout* y el ser objeto de violencia física (Merecz, Drabek y Mościcka, 2009; Winstanley y Whittington, 2002) o verbal (Crabbe, Alexander, Klein y Sinclair, 2002; Rowe y Sherlock, 2005; Winstanley y Whittington, 2002). De manera que se puede llegar a producir un bucle en el que los elevados niveles de CE de los profesionales que se han enfrentado a situaciones violentas de tipo físico o verbal, genera actitudes de DP en los profesionales como

forma de afrontamiento, incrementándose los comportamientos negativos hacia los pacientes o familiares y así también la probabilidad de ser objeto de un nuevo episodio agresivo por parte de ellos (Winstanley y Whittington, 2002).

- Una asociación entre la exposición repetida a episodios de violencia verbal y altos niveles de CE (Crabbe et al., 2002; Rowe y Sherlock, 2005), o bajos niveles de RP (Alameddine, Kazzi, El-Jardali, Dimassi y Maalouf, 2011; Merecz et al., 2009)

En España, también se han llegado a conclusiones similares en relación a los niveles de desgaste profesional y la exposición a la violencia en personal sanitario de hospitales generales y centros de atención primaria (Gascón et al., 2012). Los profesionales expuestos a violencia física y/o verbal (intimidación o amenazas) presentan elevados niveles de *burnout*, observándose una relación estadísticamente significativa entre la exposición a incidentes violentos y altos niveles de CE y DP.

- *Estado de salud mental*

Los escasos estudios existentes centrados en las consecuencias en el estado de salud mental de la exposición a situaciones violentas por parte de profesionales sanitarios se han centrado en la descripción de la sintomatología a partir de la aplicación de métodos no diagnósticos como el STAI, el BDI, el GHQ-28 o la elaboración de listados de síntomas de diseño propio.

Con respecto a la sintomatología depresiva, utilizándose el GHQ-28 y el BDI, un estudio señala que un 39.8% de las enfermeras que habían sido agredidas por usuarios se encontraban después de dicho episodio psicológicamente angustiadas, presentando un 20% de ellas niveles que se enmarcan dentro de lo que corresponde a una depresión leve, y un 10% dentro de lo que serían niveles de depresión moderada a grave (Lam, 2002). Así mismo, se encontró una relación significativa entre la exposición a acontecimientos violentos y tres subescalas del GHQ, es decir, altos niveles de

ansiedad, somatización y niveles severos de depresión en aquellas enfermeras que han sido objeto de episodios violentos (Lam, 2002). Lo anterior confirma la asociación significativa entre la experimentación de acontecimientos violentos y mayores niveles de malestar psicológico en quienes lo padecen. De la misma manera otro estudio más reciente (utilizando también el GHQ) encuentra una relación significativa entre la experimentación de episodios violentos por parte de pacientes y/o familiares y la presencia de niveles severos de depresión en profesionales sanitarios. Asimismo, se señala la relación existente entre mayores niveles de sintomatología ansiosa y problemas de sueño y la exposición a situaciones agresivas (Merecz et al., 2009).

También se han apuntado diferencias en función del tipo de agresión, de manera que quienes sufren episodios de violencia verbal presentan mayores niveles de depresión (así como mayores niveles de frustración, ansiedad e ira) que aquéllos que son objeto de violencia física (Gerberich et al., 2005). Por el contrario, otro estudio no encuentra relaciones estadísticamente significativas entre la exposición a agresiones físicas o verbales y la sintomatología depresiva en los profesionales sanitarios españoles (Martínez-Jarreta, Gascón, Santed y Goicochea, 2007).

En cuanto a la sintomatología ansiosa, utilizándose el STAI para conocer los niveles de ansiedad y su relación con la violencia experimentada por el personal sanitario de un hospital general, se ha señalado que no existe relación entre los altos niveles de ansiedad rasgo y la exposición a situaciones de violencia. No obstante, aquellos profesionales que experimentaron más de un incidente de agresión verbal (en forma de amenazas) presentaron altos niveles de ansiedad estado en comparación con quienes no han sido objeto de ninguna forma de agresión verbal (Winstanley y Whittington, 2002)

Otros estudios que han utilizado listados de síntomas de diseño propio han encontrado una peor salud mental en los profesionales de enfermería que sufren incidentes violentos, experimentando síntomas de ansiedad (Gerberich et al., 2005), sentimientos tales como: rabia, ansiedad, miedo, irritabilidad, suspicacia, frustración, estrés y malestar emocional general (El-Gilany, El-Wehady y Amr, 2010; May y Grubbs, 2002; Nachreiner, Gerberich, Ryan y McGovern, 2007); especialmente tras sufrir incidentes de violencia verbal por parte de familiares y/o pacientes, lo que podría poner de manifiesto que las secuelas de la violencia verbal pueden ser más perjudiciales y duraderas que las producidas por la violencia física (Findorff, McGovern, Wall y Gerberich, 2007).

En esta misma dirección, en España se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la violencia no física experimentada por los profesionales y altos niveles de ansiedad. Asimismo, el estudio señala que el miedo a ser agredido por parte de los pacientes es una de las variables predictoras de la ansiedad experimentada por los profesionales y menciona la importancia del apoyo social percibido como variable moduladora de los efectos psíquicos de las agresiones y la aparición de sintomatología ansiosa (Martínez-Jarreta et al., 2007).

- *Sintomatología postraumática*

En los últimos años diversos trabajos de investigación han relacionado la exposición a acontecimientos traumáticos con el impacto psicológico. De hecho, los resultados de diferentes estudios muestran que hay una indiscutible relación entre la ocurrencia de una situación traumática y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores, entre los cuales se encuentra concretamente el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Adicionalmente, uno de los aspectos más relevantes en el estudio del TEPT es su comorbilidad con otros trastornos psicológicos. Este hecho es

particularmente evidente con la depresión y los trastornos de ansiedad; de manera que diagnosticar únicamente TEPT en una persona que ha sido víctima de una situación traumática es algo bastante inusual.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, no resultaría extraño considerar que aquellos profesionales sanitarios que son agredidos física o verbalmente por pacientes y/o familiares podrían desarrollar un TEPT. Sin embargo, en el caso del colectivo de profesionales sanitarios, si bien muchos de ellos pueden presentar sintomatología postraumática como consecuencia de los acontecimientos violentos experimentados, sólo una minoría cumple con los criterios que establece el DSM IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de un TEPT, por lo que resulta más apropiado hablar de presencia o ausencia de sintomatología postraumática. De hecho, quizá por este motivo la mayoría de los estudios orientados a valorar las consecuencias psicológicas (dentro de ellas el TEPT) de las agresiones en profesionales sanitarios han utilizado instrumentos de evaluación que exploran la sintomatología pero sin finalidad diagnóstica.

Al respecto, un estudio señala que de 224 profesionales sanitarios de una institución psiquiátrica, el 61% experimentó algún síntoma postraumático tras ser agredidos, y aproximadamente un 10% de ellos cumplían los criterios diagnósticos de TEPT (Caldwell, 1992). Igualmente, otro estudio más reciente encontró que los profesionales de enfermería que han sido víctimas de violencia tanto física como verbal, experimentan múltiple sintomatología postraumática como: rabia, miedo, dificultades de concentración, problemas de sueño, etc. como consecuencia de los acontecimientos violentos vivenciados, y que continúan experimentando de manera persistente sintomatología postraumática un 8% de los que son víctimas de violencia física, y un 13% de los que son víctimas de violencia no física (Gerberich et al., 2005).

En España, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la violencia verbal (insultos y amenazas) experimentada por los profesionales sanitarios y la presencia de sintomatología postraumática utilizando un listado de respuestas desadaptativas al estrés de diseño propio (Martínez-Jarreta et al., 2007). Las variables que predecían el cumplimiento del TEPT como criterio diagnóstico fueron: haber sufrido amenazas, ser profesional médico, y trabajar en los servicios de psiquiatría. Estos resultados vuelven a poner en evidencia que los efectos de la violencia verbal pueden ser aún más perjudiciales que las agresiones físicas (Findorff, McGovern, Wall, Gerberich y Alexander, 2004; Rippon, 2000).

Finalmente, un estudio reciente señala que un porcentaje importante de los profesionales de enfermería, víctimas de violencia física, experimentan sintomatología traumática tras el acontecimiento. De manera concreta, un 15.8% informan de síntomas de reexperimentación, un 16.8% de síntomas referidos a la evitación o embotamiento emocional, un 36.8% de síntomas de hiperactivación y un 27.4% de sensación de que todo les costaba más esfuerzo. Todos estos síntomas fueron valorados por los profesionales como causantes de un malestar extremo (AbuAlRu y Al-Asmar, 2011).

1.3. Violencia en los servicios sanitarios de urgencias y emergencias

Las urgencias y emergencias médicas tienen dos ámbitos principales de asistencia: el hospitalario, a través de los servicios de urgencias de los hospitales de agudos; y el extrahospitalario, que puede integrar diferentes recursos y tipos de asistencia según sea el modelo sanitario del país en cuanto a la integración o no de la asistencia primaria y especializada en un único servicio de salud y al tipo de provisión de los servicios.

Si bien cualquier profesional que trabaje en un centro sanitario como un hospital o centro de atención primaria puede ser objeto de violencia, múltiples estudios han señalado que en los departamentos de urgencias y emergencias se desencadenan con mayor frecuencia agresiones verbales y físicas por parte de los usuarios (Pawling, 2008; Ryan y Maguire, 2006; Stirling, Higgins y Cooke, 2001; Uzun, 2003; Woolam, 2007).

A fin de efectuar un análisis sistemático de los estudios dirigidos a valorar la violencia física y verbal experimentada por los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias y sus consecuencias se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados al respecto. Se hizo uso de las bases de datos PsycINFO, elaborada por la *American Psychological Association* (APA), y MEDLINE, producida por la *National Library of Medicine*. La selección de artículos se centró en los publicados más recientemente, en concreto entre los años 2000-2012.

Los descriptores empleados en la búsqueda fueron *NURSES/ EMERGENCY NURSES/ NURSING/ PHSYSICIANS/ EMERGENCY DEPARTMENT/ HEALTH CARE WORKERS/ VIOLENCE/ WORKPLACE VIOLENCE/ VERBAL ABUSE/ PHSYSICAL ABUSE/ AGGRESSIVE BEHAVIOUR/ AGGRESSION/ BURNOUT/ POST TRAUMATIC DISORDER/ STRESS/ MENTAL HEALTH/ DEPRESSION/ PSYCHOLOGICAL HEALTH*. Se encontraron 19 artículos referidos específicamente al ámbito de urgencias y emergencias hospitalarias y extrahospitalarias, que aparecen resumidos en la Tabla 1. Se presentan los estudios ordenados cronológicamente (comenzando por los más recientes) y considerando para cada uno: (1) Identificación del trabajo; (2) Información sobre los participantes (número, estamento profesional, tipo de servicio y tasa de respuesta en el caso de informar sobre ella) y país donde se realizó el estudio; (3) Diseño y periodo que se evalúa; (4) Variables e instrumentos de medidas utilizados; y (5) Resultados encontrados.

Tabla 1. Estudios que valoran exclusivamente las agresiones a los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias

Autores	Participantes y país	Diseño y periodo de medida	Variables e instrumentos	Resultados
Skibeli Joa y Morken (2012)	N=536 Enfermeras, médicos y otros Extrahospitalaria Tasa respuesta: 75% - Noruega	Transversal Últimos 12 meses	- Sociodemográficas /laborales - Violencia física y verbal (Diseño propio)	- 78% agresión verbal, 44% amenazas, 13% agresión física y sólo un 9% acoso sexual. - Las mujeres (enfermeras) más abuso verbal y hombres más vulnerables a violencia física. - <i>Motivo principal</i> : utilización de sustancias (droga y alcohol) y problemas mentales.
Alameddine et al. 2011	N=256 Enfermeras, médicos y otros Hospitalaria - Líbano	Transversal Últimos 12 meses	- Sociodemográficas/laborales - Violencia física y verbal (Diseño propio) - Burnout (MBI) - Satisfacción laboral (Diseño propio)	- 80.8% violencia verbal y un 25.8% de violencia física - Exposición continua a violencia verbal relacionada con altos niveles de burnout y con mayor probabilidad de renunciar al trabajo.
Esmailpour, Salsali y Ahmadi (2011)	N=178 Enfermeras Hospitalaria Tasa respuesta: 94,8% - Irán	Transversal Últimos 12 meses	- Sociodemográficas/laborales - Violencia física y verbal (Adaptación cuestionario de violencia desarrollado por ILO/ICN/WHO/PSI)	- 91.6% agresión verbal y 19.7% violencia física. - <i>Agente agresor</i> : 84.9% familiares de pacientes.

Autores	Participantes y país	Diseño y periodo de medida	Variables e instrumentos	Resultados
Pinar y Ucmak (2011)	N=255 Enfermeras Hospitalaria Tasa respuesta: 97,3% - Turquía	Transversal Últimos 12 meses	- Sociodemográficas/ laborales - Violencia física y verbal. (Diseño propio.) - Actitud ante la violencia (Cuestionario de Poster and Ryan, 1989)	- 91.4% violencia verbal y 74.9% violencia física. - 80% no informa de los incidentes. - <i>Agente agresor</i> : familiares o acompañantes de los pacientes, seguido por los propios pacientes. - 65% de las enfermeras señalan no sentirse seguras en el lugar de trabajo.
Petzáll, Tallberg, Ludin y Suserud (2011)	N=134 Enfermeras, paramédicos Extrahospitalaria Tasa de respuesta: 79% - Suecia	Transversal Últimos años	- Sociodemográficas/ laborales - Violencia física y verbal (Diseño propio).	- 66% violencia física o verbal en alguna ocasión - 26% amenazas y 16% violencia física. - 27% se utilizó armas blancas o de fuego.
Belayachi, Berrechid, Amlaiky, Zekraoui y Abougal (2010)	N=60 Médicos Hospitalaria - Marruecos	Transversal Últimos 15 días	- Sociodemográficas/ laborales - Violencia física y verbal - Consecuencias - Ansiedad (STAI)	- 70% algún tipo de violencia, 47% violencia verbal, 30% amenazas y sólo un 8.5% violencia física. - Ocurren principalmente por la noche - <i>Motivo principal</i> : tiempo de espera, ingesta de alcohol o problemas mentales. - Violencia aumenta niveles de ansiedad.

<i>Autores</i>	<i>Participantes y país</i>	<i>Diseño y periodo de medida</i>	<i>VARIABLES e instrumentos</i>	<i>Resultados</i>
Abu Ali, Sánchez Díaz y Rivera Corrales (2009)	N=92 Enfermeras Hospitalaria Tasa respuesta: 92.9% - Palestina	Transversal Últimos 12 meses	- Sociodemográficas/ laborales - Violencia física y verbal (Diseño propio)	- 69.8% violencia verbal y 34% violencia física. - <i>Agentes agresor</i> : 69.2% familiares, 18.5% los propios pacientes
Koritsas et al. (2009)	N=283 Paramédicos Extrahospitalaria Tasa respuesta: 28% - Australia	Transversal Últimos 12 meses	- Sociodemográficas/ laborales - Violencia física y verbal (Diseño propio)	- Ser mujer como variable predictor de violencia en forma de: intimidación, acoso sexual y asalto sexual. - Cualificación del profesional (médico) como predictor de violencia. - Más horas en el trabajo y mayor contacto con pacientes más probabilidad de sufrir violencia verbal
Gacki-Smith et al. (2009)	N=3465 Enfermeras Extrahospitalaria Tasa respuesta: 10.9% - USA	Transversal Últimos 3 años	- Sociodemográficas/ laborales - Violencia física y verbal (Diseño propio)	- 25% más de 20 episodios de violencia física y 20% más de 200 episodios de abuso verbal. - La mayoría no informan de los incidentes por miedo a las represalias y por falta de apoyo de la administración.

Autores	Participantes y país	Diseño y periodo de medida	Variables e instrumentos	Resultados
Tang, Chen, Zhang y Wang (2007)	N=236 Enfermeras Hospitalaria (hospitales generales y un centro de atención primaria) - Taiwán	Correlacional Toda la experiencia profesional y en los últimos 12 meses	- Sociodemográficas/ laborales - Violencia física y verbal (Diseño propio)	<ul style="list-style-type: none"> - 91.5% violencia verbal en los últimos 12 meses, media de incidentes 2-5 en 36.6%. - <i>Agente agresor</i>: 81.5% familiares del paciente o 75.9% los propios pacientes. - 30% violencia física, 44% durante la noche. - <i>Motivos principales</i>: Tiempo de espera y problemas cognitivos por parte del paciente. - <i>Factores de riesgo del profesional</i>: menor edad y ser soltera correlaciona con violencia verbal pero no con violencia física.
Boz et al. (2006)	N= 79 Profesionales sanitarios Hospitalaria -Turquía	Transversal Últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas/ laborales • Violencia física y verbal (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> - 86.6% han sufrido o han sido testigo de violencia verbal. - 49.4% ha sido testigo o ha experimentado violencia física. - <i>Agente agresor</i>: 31.4% bajo influencia de alcohol o droga - <i>Motivo principal</i>: 24.7% tiempo de espera. - 36.1% de los profesionales agredidos señalan presentar problemas psicológicos.

<i>Autores</i>	<i>Participantes y país</i>	<i>Diseño y periodo de medida</i>	<i>VARIABLES e instrumentos</i>	<i>Resultados</i>
Boyle, Korissas, Coles y Stanley (2007)	N=283 Paramédicos Extrahospitalaria Tasa respuesta: 28% - Australia	Transversal Últimos 12 meses)	<ul style="list-style-type: none"> - Sociodemográficas/ características de la situación de violencia - Violencia física y verbal (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> - 87.5% algún episodio de violencia en el trabajo, 82% violencia verbal, 55% intimidación, 38% violencia física, 17% acoso sexual y 4% asalto sexual. - En la mayoría de los casos no se informa de los incidentes.
Gates et al. (2006)	N=242 Profesionales sanitarios Hospitalaria - USA	Transversal Últimos 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Sociodemográficas/ características de la situación de violencia - Violencia física o verbal. (Diseño propio) 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% paramédicos, 98% enfermeras y 96% médicos han sufrido acoso verbal. - Médicos y enfermeras más violencia verbal por parte de pacientes y familiares. - 42% de enfermeras algún incidente de acoso sexual. - Violencia física: 67% de enfermeras y 51% de médicos al menos en una ocasión.
Senuzum Ergün y Karadakovan (2005)	N=66 Enfermeras Extrahospitalaria Tasa respuesta: 72% - Turquía	Exploratorio Toda la experiencia profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Sociodemográficas/ características de la situación de violencia - Violencia física y verbal. (Diseño propio) - Conocimiento de los procesos legales 	<ul style="list-style-type: none"> - 71.2% violencia verbal en los últimos 5 años. - 98.5% incidencia de violencia verbal y 19.7% de violencia física. - En la mayoría de los casos no se informa de los hechos.

Autores	Participantes y país	Diseño y periodo de medida	Variables e instrumentos	Resultados
Kowalenko et al.(2005)	N=171 Médicos Asociación de médicos de emergencias Tasa respuesta: 70.8% - USA	Transversal Últimos 12 meses	- Sociodemográficas/ características de la situación de violencia - Violencia física y verbal (Diseño propio)	- 74.9% amenazas y 28.1% violencia física. - 40% ha utilizado elementos de seguridad como protección (armas, cuchillos, pistolas, etc.) - Mujeres más vulnerables a violencia física pero no de otra forma.
Ayrançi (2005)	N=195 Personal sanitario Hospitalaria Tasa respuesta: 80.6% - Turquía	Transversal Últimos 12 meses	- Sociodemográficas/ características de la situación de violencia - Violencia física y verbal (Diseño propio)	- 72.3 % alguna forma de violencia, 69.5% violencia verbal, 53.2% amenazas y 8.5% violencia física. - Enfermeras más incidentes de violencia que médicos (80.8% vs 78%.)
Crilly, Chaboyer y Creedy (2004)	N=71 Enfermeras Hospitalaria Tasa respuesta: 66% - Australia	Longitudinal 5 meses, una vez por semana	- Sociodemográficas/ laborales - Violencia física y verbal (Cuestionario de Violencia de Murray y Snynder, 1991) - Registro de violencia (Diseño propio)	- 70% algún episodio de violencia. - 110 episodios (aproximadamente 5 episodios por semana) - La mayoría ocurrieron por la noche - <i>Agente agresor</i> : bajo influencia de alcohol y drogas o problemas mentales.

Autores	Participantes y país	Diseño y periodo de medida	Variables e instrumentos	Resultados
Susserud, Blomquist y Johansson (2002)	N=66 Paramédicos Extrahospitalaria Tasa respuesta: 91.6% - Suecia	Transversal Toda la experiencia profesional	- Sociodemográficas - Violencia física y verbal (Diseño propio)	- 80.3% algún tipo de violencia. En su mayoría de tipo verbal u amenazas. - Experimentar un incidente de violencia afecta la relación y la atención inmediata al paciente.
Erickson y Williams-Evans (2000)	N=55 Enfermería Hospitalaria Tasa de respuesta: 98% - USA	Correlacional Toda la experiencia profesional y últimos 12 meses	- Sociodemográficas/ características del trabajo. - Violencia física - Actitud ante la violencia (Cuestionario de Poster y Ryan, 1989)	- 82% agresión física durante toda su carrera, un 55% en el último año, y sólo 29% lo han informado. - 73% considera que en su tipo de trabajo la posibilidad de ser agredidas es esperable.

1.3.1. Violencia en urgencias hospitalarias

Las unidades de urgencias hospitalarias ofrecen asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y emergencias.

En relación a la violencia en urgencias hospitalarias se encontraron catorce estudios de interés, 4 de ellos realizados en Turquía, 4 en Estados Unidos, 4 en países árabes' (i.e. Irán, Líbano, Marruecos y Palestina), uno en Taiwán y otro en Australia.

- *Caracterización de los participantes*

La mayoría de los estudios se han realizado exclusivamente con el personal de enfermería, a excepción de dos estudios que evalúan sólo a profesionales médicos (Belayachi et al., 2010; Kowalenko, Walters, Khare y Compton., 2005). Otros estudios han ido más allá y evalúan a todo el espectro de profesionales que trabaja en el sector sanitario (Alameddine et al., 2011; Ayranci, 2005; Boz et al., 2006; Gates et al., 2006). Las muestras están compuestas por un número superior de mujeres que de hombres, lo cual corresponde a que gran parte de las investigaciones están centradas en personal de enfermería y dicha profesión es ejercida en su mayoría por mujeres.

La mayor parte de los estudios utilizaron muestras de conveniencia, incluyendo profesionales cuya participación fue voluntaria, y reclutados a través de los propios hospitales evaluados, asociaciones profesionales, anuncios en los periódicos o vía internet. Sólo 3 estudios tuvieron muestras aleatorizadas (Abu Ali et al., 2009; Ayranci, 2005; Boz et al., 2006).

- *Metodología*

La recogida de información se efectuó principalmente a través de baterías autoplicadas. En esos casos, los profesionales recibieron un sobre con los cuestionarios

y una vez completados fueron entregados a los supervisores o bien enviados vía correo ordinario. Sólo en un estudio los cuestionarios fueron distribuidos por medio de una página web (Gacki-Smith et al., 2009), obteniéndose en este caso una tasa de respuesta de menos del 11%.

La mayor parte son estudios descriptivos de corte transversal con una sola medida de las variables evaluadas. Los periodos de evaluación de las variables varían desde considerar los últimos 15 días hasta evaluar toda la experiencia profesional. No obstante, casi todos los estudios consideraron los 12 meses previos a la evaluación.

La conceptualización y las medidas empleadas para evaluar la violencia física y verbal difieren. En la mayoría de los estudios se emplearon baterías de diseño propio elaboradas especialmente para las investigaciones, ya que no existe un instrumento consensuado para valorar la violencia en este contexto. No obstante, algunos autores utilizaron como referencia los instrumentos elaborados por organismos tales como la OIT/CIE/OMS/IPS (OIT, 2003). Otro aspecto a mencionar, es que algunos autores elaboran sus propias definiciones sobre los conceptos de violencia física y verbal, lo cual puede ocasionar dificultades cuando se comparan resultados.

Además, los distintos estudios persiguen diferentes metas y mientras que la mayoría son sólo descriptivos (Abu Ali et al., 2009; Ayranci, 2005; Boz et al., 2006; Crilly et al., 2004; Erickson y Williams-Evans, 2000; Esmaeilpour et al., 2011; Gacki-Smith et al., 2009; Kowalenko et al., 2005; Pinar y Ucmak, 2011; Senuzun Ergün y Karadokvovan, 2005), otros, además de describir la situación de violencia y los contextos, abordan las variables implicadas en el desarrollo de las conductas violentas y las consecuencias físicas y emocionales en los profesionales (Alameddine et al., 2011; Belayachi et al., 2010; Gacki-Smith et al., 2009; Tang et al., 2007).

- *Frecuencia de las agresiones*

Los estudios revisados revelan altos índices de violencia tanto física como verbal en relación al personal sanitario de los servicios de urgencia hospitalarios por parte de pacientes y/o familiares acompañantes. En relación a la violencia física las investigaciones muestran una prevalencia muy variable que oscila entre el 8.3 y el 74.9% (Ayranci, 2005; Pinar y Ucmak, 2011). Sin embargo en la mayoría de los estudios, los datos indican que las tasas de agresión física se ubican entre el 20 y el 40% (Abu Ali et al., 2009; Alameddine et al., 2011; Crilly et al., 2004; Esmailpour et al., 2011; Gacki-Smith et al., 2009; Kowalenko et al., 2005; Senuzun Ergün y Karadokvovan, 2005, Tang et al., 2007).

Cuando se trata de agresiones verbales la incidencia es muy alta, llegando en ocasiones a porcentajes cercanos al 90-100% (Esmailpour et al., 2011; Gacki-Smith et al., 2009; Senuzun Ergün y Karadokvovan, 2005; Tang et al., 2007). En general, ofrecen datos variables pero altos, en torno al 47% y 91.4%, a excepción de un estudio que halla sólo un 20% de incidencia de violencia verbal en el personal de enfermería en un periodo de 3 años (Gacki-Smith et al., 2009).

Con todo, llama la atención el hecho de que a pesar de que los datos ponen de manifiesto la alta incidencia de agresiones físicas y verbales, sólo una minoría de los profesionales denuncian los casos. Más aún, teniendo en cuenta que el temor a ser agredido física o verbalmente está presente en gran parte del personal sanitario (May y Grubbs, 2002). Los estudios señalan que sólo entre un 15-25% de los incidentes violentos son comunicados a la administración (Esmailpour et al., 2011; Pinar y Ucmak, 2011; Senuzun Ergün y Karadokvovan, 2005) y que sólo en un 7.5% de los casos se denuncian los hechos y se envía un parte al juzgado (Boz et al., 2006).

- *Factores de riesgo*

Por lo que respecta a la identidad de los agresores, la mayoría de los estudios consultados señalan que son los familiares o acompañantes de los pacientes los responsables de las agresiones, tanto físicas como verbales, más que los propios pacientes (Ayranci, 2005, Pinar y Ucmak, 2011; Senuzun Ergün y Karadokvovan, 2005). Si bien en algún estudio, por contra, aparecen los pacientes como agentes agresores en el 89% de los casos de agresiones físicas y en el 71.9% de las agresiones verbales (amenazas, insultos, etc.) (Kowalenko et al., 2005). Algunos estudios no diferencian a los agresores entre pacientes y/o familiares o acompañantes proporcionando datos generales de la violencia Tipo II (Alameddine et al., 2011; Belayachi et al., 2010; Gacki-Smith et al., 2009), y otros centran su atención sólo en las agresiones perpetradas por los pacientes (Crilly et al., 2004; Erickson Williams-Evans, 2000).

En relación al sexo de los agresores, todos los estudios coinciden que son los hombres los autores principales de las agresiones en este medio sanitario, datos ya expuestos por investigaciones previas (Ashry, 2002; Gerberich et al., 2005; James et al., 2006; Kwok et al., 2006; Uzun, 2003).

En cuanto a la capacidad psíquica del agresor, los estudios coinciden que la mayoría de los agresores en el momento de la agresión están bajo efecto de alcohol y/o drogas. Sin embargo, en algunas investigaciones la evaluación de esta variable se incluye dentro de los motivos por los cuales se pudo desencadenar la agresión. No obstante todas las investigaciones revisadas concuerdan en que, aunque los agresores en el momento de los incidentes estuvieran bajo la influencia de alcohol o drogas, uno de los motivos principales desencadenantes de las agresiones fueron los largos tiempos de espera para ser atendidos (Alameddine et al., 2011; Belayachi et al., 2010; Boz et al.,

2006; Crilly et al., 2004; Gacki-Smith et al., 2009; Gates, et al., 2006; Kowalenko et al., 2005; Tang et al., 2007).

En relación al momento del día en que ocurrieron con mayor frecuencia los episodios de violencia, gran parte de los estudios que señalan este dato coinciden en que durante el turno de noche la incidencia de violencia tanto física como verbal es mayor (Belayachi et al., 2010; Crilly et al., 2004; Gacki-Smith et al., 2009; Senuzun Ergün y Karadokvovan, 2005; Tang et al., 2007). Sin embargo, también hay estudios que encuentran una mayor incidencia durante el turno de día (Abu Ali et al., 2009; Ayranci, 2005; Skibelli Joa y Morken; 2012). En cuanto al lugar, algunos autores indican que las áreas de triaje, de observación y los puestos de enfermería son las zonas en donde más ocurren los incidentes (Boz, et al., 2006; Crilly et al., 2004; Esmailpour et al., 2011). Por último, la mayor parte de los estudios no contemplan el día de la semana en que se produjo, y si lo hacen la mayoría de los profesionales señalan no recordarlo. No obstante dos estudios afirman que durante los fines de semana es cuando más episodios de violencia se producen (Esmailpour et al., 2011; Gacki-Smith et al., 2009).

La mayor parte de los estudios se ha centrado en personal de enfermería, sin embargo aquéllos que han evaluado a todo el colectivo de trabajadores sanitarios, señalan que las enfermeras son víctimas en mayor medida de cualquier tipo de violencia en comparación con los médicos, datos corroborados en estudios previos y que ha dado lugar a que las investigaciones se hayan centrado en este grupo de profesionales (Wells y Bowers, 2002; Winstanley y Whittington, 2004).

Algunos estudios señalan que el género, la edad y el nivel de experiencia de los profesionales son variables que influyen en la posibilidad de experimentar incidentes violentos. Es decir, las mujeres, más jóvenes y con menos años de experiencia profesional, experimentan un mayor número de incidentes violentos por parte de

pacientes y familiares (Abu Ali et al., 2009; Ayranci; 2005; Belayachi et al., 2010; Kowalenko et al., 2004; Tang et al., 2007). Los resultados en relación a la experiencia profesional resultan interesantes porque ponen en evidencia, como en principio se espera, que cuanto menos experiencia se tiene en un campo se cuenta con menos estrategias para manejar situaciones conflictivas. No obstante, en relación al género de los profesionales y los incidentes violentos, en dos estudios se presentan datos que parecen apuntar en dirección contraria, siendo los profesionales de enfermería varones objeto de violencia sobretodo física con más frecuencia que las enfermeras mujeres (Gacki-Smith, et al., 2009; Esmailpour et al., 2011).

- *Consecuencias psicológicas*

Sólo dos estudios analizan las consecuencias psicológicas de las agresiones refiriéndose al síndrome de *burnout* y la ansiedad. Respecto al síndrome de *burnout* se ha encontrado una relación significativa entre exposición a episodios de violencia verbal y altos niveles de CE, DP y bajos niveles de RP, señalando que la frecuente exposición a situaciones violentas disminuye la productividad de los profesionales sanitarios y aumenta el deseo de renunciar al puesto de trabajo (Alameddine et al., 2011).

También se ha encontrado relación entre el nivel de ansiedad y las agresiones (Belayachi et al., 2010). Usando el STAI encontraron que los médicos de los servicios de urgencia hospitalaria con valores altos en ansiedad rasgo son víctimas en mayor medida de agresiones por pacientes y/o familiares. Los autores indican que un alto nivel de ansiedad rasgo en los profesionales puede predisponerles a experimentar con mayor facilidad emociones como la hostilidad, tristeza y ansiedad, que se relaciona con niveles significativos de ansiedad estado. Es decir, ante situaciones violentas los profesionales con altos rasgos de ansiedad tienden a reaccionar de forma intensamente ansiosa.

1.3.2. Violencia en urgencias y emergencias extrahospitalarias

Los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias se definen como una organización funcional que realiza un conjunto de actividades secuenciales humanas y materiales, con dispositivos fijos y móviles, con medios adaptados, coordinados, iniciados desde el mismo momento en el que se detecta la emergencia médica, que tras analizar las necesidades, asigna respuesta sin movilizar recurso alguno o bien desplaza sus dispositivos para actuar in situ, realizar transporte sanitario si procede y transferir al paciente al centro adecuado de tratamiento definitivo. Se trata pues de un eslabón en la cadena asistencial sanitaria para atender al paciente crítico y no crítico, que habitualmente precisará cuidados hospitalarios y posthospitalarios a posteriori.

En la atención extrahospitalaria el riesgo de sufrir agresiones por parte de los usuarios y/o acompañantes es aún mayor que en otras áreas de emergencia (Grange y Corbett, 2002). Este hecho se debe a que los profesionales de estos servicios brindan atención a pacientes que presentan una emergencia vital, por lo general en ambientes constantemente cambiantes (e.g. ambulancias, en el domicilio, en la calle, etc.) sin la presencia de elementos de seguridad o sistemas de soporte como existen en otras áreas de la sanidad (e.g. hospitales, centros de salud, etc.) lo cual sumado a la situación de crisis y alta carga emocional facilita la aparición de cualquier comportamiento violento por parte de los mismos pacientes y/o acompañantes.

Lo primero que se observa al valorar la producción científica en relación a las urgencias y emergencias extrahospitalarias es la escasez de publicaciones que tienen como objetivo valorar la incidencia de agresiones en los profesionales que trabajan en este ámbito. Sólo se hallaron 5 estudios, 3 de ellos realizados en países escandinavos (i.e. Suecia y Noruega) y 2 en Australia.

- **Caracterización de los estudios**

En relación a las características de los profesionales, dado el ámbito donde se han desarrollado, 3 de ellos han centrado solo en profesionales paramédicos (Boyle et al., 2007; Koritsas et al., 2009; Suserud et al., 2002), otro además evalúa al personal de enfermería que trabaja en los servicios de ambulancias (Petzäll, et al., 2011), y sólo un estudio evalúa a todo el espectro sanitario (Skibelli Joa y Morken, 2012).

El rango de edad de los participantes está entre los 21 y los 75 años, con una mayor representación entre los 38 y los 42 años. El tiempo medio desempeñando la profesión oscila entre los 3 meses y los 41 años. En cuanto al género, a diferencia de los estudios con personal de los servicios de urgencias hospitalarias, en donde se observaba un predominio de mujeres enfermeras, en este ámbito la proporción de hombres y mujeres es más o menos equitativa, debido a que los profesionales paramédicos son en su mayoría varones y los profesionales de enfermería son mayoritariamente mujeres.

- *Metodología*

Todos utilizan muestras de conveniencia, incluyendo profesionales cuya participación fue voluntaria, salvo uno cuya muestra fue seleccionada aleatoriamente entre 20 centros de atención sanitaria extrahospitalaria (Skibelli Joa y Morken, 2012).

En todos los estudios se utilizaron baterías de diseño propio (al no disponerse de un instrumento de medida específico) en formato autoaplicado. Así los profesionales debían completar los cuestionarios y al terminar, entregarlos a la persona que se los había entregado (responsable de cada centro) o bien enviarlos por correo mediante un sobre franqueado. En todos los casos, la persona encargada recordaba de forma verbal o por medio de una carta la devolución de las baterías cumplimentadas. Sólo en el estudio australiano no se les recordó a los profesionales la devolución de las baterías (Boyle et

al., 2007; Koritsas et al., 2009), y quizá debido a ello la tasa de respuesta se redujo al 28%, mientras que en las demás investigaciones estuvieron entre el 75-91.6%.

Casi la totalidad de los estudios utiliza diseños transversales con medida única de las variables evaluadas, ya sea de los últimos 12 meses o de toda la experiencia profesional. Asimismo, utilizan procedimientos de análisis puramente descriptivos.

- *Frecuencia y tipo de agresiones*

Los estudios analizados muestran una alta prevalencia de violencia en los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias. Así, las tasas de violencia en general oscilan entre el 66 (Petzäll et al., 2011) y el 87.5% (Boyle et al., 2007; Koritsas et al., 2009).

Si se analizan las agresiones en sus diferentes manifestaciones, la incidencia de agresiones verbales en los últimos 12 meses también es muy alta, pudiendo afectar hasta a un 82% de los profesionales (Boyle et al., 2007; Koritsas et al., 2009). Las tasas de agresiones verbales encontradas en estos estudios son todas ellas ligeramente superiores a las encontradas en otras investigaciones centradas en el mismo colectivo (Grange y Corbett, 2002).

La incidencia de violencia física, es menor que la violencia verbal pero también está presente en porcentajes importantes (13-38%) (Boyle et al., 2007; Koritsas et al., 2009; Petzäll et al., 2011; Skibelli Joa y Morken, 2012) y en muchos casos implica la utilización de algún tipo de armas (Petzäll et al., 2011; Suserud et al., 2002).

Con todo, resulta difícil realizar una comparación sobre los tipos de agresiones sufridas, sobretodo en lo que respecta a la violencia verbal, puesto que al no existir definiciones claras y precisas cada estudio utiliza sus propias definiciones en función de los objetivos del estudio. Así, mientras algunos autores hablan de agresiones verbales en general, otros diferencian entre amenazas e intimidación verbal.

- *Factores de riesgo*

En relación a las características de los agresores, la mayoría de los estudios no hacen una distinción entre si los agentes agresores fueron los familiares y/o acompañantes de los pacientes o los propios pacientes. Sólo un estudio señala que en la mayor parte de los casos las agresiones vienen por parte de los propios pacientes y en su mayoría hombres (Petzäll et al., 2011). Con respecto a los motivos y lugar de las agresiones, se repite nuevamente la intoxicación por alcohol o drogas, el tiempo de espera y la presencia de patologías psíquicas como los motivos principales de las agresiones (Petzäll et al., 2011; Skibelli Joa y Morken, 2012). En cuanto al momento y lugar de las agresiones, sólo el estudio de Petzäll et al. (1997) aporta este dato, señalando que las agresiones se pueden producir en cualquier momento del día, sobretodo durante los fines de semana y por lo general en el domicilio de los pacientes. A diferencia de otros ámbitos de estudio sobre violencia, las investigaciones en lo que concierne a violencia extrahospitalaria no incluyen especificaciones en cuanto a las características de los agentes agresores ni de las situaciones en particular.

- *Consecuencias psicológicas de las agresiones*

Ninguno de los estudios evalúa las consecuencias de la violencia en los profesionales sanitarios, quedándose meramente en lo descriptivo.

En resumen, los estudios revisados indican que el ámbito sanitario, y en especial las urgencias es uno de los sectores profesionales más afectados por la violencia tipo II. La mayor parte de los estudios se han dirigido a las urgencias hospitalarias y dentro de ellas al personal de enfermería, detectándose tasas de violencia física del 20-40%, que aumentan en el caso de la violencia verbal a valores superiores habitualmente al 50%. Los agresores suelen ser varones, con una capacidad psíquica alterada, de forma

! ,
b. otros?

episódica o permanente, siendo el principal motivo de la agresión el tiempo de espera. Los profesionales más agredidos suelen ser las enfermeras, las personas con menos experiencia profesional y de sexo femenino, aunque en este último dato no hay acuerdo en todos los estudios.

Sin embargo, pocos estudios, ninguno en España, se han centrado en la violencia en urgencias extrahospitalarias, a pesar de que el riesgo de sufrir incidentes violentos puede ser mayor en este ámbito debido a las menores medidas de seguridad con que realizan su trabajo los profesionales de estos servicios. Quizá por ello las tasas de frecuencia que se ofrecen son dispares y escaso el análisis de las variables asociadas.

Por otro lado, las consecuencias psicológicas de las agresiones han sido poco estudiadas en el ámbito de las urgencias hospitalarias. No obstante se ha encontrado una relación significativa entre la exposición a violencia verbal y la presencia de síndrome de burnout, también mayores niveles de ansiedad en los profesionales agredidos. En el caso de las urgencias extrahospitalarias no se ha llegado a analizar las consecuencias psicológicas de las agresiones. Los estudios realizados en otros ámbitos sanitarios sí que han puesto de manifiesto la presencia de síndrome de burnout, sintomatología postraumática, ansiosa, y en algunos casos depresiva, especialmente en el caso de haber estado sometidos a violencia verbal.

De acuerdo con este estado de la cuestión queda patente la necesidad de realizar un análisis de de las agresiones en las urgencias extrahospitalarias en España, desde el punto de vista psicosocial, que incluya tanto su frecuencia, como las variables que las rodean y sus consecuencias. Este análisis será útil para identificar esta realidad y ayudar a tomar medidas preventivas y de apoyo a los profesionales que las sufren. La realización de este estudio en el SUMMA-112, el mayor servicio sanitario de urgencias

europeo, sin duda es una oportunidad excepcional y puede servir como indicador de referencia de la problemática existente en este sector.

1.4. El SUMMA-112

El SUMMA 112 es el Servicio de Urgencias y Emergencias Médicas de la Comunidad de Madrid. El Decreto 123/2004 de 29 de Julio regula la integración en el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid SUMMA112, las Urgencias Externas UVI Móvil 061 y el Servicio de Emergencias y Rescate de la Comunidad de Madrid (SERCAM). A través de esta medida se cumple lo requerido por la Ley 12/2001 de 21 de Diciembre de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que disponía el desarrollo de la asistencia sanitaria a las emergencias, las urgencias y las catástrofes en la Comunidad de Madrid. Dicha ley abarca la implantación del Plan Integral de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid para el periodo 2004-2007. Por tanto, tras estas medidas queda establecido como Servicio único de atención a las urgencias, emergencias y catástrofes de la Comunidad de Madrid el SUMMA 112.

El SUMMA 112 cuenta con los siguientes recursos asistenciales:

- Un *Servicio Coordinador de Urgencias (SCU)*, cuya función es la recepción, coordinación, regulación médica y asignación del recurso idóneo, así como la comunicación con los dispositivos asistenciales.
- *Dispositivo de Coordinación Móvil*: creado cuando hay que realizar labores de coordinación in situ ante situaciones de accidentes con múltiples víctimas, catástrofes o cualquier situación que requiera su presencia.
- *Servicios de urgencia*:

- 37 *Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP)* y un *Centro de Urgencias Extrahospitalario (CUE)*: son centros extrahospitalarios que cubren la demanda asistencial urgente fuera del horario de los centros de Salud de Atención Primaria. Además en 22 de estos centros (SUAP tipo C) se realiza la atención a domicilio.
- 19 *Unidades de Atención a Domicilio Médicas (UAD-M)* y 5 de *enfermería (UAD-E)*: son vehículos de asistencia domiciliaria urgente tanto de medicina como de enfermería para realizar la cobertura de las urgencias domiciliarias fuera del horario de los centros de atención primaria.
- *Servicios de emergencia*:
 - 26 *Unidades Móviles de Emergencias (UME)*: vehículos de Soporte Vital Avanzado (SVA) con capacidad de atención in situ a la emergencia y traslado de pacientes si procede, dotado por un equipo humano y un soporte material especializado en tal fin.
 - 16 *Vehículos de Intervención Rápida (VIR)*: vehículos de SVA sin capacidad de traslado en dicha unidad pero con la capacidad de medicalizar una ambulancia asistencial. Está dotado por un equipo humano y material idéntico al de una UME.
 - *Helitransporte sanitario*: dos helicópteros sanitarios de SVA para la atención de emergencia y traslado aéreo de pacientes críticos. Los profesionales que trabajan en este dispositivo pertenecen a la misma plantilla de profesionales que trabajan en las UMEs.

El SUMMA 112 se ocupa de toda la atención de urgencia y emergencia extrahospitalaria. Ésta se vertebra en el SCU y se materializa a través del propio SCU y del resto de los recursos asistenciales anteriormente descritos. El acceso del usuario al

sistema puede ser de manera directa (a través de los SUAPs y CUE), y/o a través de llamada telefónica.

Cuando se recibe la llamada telefónica en el SCU, se evalúa la situación dentro del contexto de Regulación Médica de la Demanda, que es dar la respuesta más adecuada a la necesidad de cada paciente mediante el análisis asistencial y de gestión, aportando la resolución óptima adecuada a los recursos disponibles en cada momento. La respuesta que se puede dar en el SCU abarca desde el consejo hasta asignar un recurso (el más apropiado a cada situación), pasando por la derivación del paciente al nivel asistencial que se valore más adecuado (e.g. atención primaria u hospital) sin necesidad de enviar recurso móvil, todo esto en consonancia con las funciones y cartera de servicios que tiene asignadas el SUMMA 112.

Para ello se valora si la situación es de urgencia o de emergencia:

- Desde el punto de vista sanitario, se entiende como *urgencia* las situaciones que requieran una valoración y respuesta en corto plazo de tiempo, por su potencial riesgo, aunque de entrada no exista un riesgo inminente para la vida del paciente.
- *Emergencia*, es toda situación urgente que pone en peligro inminente la vida del paciente o la función de un órgano, por lo que va requerir una actuación inmediata.

En el caso de una emergencia se envía el recurso sanitario más adecuado, dirigiendo su actividad al diagnóstico, tratamiento y estabilización del paciente, y traslado si procede al centro más adecuado en las condiciones más óptimas. En algunos casos se puede tratar y resolver in situ, a pesar de la situación de emergencia, sin necesidad de traslado por el propio recurso de emergencias o ser trasladado en otro recurso (e.g. una ambulancia de SVB o helicóptero).

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este proyecto es realizar un análisis psicosocial de las agresiones que sufren los profesionales asistenciales de los servicios de urgencias y emergencias del SUMMA 112 de la Comunidad Autónoma de Madrid por parte de pacientes y/o familiares/acompañantes con el fin de establecer las necesidades más importantes para poder aportar soluciones y recursos al respecto.

Este objetivo se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer la frecuencia y naturaleza de las agresiones que sufren los profesionales por parte de pacientes y/o familiares/acompañantes, y analizar las variables implicadas: perfil del agredido, variables situacionales y perfil del agresor.
2. Analizar las diferencias en frecuencia y naturaleza de las agresiones, variables situacionales y perfil del agresor en los distintos tipos de servicios (urgencias y emergencias).
3. Analizar las diferencias en frecuencia y naturaleza de las agresiones, variables situacionales y perfil del agresor en los distintos tipos de profesionales (médicos, enfermeras y técnicos en emergencias médicas).
4. Identificar las consecuencias psicológicas (*burnout*, estado de salud mental y sintomatología postraumática) de las agresiones y analizar las diferencias en función del tipo de agresión.
5. Establecer propuestas de actuación sobre la base de los resultados obtenidos.

3. MATERIALES Y METODOLOGÍA

3.1. Participantes

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado proporcional al número de profesionales que trabajan en los distintos servicios de urgencias y emergencias del SUMMA-112, teniendo en cuenta que se incluyera una proporción igual de profesionales médicos, enfermeras y técnicos en emergencias médicas (TEM) celadores y/o conductores de las distintas áreas geográficas de la Comunidad de Madrid.

La muestra quedó constituida por profesionales procedentes de 70 servicios. De los cuales, 32 eran servicios de emergencias en concreto: 19 UMEs y 13 VIR; así como 38 servicios de urgencia, específicamente: 1 CUE, 25 SUAPs (de los cuales 20 eran SUAPs tipo C), 5 UAD-E y 7 UAD-M.

Los criterios de inclusión y exclusión de los profesionales se muestran en la Tabla 2

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión de los profesionales

<i>Criterios de inclusión</i>	<i>Criterios de exclusión</i>
<ul style="list-style-type: none">• Ser profesional sanitario (médico, personal de enfermería o técnico en emergencias médicas celador y/o conductor) de los servicios de urgencias o emergencias del SUMMA-112	<ul style="list-style-type: none">• Tener un contrato laboral inferior a 1 mes.
<ul style="list-style-type: none">• Tener una relación laboral con el SUMMA-112 de contrato fijo (titular, estatutario, funcionario) o temporal (interinos, o contrato laboral por acumulación de tareas).	<ul style="list-style-type: none">• Estar prestando servicios como suplente o refuerzo
<ul style="list-style-type: none">• Aceptar participar en el estudio	<ul style="list-style-type: none">• Llevar prestando asistencia menos de 12 meses en el SUMMA-112

Se contactó con un total de 545 profesionales, de los cuales 41 (7.52%) no cumplían los criterios de inclusión, De los 504 que cumplían los criterios, 35 (6.94%)

rechazaron participar y 18 (3.57%) aunque aceptaron no devolvieron las baterías cumplimentadas, obteniendo una tasa de respuesta del 89.49%. 10 (1.98%) se descartaron por una incorrecta cumplimentación de las baterías, quedando finalmente la muestra compuesta por 441 profesionales.

La Tabla 3 muestra el total de profesionales evaluados, que incluye: médicos, personal de enfermería y técnicos en emergencias médicas (TEM) celadores y conductores de los servicios de urgencias y emergencias.

Tabla 3. Profesionales evaluados

	<i>Emergencias</i>	<i>Urgencias</i>	<i>Total</i>
Médicos	62	73	135
Enfermeras	69	58	127
TEM	96	83	179
Total	227	214	441

Socialup?

Cabe señalar que de los 441 profesionales evaluados, 32 de ellos, entregaron baterías que fueron consideradas incompletas. Sin embargo, éstas fueron incluidas en los análisis posteriores debido a que contenían información de las principales variables de estudio.

3.2. Variables e instrumentos

La recogida de información se efectuó a través de una batería de evaluación compuesta por distintos instrumentos en formato autoaplicado. A continuación se describen los instrumentos empleados siguiendo el orden de aplicación de los mismos.

Sección A: Ficha de datos personales

Se diseñó una ficha con la finalidad de recoger los datos sociodemográficos y laborales más relevantes de los profesionales.

Sección B: Cuestionario de Salud General, GHQ-28 (General Health Questionnaire 28, GHQ-28) (Goldberg, 1972; Goldberg y Hillier, 1979).

El GHQ es un instrumento autoaplicado destinado a valorar el estado de salud mental de las personas y detectar posibles patologías psiquiátricas (no psicóticas). Cuenta con 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave).

La persona ha de indicar en cada ítem en qué medida se siente de la manera que afirma el enunciado que se le presenta., pudiendo elegir entre 4 alternativas de respuesta: “no, en absoluto”, “igual que lo habitual”, “bastante más que lo habitual” o “mucho más que lo habitual”. El sistema de puntuación estándar sugerido por los propios autores consiste en otorgar el valor 0 a las respuestas “no, en absoluto” e “igual que lo habitual” y de 1 a las respuestas “bastante más que lo habitual” o “mucho más que lo habitual”. De esta manera, se obtiene una puntuación total para cada una de las subescalas (7 puntuación máxima) y se establece un punto de corte con la distinción de “caso/ no caso” que varía según los objetivos de cada estudio.

Números estudios realizados han constatado que el GHQ-28 posee adecuadas propiedades psicométricas, tanto en muestras clínicas como en la población general (Lomeña Villalobos, Martínez-Pascual, Negrillo Villalón y Naranja De la Cruz, 1991; Ouzzine, 1994). Los resultados de estos estudios muestran una sensibilidad para el GHQ-28 que oscila entre el 44 y el 100%, y una especificidad de entre el 74 y 82%. Los estudios de validación en España y México (Lobo, Pérez-Echevarría y Artal, 1986; Medina-Mora et al., 1986) para un punto de corte de 5/6 y 6/7 muestran una especificidad de 73.8- 90.2, una sensibilidad de 72.5- 84 y un validez convergente de

0.76 con la entrevista Clinical Interview Schedule (CIS) y de 0.67 con el Present State Examination (PSE).

Años más tarde, en España Muñoz, Tejerina-Allen y Cañas (1983), encontraron en un estudio en población general de Madrid, con un punto de corte de 4/5, una sensibilidad de 82% y una especificidad del 78%.

En la presente investigación se hizo uso de la versión española de Lobo et al. (1986) y se estableció el punto de corte en 4/5 (caso/no caso) debido a que éste punto de corte ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad (Muñoz et al., 1983). Se optó por la utilización de la puntuación 0-0-1-1, pues es la forma más habitual de puntuación, aumenta la sensibilidad y la mayoría de los estudios psicométricos utilizan este método de corrección. Para esta muestra el coeficiente alfa de Cronbach hallado fue de 0.91.

Sección C: El Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory MBI-HSS) (Maslach y Jackson, 1986; Maslach, et al., 1996).

El *Inventario de Burnout de Maslach* en su versión para profesionales sanitarios (MBI-HSS) es un instrumento que consta de 22 ítems en el que se plantean una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos de una persona durante las últimas semanas con relación a su interacción con el trabajo.

El MBI-HSS se divide en tres subescalas que miden tres factores ortogonales que conforman el síndrome de *burnout* denominados: Agotamiento o cansancio emocional (CE) (conformada por 9 ítems que se refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales o a la experimentación de sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo); Despersonalización (DP) (formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los pacientes y/o clientes.) y Realización personal (RP) (está

compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, y la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.), obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta, dependiendo del punto de corte que se utilice (Maslach et al., 1996).

Mientras que en las subescalas de CE y DP puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de *burnout*, en la subescala de RP bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de *burnout*.

Cada ítem se puntúa dentro de una escala de 7 puntos, debiendo la persona indicar con qué frecuencia experimenta las distintas afirmaciones que se le presentan. Así, una puntuación de 0 para un determinado ítem refleja que nunca lo ha experimentado, mientras que una puntuación de 6 indica una frecuencia de “todos los días”. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de *burnout*, puntuaciones altas en CE y DP y baja en RP definen el síndrome.

En la presente investigación se utilizó la versión adaptada al castellano de Seisdedos (1997) con los puntos de corte establecidos para profesionales médicos españoles. Los puntos de corte son los siguientes: para CE, puntuaciones de 31 o superiores son indicativas de un alto nivel de CE, el intervalo entre 22 y 30 corresponde a puntuaciones intermedias y puntuaciones por debajo de 22 son indicadoras de niveles bajos; en DP, puntuaciones superiores a 13 indican un nivel alto, de 7 a 12 medio y menor de 7, bajo grado de DP; y en RP, puntuaciones de 0 a 30 puntos indican baja RP, de 31 a 35 intermedia y superior a 36 sensación de logro.

El MBI es el instrumento que más aceptación ha tenido en el campo de la medición del síndrome de *burnout*, con apoyo empírico en amplias muestras de diversa naturaleza en cuanto a características ocupacionales se refiere (Kokkinos, 2006; Schaufeli; 2000) y mostrando en los diversos estudios valores aceptables respecto de su

validez (Halbesleben y Buckley; 2004). Al respecto, en un estudio centrado en profesionales españoles del sector servicios, este instrumento ha mostrado poseer una alta fiabilidad y validez, obteniendo coeficientes de alfa de Cronbach de 0.85 para la subescala de CE, de 0.71 para la subescala RP y de 0.58 para la subescala de DP (Gil-Monte, 2005).

El coeficiente alfa de Cronbach encontrado para esta muestra para las subescalas de CE y RP fue 0.86 y 0.80 respectivamente, valores que se consideran elevados. No obstante, en la subescala DP el valor fue 0.58. Cabe mencionar, que diversas investigaciones realizadas en España encuentran valores muy similares en lo que se refiere a la subescala de DP (Ferrando y Pérez , 1996; Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Peiró, 1996; Oliver, 1993)

Sección D: Cuestionario sobre agresiones de diseño propio y Escala Global de Estrés Postraumático (EGEP) (Crespo y Gómez, 2012)

Se diseñó un cuestionario para recoger la información sobre la frecuencia con que el profesional ha sido objeto de agresiones por parte de pacientes y/o familiares/acompañantes, así como un análisis más detallado de la agresión más grave que haya sufrido. Este cuestionario constó de 18 ítems, y para su elaboración se tuvo como referencia el Cuestionario sobre Agresiones en el Medio Sanitario de Martínez-Jarreta et al. (2007).

El cuestionario se divide en dos partes, la primera hace alusión a la frecuencia con la que el profesional ha sido objeto de algún tipo de agresión, (agresión física, amenazas, o insultos/injurias); definiendo en cada caso las conductas que implican cada uno de los tipos de agresión (Whinstanley y Whittington, 2004). Así, los profesionales debían puntuar la frecuencia de dichas agresiones mediante una escala tipo Likert de 5

puntos, donde 0 = “nunca”, 1 = “nunca, pero he sido testigo de otros compañeros”, 2 = “en una ocasión”, 3 = “entre 2 y 5 ocasiones” y 4 = “en más de 5 ocasiones”. Sólo en el caso que hubiera experimentado algún acontecimiento se les pedía que describieran brevemente aquel episodio que consideraran más grave, de lo contrario se daba por finalizado el cuestionario.

A continuación, en lo que corresponde a un segundo bloque del cuestionario y centrando la información con respecto al episodio considerado más grave, se les pedía que proporcionaran información relativa a la gravedad, cuándo tuvo lugar el episodio, día de la semana que ocurrió, momento del día y dónde ocurrió (e.g dentro de la consulta, en el domicilio del paciente, etc.). Con respecto al agresor se incluían preguntas referentes a las características del agente agresor, motivos de la agresión, medios utilizados para agredir (e.g. insultos, agarrar, empujar, mordedura, etc.), zona corporal afectada por la agresión, resultado de la agresión y, por último, si necesitó algún tipo de asistencia, baja laboral o envió parte de lesión al juzgado.

Seguidamente respondía a la Escala Global de Evaluación del Estrés Postraumático (EGEP) (Crespo y Gómez, 2012). La EGEP es un instrumento dirigido a evaluar la presencia de sintomatología postraumática y el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en adultos. Esta escala en su versión completa se compone de 64 ítems, agrupados en 3 secciones (evaluación de los acontecimientos traumáticos, presencia de sintomatología e intensidad de los mismos y alteraciones en el funcionamiento.) ligados a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002) y a la evaluación de los denominados síntomas clínicos subjetivos (SCS). En la sección 1: acontecimientos, se evalúa la experimentación del acontecimiento traumático y las emociones presentes durante el mismo. En la sección 2: Síntomas, consta de 4 subescalas que miden la presencia o no de distintos síntomas tras el trauma así como el

grado de molestia de los mismos; para ello, cuenta con una escala tipo Likert de 5 puntos (donde 0 indica “nada” molesto y 4 “extrema” molestia). Los síntomas recogidos en esta sección se agrupan de acuerdo a los criterios que evalúan: reexperimentación (R) (5 ítems, punto de corte 1); evitación y embotamiento afectivo (E) (7 ítems, punto de corte 3), hiperactivación (H) (5 ítems, punto de corte 2) y Síntomas Clínicos Subjetivos (SCS) (9 ítems, punto de corte 3), ésta última categoría no se valora como criterio diagnóstico. En la sección 3: Funcionamiento: se refiere en qué medida la sintomatología presente en la persona interfiere en el funcionamiento general (7 ítems, punto de corte 2).

La EGEP ha mostrado ser un instrumento con una alta fiabilidad, observándose coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0.70 en los datos referentes a la intensidad de los síntomas, de 0.90 cuando se refiere únicamente a la intensidad de los síntomas postraumáticos y de 0.92 cuando se añade la intensidad de los SCS. Asimismo, presenta una adecuada consistencia interna en relación a las escalas de sintomatología propia del TEPT, con valores de 0.73 para la reexperimentación, 0.71 en evitación y embotamiento afectivo y 0.59 en hiperactivación. En relación a su validez, se puede afirmar que los múltiples análisis llevados a cabo en el proceso de validación permiten concluir que la EGEP es un instrumento válido para detectar la sintomatología propia del TEPT (Crespo y Gómez, 2012).

Los índices de validez convergente encontrados también son satisfactorios, mostrando correlación positiva y significativamente y con otras medidas como la depresión y la ansiedad ($r=0.66$ y 0.68 con el BDI-II y el BAI .respectivamente).

En esta muestra los coeficientes de Alfa de Cronbach para las escalas de intensidad de los síntomas de reexperimentación fue de 0.80, evitación y embotamiento afectivo, 0.80; en hiperactivación 0.84 y síntomas clínicos subjetivos 0.81. En la escala

total de TEPT fue de 0.92 y de 0.93 cuando se añadió los SCS. En relación a los coeficientes de Kuder-Richardson para la presencia/ausencia de síntomas, la escala de reexperimentación obtuvo un 0.72, evitación y embotamiento afectivo 0.78, hiperactivación 0.70, SCS 0.74 y funcionamiento 0.83. La escala total 0.88 y con SCS 0.89.

3.3. Procedimiento

Una vez realizado el muestreo aleatorio estratificado, se diseñaron 31 rutas (13 en Madrid capital y 18 en el resto de la Comunidad de Madrid) para la realización de las evaluaciones que recorrían las distintas áreas geográficas de la Comunidad de Madrid. Las 31 rutas aparecen resumidas en la Tabla 4, especificando para cada una: 1) zona geográfica y 2) servicios evaluados.

Tabla 4. Rutas y servicios evaluados

<i>Ruta</i>	<i>Zona</i>	<i>Emergencias</i>	<i>Urgencias</i>
Ruta 1	Madrid Capital Centro y Oeste	UME-1	SUAP-4 TIPO-C SUAP-8 TIPO-C
Ruta 2	Madrid Capital Sur	VIR-1	SUAP-3 UAD-M-3
Ruta 3	Madrid Capital Este	UME-2	SUAP-6 TIPO-C SUAP-7 UAD-E-2
Ruta 4	Madrid Capital Noroeste	UME-3 VIR-9	UAD-M-16
Ruta 5	Madrid Capital Norte	UME-4	
Ruta 6	Madrid Capital Norte		SUAP-5 UAD-M-5
Ruta 7	Madrid Capital Centro	UME-5	
Ruta 8	Madrid Capital Sureste		SUAP-24
Ruta 9	Madrid Capital Sureste		SUAP-10 SUAP-12
Ruta 10	Madrid Capital Sureste	UME-6 VIR-12	
Ruta 11	Madrid Capital Suroeste	UME-8	SUAP-21

<i>Ruta</i>	<i>Zona</i>	<i>Emergencias</i>	<i>Urgencias</i>
Ruta 12	Madrid Capital Suroeste		SUAP-17 UAD-M-17
Ruta 13	Madrid Capital Norte y Oeste	VIR-10 VIR-11	
Ruta 14	Getafe	UME-7	SUAP-14 TIPO-C
Ruta 15	Alcalá de Henares	UME-9	SUAP-20 TIPO-C
Ruta 16	Coslada/ San Fernando	VIR-16	SUAP-43 UAD-M-28
Ruta 17	Alcorcón	UME-10	SUAP-15 TIPO-C
Ruta 18	Navalcarnero/Villanueva de la Cañada/ Brunete	VIR-4 VIR-16	UAD-E-7
Ruta 19	SS. de los Reyes	UME-12	SUAP-29
Ruta 20	Fuente El Saz	VIR-8	UAD-E-6
Ruta 21	Arganda/ Rivas Vaciamadrid	UME-13 VIR-13	SUAP-40 TIPO-C
Ruta 22	Perales de Tajuña/ Villarejo de Salvanés	VIR-5	UAD-M-31 UAD-E-5
Ruta 23	Colmenar/ Cerceda	UME-14 VIR-6	SUAP-44
Ruta 24	El Escorial/ Galapagar	UME-15	SUAP-47 UAD-M-38
Ruta 25	Las Rozas/ Villalba	UME-17	SUAP-30 TIPO-C
Ruta 26	Pozuelo de Alcorcón/ Majadahonda	VIR-15	SUAP-18 TIPO-C SUAP-46
Ruta 27	Aranjuez	UME-21	SUAP-39 TIPO-C
Ruta 28	Parla	UME-23	SUAP-27 TIPO-C
Ruta 29	Leganés/ Fortuna	UME-24	SUAP-42
Ruta 30	Moraleja de Enmedio/ Fuenlabrada	VIR-2	SUAP-25 TIPO-C UAD-E-8
Ruta 31	El Molar	UME-26	UAD-M-33 CUE

Para la evaluación de todos los profesionales que componían la muestra del estudio, se entrenó a 8 evaluadores externos, todos ellos con una buena preparación en Psicología ya que al menos eran estudiantes de último curso de Psicología, con la finalidad de que aplicasen los instrumentos de evaluación antes descritos.

A través del SUMMA 112 se envió un SMS y un correo electrónico a todos los profesionales informando sobre los objetivos y características del estudio, fecha de comienzo y la forma en que se llevaría a cabo la evaluación. Asimismo, el subdirector de enfermería de urgencias del SUMMA 112 se puso en contacto telefónico con los responsables y/o profesionales de los distintos servicios para solicitar su participación voluntaria en el estudio, así como para informar del día en que un evaluador externo iría al centro.

Los evaluadores fueron a cada servicio en el día indicado, y tras una breve entrevista de cribado para comprobar que los profesionales cumplían los criterios de inclusión, explicaban el objetivo del estudio y solicitaban, por escrito, su consentimiento informado garantizándoles en todo momento el anonimato. Acto seguido, entregaban y explicaban los cuestionarios, resolviendo las posibles dudas y acordando con ellos un momento en el mismo día laboral en el que recogerían las baterías.

Con el fin de llevar un control exhaustivo del proceso de evaluación y poder solventar cualquier duda que se pudiese plantear durante el mismo, los evaluadores en todo momento tenían la posibilidad de comunicarse vía telefónica con una supervisora. Así mismo, los lunes por la mañana dicha supervisora se ponía en contacto con los evaluadores para conocer las dificultades, número de profesionales evaluados y que faltaban por evaluar. Una vez realizada esa llamada, los evaluadores debían entregar las baterías y las hojas de control de ruta, con lo cual se realizaba una segunda supervisión.

3.3.1. *Análisis de datos*

Para conocer las variables sociodemográficas y laborales de la muestra, la frecuencia y naturaleza de las agresiones, variables situacionales y perfil del agresor se utilizaron estadísticos descriptivos y de frecuencias.

Para la comparación entre los distintos grupos, establecidos en función del tipo de servicio (urgencias vs. emergencias) y del tipo de profesional (médico vs. enfermera vs. TEM) se aplicaron pruebas de Chi-cuadrado para variables nominales. Para las variables cuantitativas, como paso previo a la realización de los análisis se comprobó si las variables se ajustaban a una distribución normal, mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov. Dado que ninguna de las variables consideradas se ajustó a la distribución normal se recurrió a la aplicación de técnicas no paramétricas, en concreto pruebas U de Mann-Whitney para las comparaciones entre dos grupos, y Kruskal-Wallis para las comparaciones entre tres grupos.

Para conocer el perfil de los profesionales agredidos y las consecuencias psicológicas de las agresiones se establecieron tres grupos en función de los tipos de agresión (ninguna, agresión verbal, agresión física y verbal) y se compararon las diferencias entre los tres grupos en variables sociodemográficas y laborales mediante pruebas de Chi-cuadrado para variables nominales. En el caso de las variables cuantitativas se comprobó si las variables consideradas se ajustaban a la normalidad mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov, y dado que ninguna de ellas se ajustó a la distribución normal se recurrió a la aplicación de la prueba de Kruskal-Wallis.

4. RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas y laborales de la muestra

Como se observa en la Tabla 5, predominan los hombres (64.6%), con una edad media de 45 años, casados o conviviendo en pareja (65.1%). Aproximadamente la mitad de ellos trabajan en servicios de emergencia y la otra mitad en servicios de urgencia, predominando los TEM, seguidos por médicos y personal de enfermería; la mayoría son fijos (84.5%), su experiencia profesional media es de 18 años y llevan un promedio de 11 años en el actual puesto laboral. Un tercio ha tenido una media de una baja laboral en el último año de aproximadamente un mes de duración.

Tabla 5. Características sociodemográficas y laborales del total de la muestra

	Total N=441
<i>Género %</i>	
Hombre	64.6
Mujer	35.6
<i>Edad Media (DT)</i>	
	44.46 (9.31)
<i>Estado civil %</i>	
Sin pareja	34.9
Casado/a o conviviendo en pareja	65.1
<i>Nivel de estudios %</i>	
Primarios/Eso	10.2
Formación Profesional/ Bachiller	23.4
Titulación Media	29.1
Titulación superior	37.3
<i>Tipo de servicio %</i>	
Emergencias	51.5
Urgencias	48.5
<i>Tipo de profesional %</i>	
TEM	40.6
Enfermera	20.8
Médico	30.6
<i>Situación laboral %</i>	
Fijo	84.5
Temporal	15.5
<i>Años en el puesto de trabajo M (DT)</i>	11.14 (8.24)
<i>Experiencia profesional M (DT)</i>	18.28 (8.40)
<i>Baja laboral en último año %</i>	
	35
<i>Número de bajas M (DT)</i>	1.34 (0.91)
<i>Días de baja M (DT)</i>	31.48 (60.91)

4.2. OBJETIVO 1: Frecuencia de los distintos tipos de violencia y análisis de las variables implicadas

4.2.1. Frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones

Como muestra la Figura 1, algo más de un tercio de los participantes (34.5%) han sido objeto de alguna agresión física por parte de pacientes o familiares/acompañantes durante su trabajo en el SUMMA 112, llegando en un 6.1% de los casos a haber sufrido agresiones físicas de manera continuada (i.e. en más de cinco ocasiones) (ver Tabla 6). Mucho más alto es el porcentaje de los que han sufrido amenazas, e insultos o injurias, que afectan a más de tres cuartos de los participantes (en concreto, un 75.3% para amenazas, y un 76.2% para insultos o injurias). Es de destacar además que en ambos casos de agresiones verbales, se encuentra una alta frecuencia de agresiones continuadas; así, un 35.8% de los participantes han sufrido amenazas de manera continuada (i.e. en más de cinco ocasiones), llegando a un 42.9% los que se han visto sometidos en más de cinco ocasiones a insultos o injurias.

A éstos habría que sumar los participantes que aun no habiendo sido víctimas directas de estas formas de violencia, sí que han sido testigos de la violencia ejercida sobre algún compañero, cifras que alcanzan el 15.2% para agresiones físicas, el 8.2% para amenazas, y el 7.5% para insultos o injurias.

En consecuencia, puede decirse que los porcentajes de los que no han vivido experiencias de violencia (ya sean directas o indirectas) alcanzarían a la mitad de los participantes en el caso de las agresiones físicas (50.3%), disminuyendo considerablemente para amenazas e insultos-injurias (16.6% y 16.3%, respectivamente), lo que parece indicar que sólo una minoría de los profesionales (en torno al 16%) no han tenido vivencias de agresiones verbales en el desempeño de su trabajo.

Tabla 6. Frecuencia de agresiones físicas, amenazas, e insultos-injurias (N=441)

	<i>Agresión física</i>	<i>Amenazas</i>	<i>Insultos o injurias</i>
Nunca	50.3%	16.6%	16.3%
Testigo	15.2%	8.2%	7.5%
1 vez	15.2%	9.8%	11.1%
2-5 veces	13.2%	29.7%	22.2%
> 5 veces	6.1%	35.8%	42.9%

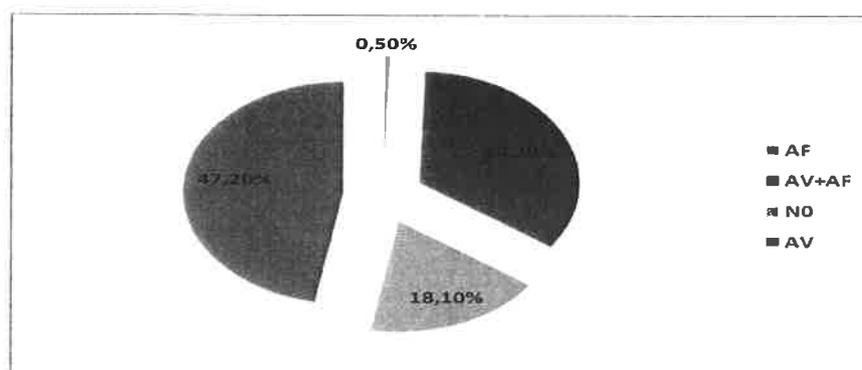
Si se consideran conjuntamente amenazas e insultos-injurias como dos variantes de agresiones verbales, que en muchos casos se dan de forma simultánea, los datos (véase Tabla 7) indican que asciende hasta un 81.6% los participantes que han sufrido directamente alguna agresión verbal (de una u otra forma) siendo casi la mitad de los casos continuadas (un 44.9% las han sufrido en más de cinco ocasiones). Además un 5.5% ha sido testigos en alguna ocasión de este tipo de agresiones, por lo que el porcentaje de participantes que no ha tenido ningún tipo de experiencia de agresión verbal es de tan solo un 12.9%.

Tabla 7. Frecuencia de agresiones físicas y verbales (N=441)

	<i>Agresión física</i>	<i>Agresión verbal</i>
Nunca	50.3%	12.9%
Testigo	15.2%	5.5%
1 vez	15.2%	11.7%
2-5 veces	13.2%	25%
> 5 veces	6.1%	44.9%

Tomando en conjunto los datos, y tal y como puede apreciarse en la Figura 1 un 18.1% de los participantes no habían sufrido directamente ningún tipo de agresión en el desempeño de su trabajo. La mayoría, un 47.2% habían sido víctimas de alguna agresión verbal (amenazas, insultos, injurias), mientras que un 34.2% habían sufrido tanto agresiones verbales como físicas. Fue minoritario el porcentaje de los que habían sufrido únicamente agresiones físicas (0.5% que se corresponde con dos sujetos de la muestra).

Figura 1. Porcentajes de participantes que han sufrido agresión verbal (AV), agresión física (AF), ambas (AV+AF) o ninguna (NO) (N=441).



Como puede observarse en la Tabla 8 la agresión implicó fundamentalmente amenazas verbales (87.5%), insultos y/o injurias (86.9%), comportamientos amenazantes (83.8%), coacciones (42,2%), agarrar/empujar (40.2%), agresiones al mobiliario (39.4%) y lanzar objetos (24%). En la mayor parte de los casos no hubo lesión resultante de la agresión y sólo un 11.2% enviaron un parte de lesión al juzgado.

Tabla 8. Naturaleza de la agresión, zonas corporales afectadas y resultados de la agresión

	Total N=441
<i>La agresión implicó</i>	
Insultos, injurias	86.9
Amenazas verbales	87.5
Comportamientos amenazantes	83.8
Coacciones	42.2
Retención contra su voluntad	16.8
Agresión al mobiliario	39.4
Agarrar/ empujar	40.2
Bofetada/ puñetazo	14.5
Patadas	16.8
Mordeduras	3.9
Tirón de pelo	4.2
Arañazos	8.7
Lanzar objetos	24.0
Intento de estrangulamiento	2.0
Empleo de arma blanca	10.6
Empleo de arma de fuego	4.5
Escupir	0.6
Otros	1.7
<i>Hubo lesión resultante de la agresión</i>	21.8

	<i>Total</i> N=441
<i>La agresión requirió</i>	
Asistencia médica	10.9
Tratamiento quirúrgico	1.1
Asistencia psicológica	2.5
Envió parte de lesión al juzgado	11.2
<i>Baja laboral debido a la agresión</i>	5.0
Días de baja laboral M (DT)	18.33 (23.58)

4.2.2. Perfil del agredido

La Tabla 9 muestra los resultados de aquellas variables sociodemográficas y laborales que resultaron significativas al comparar los profesionales que no habían recibido ninguna agresión vs. profesionales que habían recibido agresión física y verbal vs. profesionales que sólo habían recibido agresión verbal.

Tabla 9. Diferencias significativas en variables sociodemográficas y laborales en función del tipo de agresión

	<i>No agresión</i>	<i>Agresión verbal</i>	<i>Agresión física y verbal</i>	χ^2	<i>p</i>
<i>Edad</i>	46.44 (8.88)	44.99 (9.49)	42.73 (9.03)	9.86	0.007
<i>Tipo de servicio</i>					
Emergencias	15.9	41.9	42.3	12.68	0.002
Urgencias	20.6	53.3	26.2		

Como puede observarse los profesionales que trabajaban en los servicios de emergencias recibían más agresiones físicas que aquéllos que trabajaban en los servicios de urgencias. Asimismo, los profesionales más jóvenes recibían más agresiones físicas, mientras que los mayores no recibían ninguna agresión.

Por tanto, el profesional que recibía más agresiones físicas trabajaba en los servicios de emergencias y era más joven.

4.2.3. Variables situacionales

Preguntados por el episodio más grave que habían sufrido, el 74.6% indicaron que ocurrió hace más de un año, en casi la mitad del los casos (44.1%) no recordaban el día de la semana en qué sucedió pero sí el momento del día, aunque dominaba la noche (53.6%) era seguido de cerca por el día. En casi la mitad de los casos (46.9%) sucedió en el domicilio del paciente, seguido por la consulta (20.4%).

La Tabla 10 resume algunas de las variables situacionales que rodeaban al episodio más grave.

Tabla 10. Variables situacionales del episodio más grave

	Total N=441
<i>Gravedad %</i>	
Leve	12.0
Moderada	25.7
Grave	46.9
Extrema	15.4
<i>Cuando ocurrió %</i>	
Hace más de un año	74.6
Hace más de 3 meses pero menos de un año	15.1
Hace más de un año pero menos de 3 meses	6.4
En el último mes	3.9
<i>Día de la semana %</i>	
De Lunes a Viernes	30.2
Fin de semana	25.7
No lo recuerdo	44.1
<i>Momento del día %</i>	
Durante el día	41.6
Durante la noche	53.6
No lo recuerdo	4.7
<i>Lugar donde ocurrió %</i>	
En la consulta	20.4
En el mostrador de la entrada	11.5
En la sala de espera	7.8
En el domicilio del paciente	46.9
En el portal del domicilio del paciente	5.3
En la calle	10.9
En el coche o la ambulancia	2.0
En otro lugar	1.7

4.2.4. Perfil del agresor

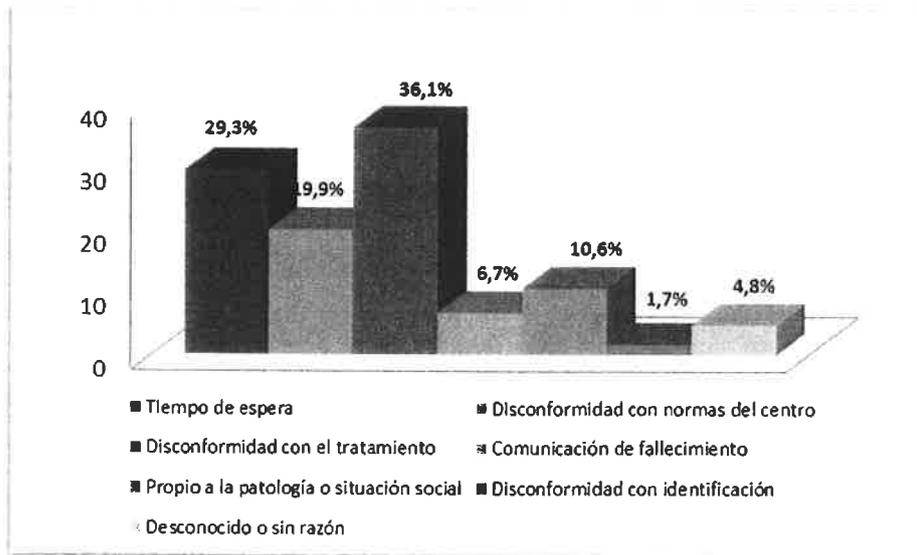
Tal y como muestra la Tabla 11, el agresor era una única persona (67%), varón (78.3%), de entre 30 a 50 años (53.3%), con una capacidad psíquica no alterada (55.2%), sólo en aproximadamente una tercera parte de los casos el agresor tenía alguna característica étnica o social específica (28%), y en el caso de existir alguna las dos terceras partes eran de etnia gitana.

Tabla 11. Características del agresor

	Total N=441
<i>Número de agresores %</i>	
Una persona	67.0
Varias personas	33.0
<i>Quién era el agresor %</i>	
Paciente	42.4
Familiar o acompañante	53.9
Ambos	33.7
<i>Sexo del agresor %</i>	
Hombre	78.3
Mujer	18.3
Ambos (en el caso de más de un agresor)	3.4
<i>Edad del agresor %</i>	
Menos de 18 años	2.3
Entre 18-30 años	30.2
Entre 30-50 años	53.3
Entre 50-70 años	9.5
Mayor de 70 años	0.6
<i>El agresor tenía alguna característica étnica o social %</i>	
<i>Características específicas del agresor (n=89) %</i>	
Gitano	73.0
Norteafricano	6.7
Africano	1.1
Latinoamericano	13.6
País del Este	3.4
Situación Marginal	2.3
<i>Capacidad psíquica del agresor %</i>	
No alterada	55.2
Alterada	21.3
Bajo efectos de alcohol o drogas	23.6

Como puede apreciarse en la Figura 2, los motivos principales de la agresión fueron la disconformidad con el tratamiento (36.1%) y el tiempo de espera (29.3%), y el menos frecuente la comunicación del fallecimiento del paciente (1.7%).

Figura 2. Motivos principales de las agresiones sufridas por los profesionales



4.3. OBJETIVO 2: Diferencias en función del tipo de servicio

Sólo se observaron diferencias significativas en la edad ($z=-7.073$, $p<0.001$) y los años de experiencia profesional ($z=-5.491$, $p<0.001$). Los profesionales que trabajan en los servicios de emergencias son más jóvenes y tienen menos años de experiencia profesional que los que trabajan en los servicios de urgencias.

4.3.1. Diferencias en frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones según el tipo de servicio

Se observaron diferencias significativas en las agresiones físicas entre los profesionales que trabajaban en los servicios de urgencias y emergencias ($\chi^2_1=14.144$, $p<0.001$). El 42.7% de los profesionales que trabajaban en los servicios de emergencia

han sufrido agresiones físicas, mientras que el porcentaje baja al 25.7% en el caso de los profesionales que trabajaban en los servicios de urgencia. La Tabla 12 recoge las agresiones físicas sufridas por los profesionales según el recurso al que pertenecen.

Tabla 12. Agresiones físicas sufridas por los profesionales según recurso al que pertenecen

	<i>Urgencias</i> n=214	<i>Emergencias</i> n=227
<i>Agresión física %</i>	25.7	42.7
<i>Frecuencia de agresión física %</i>		
Nunca	57.5	43.6
Testigo	16.8	13.7
En una ocasión	13.1	17.2
Entre 2 y 5 ocasiones	9.3	16.7
En más de 5 ocasiones	3.3	8.8

Sin embargo, no se observan diferencias significativas en violencia verbal (amenazas e insultos/injurias) en función del tipo de recurso en el que trabajaban.

Como puede observarse en la Tabla 13, en los servicios de emergencia la agresión implicó más comportamientos amenazantes (87.6%), conductas de agarrar/empujar (45.7%) y retenciones en contra de su voluntad (21%).

Tabla 13. Diferencias significativas en la naturaleza de las agresiones según el tipo de servicio

	<i>Urgencias</i> n=214	<i>Emergencias</i> n=227	χ^2	<i>p</i>
<i>La agresión implicó</i>				
Comportamientos amenazantes	79.7	87.6	4.195	0.045
Retención contra su voluntad	12.2	21.0	4.914	0.033
Agarrar/ empujar	34.3	45.7	4.827	0.031

4.3.2. *Diferencias en variables situaciones según el tipo de servicio*

La Tabla 14 muestra las variables situacionales del episodio más grave en las que se observaron diferencias significativas entre los profesionales que trabajaban en los servicios de urgencias y emergencias.

Tabla 14. Diferencias significativas en las variables situacionales del episodio más grave según el recurso al que pertenecen

	Urgencias n=214	Emergencias n=227	χ^2	p
<i>Día de la semana %</i>				
Lunes a Viernes	26.7	33.3	20.9	<0.001
Fin de semana	36.6	15.6		
No lo recuerdo	36.6	51.1		
<i>Momento del día %</i>				
Durante el día	29.7	52.7	23.31	<0.001
Durante la noche	66.9	41.4		
No lo recuerdo	3.5	5.9		
<i>Lugar %</i>				
En la consulta	35.5	6.5	46.34	<0.001
En el mostrador	21.5	2.2	33.03	<0.001
En la sala de espera	12.2	3.8	8.84	0.003
En el domicilio	31.4	61.3	32.07	<0.001
En la calle	4.1	17.2	15.88	<0.001

En los servicios de urgencias las agresiones se producían más los fines de semana o festivos (36.6%), y a los profesionales que trabajaban en los servicios de emergencia les costaba más trabajo recordar el día de la semana en que se producían (51.1%).

En los servicios de emergencia las agresiones tendían a producirse más por el día (52.7%), mientras que en los servicios de urgencia se producían más por la noche (66.9%).

En cuanto al lugar donde se producían las agresiones, en los servicios de emergencia las agresiones se producían más en el domicilio (61.3%) y en la calle (17.2%), mientras que en los servicios de urgencia tenían lugar con mayor frecuencia en la consulta (35.5%), en el mostrador de entrada (21.5%) y en la sala de espera (12.2%).

4.3.3. Diferencias en el perfil del agresor según el tipo de servicio

La Tabla 15 muestra las diferencias significativas en el perfil del agresor según el tipo de servicio en el que trabajaban.

Tabla 15. Diferencias significativas en el perfil del agresor según el tipo de servicio

	Urgencias n=214	Emergencias n=227	χ^2	P
<i>Número de agresores %</i>				
Una persona	75.0	59.7	9.49	0.002
Varias personas	25.0	40.3		
<i>Motivo principal %</i>				
Tiempo de espera	14.4	41.3	26.59	<0.001
Disconformidad con normas	30.2	10.3	22.06	<0.001
Patología o situación social	6.4	14.5	6.21	0.016
Causa desconocida o sin razón	8.4	1.3	12.68	<0.001

Respecto al número de agresores, en los servicios de urgencias era más frecuente que el agresor fuese una única persona (75%).

El motivo principal de la agresión en los servicios de emergencias tenía más que ver con el tiempo de espera (41.3%) y la propia patología o situación social (14.5%), mientras que en los servicios de urgencia era la disconformidad con las normas (30.2%) o sin ninguna razón aparente (10.5%).

4.4. OBJETIVO 3: Diferencias en función del tipo de profesional

En las características sociodemográficas y laborales se observaron diferencias significativas en el sexo ($\chi^2_2=93.276$, $p<0.001$), nivel de estudios ($\chi^2_6=620.605$, $p<0.001$), edad ($z=-4.600$, $p<0.001$) y experiencia profesional ($z=-4.493$, $p<0.001$).

La mayor parte de los TEM (89.9%) eran varones, mientras que en el personal de enfermería predominaban las mujeres (61.4%).

En cuanto al nivel de estudios, los resultados se correspondían con cada figura profesional, el 100% de los médicos tenía una titulación superior al menos de licenciado, el personal de enfermería tenía una titulación media de graduado o diplomado (85%) o superior (15%), mientras que existía una mayor variedad en el caso de los TEM, aunque predominaban aquéllos que tenían un nivel de formación

profesional o bachillerato (57.9%) seguidos por educación primaria o secundaria (25.3%).

Los profesionales más jóvenes eran las enfermeras (M=39.58) y los mayores eran los médicos (M= 49). También los médicos eran los que tenían más años de experiencia profesional frente a las enfermeras y los TEM.

4.4.1. Diferencias en la frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones según el tipo de profesional

No se observaron diferencias significativas en agresiones físicas ni verbales entre los distintos tipos de profesionales. A pesar de que en la Tabla 16 se observa un mayor porcentaje de enfermeras (82%) que habían recibido insultos o injurias las diferencias no llegaron a ser significativas. También los TEM mostraron porcentajes ligeramente superiores (36.3%) de agresiones físicas pero las diferencias tampoco fueron significativas.

Tabla 16. Resultados de las agresiones sufridas según el tipo de profesional

	TEM n=179	Enfermeras n=127	Médicos n=135
Agresión física %	36.3	33.9	32.6
Amenazas %	73.2	77.2	76.3
Insultos o injurias %	72.6	82.7	74.8

Tal y como muestra la Tabla 17, se observaron diferencias significativas en función del tipo de profesional en algunas de las conductas implicadas en la agresión, especialmente en la utilización de patadas y agresión al mobiliario donde los profesionales más afectados fueron las enfermeras (27.3% y 50%, respectivamente), también en conductas como agarrar/empujar donde los profesionales más afectados fueron las enfermeras (47.3%) y TEM (43.7%), y comportamientos amenazantes donde de nuevo los profesionales más afectados eran las enfermeras (90.9%).

Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en relación con las zonas corporales afectadas por la agresión entre los distintos tipos de profesionales.

Tabla 17. Diferencias significativas en la naturaleza de las agresiones según tipo de profesional

	TEM n=179	Enfermeras n=127	Médicos n=135	χ^2	p
<i>La agresión implicó %</i>	83.0	90.9	77.9	7.08	0.029
Comportamientos amenazantes	39.3	50.0	29.2	10.09	0.006
Agresión al mobiliario	43.7	47.3	29.2	8.66	0.013
Agarrar/ empujar	12.6	27.3	11.5	12.63	0.002
Patadas					

4.4.2. Diferencias en variables situacionales según el tipo de profesional

Como puede observarse en la Tabla 18, sólo se encontraron diferencias significativas en algunos de los lugares donde se produjo la agresión. En los centros, los profesionales más agredidos en la consulta eran los médicos (32.7%) y las enfermeras (28.2%) frente a tan sólo un 3.7% de los TEM; mientras que en el mostrador de entrada eran más agredidos los TEM (19.3%). En la atención a domicilio sólo se observaron diferencias significativas en el portal, donde los profesionales más agredidos eran los TEM (8.9%) y los menos agredidos los médicos (1.8%).

Tabla 18. Diferencias significativas en las variables situacionales según el tipo de profesional

	TEM n=179	Enfermeras n=127	Médicos n=135	χ^2	p
<i>Lugar %</i>					
Consulta	3.7	28.2	32.7	37.89	<0.001
Mostrador de entrada	19.3	7.3	6.2	13.08	0.001
Portal	8.9	4.5	1.8	6.38	0.041

4.4.3. Diferencias en el perfil del agresor según el tipo de profesional

Con respecto a las características del agresor, tal y como muestra la Tabla 19, solamente se observaron diferencias significativas en su capacidad psíquica. Si no estaba alterada las agresiones solían ir dirigidas al médico (63.1%), cuando estaba alterada, las agresiones se dirigían en mayor medida hacia el TEM (30.8%) y cuando estaba bajo los efectos del alcohol o drogas se dirigían hacia la enfermera (30.8%).

En relación al motivo de la agresión, sólo se observaron diferencias significativas entre los distintos profesionales cuando el motivo principal de la agresión era la disconformidad con el tratamiento, siendo éste el principal motivo en los médicos (49.6%) frente a los TEM (25.4%).

Tabla 19. Diferencias significativas en el perfil del agresor según el tipo de profesional

	TEM n=179	Enfermeras n=127	Médicos n=135	χ^2	p
<i>Capacidad psíquica del agresor %</i>					
No alterada	46.2	57.9	63.1	18.40	<0.001
Alterada	30.8	11.2	19.8		
Bajo efectos de alcohol o drogas	23.1	30.8	17.1		
<i>Motivo principal de la agresión %</i>					
Disconformidad con tratamiento	25.4	35.5	49.6	15.56	<0.001

4.5. OBJETIVO 4: Consecuencias psicológicas de las agresiones

Con el fin de poder evaluar las consecuencias psicológicas de las agresiones (en relación al síndrome de *burnout*, estado de salud mental y sintomatología postraumática) se establecieron tres grupos: aquellos profesionales que no habían recibido ningún tipo de agresión, profesionales que sólo habían recibido agresiones verbales y aquellos que habían recibido agresiones tanto físicas como verbales.

4.5.1. Síndrome de *burnout*

Se evaluó el síndrome de *burnout* en todos los participantes a través del *Maslach Burnout Inventory*, 437 participantes contestaron el cuestionario: 79 profesionales no

habían recibido ningún tipo de agresión, 208 sólo habían recibido agresiones verbales y 150 habían recibido agresiones tanto físicas como verbales.

Como puede observarse en la Tabla 20, prácticamente la totalidad de los profesionales que no habían recibido ningún tipo de agresión (93.7%), presentaban niveles bajos de *CE*, porcentajes que si bien seguían cubriendo a la mayoría iban reduciéndose en la medida en que se incrementaba el tipo de agresión (77.9% profesionales que habían recibido sólo agresiones verbales y 68% los que habían recibido agresión física y verbal). Mientras que en el grupo que no había recibido agresión sólo un 2.5% presentaban niveles altos de *CE*, estas cifras se elevaban al 17.3% en el grupo que había recibido agresión física y verbal, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a los niveles de *DP*, mientras que en el grupo de profesionales que no habían recibido ninguna agresión la mayoría (79.5%) presentaba niveles bajos de *DP*, este porcentaje bajaba hasta el 54.6% en el grupo que había recibido agresión física y verbal. De manera que mientras que el 7.7% de los profesionales que no habían recibido ningún tipo de agresión presentaban altos niveles de *DP*, esta cifra se incrementaba significativamente en los profesionales que habían sufrido algún tipo de agresión (14.1% cuando la agresión verbal era sólo verbal y 15.1% cuando además había agresión física).

Una buena parte de los profesionales presentaban niveles altos de *RP* (alrededor del 65%) y no se observaron diferencias significativas entre los distintos grupos.

Con respecto al cumplimiento de los criterios para que pudiera considerarse que existía síndrome de *burnout*, ningún profesional del grupo que no había sido agredido cumplía los criterios. Sólo cumplían dichos criterios un 1% de los profesionales que habían recibido sólo agresión verbal y un 2.7% de los que además habían recibido

agresión física, no observándose diferencias significativas entre los distintos grupos. Sin embargo, si se consideraba sólo el criterio de que presentaran altos niveles de *CE* y *DP*, los porcentajes subían al 2.4% y 6.7% respectivamente, observándose diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 20. Niveles de burnout según los tipos de agresión

	No agresión	Agresión verbal	Agresión física y verbal	χ^2	p
<i>CE %</i>					
Alto	2.5	5.8	17.3	28.68	<0.001
Medio	3.8	16.3	14.7		
Bajo	93.7	77.9	68.0		
<i>DP %</i>					
Alto	7.7	14.1	15.1	14.91	0.005
Medio	12.8	28.6	30.3		
Bajo	79.5	57.3	54.6		
<i>RP %</i>					
Alto	66.7	63.1	64.0	2.06	0.724
Medio	16.7	22.3	18.0		
Bajo	16.7	14.6	18.0		
<i>Burnout: CE+DP+RP %</i>					
	0	1.0	2.7	3.14	0.208
<i>Burnout: CE+DP %</i>					
	0	2.4	6.7	8.07	0.018

4.5.2. Estado de salud mental

Se evaluó el estado de salud mental en todos los participantes a través del *GHQ-28*. Contestaron el cuestionario 438 participantes: 78 profesionales no habían recibido ningún tipo de agresión, 208 sólo habían recibido agresiones verbales y 152 habían recibido agresiones tanto físicas como verbales.

Como puede observarse en la Tabla 21, prácticamente la totalidad de los profesionales no reunían los criterios para ser diagnosticados como casos clínicos en ninguna de las subescalas, con porcentajes superiores al 90%, a excepción de la subescala de *ansiedad* donde bajaba al 84.9%.

No se observaron diferencias significativas entre los distintos grupos en las subescalas de *disfunción social y depresión y síntomas somáticos*, aunque esta última quedaba al borde de la significación con sólo un 2.9% de los profesionales no agredidos cumpliendo los criterios frente al 8.6% de los que han recibido agresiones físicas y verbales.

Sin embargo, sí se observaron diferencias significativas en la subescala de *ansiedad*, sólo el 3.9% de los profesionales que no habían recibido agresiones reunían los criterios para ser diagnosticados como casos, mientras que este porcentaje subía al 15.1% en el caso de haber recibido agresión física y verbal.

Tabla 21. Niveles en las distintas subescalas del GHQ-28

	No agresión	Agresión verbal	Agresión física y verbal	χ^2	p
<i>Síntomas somáticos%</i>					
Caso	2.9	7.7	8.6	5.99	0.050
No caso	97.19	92.3	91.4		
<i>Ansiedad %</i>					
Caso	3.9	6.2	15.1	11.5	0.003
No caso	96.1	93.8	84.9		
<i>Disfunción Social %</i>					
Caso	1.3	1.4	4.6	4.17	0.124
No caso	98.7	98.6	95.4		
<i>Depresión %</i>					
Caso	0	0.5	1.3	1.56	0.458
No caso	100	99.5	98.7		

4.5.3. Sintomatología postraumática

Para aquellos profesionales que habían sufrido algún tipo de agresión, ya fuera verbal o física, se evaluó la sintomatología postraumática relacionada con dicha agresión. El número de participantes en los que se evaluaron estos síntomas fue 358.

- *Presencia e intensidad de los síntomas*

Respecto a la presencia de sintomatología postraumática, es de mencionar que para todos los grupos de síntomas existía un elevado porcentaje de participantes que

indicaban no haber tenido ninguno de ellos; en concreto, un 49.7% de los participantes no tuvieron ningún síntoma de reexperimentación, un 61% no mostraron síntoma alguno de evitación o embotamiento, y hasta un 71.9% no presentaron ningún síntoma de hiperactivación. Tomando en conjunto los 17 síntomas que forman parte de los criterios diagnósticos para el TEPT en el DSM-IV-TR (APA, 2002), aproximadamente la mitad de los participantes (50.3%) no presentaban ninguno de esos síntomas. Además un 76.1% de los sujetos no indicaban ningún área de funcionamiento afectada por la sintomatología. Algo similar sucedía con los Síntomas Clínicos Subjetivos un 66.1% de los participantes no presentaba ninguno de los síntomas que forman parte de este grupo.

En cuanto a la frecuencia de aparición de cada síntoma concreto, tal y como aparece reflejado en la Tabla 22, entre los *síntomas de reexperimentación* los más habituales fueron malestar psicológico (nerviosismo, inquietud,...) ante los estímulos que recuerdan el acontecimiento traumático y los recuerdos desagradables y repetitivos (imágenes o pensamientos) sobre el acontecimiento, los cuales aparecían en aproximadamente una cuarta parte de la muestra. No hubo correspondencia entre la frecuencia y la intensidad de los síntomas de reexperimentación, ya que los que alcanzaron una mayor intensidad fueron la activación fisiológica ante estímulos que rememoran el acontecimiento ($M=1.70$) y revivir el mismo ($M=1.63$), si bien todos los síntomas de este grupo tuvieron una intensidad similar y baja, oscilando entre 1.47 y 1.70, en un rango de puntuaciones de 0 a 4.

Con respecto a los *síntomas de evitación y embotamiento*, estuvieron presentes en un bajo porcentaje de los participantes, siendo el más frecuente la evitación de actividades, lugares o personas (13%), seguido de la evitación de pensamientos relacionados con el suceso (11%). En cuanto a su intensidad destacaron la percepción de

un futuro desolador (M=1.88), la evitación de actividades, lugares o personas que recuerden la agresión (M=1.79), y la sensación de desapego (M=1.77).

Algo similar sucedió con los *síntomas de hiperactivación*, los más frecuentes fueron la hipervigilancia y los problemas de sueño (17% y 15%; respectivamente). En este caso se encontró que los síntomas que se presentaban con mayor frecuencia eran también aquéllos que se vivían con más intensidad. Así, las medias más altas se daban para problemas de sueño (M=1.76), hipervigilancia (M=1.67) y respuesta de sobresalto (M=1.67).

En cuanto a los *síntomas clínicos subjetivos* postraumáticos, también fueron poco frecuentes, siendo el más habitual la percepción del mundo como un lugar peligroso (20%), seguido de sensación de irrealidad (12%). Es de resaltar, no obstante, que los síntomas que alcanzaron una mayor intensidad fueron de este grupo; de hecho, los únicos síntomas que superaron una intensidad promedio de 2 (en una escala 0-4) fueron la valoración negativa de sí mismo, y la culpa del superviviente, siendo también elevados los valores para desconfianza hacia los demás.

Aun más ocasionales fueron los *síntomas postraumáticos adicionales*, esto es, la realización de conductas de riesgo o la presencia constante de sentimientos negativos, ambos presentes en aproximadamente un 6% de los participantes, y con una intensidad entorno a 1.5 en una escala 0-4.

Tabla 22. Frecuencia de aparición e intensidad de cada síntoma postraumático (n=358)

	<i>Síntomas</i>	<i>Presencia</i>		<i>Intensidad</i>	
		(%)	(n)	M	(D.T)
<i>Reexperimentación</i>	Recuerdos	25.0	85	1.56	(0.79)
	Sueños recurrentes	3.7	12	1.50	(1.00)
	Revivir acontecimiento	15.2	52	1.63	(0.74)
	Malestar psicológico	26.0	85	1.47	(0.74)
	Activación fisiológica	5.9	20	1.70	(0.97)

	<i>Síntomas</i>	<i>Presencia</i>		<i>Intensidad</i>
		(%)	(n)	M (D.T)
<i>Evitación y embotamiento afectivo</i>	Evitación de Pensamientos	11.8	37	1.35 (0.97)
	Evitación de actividades, lugares o personas	13.0	39	1.79 (0.97)
	Amnesia sobre trauma	6.7	19	1.32 (0.74)
	Reducción del interés	4.5	16	1.50 (0.51)
	Sensación de desapego	3.9	13	1.77 (0.59)
	Embotamiento o dificultad para experimentar emociones	5.1	18	1.61 (0.85)
	Futuro desolador	4.5	16	1.88 (1.08)
<i>Hiperactivación</i>	Problemas de sueño	15.1	49	1.76 (0.80)
	Irritabilidad	12.0	38	1.53 (0.83)
	Falta de concentración	10.5	34	1.59 (0.70)
	Hipervigilancia	16.9	53	1.67 (0.92)
	Respuesta de sobresalto	9.3	30	1.67 (1.03)
<i>Síntomas Clínicos Subjetivos</i>	Culpa por lo que hizo o no hizo	10.4	35	1.46 (1.03)
	Culpa por haber sobrevivido	0.6	2	2.0 (1.41)
	Responsabilidad sobre el acontecimiento	3.4	10	1.50 (0.52)
	Desconfianza hacia los demás	11.2	38	1.84 (1.05)
	Mundo como un lugar peligroso	20.8	67	1.76 (0.83)
	Falta de contacto con lo que está sucediendo	9.8	34	1.38 (0.73)
	Sensación de irrealidad	12.1	40	1.40 (0.84)
	Sentirse fuera de su cuerpo	3.4	12	1.33 (0.88)
	Valoración negativa de si mismo	4.8	17	2.06 (1.02)
<i>Otros</i>	Conductas de riesgo	5.9	21	1.43 (0.67)
	Presencia de sentimientos negativos	5.9	22	1.68 (0.99)

Respecto a las *áreas de funcionamiento* afectadas por la experimentación de esta sintomatología postraumática, como puede verse en la Tabla 23, en general los porcentajes fueron también bajos, destacando el 14% de profesionales que consideró que la experimentación del suceso violento había afectado negativamente a su vida

laboral. El área que menos se vio afectada por los síntomas fue el consumo de alcohol o drogas, presente sólo en un 0.5% de los profesionales.

En conjunto estos datos indican que los profesionales del SUMMA 112 que han sufrido de forma directa algún tipo de agresión, ya sea física o verbal, presentan pocos síntomas traumáticos y poco intensos, siendo los más frecuentes los de reexperimentación, si bien los que aparecen con una mayor intensidad son los síntomas clínicos subjetivos. Además los datos muestran una baja afectación de las diversas áreas de funcionamiento de la persona como consecuencia de esos síntomas.

Tabla 23. Presencia de interferencia en diversas áreas de funcionamiento (n=358)

<i>Áreas de Funcionamiento Síntomas</i>	<i>Presencia (%)</i>
Consultas a médicos u otros profesionales	8.1
Prescripción de medicación mas de una vez por semana	8.6
Consumo de alcohol o drogas	0.5
Repercusión negativa en la vida laboral o académica	13.7
Repercusión negativa en las relaciones sociales	11.7
Repercusión negativa en las relaciones familiares o de pareja	10.7
Repercusión negativa en algún otro aspecto	11.1

- *Criterios diagnósticos del TEPT*

Al considerar la intensidad promedio de cada grupo de síntomas (véase Tabla 24), se observó que en general los síntomas postraumáticos de los participantes tenían una intensidad baja. De hecho, al aplicar los baremos de la prueba de referencia (EGEP) los datos respecto a la intensidad de los síntomas se situarían en el primer cuartil para los tres grupos sintomatológicos del TEPT: tanto reexperimentación, como evitación-embotamiento e hiperactivación se situarían en un percentil 5. La puntuación conjunta de los 17 síntomas que componen esos tres criterios se situaría entorno al percentil 4.

El número de áreas de funcionamiento alteradas por los síntomas fue también bajo, situándose en un percentil entre 5 y 10. Los síntomas postraumáticos que presentaron una mayor intensidad fueron los SCS, que se situaron entorno al percentil

10. No obstante cuando se consideró la puntuación total de los síntomas postraumáticos incluyendo los SCS el percentil resultó también muy bajo, situándose entorno al percentil 4.

Tabla 24. Intensidad de los grupos de síntomas postraumáticos (n=358)

<i>Variable (rango)</i>	M	DT	Pc
Reexperimentación (0-20)	1.13	2.303	5
Evitación y embotamiento emocional (0-28)	0.73	2.132	5
Hiperactivación (0-20)	0.93	2.334	5
Síntomas TEPT (0-68)	2.75	6.126	4
Áreas de funcionamiento afectadas (0-7)	0.64	1.431	10
Síntomas Clínicos Subjetivos – SCS (0-36)	1.19	2.334	10
Síntomas TEPT + SCS (0-104)	3.90	8.659	4

Los resultados fueron muy similares cuando se consideraron el número de síntomas que presentaban los participantes para cada uno de los grupos o criterios. Como puede observarse en la Tabla 25 los promedios para los distintos criterios diagnósticos del TEPT y SCS se situaron en todos los casos por debajo de 1.

El promedio de síntomas contestados afirmativamente por los participantes entre los 17 que se incluyen en los criterios diagnósticos del TEPT estuvo por debajo de 2, ascendiendo a 2.5 cuando se consideraron además los SCS. Hay que resaltar, no obstante, que en todos los casos la variabilidad era muy alta, tal y como reflejan los valores de DT.

Tabla 25. Número de síntomas para los distintos grupos de síntomas postraumáticos (n=358).

<i>Variable (rango)</i>	M	DT
Nº síntomas Reexperimentación (0-5)	0.76	1.20
Nº síntomas Evitación y embotamiento (0-7)	0.50	1.17
Nº síntomas Hiperactivación (0-5)	0.62	1.23
Áreas de funcionamiento afectadas (0-7)	0.64	1.43
Nº Síntomas TEPT (0-17)	1.82	3.02
Nº Síntomas Clínicos Subjetivos – SCS (0-9)	0.76	1.40
Nº Síntomas TEPT + SCS (0-26)	2.56	4.15

Por último, a continuación se muestra un análisis de los resultados obtenidos en cada uno de los criterios diagnósticos que forman parte del diagnóstico TEPT.

El primer criterio diagnóstico, criterio A, según la clasificación DSM recoge que la persona haya estado expuesta a un acontecimiento traumático que ha vivido con temor, desesperanza, o con horror intensos. Dado que el instrumento de evaluación del TEPT, la EGEP, solo se aplicó a aquellos participantes que habían sufrido algún tipo de agresión en su desempeño profesional, el 100% de los participantes manifestaron haber sufrido algún acontecimiento de este tipo. En cuanto a la vivencia de esas agresiones, los resultados mostraron que el 80.2% de los participantes lo vivieron al menos con una respuesta emocional de miedo, indefensión u horror-terror, cumpliendo por tanto el criterio A para el diagnóstico del TEPT. De forma más concreta, tal y como puede observarse en la Tabla 26, la respuesta de indefensión fue la más frecuente (64%) frente al 22% de quienes los vivieron con horror-terror.

El segundo, tercer y cuarto criterio diagnóstico, criterio B, C y D, según la clasificación DSM hacen referencia a la sintomatología traumática del TEPT. Según los datos (véase Tabla 27), más de un tercio de los participantes (38%) cumplieron el criterio B (reexperimentación), mientras que solo un 6% cumplió el criterio C (evitación y embotamiento emocional) y un 16% el criterio D (hiperactivación). Estos síntomas estuvieron presentes en la mayoría de los profesionales durante más de un mes, como pone de manifiesto el que un 89% de los participantes cumplieran el criterio E (duración de los síntomas).

El sexto y último criterio diagnóstico, criterio F, según la clasificación diagnóstica, hace referencia a si las alteraciones, sufridas tras el acontecimiento traumático, provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El análisis de este criterio, señaló que

sólo un 16 % de los profesionales superaron el punto de corte establecido para este criterio en la EGEP.

Finalmente, se analizó el porcentaje de profesionales que presentaron el diagnóstico de TEPT, en función del cumplimiento de la totalidad de los criterios diagnósticos, referidos para el TEPT en la clasificación diagnóstica DSM-IV-TR (APA, 2002). Así se encontró que sólo un 2.2% de los profesionales presentaban TEPT. En la mayoría de los casos (75%) la sintomatología traumática comenzó antes de los 6 primeros meses tras sufrir la agresión, por lo que se trataría de TEPT de inicio no demorado. Además en todos los casos el TEPT fue crónico, puesto que la duración de la sintomatología que refirieron fue superior a 3 meses.

Respecto a los SCS, aunque no figuran dentro de los criterios diagnósticos para el TEPT, dado que los baremos de prueba (EGEP) señalan un punto de corte, se estableció el porcentaje de participantes que superaban dicho punto, situándose entorno al 11%.

Tabla 26. Cumplimiento de criterios diagnósticos para el TEPT, diagnóstico TEPT y subespecificaciones diagnósticas, según EGEP (n=358).

<i>Criterio Diagnóstico</i>	n	%
<i>Criterio A (1 y 2)</i>	286	80.2
1. Vivencia, presencia o conocimiento de un acontecimiento traumático.	358	100
2. Vivencia emocional del acontecimiento		
Miedo	192	53.8
Indefensión	229	64.3
Horror-Terror	78	21.8
<i>Criterio B</i>		
• Reexperimentación	134	38.0
<i>Criterio C</i>		
• Evitación y embotamiento Afectivo	20	5.6
<i>Criterio D</i>		
• Hiperactivación	55	15.6
<i>Criterio E</i>		
• Duración (al menos 1 mes)	155	89.1
<i>Criterio F</i>		
• Funcionamiento	31	15.7
<i>Diagnóstico TEPT</i>		
• Cumplimiento del Criterio A, B, C, D, E y F	8	2.2

<i>Criterio Diagnóstico</i>	n	%
<i>Especificaciones del Diagnostico TEPT (n=8)</i>		
• Inicio:		
Demorado	2	25
No Demorado	6	75
• Desarrollo:		
Agudo	0	
Crónico	8	100
<i>Síntomas Clínicos Subjetivos (SCS)*</i>	40	11.3

* Nota: aunque los SCS no se incluyen en los criterios diagnósticos para el TEPT dado que la prueba ofrece punto de corte para estos síntomas se indica aquí el porcentaje de los que superan dicho punto de corte.

En definitiva, los datos indican que un 2.2% de los profesionales de urgencias y emergencias evaluados que habían sido víctimas de agresiones en su desempeño laboral desarrollaron un TEPT en relación con las mismas, siendo en todos los casos un trastorno con curso crónico y mayoritariamente de inicio no demorado. En todos los casos tanto el número de síntomas como la intensidad de los mismos fueron bajos. De hecho, todas las escalas y subescalas se sitúan en el primer cuartil, no superando en ningún caso el percentil 10. Es más, los síntomas provocan alteraciones de funcionamiento que también pueden considerarse bajas en relación con los baremos de la prueba de referencia (EGEP).

- *Presencia e intensidad de sintomatología postraumática y diagnóstico de TEPT en función del tipo de violencia.*

La comparación entre los distintos grupos de participantes, establecidos en función del tipo de agresión recibido; esto es, agresión física y verbal vs agresión verbal, puso de manifiesto que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en ninguna de las variables utilizadas para valorar la sintomatología postraumática de los participantes, ni en número de síntomas para cada criterio diagnóstico del TEPT, ni en intensidad de los síntomas de cada criterio. Igualmente (véase Tabla 27) el análisis de diferencias entre los dos grupos (agresión física y verbal

vs. agresión verbal) en referencia tanto al porcentaje de profesionales que cumplen cada criterio del TEPT como al diagnóstico propiamente no arrojó diferencias significativas. Así, en ambos grupos el criterio diagnóstico que cumplieron los participantes en mayor medida (más del 37%) fue el referido a reexperimentación. Los otros dos criterios diagnósticos estuvieron presentes en menor medida, especialmente el referido a evitación y embotamiento afectivo que no superó el 6% de cumplimiento.

También, el porcentaje de participantes que habían recibido un diagnóstico de TEPT fue similar tanto en el grupo que había recibido agresión física y verbal (1.8%) como en el grupo que sólo había recibido agresión verbal (2.6%).

Tabla 27. Comparación del porcentaje de profesionales que cumplen cada criterio del TEPT y diagnóstico, en función del tipo de violencia, según EGEP (n=358)

<i>Criterio Diagnóstico %</i>	<i>Agresión verbal</i>	<i>Agresión física y verbal</i>	χ^2	<i>p</i>
Criterio A (1 y 2)	82.2	77	.859	.354
Criterio B. Reexperimentación	38.5	37.3	.013	.910
Criterio C. Evitación y embotamiento afectivo	6.3	4.8	.135	.713
Criterio D. Hiperactivación	19.1	11.6	3.249	.071
Criterio E. Duración (al menos 1 mes)	89.1	89	.000	1.000
Criterio F. Funcionamiento	17.9	12.9	.549	.459
Diagnóstico TEPT.	2.6	1.8	.027	.869
Síntomas Clínicos Subjetivos (SCS)	2.6	10.8	.007	.931

5. DISCUSIÓN

Pocos estudios se han ocupado de evaluar las agresiones que sufren los profesionales sanitarios que trabajan en urgencias o emergencias extrahospitalarias y los que lo han hecho se han centrado en evaluar a los profesionales paramédicos probablemente por las diferencias en la organización de los sistemas sanitarios de urgencias, ya que en general en los países anglosajones prima el servicio de transporte de los pacientes hacia el sistema hospitalario mientras que en el modelo continental europeo (e.g. Francia, España y Alemania) se pone el foco en facilitar los servicios médicos hospitalarios in situ. Menos aún los que han estudiado los efectos psicológicos de estas agresiones, datos que facilitarían el desarrollo e programas de prevención e intervención al respecto.

El presente estudio es el primero en evaluar la frecuencia de las agresiones en urgencias y emergencias extrahospitalarias en España, y evalúa el mayor servicio de urgencias y emergencias extrahospitalarias de Europa y el segundo a nivel mundial, por tanto puede ser un buen indicador de la problemática existente en el sector.

El estudio cuenta con una muestra amplia (se ha evaluado a 441 profesionales, de servicios distribuidos por toda el área geográfica de la Comunidad de Madrid), pertenecientes a los distintos estamentos profesionales y a las distintas modalidades de servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias, con un muestreo aleatorio estratificado y un procedimiento riguroso.

Asimismo se se ha puesto especial cuidado en el procedimiento seguido para obtener esta información. Así, frente al procedimiento más tradicional de enviar los cuestionarios por correo o dejar que los depositen en una urna, los evaluadores se han desplazado a los distintos servicios para entregar y recoger los cuestionarios, y han contado con una supervisión directa para resolver posibles dudas al mismo tiempo que

se controlaba de forma personalizada en cada momento los cuestionarios entregados y recogidos.

5.1. Frecuencia y naturaleza de las agresiones

Los datos encontrados resultan preocupantes si se considera que algo más de un tercio de los participantes (34.5%) habían sido objeto de alguna agresión física por parte de pacientes o familiares/acompañantes a lo largo de su trabajo en el SUMMA-112. Sin embargo, estas cifras están dentro de las encontradas por la mayor parte de los estudios realizados en urgencias hospitalarias, que indican porcentajes del 20 al 40% (Abu Ali et al., 2009; Alameddine et al., 2011; Crilly et al., 2004; Esmailpour et al., 2011; Gacki-Smith et al., 2009; Kowalenko et al., 2005; Tang et al., 2007) y extrahospitalarias, que indican porcentajes ligeramente mayores, del 38 al 42% (Boyle et al., 2007; Petzäll et al., 2011). Como excepción es destacable el estudio de Skibeli Joa y Morken (2012) donde el porcentaje de agresiones físicas bajaba al 13%, probablemente porque el periodo de medida eran sólo los últimos doce meses. Dato que también se refleja en el estudio de Petzäll et al., (2011), donde el porcentaje de agresiones bajaba del 42% al 16% cuando el periodo de medida se restringía a los últimos doce meses.

Se observó un porcentaje significativamente mayor de profesionales que habían recibido agresiones físicas en los servicios de emergencias, esto puede ser debido a que estos profesionales realizan la atención a domicilio donde disponen de menores medidas de seguridad, que parecen reflejarse en una mayor probabilidad de recibir una agresión, como ya han señalado otros estudios (Gates et al., 2002; Grange y Corbett, 2002).

Mucho más alto fue el porcentaje de los que habían sufrido amenazas, e insultos o injurias, que afectaban a más de tres cuartos de los participantes (75.3% para

amenazas y 76.2% para insultos o injurias). La mayor variabilidad en los estudios revisados al respecto de las agresiones verbales puede venir dada por la variedad de definiciones empleadas. Si comparamos los resultados con los de otro estudio español (Gascón, Martínez-Jarreta, González-Andrade, Santed, Casalod y Rueda, 2009) en el que se utilizó el mismo instrumento de medida, los porcentajes aquí obtenidos son superiores tanto en violencia física como en violencia verbal, 34,5% frente al 11% y 76% frente al 64% respectivamente. También hay que tener en cuenta al señalar estas diferencias que en el estudio de Gascon et al. (2009) se evaluaron centros de atención primaria y hospitales, y dentro de estos últimos el departamento de urgencias que fue donde se encontraron más agresiones.

No se observaron diferencias entre los distintos tipos de servicios o tipo de profesional, todos recibían una tasa elevada de agresiones verbales que abarcaba a las tres cuartas partes de los profesionales.

Por otra parte, si se considera que algunos de los participantes aunque no fueron víctimas directas habían sido testigos de las agresiones sufridas por otros compañeros, los porcentajes de los que habían vivido experiencias de violencia (ya sean directas o indirectas) alcanzara a la mitad de los participantes en el caso de las agresiones físicas (49.7%) y a la mayor parte en el caso de las agresiones verbales (83.4%), coincidiendo también con otros estudios realizados en urgencias y emergencias extrahospitalarias (Boyle et al., 2009 y Koritsas et al., 2007).

En una amplia mayoría de los casos las agresiones implicaron violencia verbal de diversa índole, siendo las amenazas la conducta más frecuente (87.5%). Las agresiones físicas aún dándose en un porcentaje elevado de los participantes no fueron graves implicando fundamentalmente conductas como agarrar/empujar (40.2%), agresiones al mobiliario (39.4%) o lanzar objetos (24%), sin dar lugar en la mayor parte

de los casos (78.2%) a lesiones resultantes de la agresión. No obstante la utilización de armas apareció en un porcentaje preocupante (15.1%), especialmente las armas blancas (10.6%), encontrándose porcentajes similares e incluso superiores a otro estudio llevado a cabo en Estados Unidos (Duhart, 2001), donde se da por hecho que es más frecuente el uso de armas. A pesar de todo, el porcentaje es menor que en otro estudio más reciente de emergencias extrahospitalarias llevado a cabo en Noruega donde se habían utilizado armas blancas o de fuego en un 27% de los casos (Petzäll et al., 2011).

En los domicilios la gravedad en la naturaleza de las agresiones se incrementaba, e implicaban más comportamientos amenazantes, conductas de agarrar/empujar e incluso retenciones en contra de la voluntad de los profesionales. Las más afectadas por distintos tipos de agresiones (e.g. patadas, agresiones al mobiliario, agarrar/empujar y comportamientos amenazantes), era el personal de enfermería, probablemente por su mayor acercamiento físico al paciente por las técnicas de tratamiento utilizadas.

5.2. Perfil del agredido

El profesional que recibía en mayor medida agresiones físicas trabajaba en los servicios de emergencias y tenía una menor edad. Probablemente la variable fundamental sea trabajar en los servicios de emergencias, y el valor de la edad refleje simplemente que los profesionales que trabajan en estos servicios son más jóvenes. En otros estudios que también han señalado la edad como un factor de riesgo asociado a la probabilidad de experimentar incidentes violentos (Abu Ali et al., 2009; Ayranci, 2005; Belayachi et al., 2010; Kowalenko, et al., 2005; Tang et al., 2007), se ha asociado la menor edad al hecho de tener una menor experiencia profesional y ser mujer, variables que no han resultado significativas en el presente estudio.

No se han encontrado diferencias significativas en función del sexo. Los resultados de los estudios previos eran contradictorios al respecto, pues mientras que en unos los hombres eran más vulnerables a experimentar incidentes violentos (Anderson y Parish 2003; Camerino et al., 2003; Hegney et al., 2003; Miedema et al., 2009; Thomas et al., 2006), en otros lo eran las mujeres (Abu Ali et al., 2009; Ayranci, 2005; Ayranci et al., 2006; Belayachi et al., 2010; Esmaeilpour et al., 2005; Gacki-Smith et al., 2009; Kowalenko et al., 2005; Ness et al., 2000; Tang et al., 2007). Es muy probable que estas diferencias se deban a los distintos contextos donde se realizan los estudios, y el reparto no igualitario de profesionales de uno y otro sexo en cada contexto.

Tampoco se han encontrado diferencias significativas en relación con el tipo de profesional, al contrario de lo sucedido en otros estudios (Gerberich et al., 2005; Skibelli Joa y Morken, 2012; Wells y Bowers, 2002; Winstanley y Whittington, 2004) que apuntaban a una mayor incidencia de situaciones violentas en enfermería frente a otro tipo de profesionales. Probablemente aquí también influyen los contextos donde se realizan los estudios teniendo en cuenta que en el sistema de urgencias y emergencias extrahospitalario español las responsabilidades de los distintos profesionales varían con respecto a otros países.

5.3. Variables situacionales

La mayor parte de las agresiones habían tenido lugar hace más de un año (74.6%), considerando que la mayor parte de los estudios toman como periodo de medida los últimos doce meses esto hace pensar que en muchos casos se está perdiendo la información del episodio más grave, que por otra parte será probablemente el que más pese en los temores que el profesional pueda presentar en su relación con los pacientes y/o familiares, y en las consecuencias psicológicas que conllevan.

En los servicios de urgencias las agresiones se producían más los fines de semana o festivos y por la noche, mientras que en los servicios de emergencias se solían producir más por el día, aunque había un porcentaje mayor de profesionales que les costaba recordar el momento en qué se produjo la agresión. Los resultados probablemente están relacionados con los horarios de trabajo en cada servicio y reflejan éstos. En los servicios de emergencias trabajan las 24 horas del día, todos los días de la semana, por lo que también puede ser más difícil recordar específicamente cuando se produjo la agresión; mientras que en los servicios de urgencia trabajan los días de diario por la noche y los fines de semana 24 horas.

En aproximadamente la mitad de los casos la agresión tuvo lugar en el domicilio del paciente (46.9%). Estos resultados coinciden con los de otros estudios (Gates et al., 2002; Grange y Corbett, 2002) y señalan las menores medidas de seguridad disponibles para los profesionales en ese ámbito, así como una posible mayor sensación de impunidad o control por parte del usuario. Analizando la situación por tipo de servicio, los resultados reflejan el ámbito habitual de actuación, así las agresiones en los servicios de emergencias se producían de forma mayoritaria en el domicilio del paciente (61.3%), mientras que en los servicios de urgencia estaba más repartido entre la consulta (35.5%), el domicilio (31.4%) y el mostrador de entrada (21.5%). De acuerdo al estamento, los profesionales más agredidos en la consulta eran los médicos y el personal de enfermería, mientras que en el mostrador de entrada eran más agredidos los TEM, lo que también guarda relación con el lugar donde desempeña cada uno su trabajo. En el domicilio, donde el lugar de cada profesional está menos definido sólo se encontraron diferencias significativas en el portal donde el profesional más agredido era el TEM y el menos agredido era el médico.

5.4. Perfil de los agresores

En cuanto al número de agresores, lo más frecuente es que el agresor sea una única persona en los servicios de urgencia (75%), reduciéndose este porcentaje en los servicios de emergencia (59.7%), ya que en el domicilio del paciente resulta más fácil la implicación de otros agresores.

Los resultados referidos al género y la edad del agresor, varón de entorno a los 30-50 años, concuerdan con los resultados obtenidos en urgencias hospitalarias (Ashry, 2002; Gerberich et al., 2005; James et al., 2006; Kwok et al., 2006; Uzun, 2003) y otros ámbitos sanitarios (Gerberich et al., 2005; James et al., 2006).

No obstante se observaron diferencias en cuanto a la capacidad psíquica del agresor, los resultados del presente estudio indican que en poco más de la mitad de los casos el agresor no tenía su capacidad psíquica alterada (55.2%) y la otra mitad estaba cubierta a partes iguales entre los que sufrían algún trastorno psiquiátrico (21.3%) y los que estaban bajo efectos de alcohol o drogas (23.6%). Estos resultados contrastan con los resultados obtenidos en urgencias hospitalarias (Alameddine et al., 2011; Ayranci, 2005; Belayachi et al., 2010; Boz et al., 2006; Gacki-Smith et al., 2009; Gates, et al., 2006; Kowalenko et al., 2005; Tang et al., 2007) y extrahospitalarias (Petzáll et al., 2011; Skibelli Joa y Morken, 2012) así como en otros ámbitos sanitarios (Catlette, 2005; Chaplin et al., 2006; Gillispie, 2006; James et alough et al., 2003; Keely, 2003; Keough et al., 2003; Lin y Liu, 2005), en los que se señala que el agresor suele sufrir algún trastorno psiquiátrico o estar bajo el efecto de alcohol y drogas. Curiosamente los resultados apuntan que cuando la capacidad psíquica del agresor no estaba alterada las agresiones se dirigían hacia el médico (63.1%), cuando sufría algún trastorno psiquiátrico hacia el TEM (30.8%) y cuando estaba bajo el efecto del alcohol o las drogas hacia la enfermera (30.8%). Varias hipótesis pueden explicar estos resultados,

por una parte puede ser que el médico, como profesional, esté más dotado de habilidades para tratar con usuarios que presentan un estado mental alterado; por otra parte los TEM, tienen que ocuparse en muchas ocasiones de inmovilizar a estos pacientes para que se les pueda aplicar el tratamiento; y finalmente, las enfermeras tienen que lidiar más con pacientes bajo efectos de alcohol o drogas dado el protocolo de tratamiento a administrar.

Los motivos principales de la agresión fueron la disconformidad con el tratamiento (e.g. ser derivados a otros servicios o no recibir medicación) (36.1%) y los tiempos de espera (21.3%). Los estudios llevados a cabo en urgencias hospitalarias y extrahospitalarias suelen dar como motivo principal de la agresión sufrir algún trastorno psiquiátrico o estar bajo los efectos del alcohol o drogas, no obstante señalan que el precipitante de la agresión suele ser el tiempo de espera para ser atendidos (Alameddine et al., 2011; Ayranci, 2005; Belayachi et al., 2010; Boz et al., 2006; Gacki-Smith et al., 2009; Gates et al., 2006; Kowalenko et al., 2005; Tang et al., 2007). El hecho de que en este estudio aparezca como motivo principal la disconformidad con el tratamiento puede venir derivado de la propia naturaleza de los servicios, al tratarse de urgencias extrahospitalarias en las que en muchas ocasiones es necesario derivar al paciente al hospital, utilizando sus propios medios, cuando no se trata de una situación de emergencia. Si se atiende al tipo de servicio, el motivo principal de la agresión en emergencias fue el tiempo de espera, mientras que fueron más las normas del centro (e.g. prioridad en la atención al paciente según la gravedad, necesidad de volante o informe clínico para recibir determinadas asistencias) en los servicios de urgencia. Con respecto a la disconformidad con el tratamiento, que fue uno de los principales motivos de agresión su frecuencia fue significativamente mayor en médicos que en TEM, de acuerdo a la función que cada uno de estos profesionales tiene.

5.5. Consecuencias psicológicas de las agresiones

No se ha encontrado hasta la fecha ningún estudio que analice las consecuencias psicológicas de las agresiones en los profesionales que trabajan en urgencias y emergencias extrahospitalarias. La mayor parte de los estudios se han realizado con profesionales sanitarios que trabajan en distintos departamentos del hospital (Crabbe et al., 2002; Merecz et al., 2000; Rowe y Sherlock, 2005; Winstanley y Whittington, 2002) y aunque evalúan también el departamento de urgencias, en el análisis de las consecuencias psicológicas no se dan datos específicos referidos sólo a éstas.

5.5.1. Síndrome de burnout

Los resultados del estudio indican que los profesionales presentan niveles bajos en todas las subescalas del síndrome de burnout (CE, DP y RP), al contrario de lo que aparece en otros estudios (Crabbe et al., 2002; Merecz et al., 2000; Rowe y Sherlock, 2005; Winstanley y Whittington, 2002). Cabe considerar que los puntos de corte que se suelen utilizar en cada país son distintos, habitualmente con un punto de corte menor en los estudios americanos. De hecho la diferencia en los niveles normativos de corte, debidos a cuestiones socioculturales (Gil-Monte y Peiró Silla, 2000), es una de las principales dificultades para comparar los resultados en *burnout* en estudios realizados en distintos países. A pesar de todo, los datos obtenidos en relación al CE van en la línea de estos estudios, ya que los profesionales que se habían visto expuestos a violencia física y verbal presentaron en mayor medida un alto nivel de CE que los que no habían recibido ninguna agresión (17.3% vs 2.5%).

En relación a los niveles de DP y RP, no aparecieron diferencias significativas en función de haberse visto o no expuesto a agresión, o del tipo de violencia sufrido, lo que difiere de los resultados de estudios previos (Alameddine et al., 2011; Crabbe et al.,

2002; Rowe y Sherlock, 2005) que encuentran niveles mayores de DP y menores de RP en los profesionales que se han visto expuestos a violencia física y/o verbal.

Al analizar los niveles de *burnout*, se encontró diferencias significativas entre los profesionales que habían sufrido violencia física y verbal con respecto a los que no habían tenido ninguna agresión (6.7% vs ninguno), considerando el criterio de presentar CE y DP, pero no cuando se requería que tuvieran también una baja RP (en el que sólo un 2.7% reunía esta condición). Estos resultados coinciden con los del estudio español realizado en hospitales generales y centros de atención primaria (Gascón et al., 2012)

5.5.2. *Estado de salud mental*

En todas las subescalas del GHQ-28 la mayoría de los profesionales no reunían criterios para ser considerados como casos clínicos en ninguno de los grupos. Solo aparecieron diferencias significativas entre los distintos grupos en la subescala de ansiedad, donde los profesionales que habían sido objeto de violencia física y verbal cumplían en mayor medida los criterios para ser considerados casos clínicos que los que no habían sufrido ninguna agresión (15.1% vs 3.9%), quedando en un punto medio entre ambos los profesionales que habían sufrido sólo violencia verbal (6.2%). Los resultados son acordes a los de otros estudios que han utilizado el GHQ-28 como instrumento de medida en relación a la subescala de ansiedad, en los que también se han observado relaciones significativas entre la exposición a acontecimientos violentos y mayores puntuaciones en esta subescala (Lam, 2002; Merecz et al., 2009). Aunque algunos estudios indican que la violencia verbal produce mayores secuelas psicológicas, los resultados del presente estudio apuntarían a una mayor repercusión de la violencia física, aunque está también viene acompañada de violencia verbal (El-Gilany et al., 2010; Gerberich et al., 2005; May y Grubbs, 2002; Nachreiner et al., 2007).

Las diferencias en la subescala de síntomas somáticos, aunque no fueron significativas quedaron al borde de la significación, siendo en este caso mucho más corta la distancia entre los profesionales que habían recibido sólo agresión verbal (7.7%) o agresión física y verbal (8.6%). Por el contrario no se observaron diferencias significativas en disfunción social ni en depresión, al contrario de lo que aparece en otros estudios (Lam, 2002; Merez et al., 2009), aunque coincidiendo con el resultado obtenido en otro estudio español (Martínez-Jarreta et al., 2007).

5.5.3. *Sintomatología postraumática*

El análisis de la sintomatología postraumática relacionada con algún tipo de agresión, ya fuera verbal o física, que habían sufrido los profesionales del SUMMA 112, ha puesto de manifiesto tal y como refieren otros estudios (Bonner y McLaughlin, 2007; Gerberich et al., 2005; Ritzcher y Berger, 2006) que la exposición a agresiones está relacionada con la presencia de sintomatología postraumática. Así, se ha encontrado que entorno al 50% de los profesionales han experimentado síntomas relacionados con reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación.

Si bien es cierto que los resultados encontrados van en la línea de los obtenidos en otros estudios cabe destacar que se han encontrado algunas diferencias en relación a los porcentajes referidos tanto a sintomatología postraumática como al diagnóstico propiamente de TEPT. De este modo, en este estudio los síntomas que se presentan con más frecuencia son los referidos a reexperimentación mientras que en otros estudios son más frecuentes los síntomas referidos a evitación e hiperactivación (AbuAlRub y Al-Asmar, 2011; Ritzcher y Berger, 2006). Igualmente, existen discrepancias entre los porcentajes de participantes con diagnóstico de TEPT, siendo notablemente inferiores

los porcentajes que ha arrojado este estudio, el 2.2% de los profesionales expuestos a una agresión, frente a porcentajes del 17% señalados por Ritchen y Berger (2006).

Es posible que estas discrepancias estén relacionadas, por un lado, con los diferentes instrumentos de evaluación del TEPT empleados en cada estudio referido, pues sus diferentes características (e.g. formato de aplicación) dificultan su comparación. Por otro, con el momento de evaluación, que puede ser determinante para establecer los porcentajes tanto de sintomatología postraumática como de TEPT. Así diferentes estudios (Ritchen y Berger, 2006; Vázquez, 2005) han encontrado que la sintomatología postraumática pueden presentar transitoriedad, llegando en ocasiones las tasas de prevalencia del TEPT a verse reducidas a la mitad en tan sólo 6 meses.

Los resultados sobre la presencia de sintomatología postraumática y diagnóstico de TEPT en función del tipo de violencia (física y verbal VS verbal), señalan la ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos, confirmando lo que otros autores (Amor y Bohórquez, 2006; Gómez y Crespo, 2012) han encontrado, que las consecuencias psicológicas de la violencia física no son necesariamente más perniciosas que las consecuencias tras otro tipo de violencia (psicológica o verbal).

Además, es posible que las consecuencias psicológicas tras la exposición a la violencia referida por los participantes estén mediadas, por un lado, por el valor subjetivo que cada persona hace sobre ese acontecimiento y sus implicaciones, más que por las características propias de éste. Por otro lado, por las consideraciones que el personal sanitario hace en ocasiones, enmarcando esta exposición a violencia como parte de su realidad laboral, llegando incluso a no comunicar estas situaciones al personal responsable de la institución (Gerberich et al., 2005).

6. CONCLUSIONES

Del estudio realizado sobre las agresiones que sufren los profesionales asistenciales de los servicios de urgencias y emergencias del SUMMA-112 de la Comunidad de Madrid se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Tres cuartas partes de los profesionales han recibido agresiones verbales (en forma de insultos y/o amenazas) durante el tiempo que han trabajado en el SUMMA-112, y un tercio de ellos han recibido además agresiones físicas. Si se considera que algunos profesionales, aunque no han sido víctimas directas sí han sido testigos de las agresiones de sus compañeros la cifra de los que han vivido experiencias de agresiones físicas sube a la mitad (49.7%).
- En la mayor parte de los casos las agresiones físicas no son graves, no dando lugar a lesiones e implicando conductas como agarrar/empujar, agresiones al mobiliario o lanzar objetos. No obstante hay un porcentaje importante de utilización de armas (15.1%), especialmente blancas (10.6%).
- El perfil del agresor coincide con un varón, de entre 30-50 años, siendo en la mitad de los casos una persona que no tiene su capacidad psíquica alterada. Cuando la capacidad psíquica del agresor no está alterada el agredido suele ser el médico, cuando sufre algún trastorno psiquiátrico el TEM y cuando está bajo el efecto del alcohol o las drogas la enfermera.
- El motivo principal que provoca la agresión es la disconformidad con el tratamiento, y en segundo lugar el tiempo de espera.
- Las variable situacional más relevante parece ser el lugar dónde se produce la agresión, que suele ser con mayor frecuencia el domicilio del paciente.

- Los profesionales más agredidos físicamente son que trabajan en los servicios de emergencia extrahospitalaria (UME y VIR), que son los que más frecuentemente acuden a los domicilios de los pacientes.
- La gravedad de las agresiones aumenta en los domicilios: el agresor suele ser más de una persona y hay mayores porcentajes de comportamientos amenazantes y retenciones en contra de la voluntad de los profesionales. Las enfermeras son las más afectadas por las distintas conductas agresivas en los domicilios y los TEM en el portal. Además en los servicios de emergencia hay un mayor porcentaje de agresiones relacionadas con los tiempos de espera.
- En cuanto a las agresiones en los centros, el agresor suele ser una única persona, el mostrador de entrada es el lugar donde suele ser agredido el TEM, y la consulta donde se producen las agresiones contra la enfermera o el médico, siendo el principal motivo de agresión la no conformidad con las normas del centro.
- No hay diferencias entre los distintos servicios ni entre los profesionales en las agresiones verbales sufridas, las cifras son igualmente elevadas en todos los casos.
- Los profesionales que han sufrido violencia física y verbal presentan más ansiedad, CE y mayores niveles de *burnout* que aquellos que no han sufrido ninguna agresión.
- Sólo un bajo porcentaje de los profesionales que han sufrido alguna agresión presentan diagnóstico de TEPT, sin diferencias con respecto a si la violencia ha sido física y/o verbal. A pesar de ello la sintomatología postraumática interfiere en diferentes áreas de su vida, especialmente en el ámbito laboral.

A partir de los resultados obtenidos se proponen varias líneas de actuación:

1. Dado que la mayor parte de las agresiones vienen por personas (pacientes o familiares/acompañantes) que no tienen su capacidad psíquica alterada se propone realizar una campaña de sensibilización dirigida a la población general con el fin de que tomen conciencia de la labor de estos profesionales y su función: una actuación dirigida a ayudarles en un momento complicado y que requiere la colaboración de los usuarios para resolver la situación de forma adecuada, ya que de otra forma se retrasa y entorpece la solución.

2. Es necesaria una actuación de tipo institucional u organizacional encaminada a resolver algunas cuestiones que han quedado patentes:
 - La importancia y urgencia de tomar medidas que mejoren la seguridad de los profesionales que realizan la atención a domicilio.
 - La conveniencia de revisar las medidas de seguridad disponibles en los centros en las consultas y en el mostrador de entrada.
 - La importancia, en la atención a domicilio, de hacer un análisis y reducir en la medida de lo posible los tiempos de espera, ya que este es uno de los motivos principales de conflicto con los usuarios.

3. Es muy importante entrenar a los profesionales en el manejo de situaciones conflictivas, de manera que aunque surja el conflicto pueda resolverse sin que desemboque en una agresión, o al menos minimizar las posibilidades de que esto ocurra y reducir sus consecuencias.
 - El motivo principal de las agresiones suele ser la disconformidad con el tratamiento, por tanto sería importante dotar a los profesionales de habilidades de comunicación, persuasión y negociación que ayuden a mejorar la relación

con pacientes y familiares/acompañantes. Este entrenamiento debería tener en consideración algunas diferencias en función del estamento profesional al que pertenece y el tipo de servicio en el que trabaja el profesional (emergencias y urgencias).

- En cuanto al estamento profesional parece haber diferencias en el perfil del agresor en función de su estado mental, mientras que en el caso de los médicos el agresor no suele tener su capacidad psíquica alterada, en el caso de las enfermeras el agresor está en un mayor porcentaje de los casos bajo el efecto del alcohol o las drogas y en el caso de los TEM reciben un mayor porcentaje de agresiones por parte de personas con problemas mentales. Por tanto se debería incidir también en recursos para tratar con situaciones de este tipo, y en el caso de los TEM, por la función que desempeñan dentro del equipo, podría ser conveniente dotarles de habilidades de defensa personal.
- En lo referente al servicio en el que trabaja, debería priorizarse la realización de una formación especializada para los servicios de emergencia ya que son los profesionales más afectados por las agresiones físicas y tendría que incluir no sólo el aprendizaje de las habilidades de comunicación sino la puesta en marcha de medidas preventivas de seguridad en la atención a domicilio.

4. Finalmente, la existencia de consecuencias psicológicas adversas producto de las agresiones físicas, relacionadas fundamentalmente con problemas de ansiedad pone de manifiesto que hay que ofrecer una atención psicológica a aquellos profesionales que han recibido alguna agresión de tipo físico. Como ya han reflejado otros estudios, cuando existe un nivel elevado de ansiedad en los profesionales se hace más probable que aparezca una agresión, probablemente por la forma en que se

aborda el conflicto. Por otra parte, a pesar del bajo porcentaje de participantes que presentan diagnóstico de TEPT parece conveniente prestar atención a los resultados que refieren una relación entre sintomatología postraumática y exposición a violencia, ya sea física y verbal o únicamente verbal. Especialmente porque los resultados refieren que, sin llegar a presentar un diagnóstico de TEPT, la sintomatología postraumática que han sufrido los participantes interfiere en diferentes áreas del funcionamiento (e.g. familia, relaciones sociales, consultas a médicos y otros profesionales...), siendo la vida laboral la que los participantes entienden como más afectada por la sintomatología postraumática. Por ello, sería conveniente elaborar medidas oportunas para ofrecer a los profesionales expuestos a esta violencia, de tal manera que la evolución y el manejo de esta sintomatología postraumática interfiera lo menos posible en su funcionamiento y evolucione de la forma más saludable posible.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu Ali, N., Sánchez Díaz, R., y Rivera Corrales, A. (2009). La violencia contra los profesionales de enfermería en los servicios de urgencias: Estudio en los hospitales de Palestina. *SEEUE*. Set-Oct. Recuperado de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2009/pagina3.html>
- AbuAlRub, R. F., y Al-Asmar, A. H. (2011). Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(2), 157-65.
- Alameddine, M., Kazzi, A., El-Jardali, F., Dimassi, H., y Maalouf, S. (2011). Occupational violence at Lebanese emergency departments: prevalence, characteristics and associated factors. *Journal of Occupational Health*, 53(6), 455-64.
- Amor, P. J., Bohórquez, I. A. (2006). Mujeres víctimas de maltrato doméstico. En Curso: los procesos de victimización y su abordaje en medios no especializados (2ª Ed.). Junio 2006. Recuperado de <http://www.institutodevictimologia.com/Noticias14e.pdf>.
- Anderson, C., y Parish, M. (2003). Report of workplace violence by Hispanic nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(3), 237-243.
- American Psychological Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Ashry GH. (2002). Work-Related assaults on nursing staff in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Family Community Medicine*, 9, 51-56.
- Atawneh, F. A., Zahid, M. A., Al-Sahlawi, K. S., Shahid, A. A., y Al-Farah, M. H. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal of Nursing*, 12, 102-107.
- Ayranci U. (2005). Violence towards healthcare workers in emergency departments in West Turkey. *Journal of Emergency Medicine*, 28, 361-365.
- Ayranci, U., Yenilmez, C., Balci, Y., y Kaptanoglu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 276-296.
- Belayachi, J., Berrechid, K., Amlaiky, F., Zekraoui, A., y Abouqal, R. (2010). Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 5, 27-37.
- Bernaldo de Quirós, M., y Labrador, F. J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 7, 323-335.
- Bonner, G., y McLaughlin, S. (2007). The psychological impact of aggression on nursing staff. *British Journal of Nursing*, 16 (13), 810-814.
- Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J., y Stanley, J. (2007). A pilot study of workplace violence towards paramedics *Journal of Emergency Medicine*, 24, 760-763.
- Boz, B., Acar, K., Ergin, A., Erdur, B., Kurtulus, A., Turkcu, I., y Ergin, N. (2006). Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Advance in Therapy*, 23, 364-369.
- Buckley, P., Cookson, H., y Packham, C. (2012). Violence at work: Findings from the 2010/11 British Crime Survey. Recuperado de www.londoncouncils.gov.uk

- Camerino, D., Estryn-Behar, M., Conway, P. M., van Der Heijden, B. I., y Hasselhorn, H. M. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 35–50.
- Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing*, 31(6), 519–525.
- Chaplin, R., McGeorge, M., y Lelliott, P. (2006). The national audit of violence: In-patient care for adults of working age. *Psychiatric Bulletin*, 30, 444–446.
- Chappell, D., y Di Martino, V. (2000). *Violence at Work*. (2ª Ed.). Geneva: International Labour Office.
- Cooper, C., y Swanson, N. (2002). *Workplace violence in the health sector – State of the Art Geneva*: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector.
- Cortina, L., Magley, V., Williams, J., y Langhout, R. (2001). Incivility in the workplace: Incidence and Impact. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 64-80.
- Crabbe, J., Alexander, D. A., Klein, S., y Sinclair, J. P. (2002). Dealing with violent and aggressive patients: at what cost to nurses? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 19, 121-124.
- Crespo, M., y Gómez, M. M. (2012). *Evaluación Global del Estrés Postraumático EGEP*. Madrid: TEA Ediciones.
- Crilly, J., Chaboyer, W., y Creedy, D. (2004) Violence toward emergency department nurses by patients. *Accidental Emergency Nursing*, 12, 67–73.
- Di Martino, V. (2002). *Workplace Violence in the Health Sector - Country Case Studies. Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian Study: Synthesis Report*; Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health.
- Duhart, D. T. (2001). *Violence in the workplace, 1993-99* (No. December 2001, NCJ 190076). Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs. Recuperado de <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/vw99.pdf>
- El-Gilany, A. H., El-Wehady, A., y Amr, M. (2010). Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*. 25(4), 716-734.
- Erickson, L., Williams-Evans, S. A., y Tenn, M. (2000). Attitude of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing*. 26, 210–215.
- Esmailpour, M., Salsali, M., y Ahmadi, F. (2011). Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *International Nursing Review*, 58, 130-137.
- Farrell, G. (1999). Aggression in clinical settings: nurse's views – a follow up study. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 26–33.
- Farrell, G. A., Bobrowski, C., y Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing* 55(6), 778–787.
- Ferrando, J., y Pérez, J. (1996). Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del Maslach Burnout Inventory (MBI). *Revista Psiquiátrica de la Facultat de Medicina de Barcelona*, 23, 11-18.
- Findorff, M., McGovern, P., Wall, M., Gerberich, S. G., Alexander, B. (2004). Risk factors for work-related violence in a health care organization. *Injury Prevention*, 10(5), 296-302.

- Findorff, M. J., McGovern, P., Wall, M. M., y Gerberich, S. (2005). Reporting violence to a health care employer: A cross-sectional study. *AAOHN J*, 53(9), 399–406.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-166.
- Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Hoymeyer, C., Robinson, L., y MacLean, S. L. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration*, 39(7-8), 340-349.
- Gascón, S., Leiter, M. P., Pereira, J. P., Cunha, M. J., Albesa, A., Montero-Marín, J., y García-Campayo, J. (2012). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*. Publicado en línea el 16 de Setiembre: doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x
- Gascón, S., Martínez-Jarreta, B., González-Andrade, J. F., Santed, M. A., Casalod, Y., y Rueda, M. A. (2009). Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *International Journal of Occupational Environmental Health*, 15, 30-36.
- Gates, D., Fitzwater, E., y Succop, P. (2003). Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 775–793.
- Gates, D., Fitzwater, E., Telintelo, S., Succop, P., y Sommers, M. S. (2002). Preventing assaults by nursing home residents: Nursing assistants' knowledge and confidence—a pilot study. *JAMA*, 3(6), 366–370.
- Gates, D., Ross, C., y McQueen, L. (2006) Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine*, 31(3), 331-337.
- Gerberich, S. G.; Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., ... Jurek, A. (2005). Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology*, 16(5), 704-709.
- Gillespie, G. (2008). Consequences of violence exposures by emergency nurses. *Journal of Aggression Maltreatment Trauma*, 16(4), 409- 418.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró Silla, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16(2), 135–49.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte P. R., y Peiró, J. M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 12(1), 67-80.
- Gil-Monte, R., y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Goldberg, D. P., y Hillier, V. F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of Psychiatric Illness by Questionnaire* Maudsley Monograph No. 21. Oxford: Oxford University Press.

- Gómez, M. M., y Crespo, M. (2012). Sintomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos. *Acción Psicológica*, 9, 71-86.
- Grange, J. T., y Corbett, S. W. (2002). Violence against EMS personnel. *Prehospital Emergency Care*, 6, 86-190.
- Grau, A., Suñer, R., y García, M. M. (2005). Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 463-470.
- Halbesleben, J. R., y Buckley, M. R. (2004) Burnout in Organizational Life. *Journal of Management*, 30, 859-879.
- Hegney, D., Plank, A., y Parker, V. (2003). Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: A self-reported study. *International Journal of Nursing Practice*, 9(4), 261-268.
- Hernández, M., Fernández, C., Ramos, F., y Contador, I. (2006). El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 6, 599-611.
- Hogh, A., Engstrom Henriksson, M. y, Burr, H. (2005). A 5 year follow-up study of aggression at work and psychological health. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(4), 256-265.
- ILO/ICN/WHO/PSI (2003). *Workplace Violence in the Health Sector: Country Case Study – Questionnaire*, Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector: Geneva. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf
- James, A., Madeley, R., y Dove, A. (2006). Violence and aggression in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 23(6), 431-434.
- Jonker, E., Goossens, P. J., Steenhuis, I. H., y Oud, N. E. (2008). Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 15(6), 492-499.
- Keely, B. R. (2001). Recognition and prevention of hospital violence. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21(6), 236-241.
- Keough, V. A., Schlomer, R. S., y Bollenberg, B. W. (2003). Serendipitous findings from an Illinois ED nursing educational survey reflect a crisis in emergency nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 29, 17-22.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., y Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, 57, 656-660.
- Kokkinos, C. M. (2006) Factor structure and psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory Educators Survey among elementary and secondary school teacher in Cyprus. *Stress Health*, 22, 25-33.
- Koritsas, S., Boyle, M., y Coles, J. (2009). Factors associated with workplace violence in paramedics. *Prehospital Disaster Medicine*, 24, 417-421.
- Kowalenko, T., Walters, B. L., Khare, R. K., y Compton, S. (2005). Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Annals of Emergency Medicine*, 46, 142-147.

- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., y Lozano R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: OMS.
- Kwok, R. P., Law, Y. K., Li, K. E., Ng, Y. C., Cheung, M. H., Fung VK., ... Leung, WC. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12, 6-9.
- Lam, L. T. (2002). Aggression exposure and mental health among nurses. *Advances in Mental Health*, 1, 1-12.
- Lawoko, S., Soares, J. F, y Nolan, P. (2004). Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work Stress*, 18, 39-55.
- Lin, Y. H., y Liu, H. E. (2005). The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 773-778.
- Lobo, A., Pérez-Echevarría, M. J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Lomeña Villalobos, J., Martínez-Pascual, C., Negrillo Villalón, M., Naranjo De la Cruz, A. (1991). Malestar psíquico en profesionales de la salud: una aproximación a su estudio. *Atención Primaria*, 8, 549-52.
- Lozano, M., Cañadas, G., Martín, M., Pedrosa, I., Cañadas, G., Suárez, J., ... De la fuente, M. (2007). Descripción de los niveles de burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, 36, 79-88.
- Martínez-Jarreta, B., Gascón, S., Santed, M. A., y Goicoechea, J. (2007). Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Medicina Clínica*, 128, 307-310.
- Marucco, M. A., Gil-Monte, P.R., y Flamenco, E. (2008). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Informe Psicológico*, 91-92, 32-42.
- Maslach, C., y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 9, 16-22.
- May, D. D., y Grubbs, L. M. (2002). The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emerging Nursing*, 28(3), 191-197.
- Medina-Mora, M. E., Padilla, G. P., Campillo-Serrano, C., Mas, C., Ezbán, M., Caraveo, J., Corona, J. (1983). The factor structure of the GHQ: A scaled version for a hospital's general practice service in México. *Psychological Medicine*, 13, 355-361.

- Merecz, D., Drabek, M., y Mościcka, A. (2009). Aggression at the workplace: Psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(3), 243–260.
- Miedema, B., Easley, J., Fortin, P., Hamilton, R., Tatemichi, S. (2009). Disrespect, harassment, and abuse: All in a day's work for family physicians. *Canadian Family Physician*, 55, 279–285.
- Moriana, J.A., y Herruzo, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 4, 597-621.
- Muñoz, P. E., Tejerina-Allen, M. y Cañas, F. (1983). *Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana*. Madrid: Anales del Fondo de Investigación Sanitaria.
- Nachreiner, N., Gerberich, S., Ryan, A., y McGovern, P. (2007). Minnesota Nurses' study: Perceptions of violence and the work environment. *Industrial Health*, 45(5), 672-8.
- Ness, G. J., House, A., y Ness, A. D. (2000). Aggression and Violent Behavior in General Practice: Population Based Survey in the North of England. *British Journal of Medicine*, 320(7247), 1447-48.
- Murray, M., y Snyder, J. (1991). When staff are assaulted. *Journal of Psychosocial Nursing*, 29, 24-29.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2004). Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. Washington, DC: U.S. Department of Labor, OSHA. Recuperado de <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>.
- OIT/ CIE/ OMS/ ISP (2002) *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo/ Consejo internacional de Enfermeras/ Organización Mundial de la Salud/ Internacional de Servicios Públicos. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud.
- Oliver, C. (1993). *Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanza media: El burnout como síndrome específico* [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Ouzzine, M. (1994). *El GHQ-28. Ítems en una muestra representativa de pacientes de Atención Primaria: Utilidad e influencia de variables sociodemográficas, psicopatológicas y neocriticismo en sus coeficientes de validez* [Tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Pawlin, S. (2008). Reporting Violence. *Emergency Nurse*, 16, 16–21.
- Peek-Asa, C., Cubbin, L., y Hubbell, K. (2002). Violent events and security program in California emergency departments before and after the 1993 Hospital Security Act. *Journal of Emergency Nursing*, 28(5), 420–426.
- Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T., y Suserud, B. O. (2011). Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 19, 5-11.
- Pinar, R, y Ucmak, F. (2011). Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 510-517.
- Prieto, L., Robles, E., Salazar, L. M., y Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29, 294-302.

- Richter, D., y Berger, K. (2006). Post-traumatic stress disorder following patient assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 10, 6-15.
- Rippon, T. (2000). Aggression and violence in health care profession. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460.
- Rowe, M. M., y Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young?. *Journal of Nursing Management*, 13(3), 242-248.
- Ryan, D., y Maguire, J. (2006). Aggression and violence. A problem in Irish Accident and Emergency departments. *Journal of Nursing Management* 14, 106-115.
- Schaufeli, W. B. Burnout. (2000). In: Karwowski, W., (ed). *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors* (pp.382-386). London: Taylor & Francis.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones.
- Senuzun Ergün, F., y Karadakovan, A. (2005). Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Nursing Review*. 52, 154-60.
- Skibeli Joa, T., y Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 55-60.
- Stirling, G., Higgins, J. E., Cooke, M. V. (2001). Violence in A&E departments: a systematic review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 9, 77-85.
- Suserud, B. O., Blomquist, M., y Johansson, I. (2002). Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*, 10, 127-135.
- Tang, J.S., Chen, C.L., Zhang, Z. R, y Wang, L. (2007). Incidence and related factors of violence in emergency departments--a study of nurses in southern Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 106(9), 748-758.
- Thomas, N. I., Brown, N. D., Hodges, L. C., Gandy, J., Lawson, L., Lord, J. E., ... Williams, D. K. (2006). Risk profiles for four types of work-related injury among hospital employees. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 54(2), 61-68.
- Uzun, O. (2003). Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 81-85.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S (USA) y del 11M (Madrid): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 9-25.
- Wells, J., y Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*, 39, 230-240.
- Winstanley, S., y Whittington, R. (2002). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work Stress*, 16(4), 302-15.
- Winstanley, S., y Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 3-10.
- Woolam, S. (2007). A stance against violence. *Emergency Nurse*, 15, 6-8.

