

TESIS DOCTORAL

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE DECLARACIÓN DE AGRESIONES LABORALES EN ÁMBITO SANITARIO



MARÍA DOLORES GARCÍA PÉREZ

Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo

Tesis dirigida por:

MARTA LIMA SERRANO

ADRIANA RIVERA SEQUEIROS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DE SEVILLA



Cuando muere, todo el mundo debe dejar algo detrás, decía mi abuelo. Un hijo, un libro, un cuadro, una casa, una pared levantada o un par de zapatos. O un jardín plantado. Algo que tu mano tocará de un modo especial, de modo que tu alma tenga algún sitio a donde ir cuando tú mueras, y cuando la gente mire ese árbol, o esa flor, que tú plantaste, tú estarás allí. No importa lo que hagas -decía-, en tanto que cambies algo respecto a cómo era antes de tocarlo (...).

Ray Bradbury, Fahrenheit 451

NOTA DE LA AUTORA

Esta tesis doctoral surgió durante mi experiencia laboral en el Servicio de Prevención y Salud Laboral del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Bormujos, Sevilla). En un almuerzo, durante una conversación informal con personal de enfermería de urgencias, me relataron su intención de cambiar de trabajo por la cantidad de agresiones laborales verbales e incluso físicas a las que eran sometidos en su día a día. Se sentían abandonados y habían perdido la esperanza de que alguien se tomara en serio esa situación y luchara por atajarla. Conmovidada y sorprendida, miré las declaraciones de agresiones laborales que habíamos recibido en el Servicio de Prevención y no había ninguna en el año en curso. Nadie había declarado la agresión que había sufrido y eso complicaba el poder actuar. Sin datos es imposible crear medidas preventivas adecuadas, así que pensé que teníamos que ponernos como reto prioritario el conseguir que el personal del hospital declarase las agresiones sufridas. Solo así conoceríamos la envergadura real del problema al que nos enfrentábamos y sus características. Mi formación como enfermera especialista en Enfermería del Trabajo, psicóloga y técnico de Prevención de Riesgos Laborales con la especialidad en Riesgos Psicosociales y Ergonomía me ayudó a darle forma a ese reto. Aquella conversación casual puso en marcha el engranaje que ha desembocado en este trabajo de investigación que hoy tiene en sus manos.

Espero, de todo corazón, que esta aportación ayude a que esos profesionales se sientan más amparados y a que se animen a declarar las agresiones que sufren. Y lo hagan porque sepan que servirá para algo, que se va a tomar en serio lo que les está pasando, especialmente en el caso de las agresiones verbales, tan frecuentes y tan poco consideradas.

Y también espero que sirva para poner en valor el trabajo de la enfermera especialista en Enfermería del Trabajo. Tenemos una especialidad con un campo de trabajo amplio y fascinante. Confío en que esto contribuya a que se reconozca nuestra labor.

AGRADECIMIENTOS

Dice un proverbio africano que “hace falta una tribu para criar a un niño”. Estoy convencida de que no solo para eso. Para cualquier proyecto importante que afrontes, contar con tu tribu te va a hacer el camino más fácil y más rico. Tengo la suerte de contar con una tribu variopinta y mágica que me acompaña en mis pasos por la vida. Me sirve para mantener los pies en la tierra en los éxitos, para sostenerme en los fracasos y, especialmente, para darme fuerzas en el camino. Son tantos... Intentaré ser breve.

Tengo que empezar por mi familia. Mis raíces y mis ramas. Mis padres, Antonio y Loli, que me criaron libre y con alas. A mis hijos, Nico y Candela, que lo son todo para mí. Ser un buen referente para ellos anima cada proyecto que emprendo, por difícil que sea. También a mis hermanos, tíos, tías, primos, primas... Somos una familia amplia y unida. Fantástica. Y a mi abuela, Carmen, la mujer de mi vida. Una khalessi con una vida muy dura que nunca me soltó de la mano hasta el final de sus días (aunque sospecho que, de alguna forma, todavía me sigue sosteniendo).

A mi pareja, Eduardo. Que me quiere mucho y que me quiere bien. Que me apoya y me da calma. Te quiero.

A mis amigos. Los nuevos y los antiguos, mis compañeros de colegio del Al-Andalus, mi mejor amiga del instituto, Nuria Palacios. Yoly, que siempre estuvo ahí. Olga, compañera de especialidad y de aventuras almerienses. Rocío, con la que comparto el mismo tipo de “pedraita”. A mis amigos del grupo de cine (Maite, Lorena, Carmen, Isa, Isaac, Juan, Edu...) y a mis amigas literatas (Nines, Maca y Pili). A mis bailarinas (Lola, Trini y Ana), que siguen moviéndome desde hace casi 20 años. A Celia, Pili, Alejandra, Raquel, Sonia, Mario, Chema... mamás y papás del cole de mis hijos que me ayudaron con ellos para que yo pudiera avanzar. A mis amigos de la facultad de Enfermería (95-98, qué buena promoción). A Tomás, mi alma gemela, brillante y disperso (soy muy afortunada de tenerte). A Carmen, mi compañera de doctorado, un ser de luz. Y un abrazo muy especial a esos amigos sabios que revisaron mi texto para encontrar erratas o despistes y que me transmitieron seguridad justo cuando me hacía falta: Carmen, Lorena, Tomás, Carlos, Celia y Pili.

A mis compañeros de trabajo. En Unipresalud, Quirón Prevención, el Hospital San Juan de Dios y ahora en el Centro de Prevención de Riesgos laborales. Rosario, Patricia, Vicky, Fran, Manolo, Sebastián, Massimo, José María, Paco, Enrique, Mónica, Lorena, Yolanda, Carlos, Isa, Paco, Carmen, Esther, Ricardo, Pilar, Gema, Adolfo, Rocío...

Al Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, por todo, en general y por colaborar con esta tesis en particular. A Lola Acón, gerente del hospital al inicio de mi tesis, que creyó en mí y en mi proyecto de forma tan valiente. A Adriana Rivera, responsable de investigación, por ser tan... increíble. Me ayudaste, me hiciste reír, te entregaste por completo. Eres maravillosa.

A la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología y a la Universidad de Sevilla por darme la oportunidad de realizar este doctorado. Y a mis directoras de tesis, Marta Lima y Adriana Rivera (por partida doble). Me habéis enseñado mucho, muchísimo.

Y a todos esos sanitarios y sanitarias que han contribuido tan generosamente participando en cada una de las fases de esta investigación.

Gracias, gracias, gracias.

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Síntomas asociados a las agresiones laborales verbales/físicas. Fase de pilotaje..... | 107 |
| Tabla 1. Factores de riesgo psicosocial en el ámbito laboral según la clasificación del Grupo Europeo para la Gestión del Riesgo Psicosocial..... | 16 |
| Tabla 2. Clasificación de los tipos de violencia laboral según la relación con el asaltante y los motivos de agresión..... | 19 |
| Tabla 3. Factores asociados a las agresiones laborales a personal sanitario..... | 24 |
| Tabla 4. Medidas preventivas para evitar las agresiones laborales a personal sanitario.. | 27 |
| Tabla 5. Motivos expresados por las víctimas de agresión laboral en el ámbito sanitario para no declarar las agresiones recibida..... | 29 |
| Tabla 6. Dimensiones a evaluar en una validación de escalas y estadísticos aplicables.. | 33 |
| Tabla 7. Caracterización de los integrantes de los Grupos Focales..... | 45 |
| Tabla 8. Contenido del guion de las sesiones de los Grupos Focales..... | 46 |
| Tabla 9. Características de los jueces preseleccionados para participar en el PD, según las áreas de interés por las que habían sido elegidos..... | 49 |
| Tabla 10. Puntuación de las fuentes de argumentación en la obtención del Coeficiente de Argumentación (Ka)..... | 53 |
| Tabla 11. Variables del cuestionario V2 usado en la fase de test-retest..... | 57 |
| Tabla 12. Códigos extraídos del análisis cualitativo de los Grupos Focales..... | 76 |
| Tabla 13. Coeficiente de competencia experta de los 22 jueces preseleccionados..... | 88 |
| Tabla 14. Medidas de tendencia central y dispersión de las valoraciones de los jueces expertos de la primera ronda del panel Delphi..... | 90 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 15. Medidas de tendencia central y dispersión de las valoraciones de los expertos de la segunda ronda del panel Delphi..... | 92 |
| Tabla 16. Características sociodemográficas de la muestra del test-retest..... | 94 |
| Tabla 17. Resultados de la Correlación intraclase de las variables comparadas en el test y el retest..... | 95 |
| Tabla 18. Caracterización de la muestra del estudio piloto: variables sociodemográficas y experiencias respecto a las agresiones laborales..... | 102 |
| Tabla 19. Identificación de comportamientos incluidos en el concepto de agresión verbal e intención de declaración de estos en el estudio piloto..... | 105 |
| Tabla 20. Características de las agresiones laborales referidas en el pilotaje | 106 |
| Tabla 21. Conocimiento sobre el procedimiento de declaración de la agresión laboral y realización de esta..... | 109 |
| Tabla 22. Motivos de no declaración de la agresión laboral..... | 111 |
| Tabla 23. Amparo percibido en el proceso de declaración por diferentes organismos / colectivos..... | 112 |
| Tabla 24. Análisis factorial exploratorio de los ítems que miden la percepción sobre el concepto de agresión laboral verbal en el pilotaje..... | 114 |
| Tabla 25. Análisis factorial exploratorio de los ítems que miden los motivos de no declaración de las agresiones laborales verbales..... | 116 |

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ADE: Análisis descriptivo exploratorio.

AFE: Análisis factorial exploratorio.

AL: Agresión/es Laboral/es de tipo 2.

GF: Grupos Focales.

HSJDA: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

IP: Investigadora principal.

LPRL: Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

NTP: Nota Técnica de Prevención.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OIT: Organización Internacional de Trabajadores.

PD: Panel Delphi.

PRIMA: Grupo Europeo para la Gestión del Riesgo Psicosocial.

PRL: Prevención de riesgos laborales.

SICOT: Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie.

TIC: Tecnologías de la información y la comunicación.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 1 |
| PALABRAS CLAVE..... | 2 |
| ABSTRACT | 3 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| 1.1. Planteamiento del problema | 7 |
| 1.2. Justificación del problema..... | 8 |
| 2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES | 11 |
| 2.1. La salud en el trabajo y la prevención de riesgos laborales..... | 13 |
| 2.1.1. Servicios de Prevención y Salud Laboral..... | 14 |
| 2.1.2. Los riesgos laborales psicosociales | 15 |
| 2.2. Las agresiones laborales..... | 16 |
| 2.2.1. Definición y clasificación de la violencia laboral y las agresiones en el trabajo..... | 16 |
| 2.2.2. Teorías explicativas sobre la génesis de la violencia..... | 20 |
| 2.2.3. Factores de riesgo relacionados con la incidencia de agresiones laborales, consecuencias de estas, medidas preventivas y formas de evaluación..... | 22 |
| 2.3. Declaración de las agresiones laborales. Infradeclaración y brechas en su conocimiento..... | 28 |
| 2.3.1. Descripción de la infradeclaración de episodios de agresión laboral..... | 28 |
| 2.3.2. Factores asociados a la infradeclaración de agresiones laborales en ámbito sanitario..... | 28 |
| 2.3.3. Instrumentos de evaluación de la declaración de agresiones | 30 |
| 2.4. Validación de cuestionarios..... | 31 |
| 2.5. Marco estratégico de actuación en las agresiones laborales a sanitarios..... | 34 |
| 2.5.1. Organismos para luchar contra las agresiones | 34 |
| 2.5.2. Protocolos de actuación..... | 35 |
| 3. OBJETIVOS | 13 |
| 3.1. Objetivo general | 39 |
| 3.2. Objetivos específicos..... | 39 |
| 4. METODOLOGÍA..... | 41 |
| 4.1. Diseño del cuestionario: Grupos Focales | 43 |
| 4.1.1. Diseño, población y muestra | 43 |

| | |
|---|----|
| 4.1.2. Variables e instrumentos | 45 |
| 4.1.3. Procedimiento..... | 47 |
| 4.1.4. Análisis de los datos | 47 |
| 4.2. Validación de contenido del cuestionario: panel Delphi..... | 48 |
| 4.2.1. Diseño, población y muestra | 48 |
| 4.2.2. Variables e instrumentos | 50 |
| 4.2.3. Procedimiento..... | 52 |
| 4.2.4. Análisis de datos..... | 52 |
| 4.3. Valoración de la reproductibilidad del cuestionario..... | 55 |
| 4.3.1. Diseño, población y muestra | 55 |
| 4.3.2. Variables e Instrumentos | 56 |
| 4.3.3. Procedimiento..... | 61 |
| 4.3.4. Análisis de los datos obtenidos | 61 |
| 4.4. Comprobación de la utilidad del instrumento, caracterización de la muestra, validez de constructo y confiabilidad de las escalas: Estudio piloto..... | 62 |
| 4.4.1. Diseño, población y muestra | 62 |
| 4.4.2. Variables e Instrumentos | 63 |
| 4.4.3. Procedimiento..... | 63 |
| 4.4.4. Análisis de datos..... | 64 |
| 5. ASPECTOS ÉTICOS | 69 |
| 6. RESULTADOS | 71 |
| 6.1. Diseño del cuestionario: Grupos focales..... | 75 |
| 6.1.1. Tendencia de las AL a sanitarios..... | 77 |
| 6.1.2. Comportamientos que incluye el concepto de AL verbal | 77 |
| 6.1.3 Factores que influyen en la AL | 78 |
| 6.1.4. Medidas preventivas para evitar las AL..... | 80 |
| 6.1.5. Repercusión en la calidad asistencial | 82 |
| 6.1.6. Declaración de AL y factores asociados a esta..... | 82 |
| 6.1.7. Denuncia judicial..... | 84 |
| 6.1.8. Cuestionario V1..... | 86 |
| 6.2. Validación de contenido del cuestionario: panel Delphi..... | 86 |
| 6.2.1. Características de los expertos participantes..... | 86 |
| 6.2.2. Resultados de la primera ronda | 88 |
| 6.2.3. Resultados de la segunda ronda | 91 |

| | |
|---|-----|
| 6.2.4. Cuestionario V2..... | 93 |
| 6.3. Valoración de la reproductibilidad del cuestionario..... | 94 |
| 6.3.1. Características sociodemográficas de la muestra..... | 94 |
| 6.3.2. Resultados del análisis estadístico..... | 94 |
| 6.3.3. Resultados del análisis cualitativo de las preguntas abiertas..... | 100 |
| 6.3.4. Cuestionario V3..... | 100 |
| 6.4. Comprobación de la utilidad del instrumento, caracterización de la muestra, validez de constructo y confiabilidad de las escalas: Estudio piloto..... | 100 |
| 6.4.1. Características de la muestra respecto a las variables sociodemográficas y experiencias con las agresiones laborales..... | 100 |
| 6.4.2. Resultados del Análisis Descriptivo Exploratorio: utilidad del instrumento y factores relacionados con la declaración de AL..... | 103 |
| 6.4.3. Resultados del Análisis Factorial Exploratorio (AFE): validez de constructo y confiabilidad de las escalas..... | 112 |
| 6.4.4. Cuestionario V4..... | 116 |
| 7. DISCUSIÓN..... | 119 |
| 7.1. Diseño del cuestionario: Grupos focales..... | 121 |
| 7.2. Validación de contenido del cuestionario: panel Delphi..... | 127 |
| 7.3. Valoración de la reproductibilidad del cuestionario..... | 129 |
| 7.4. Estudio piloto: utilidad del instrumento, caracterización de la muestra, validez de constructo y confiabilidad de las escalas..... | 129 |
| 7.4.1. Análisis descriptivo exploratorio: utilidad del instrumento y caracterización de la muestra..... | 129 |
| 7.4.2. Análisis factorial exploratorio: validez de constructo y confiabilidad de las escalas..... | 146 |
| 7.5. Limitaciones..... | 148 |
| 7.6. Conclusiones..... | 150 |
| 7.7. Prospectiva e implicaciones prácticas..... | 152 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA..... | 121 |
| 9. ANEXOS..... | 141 |
| Anexo 1. Checklist de Coreq de los Grupos Focales..... | 189 |
| Anexo 2. Consentimiento informado para grabación Grupos Focales..... | 193 |
| Anexo 3. Cuestionario 1ª ronda de consultas Panel Delphi..... | 194 |
| Anexo 4. Cuestionario 2ª ronda de consultas Panel Delphi..... | 210 |
| Anexo 5. Cuestionario V1..... | 221 |

| | |
|---|-----|
| Anexo 6. Cuestionario V2 | 233 |
| Anexo 7. Cuestionario V3 | 247 |
| Anexo 8. Aprobación del Comité Ético del Hospital Virgen del Rocío y Hospital Virgen Macarena. | 261 |
| Anexo 9. Resultados del coeficiente de conocimiento de los expertos en el área de interés por el que fueron seleccionados. | 263 |
| Anexo 10. Resultados del coeficiente de argumentación. | 264 |
| Anexo 11. Revisión por pares de las sugerencias de 2ª ronda PD | 265 |
| Anexo 12. Cuestionario V4 | 271 |

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Las agresiones laborales de tipo 2 (realizadas por pacientes y allegados y relacionadas con la práctica asistencial) son una preocupación prioritaria para los profesionales que se encargan de la salud laboral del personal del sector sanitario. Sin embargo, la declaración de dichas agresiones no es muy frecuente, por lo que no se consigue contar con una estadística real y ajustada de los casos que ocurren.

OBJETIVOS. El propósito de esta tesis es diseñar y validar un cuestionario para estudiar la declaración de las agresiones laborales tipo 2 en sanitarios e identificar los factores que influyen en que esta no se produzca adecuadamente.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se planteó un estudio mixto combinando metodología cuantitativa y cualitativa que se desarrolló en diferentes etapas. La primera se focalizó en el diseño del cuestionario, mediante la operacionalización del constructo y generación de ítems, elaborándose un conjunto de tópicos y una batería de preguntas resultantes de una búsqueda bibliográfica y un análisis cualitativo de la información obtenida mediante grupos focales con personal afectado (profesionales de ámbito sanitario) (n=40). En una segunda etapa, se realizó una validación del contenido mediante un panel Delphi online (n=19), con dos tipos de expertos (especialistas y afectados) y dos rondas de respuestas. Se evaluó la pertinencia y claridad de los ítems, apoyándonos en medidas de concentración y dispersión de las respuestas (media, mediana, porcentaje de respuestas altas (4-5) y V de Aiken). Posteriormente, para evaluar la reproductibilidad del cuestionario, se obtuvo el coeficiente de correlación intraclase mediante la administración del cuestionario en dos ocasiones a un grupo de profesionales de ámbito sanitario (n=31), con un intervalo de dos semanas entre cada administración (Test-retest). Finalmente, se pilotó el cuestionario en el personal del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe y se analizaron los datos obtenidos para evaluar sus características psicométricas y caracterizar la muestra (n=319).

RESULTADOS. Para el diseño del cuestionario se tuvieron en cuenta los hallazgos de la revisión de la literatura y de los grupos focales, en los que se aislaron ocho códigos: tendencia de las agresiones laborales en ámbito sanitario, comportamientos que incluye el concepto de agresión laboral verbal, factores que influyen en la agresión, medidas preventivas para evitarlas, repercusión en la calidad asistencial, declaración de las agresiones laborales y factores asociados a esta, y denuncia judicial. El panel Delphi permitió validar el contenido, orientándonos a modificar algunos enunciados, incluir

ítems y desglosar algunas preguntas. Las puntuaciones encontradas tanto en claridad como en pertinencia cumplieron los parámetros establecidos (la media osciló entre 4,47 y 5, la moda fue 5 en ambas, el porcentaje de respuestas altas (4 y 5) osciló entre el 80% y el 100%, y el coeficiente V de Aiken varió entre 0,88 y 1). El test-retest mostró una correlación intraclase media de 0,91. El Pilotaje mostró la relevancia del estudio, presentando una alta prevalencia de agresiones laborales, especialmente de tipo verbal (un porcentaje del 56,1 de los encuestados refirió haber sufrido alguna), con una infradeclaración muy acusada (porcentaje del 72,6 en verbales y 50 en físicas), así como un bajo grado de acuerdo sobre qué conductas incluye el concepto de agresión verbal. El análisis factorial exploratorio afinó las escalas, permitiendo eliminar algunos ítems de estas, reduciendo la longitud del cuestionario. Se describió el cuestionario como fácil y rápido de realizar. **CONCLUSIONES.** La infradeclaración obtenida tan acusada apoya la importancia del estudio. Se halla una alta asociación de las agresiones laborales con síntomas como la frustración/impotencia, muy relacionada con el desarrollo del síndrome de burnout. La recogida de los motivos de infradeclaración apunta hacia áreas concretas de mejora, especialmente formar e informar sobre el protocolo de agresiones del centro y mostrar por parte de la organización una postura firme hacia las agresiones. La realización de este trabajo y su difusión facilitará la investigación sobre esta lacra.

PALABRAS CLAVE

Agresión laboral, Agresión verbal, Violencia laboral, Profesional de la salud, Personal Sanitario, Declaración de agresiones, Enfermería del trabajo, Encuestas y cuestionarios.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Type 2 workplace aggressions (performed by patients or relatives of these and related to healthcare practice) are a priority concern for occupational healthcare professionals, especially in the most exposed professions such as healthcare. However, the declaration of aggressions in this area is not very frequent, so it is not possible to have real and adjusted statistics of the cases that occur. **OBJECTIVES.** The purpose of this thesis is to design and validate a questionnaire to study the declaration of type 2 occupational aggressions against healthcare workers and to identify the factors that influence the fact that this does not occur properly. **MATERIALS AND METHODS.** A mixed study was proposed combining quantitative and qualitative methodology that was developed in different stages. The first stage focused on the design of the questionnaire, through the operationalization of the construct and generation of items, developing a set of topics and a battery of questions resulting from a bibliographic search and a qualitative analysis of the information obtained through Focus Groups with affected personnel (healthcare professionals) (n=40). In a second stage, content validation was carried out using an online Delphi panel (n=19), with two types of experts (specialists and affected) and two rounds of responses. Subsequently, to assess the reproducibility of the questionnaire, it was administered twice with an interval of two weeks between each administration (Test-retest) to a group of healthcare professionals (n=31). Finally, the questionnaire was piloted in the personnel of the Hospital San Juan de Dios del Aljarafe and the data obtained were analyzed to evaluate its psychometric characteristics and characterize the sample. **RESULTS.** For the design of the questionnaire, the findings of the review of the literature and the results of the focus groups were taken into account, in which eight codes were isolated: trend of workplace aggressions in the healthcare field, behaviors that include the concept of verbal workplace aggression, factors that influence the aggression, preventive measures to avoid them, impact on the quality of care, declaration of workplace aggressions and factors associated with it, and judicial complaint. The Delphi panel allowed the validation of the content, introducing changes in the questionnaire: modification of the statements, inclusion of items and breakdown of some questions. The scores found in both clarity and relevance met the established parameters (the mean ranged between 4.47 and 5, the mode was 5 in both, the percentage of high responses (4 and 5) ranged between 80% and 100%, and Aiken's V coefficient

varied between 0.88 and 1). The test-retest showed a mean intraclass correlation of 0.91. The Piloting showed the relevance of the study, presenting a high prevalence of workplace aggressions, especially of a verbal type, with a very pronounced underreporting (a percentage of 56.1 of those surveyed reported having suffered some), as well as a low degree of agreement on which behaviors include the concept of verbal aggression. Exploratory factor analysis refined the scales, making it possible to eliminate some items from them, reducing the length of the questionnaire. The questionnaire was described as easy and quick to complete. **CONCLUSIONS.** The marked underreporting obtained supports the importance of the study. There is a high association of workplace aggressions with symptoms such as frustration/impotence, closely related to the development of burnout syndrome. The collection of the reasons for under-reporting points to specific areas for improvement, especially training and reporting on the center's aggression protocol and showing the organization a firm position towards aggression. Carrying out this work and disseminating it will facilitate research on this scourge.

KEYWORDS:

Workplace aggression, Verbal aggression, Workplace violence, Health professional, Healthcare staff, Reporting of aggression, Occupational nursing, Surveys and questionnaires.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Las agresiones laborales de tipo 2 al personal trabajador, (en adelante AL), son aquellas realizadas por clientes o usuarios de la organización a la que pertenece la persona trabajadora y que están relacionadas con la práctica laboral que realiza (93). Generan una gran preocupación a nivel internacional, tanto por su tendencia en aumento (1–3) como por las repercusiones a nivel físico, psicológico o emocional que pueden ocasionar a las víctimas. Por este motivo, las principales organizaciones que cuidan de la salud en el ámbito laboral trabajan activamente para buscar soluciones.

En junio de 2019 se firmaba por la Organización Internacional de Trabajadores (OIT) el Convenio C190 sobre la violencia y el acoso (4), reconociendo que la violencia en el mundo del trabajo repercute tanto en la salud psicológica de las personas como en la física, en su dignidad y en su entorno familiar y social. De la misma manera, indica que actúa en detrimento de la calidad de los servicios tanto públicos como privados y que resulta irreconciliable con la realización de un trabajo decente y digno (4). La misma OIT publicó posteriormente unas recomendaciones sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo (5), en las que insta a sus miembros a abordar este problema en la legislación nacional.

En la Sexta Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo, realizada en 2015, un 12% del personal trabajador declaró haber sido víctima en el último mes de alguna AL verbal en su lugar de trabajo. Un 2% refirió haber sido víctima de AL física en los últimos doce meses (6). En la última Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo que se ha realizado en España, el 11% de los trabajadores/as declaró haber recibido en los últimos 12 meses algún tipo de agresión en su puesto de trabajo realizado por personal externo a esta (7).

El personal sanitario es uno de los colectivos más afectados por este riesgo (7). Se considera AL a un profesional sanitario a “la violencia ejercida por el paciente, allegado, o usuario sobre el trabajador o la trabajadora del Servicio de Salud” (8). Estas agresiones llegan a constituir casi la cuarta parte del total de AL (9). Esto ha impulsado una amplia investigación sobre el tema en este sector, tanto en el ámbito internacional (Serbia (10)),

Bangladesh (11), Alemania (12), Etiopía (13), Congo (14)...), como en el nacional (15,16).

La AL a personal sanitario tiene importantes consecuencias que afectan a diferentes áreas. Destaca el elevado impacto en la salud y el bienestar de las víctimas (17). Están involucradas en el desarrollo de síntomas musculoesqueléticos (18) y psicosomáticos (19), niveles elevados de estrés post-traumático (20,21), ansiedad (22), deterioro de la calidad del sueño (23), disminución de la autoestima en las víctimas (1,16-17), y peor percepción de la calidad de vida y bienestar (27–29).

Paralelamente, se puede observar un impacto en el rendimiento profesional, relacionado con una mayor desmotivación profesional (30), un detrimento de la satisfacción con su ocupación (31–35) y adherencia a su puesto de trabajo (36–40), así como una menor predisposición a empatizar con los usuarios/as en la práctica clínica (41).

Sus consecuencias en las organizaciones sanitarias también se describen, atendiendo a la disminución de la calidad de la actividad y el servicio prestado a los usuarios/as (42,43); el desarrollo de conductas defensivas en la práctica clínica (44,45) y con un incremento de los accidentes laborales (46), errores de diagnóstico y efectos adversos (47–49). Igualmente se indica una repercusión en los costes de gestión de los servicios de salud debido a costes de los tratamientos de las víctimas, pérdida de días de trabajo de estas e indemnizaciones (44,45).

Por todo lo anterior, se detecta la necesidad de seguir trabajando en la elaboración de medidas preventivas adecuadas para evitar este tipo de eventos, para lo cual es imprescindible conocer los casos reales que ocurren y sus características. Esto es inviable sin una correcta declaración de las agresiones sufridas.

1.2. Justificación del problema.

Atendiendo a la Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SICOT) de Hyderabad (50), se pone de manifiesto que “la prevención implica reportar cada caso de violencia, para poder establecer una evaluación objetiva del problema y sensibilizar a la población”.

Los cauces para realizar dicho reporte son variados según cada organización (3,51,52), requiriendo todos ellos que exista una puesta en conocimiento de la agresión sufrida a la

organización del centro donde la víctima presta sus servicios, por la vía formal establecida para ello.

Numerosos estudios señalan que un elevado porcentaje de las AL que sufre el personal sanitario no se declara (17,51,61,53–60), reconociéndose como uno de los sesgos principales a la hora de poder extrapolar los datos obtenidos y trabajar sobre ellos (62–67). Estas investigaciones presentan cierta variabilidad en sus resultados, lo que se acentúa por el uso de diferentes sistemas de recogida de información, oscilando entre un 80% de no declaración (2,68), un porcentaje cercano al 60% (69), 50% (70), hasta el 15% que marca la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un estudio realizado en Portugal (71). Esto apunta a que aún hay un gran desconocimiento sobre los datos reales y que se requiere un estudio más exhaustivo que aporte datos más concretos.

La no declaración se acentúa en el caso de las AL verbales (72,73), que pueden describirse como:

“el comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor de una persona, incluye amenaza de violencia física contra otra persona o grupo, que puede resultar en daño psicológico, mental, espiritual, moral o de su desarrollo social” (9).

Son las más numerosas (8,74–77) y se ha remarcado en la literatura la ambigüedad de su definición (78), lo que puede influir en la declaración, ya que el personal sanitario no tiene claro qué es una AL verbal ni los comportamientos que engloba (57). A pesar de su bajo número de declaraciones y de la menor atención que reciben (8,74–77), no hay que infravalorar sus repercusiones. Se han mostrado incluso más implicadas en el desarrollo de síntomas psicológicos en las víctimas (ansiedad, síndrome de burnout...) que las AL físicas (79).

La literatura señala otros motivos influyentes en la decisión de no declarar la AL sufrida. Entre los más relevantes se refiere que el procedimiento de declaración es laborioso, complejo y/o largo, el no tener tiempo para declararlo, la inexistencia de un sistema definido de declaración o que este no se conozca, el pensar que declarar no vale para nada y el temor a las represalias (17).

Por último, se describe otro factor importante en la declaración de las AL: el apoyo de la organización del centro (10). Este puede manifestarse animando al personal sanitario afectado a declarar las AL que sufran, acompañarlos en el proceso de denuncia y declaración y/o mostrando una política clara de baja tolerancia a este tipo de eventos (80,81). El apoyo de la organización no sirve únicamente para fomentar la declaración de las AL, también tiene efectos beneficiosos en las víctimas atenuando los síntomas provocados por la agresión (82).

A pesar de la importancia de la declaración de las AL, la investigación específica sobre este hecho es escasa (83). Por ello, se considera de utilidad contar con una herramienta diferenciada para analizar la declaración de las AL en personal sanitario. Como se indicó previamente, se requiere investigar este hecho en mayor profundidad (17,83), coincidiendo que los episodios de agresión que generalmente se declaran y denuncian son únicamente los más graves que cursan con lesiones (84,85). Aunque otros trabajos han elaborado cuestionarios específicos para estudiar la declaración de agresiones en ámbito sanitario (86,87), se ha descrito que estos no presentan un proceso de validación riguroso en su construcción (17,83).

La elaboración de nuestro cuestionario seguirá un riguroso proceso de validación. Estará destinado a profundizar en los factores implicados en que no se realice la declaración de la AL sufrida, incluyendo ítems que ahonden en diferentes características (del agresor, tarea, tipo de agresión) que puedan presentar una asociación significativa con el hecho de declararla, siguiendo a estudios anteriores que han mostrado asociaciones con variables como el trabajar a turnos, en solitario o el estado civil de la víctima (56).

2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES

El diseño y validación del cuestionario se apoya en el marco teórico que a continuación se describe, referido a la salud en el trabajo y la Prevención de Riesgos Laborales (PRL en adelante). Se detallan los organismos y profesionales que se dedican a esta labor, profundizando en las AL, los factores que las facilitan, los métodos de evaluarlas y las formas de luchar contra ellas, haciendo hincapié en la declaración de dichas AL y en los factores asociados a que esta no se produzca. Así mismo, se describe la metodología para validar cuestionarios.

2.1. La salud en el trabajo y la prevención de riesgos laborales

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la salud laboral como “una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo”. En el artículo 4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) se establece que “se entenderá por «prevención» el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo”(88).

La Constitución Española (89), en el artículo 40.2, encomienda a los poderes públicos custodiar la seguridad e higiene en los lugares de trabajo. El organismo más relevante de este ámbito es el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, cuyas funciones se especifican en los artículo 8 y 13 de la LPRL (88).

La LPRL (88) es la norma más destacada y supone una trasposición de la Directiva Marco Europea 89/391/CEE, dando cuerpo legal a otras directivas de la Unión Europea como la 92/85/CEE, 94/33/CEE y 91/383/CEE. Detalla un cuerpo básico de garantías y responsabilidades necesarias para asegurar un nivel apropiado de protección de la salud de los profesionales ante los riesgos de las condiciones de trabajo. Esta ley tiene un carácter de derecho mínimo indisponible, siendo ampliada y matizada por sus desarrollos legislativos posteriores. Estos se dedican a concretar aspectos más específicos de determinadas situaciones de riesgo (riesgos biológicos, sustancias cancerígenas, plaguicidas...).

2.1.1. Servicios de Prevención y Salud Laboral

En España son los Servicios de Prevención las figuras encargadas de llevar a la práctica la protección y la vigilancia de la salud de los trabajadores. El personal que los componen está regulado legalmente mediante el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. En él se detallan las capacidades o aptitudes necesarias para el desarrollo de la actividad preventiva. En el artículo 34, capítulo IV, se estructuran las funciones preventivas en atención a tres niveles diferenciados: básico, intermedio y superior. El nivel superior se divide en una serie de especialidades que atienden a ámbitos específicos de la prevención: Seguridad en el trabajo, Higiene Industrial, Ergonomía y Psicología (se enuncian juntas por su estrecha relación) y Medicina y Enfermería del Trabajo. Estas especialidades no son compartimentos estancos, sino que tienen una gran relación entre ellas, por lo que para abordarlas se requiere un enfoque multidisciplinar y transversal.

Las AL pueden incluirse dentro de los riesgos psicosociales, aunque también se relacionan con la Ergonomía Cognitiva, así como con la Medicina y Enfermería del Trabajo por el peso tan importante que tienen en la salud del personal trabajador.

Siendo la autora de esta tesis enfermera especialista en Enfermería del Trabajo, se querría resaltar en ella la importancia de esta figura y las contribuciones que puede realizar en cualquier campo relacionado con la salud laboral, incluyendo el área de investigación. Esta especialidad es una de las siete reconocidas dentro de la Enfermería y se define como:

Una especialidad enfermera que aborda los estados de salud de los individuos en su relación con el medio laboral, con el objeto de alcanzar el más alto grado de bienestar físico, mental y social de la población trabajadora, teniendo en cuenta las características individuales del trabajador, del puesto de trabajo y del entorno socio-laboral en que éste se desarrolla (140).

Forma parte del equipo pluridisciplinar que constituye un Servicio de Prevención, estando capacitada para la prevención y control de los riesgos profesionales, como se indica en el capítulo 4.3.1. de la Orden SAS/1348/2009 (140):

Al final del período formativo se habrá adquirido la capacidad de:

a) Incrementar el nivel de salud de la población trabajadora, mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de riesgos derivados del trabajo, protección de la salud y formación de los trabajadores.

De la misma manera, en el artículo 4.3.5 se indica la capacitación para: “proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar continuamente la actividad profesional y con ello elevar la salud de la población trabajadora”.

2.1.2. Los riesgos laborales psicosociales

Son los que, históricamente, menos atención han recibido dentro de la PRL. En las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo, elaboradas por el Instituto de Seguridad y Salud en el Trabajo e iniciadas en 1987, no se hace referencia a ellos hasta la III Encuesta, en 1999.

Presentan una especial dificultad a la hora de definirlos. La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo los describe como “aquellos aspectos del diseño, organización y dirección del trabajo y de su entorno social que pueden causar daños psíquicos, sociales o físicos en la salud de los trabajadores” (90). Para catalogar los riesgos psicosociales se puede atender a diferentes tipos de clasificación. En este caso se utilizará la del Grupo Europeo para la Gestión del Riesgo Psicosocial (PRIMA), incluida en la Enciclopedia Práctica de Medicina del Trabajo (90), que se describe en la tabla 1:

Tabla 1.

Factores de riesgo psicosocial en el ámbito laboral según la clasificación del Grupo Europeo para la Gestión del Riesgo Psicosocial.

| FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL | |
|---------------------------------------|---|
| Contenido del trabajo | Monotonía, tareas sin sentido, fragmentación, falta de variedad, tareas desagradables, por las que se siente rechazo. |
| Carga y ritmo de trabajo | Carga de trabajo excesiva o insuficiente, presión de tiempo, plazos estrictos. |
| Tiempo de trabajo | Horarios muy largos o difíciles de predecir, trabajo a turnos, nocturnidad. |
| Participación y control | Falta de participación en la toma de decisiones, falta de control |
| Cultura organizacional | Comunicaciones deficientes, apoyo insuficiente ante los problemas o el desarrollo personal, falta de definición de objetivos. |
| Relaciones personales | Aislamiento, relaciones pobres o malas, conflictos, conductas inadecuadas. |
| Rol | Ambigüedad o conflicto de rol, responsabilidad sobre personas. |
| Desarrollo personal | Escasa valoración social del trabajo, inseguridad, falta o exceso de promoción. |
| Interacción casa-trabajo | Conflicto de exigencias, problemas de la doble presencia. |

Fuente: Enciclopedia Práctica de Medicina del Trabajo (90)

2.2. Las agresiones laborales.

2.2.1. Definición y clasificación de la violencia laboral y las agresiones en el trabajo.

Según el Tesoro de la OIT (24) se 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”.

Una definición de agresión laboral bastante completa la realiza Schat y Kelloway, citado por E. Pacheco, M. Cunha y J. Duarte (91): “La agresión en el trabajo es la conducta de un individuo o individuos, externos o internos a la organización, que pretende hacer daño a un trabajador o trabajadores física o psicológicamente y que ocurre en el lugar de

trabajo”. En el caso de agresiones laborales en el ámbito sanitario, el Informe de Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud del 14 de febrero de 2014 (71), ofrece la siguiente definición: “es la violencia ejercida por el paciente, allegado, o usuario sobre el trabajador o la trabajadora del Servicio de Salud”.

En este informe (71) también se reflejan otras definiciones de interés para el estudio:

Agresiones físicas. Son aquellos actos o ataques violentos que implican contacto físico con o sin armas entre agresor/a y trabajador/a con ánimo de provocar un daño o lesión a éste y pueden o no producir un daño físico o lesión.

Agresiones no físicas. Son aquellas que no conllevan contacto físico. Se corresponden con insultos, amenazas, intento de agresión, acoso por razón de sexo. Estas agresiones se subdividen en:

Grado 1: insultos y vejaciones.

Grado 2: amenazas, coacciones, intento de agresión, uso de armas.

Violencia patrimonial. Violencia ejercida en los bienes materiales o enseres.

Winstanley y Whittington(92) proponen una clasificación coincidente con la expresada en las Directrices para afrontar la violencia laboral de la OIT y la OMS(9):

Agresión Física: Comportamiento intencionado con empleo de fuerza física, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos: patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos

Amenaza verbal o comportamiento amenazante: Promesa de recurso a la fuerza física o al poder que produce miedo al daño físico, sexual, psicológico u otras consecuencias negativas

Insultos o injurias: Comportamiento verbal que humilla, degrada o muestra falta de respeto a la dignidad y valor de la persona.

En las Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud (9) se clasifican las agresiones atendiendo al tipo de daño que causan:

Violencia física: Es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos. Se incluyen en ella las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos.

Violencia psicológica: 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. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas.

En el Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud de la OIT, la OMS, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Internacional de Servicios Públicos, se describe la agresión verbal como:

“el comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor de una persona, incluye amenaza de violencia física contra otra persona o grupo, que puede resultar en daño psicológico, mental, espiritual, moral o de su desarrollo social” (9).

Según la relación con el asaltante y sus motivos para agredir, la University of Iowa Injury Prevention Research Center (93) clasifica la violencia laboral en cuatro tipos, según la vinculación del agresor con la víctima y la motivación de dicha agresión. Esto se representa en la tabla 2.

Tabla 2

Clasificación de los tipos de violencia laboral según la relación con el asaltante y los motivos de agresión.

| Tipo de violencia | Definición |
|--------------------------|--|
| Tipo I | El asaltante no tiene vinculación con la organización en la que se comete la agresión o con sus empleado, y su acceso se debe a intenciones criminales (por ej. robo). |
| Tipo II | El asaltante tiene algún tipo de relación con la organización en la que se produce la agresión y la violencia se práctica en el ejercicio de algún tipo de interacción con ella. |
| Tipo III | El agresor es un empleado de la organización o empresa. |
| Tipo IV | El agresor no tiene ninguna relación formal con la empresa como tal, pero si tiene alguna relación con alguno de sus trabajadores. |

Fuente: University of Iowa Injury Prevention Research Center (93)

Las definiciones expuestas difieren sutilmente, lo que dificulta un registro internacional o la comparación de estudios sobre AL entre países (94,95). Distintos países han aprobado legislaciones que se basan en diferentes definiciones de violencia laboral. En la revista de la OIT, *Violencia en el trabajo* (96), se señala que en varios países utilizaban los mismos términos para aludir a conceptos distintos, así como a la inversa, utilizaban términos diferentes para hacer referencia al mismo fenómeno.

Nuestro estudio se centra en la violencia de tipo II, directamente vinculada al ejercicio de la profesión sanitaria y referida a la ejercida por pacientes o acompañantes de estos (93). En este caso se excluye la violencia de tipo III que incluiría las agresiones horizontales entre profesionales, así como las agresiones que se realizan sin una vinculación directa con las tareas realizadas (robo, ataque terrorista...)(93). Se ha excluido también el acoso sexual, ya que se considera que tiene unas características muy específicas que requieren un estudio diferenciado.

2.2.2. Teorías explicativas sobre la génesis de la violencia.

2.2.2.1. Modelos generales

En este apartado se resumen brevemente las diferentes teorías sobre la génesis de la violencia en humanos. Principalmente se pueden clasificar en tres grandes bloques: los modelos neurobiológicos, los psicológicos y los socioculturales (97). Los primeros consideran que la agresión se produce, mayoritariamente, por aspectos biológicos que estimulan las respuestas agresivas y suelen dividirse en los que se centran en aspectos genéticos-neuroquímicos, los que lo hacen en aspectos endocrinólogos y los que atienden a aspectos neurobiológicos (97).

Entre los modelos psicológicos se hallan propuestas muy variadas, desde las de corte psicoanalista como la teoría freudiana del doble instinto(98) que concibe al hombre como un ser dotado de una cantidad de energía dirigida a la destrucción que necesita ser expresada; propuestas más actuales como la de Bleiberg (99) que considera que la agresión obedece a la configuración disfuncional de la autoestructura del yo y de los otros a lo largo del desarrollo evolutivo; o la de Willock (100) que se centra en la conducta agresiva en los niños y señala dos aspectos primordiales en su autoestructura: la devaluación del yo y el yo indiferenciado. También en los modelos psicológicos se pueden incluir los modelos de impulsos en los que se considera a la activación fisiológica la responsable de la elicitación de las conductas agresivas (teoría de la excitación-transferencia de Zillman (101), teoría del síndrome AHA (102) o teoría de la frustración-agresión (103)). Otro conjunto de modelos se basa en el déficit en el procesamiento de la información, poniendo el énfasis en la generación de conductas agresivas por fallos a la hora de procesar la información como ocurre en el modelo de vulnerabilidad cognitiva de Beck (104).

Entre los modelos psicológicos y los culturales se pueden señalar algunos con bastante peso en la actualidad como el modelo general de la agresión de Anderson y Bushman (105) que sostiene que la agresión es una conducta que sucede por la interacción entre persona y situación. En este modelo se interrelacionan variables internas de tipo personal (predisposición genética, género, actitud hacia la violencia) con factores ambientales (ingesta de alcohol, provocación, alta temperatura...).

En los modelos sociológico-culturales, el factor decisivo en la génesis de los comportamientos violentos son los elementos culturales, ambientales y sociológicos. Entre ellos se pueden destacar la teoría del aprendizaje social de Bandura, la teoría del campo de Lewin, el modelo de la coerción de Patterson, el modelo del desarrollo de la conducta agresiva de Olweus y el modelo del apego de Bolwy, referidos por Carrasco y González (106).

Por último, se refiere un tipo de modelos que se centran en el análisis de factores de riesgo, lo cual es una tarea bastante compleja por el gran número de factores que intervienen, así como su gran heterogeneidad, multicausalidad y multidireccionalidad (106). Desde esta perspectiva se pueden nombrar estudios como el de Tremblay y Nagin, que clasifica los factores de riesgo en causas proximales y distales; Bernard, que contempla factores de protección ante las conductas agresivas y los divide entre ambientales y personales; o Stouthamer-Loeber, que aísla factores familiares, fisiológicos y genéticos. Todos ellos son referidos por Carrasco y González (106) .

2.2.2.2. Modelos específicos de la agresión en la asistencia sanitaria.

Hay autores que han estudiado específicamente la conducta violenta laboral dentro del ámbito sanitario, con modelos que contemplan el escenario propio de la asistencia sanitaria. Aquí se sitúan los modelos centrados en el paciente como el que propone Winstanley (107), en el que se apunta que la ansiedad sufrida por los pacientes disminuye sus habilidades cognitivas, lo que da como resultado una interpretación errónea de la situación o de las conductas desplegadas por el equipo sanitario que lo atiende provocando una respuesta agresiva. La ansiedad genera una hipervigilancia acompañada de una atención selectiva al respecto de los estímulos amenazantes.

Otro de los modelos es el propuesto por Arnetz et al. (42). En él se relaciona los episodios de violencia con el síndrome de burnout en los profesionales, afectando dicho fenómeno a la calidad de los cuidados ofrecidos. Esto hace que la interacción paciente-equipo se desarrolle en un ambiente más empobrecido tanto para el profesional como para el paciente, facilitando un nuevo episodio violento. La comunicación se realiza en un tono

más agresivo, se valoran menos las necesidades del paciente y se emplea menos tiempo en la atención.

El modelo de Schat y Kelloway (94) investiga los predictores consecuentes, así como los factores moduladores que intervienen en el fenómeno de la AL, basándose en el proceso de estrés laboral (108). La aparición de un estímulo ambiental aversivo hace que la persona lo perciba y dé una respuesta psicológica inmediata, originando consecuencias que pueden estar relacionadas con la salud individual (psicológicas y somáticas) y con el trabajo (actitudes y comportamientos laborales).

De Spector y Fox se destaca el modelo estresor-emoción (109), que localiza el origen de la conducta contraproducente en el estresor organizacional. Según este modelo, un trabajador o una trabajadora percibe un estresor y genera una respuesta emocional negativa que le impulsa a actuar de forma inconveniente. En este modelo, el control percibido y la personalidad tienen un papel moderador destacado en la percepción del estresor, la respuesta emocional y el comportamiento resultante.

2.2.3. Factores de riesgo relacionados con la incidencia de agresiones laborales, consecuencias de estas, medidas preventivas y formas de evaluación.

Para obtener información sobre el estado del arte de las AL a sanitarios se realizó una revisión bibliográfica (17). A su vez, se consultaron las Notas Técnicas de Prevención (NTP) elaboradas por Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

2.2.3.1 Factores de riesgo relacionados con la incidencia de agresiones laborales

En la **NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo** (110) se organizan los factores asociados a las agresiones en tres apartados: el entorno de trabajo (economías inestables, zonas de alta criminalidad, etc.); las características del trabajo (estilos rígidos y autoritarios de gestión, intercambio de dinero, manipulación o tenencia de bienes valiosos, etc.); y las características del agresor (problemas mentales, episodios de ira o frustración, etc.).

Atendiendo específicamente a las AL que se desarrollan en el sector sanitario, la revisión nos indica que estas muestran una prevalencia diferenciada por género. En el Informe del Grupo de trabajo de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud se indica que la mayoría de las víctimas son mujeres (233). Esos resultados se matizan en otras investigaciones (117), indicando que las mujeres reciben más AL verbales y los hombres más físicas.

Se describe a los hombres como los principales atacantes (72,111). También aquí encontramos estudios que modulan los resultados, indicando que están más implicados en AL físicas, mientras que las mujeres lo están en las verbales (112).

Del mismo modo, hay resultados dispares sobre si los ataques son perpetrados mayoritariamente por parte de pacientes o por allegados (41,113,114). Esto no tendría que ser una contradicción real entre datos, ya que hay otros factores que pueden estar influyendo en estas diferencias, teniendo en cuenta que hay servicios como psiquiatría, cuyos pacientes tienen características muy particulares que pueden favorecer los actos agresivos.

El servicio de psiquiatría es, precisamente, el que presenta un mayor número de AL, especialmente de modalidad física (81,115,116). Otros servicios que presentan una prevalencia alta de agresiones son los de urgencias y emergencias (117).

Altemir y Arteaga (41) señalan como factor de riesgo las barreras comunicacionales que pueden darse por dificultades idiomáticas (no conocer el idioma) o por problemas de capacidad sensorial (problemas en la audición o el habla). De la misma manera, también se describe el historial de agresiones, ya que se ha hallado una elevada casuística de reincidencia de estas conductas (118).

Dentro de las características de la asistencia, se refiere el tiempo de espera como uno de los factores más influyentes (119). Otras circunstancias de especial conflictividad son la disconformidad con el tratamiento, la negativa a realizar pruebas que solicita el paciente, recetar una medicación determinada, derivar a un especialista o dar una baja laboral (120).

Se reseñan otros factores de ámbito más organizacional o global como las políticas hospitalarias de puertas abiertas (56), el cambio sufrido en la valoración del personal sanitario en la sociedad (118), la insuficiente dotación de personal, la falta de

comunicación en el proceso asistencial entre el personal sanitario y los usuarios del sistema (121), así como la concurrencia de factores estresantes agudos como la aglomeración o elevada densidad de usuarios en las instalaciones, la escasa privacidad (121), intervenciones o actuaciones que cursen con un elevado dolor en el paciente, una temperatura excesivamente alta o la presencia de ruido en la sala (118).

Dentro de las distintas categorías profesionales del ámbito sanitario, el personal de enfermería se señala como más afectado por las AL (1,122,123). Se resumen los factores asociados en la tabla 3.

Tabla 3.

Factores asociados a las agresiones laborales a personal sanitario

| | |
|--|--|
| Referidos al paciente | Enfermedad que presenta (41) |
| | Características personales (41) |
| | Barreras comunicacionales (41) |
| | Consumo de drogas y/o alcohol (51,111,123,124) |
| | Variables psiquiátricas implicada (41,51,111,124–126) |
| | Historial de agresiones (118,127) |
| Referidos al profesional | Habilidades (41) |
| | Carácter (41) |
| | Nivel de estrés (41) |
| | Experiencias negativas previas (41) |
| | Insatisfacción laboral (41) |
| Referidos al entorno y a aspectos del trabajo | Departamento (41) |
| | Tiempo de espera excesivo (119,128,129) |
| | Disconformidad con el tratamiento (120), concesión de bajas o prescripción de medicamentos (118) |
| | Ira tras fallecimiento de un familiar o allegado (56) |
| | Poca valoración del personal sanitario (56) |
| | Poco personal (77) |
| | Pobres medidas de seguridad (121) |
| | Densidad de gente y poca privacidad (121) |
| | Estresantes agudos (dolor, ruido, aglomeraciones) (118) |
| | Trabajo en solitario (41) |
| | Más episodios de violencia por la tarde-noche (51,123,130) |
| | Categoría profesional. Enfermeras más afectadas (1,56,122,123,131,132) |
| | Fallos de la comunicación (56) |
| | Petición de cumplimiento de normas (56) |

2.2.3.2. Consecuencias de las agresiones laborales a sanitarios.

Como se adelantó en la introducción, las AL a personal sanitario tienen un impacto considerable, ya no solo en la salud y el bienestar de los profesionales, sino también en los costes de gestión y en la calidad del servicio. Así, distintos estudios hacen referencia a patologías relacionadas con haber recibido una AL, señalándose como una de las fuentes más relevantes de estrés laboral (42). También se las relaciona con la aparición de síntomas musculoesqueléticos, encontrando en un estudio de Yang et al. (18) relación con molestias en hombros, cuello, región dorsal y lumbar, rodillas, tobillos y pies, lo cual coincidía con los resultados de otro estudio llevado a cabo por Amin et al. (133) que indicaba que los síntomas en el cuello era los más prevalentes (48.94%), seguidos por los pies (47.20%), la región dorsal (40.69%) y la región lumbar de la espalda (35.28%).

En un estudio realizado en Palestina en 2018 por Jaradat et al. (19) se asoció la exposición a episodios de AL en personal de enfermería con una mayor presencia de síntomas psicossomáticos en ambos sexos, aunque en el personal femenino eran más acusados.

Se señala la asociación con el incremento de los niveles de síndrome del quemado o burnout (134–137). Un meta-análisis realizado en 2019 por López-López et al. (135) las describe como uno de los factores más estrechamente relacionados con la aparición de dicho síndrome. Con este coincide un trabajo realizado por Pai et al. que señala el incremento de los niveles de burnout en sanitarios víctimas de AL, así como la aparición o recrudecimiento de determinados desórdenes mentales como depresión, ansiedad o estrés post-traumático (138). El estrés post-traumático se refleja, también, en los resultados de otros trabajos de investigación (20,21). A su vez, se hace alusión al incremento de los niveles de ansiedad (22). Un trabajo realizado por Gascón et al. señala que este tipo de eventos (ansiedad, burnout...) presenta una mayor relación con las AL verbales que con las físicas (134). En una revisión sistemática llevada a cabo en 2019 por Magnavita et al. se describe asociación con una reducción de la calidad del sueño (23), describiendo otros estudios asociación con baja autoestima en las víctimas (1,16-17), así como con un detrimento en la percepción global sobre su calidad de vida y bienestar emocional (27–29).

En otro orden de cosas, se puede observar un impacto en el rendimiento profesional. Jaradat et al. las relacionan con un aumento en los niveles de desmotivación profesional

(30). Se describe también un detrimento de la satisfacción de los profesionales con su ocupación (31–35), una disminución de la adherencia de los profesionales a su puesto de trabajo (36–40), y una menor satisfacción con este (31–35). Por otra parte, también se evidencia una menor predisposición a empatizar con los usuarios en la práctica clínica (41).

Las organizaciones sanitarias se ven afectadas, principalmente, por la disminución de la calidad de la actividad y del servicio prestado a los usuarios (42,43). Cantera (45) menciona una serie de indicadores afectados entre los que se destacan: cantidad de horas de trabajo, cantidad y calidad de los servicios prestados, calidad del clima social percibido, imagen institucional, así como la productividad, eficiencia, competitividad y excelencia organizacionales. Del mismo modo, describe un incremento de la insatisfacción de usuarios, clientes y profesionales, así como de la crispación y conflictividad laborales.

Se han usado otros indicadores para evaluar los daños que ocasionan en las organizaciones, como el desarrollo de conductas defensivas en la práctica clínica (44) que se traduce en un aumento de realización de pruebas innecesarias, derivaciones a especialistas sin estar indicado, desarrollo de visitas más rápidas y superficiales, aumento en la prescripción de fármacos innecesarios, así como en la prolongación de bajas laborales por la petición de pacientes exigentes percibidos como peligrosos (45). Speroni et al. detallan como tras un incidente violento, alrededor de la mitad de las víctimas reportan comportamientos más precavidos con los pacientes a los que atienden, un 13% describen una sensación continua de miedo al atenderlos y un 15% una relación menos satisfactoria con estos (44).

Las AL se asocian con un aumento de los errores de diagnóstico y efectos adversos (47–49), así como con una menor predisposición a empatizar con los usuarios en la práctica clínica (41). A su vez, se relacionan con un aumento de los accidentes laborales, que podría no estar directamente relacionada con la AL, sino más específicamente con el grado de ansiedad y tensión que estos episodios pueden originar (46).

Si atendemos a las consecuencias en los costes de gestión de los servicios de salud, Cantera se apoya en un estudio realizado en Estados Unidos para puntualizar que se debe,

principalmente, a los costes de los tratamientos de las víctimas, la pérdida de días de trabajo de estas, así como de las indemnizaciones que el sistema tiene que pagar (45).

2.2.3.3. Medidas preventivas frente a las agresiones laborales en ámbito sanitario.

En la literatura se describen una serie de medidas útiles para prevenir las AL en el ámbito sanitario (17). Se resumen en la tabla 4.

Tabla 4

Medidas preventivas para evitar las agresiones laborales a personal sanitario.

| MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|
| Disminuir el número de acompañantes permitidos (80). |
| Política de tolerancia 0 (80,81). |
| Herramientas de declaración fáciles de usar y rápidas (81). |
| Formación en habilidades de comunicación (68–70). |
| Formación en habilidades para afrontar las AL (80,139–141). |
| Información sobre agresores (80). |
| Personal de seguridad (80,142). |
| Material informativo (carteles, trípticos) (142). |
| Contrato de comportamiento (118). |
| Instalación de circuitos cerrados de televisión o salas antipánico en determinados servicios (118). |

2.2.3.4. Cuestionarios para evaluar las agresiones laborales

Se han elaborado distintas herramientas para evaluar las AL. Una gran parte de estos cuestionarios ha seguido rigurosos procesos de validación y algunos se han traducido y adaptado a otros idiomas (63). Apoyándonos en la revisión sistemática realizada por Campbell (83), se destacan los siguientes:

- Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS)
- Survey of Violence Experienced by Staff (SOVES)
- The Perception of Aggression Scale (POAS)

- The Violent Incident Form (VIF)
- Magin questionnaire
- Stress at Work Scale, General Health Questionnaire, Maslach Burnout Inventory, Work Satisfaction Scale. Stress at Work Scale.
- Questionnaire by Martino.
- Overt Aggression Scale (OAS).
- Historical-Clinical Risk Management-20 (HCR-20)
- The Scale of Aggressive and Violent Experiences (SAVE)

2.3. Declaración de las agresiones laborales. Infradeclaración y brechas en su conocimiento.

2.3.1. Descripción de la infradeclaración de episodios de agresión laboral.

Dentro de los diferentes procedimientos más o menos formales con los que las víctimas pueden informar sobre la AL recibida (3,51,52), en este estudio se utiliza el concepto de declaración haciendo referencia a la puesta en conocimiento de la AL sufrida a la organización del centro donde el profesional presta sus servicios. Constituye una declaración formal. Queda registrada y se expresará en las estadísticas de accidentes e incidentes laborales de la empresa.

En la introducción ya se señaló que un gran número de AL en el ámbito sanitario no eran declaradas, lo que se acentuaba en las verbales (17). También se destacó la disparidad de los datos sobre el porcentaje de infradeclaración, desde el 15% (71) hasta el 80% (2,68).

2.3.2. Factores asociados a la infradeclaración de agresiones laborales en ámbito sanitario.

2.3.2.1. Motivos expresados por las víctimas para no declarar la agresión laboral sufrida.

En la literatura se exponen una serie de motivos expresados por las propias víctimas para no realizar la declaración de la AL recibida. Estos motivos se resumen en la tabla 5.

Tabla 5.

Motivos expresados por las víctimas de agresión laboral en el ámbito sanitario para no declarar la agresión recibida.

| MOTIVOS PARA NO DECLARAR LAS AGRESIONES SUFRIDAS | |
|---|---|
| Dificultad para realizar la declaración | El procedimiento para declarar es muy laborioso, complejo y/o largo (60,73) |
| | No tener tiempo para declararlo (56,143) |
| | Falta de una definición concreta de agresión laboral, especialmente del tipo verbal(58) |
| Desconocimiento del procedimiento | No hay un sistema definido o no se conoce (3,56,70,75,113,142) |
| Percepción de inutilidad de la declaración | Pensar que no valdría para nada (3,60,70,144) |
| Temor a las consecuencias | Temor a las represalias (3,56,113) |
| | Temor a ser acusados de negligentes o culpados (58) |
| | Molestias derivadas de la declaración (80,142) |
| | Miedo a perder el trabajo (68) |
| | Darle vergüenza declararlo, por ser considerado alarmista o exagerado(57) |
| Normalización de las agresiones | No darle importancia, pensar que forma parte del trabajo (145) |
| Justificación de la agresión | Cuando es sin intención o propósito (58,60) |
| Falta de apoyo | No ser apoyado por supervisores (73,142) |

En el caso de las AL verbales, el apartado “falta de una definición concreta” se ve acentuado por la ambigüedad del término (62,78,96), siendo común que los profesionales que las padecen no tengan claro si se hallan ante un verdadero caso de AL o ante un comportamiento maleducado o grosero, presentando una franca confusión sobre lo que es declarable y lo que no (57,58).

2.3.2.2. Otros factores asociados con la no declaración de las agresiones laborales sufridas.

Hay otro tipo de factores que, aunque no han sido expresados por las víctimas como influyentes en su decisión, han mostrado asociación con la declaración de AL en ámbito sanitario. Se ha descrito la relación con el género. Cheung y Yip y Elston y Gabe refieren que los hombres declaran más las AL que las mujeres (76,146), a pesar de que las mujeres sienten más miedo de ser agredidas (146) y, como ya se ha señalado, se muestran como las mayores receptoras de AL (17). En la investigación llevada a cabo por Mayorca et al. en el hospital de Poniente (El Ejido, Almería), se describe asociación con el estado civil refiriendo que los profesionales que más declaraban este tipo de eventos eran los solteros (56).

Por otra parte, encontramos factores relacionados con el trabajo. Mayorca et al. asocian el trabajo a turnos con una mayor prevalencia de declaración (56). El servicio en el que se trabaja también está relacionado con la realización efectiva de la declaración. Pertenecer al servicio de psiquiatría se relaciona con una menor declaración de eventos agresivos (56,58). Se describe como freno a la declaración que la AL se realice por pacientes sin un propósito real de agredir (estados de confusión o carecer de una plena consciencia sobre sus actos) (56,58). Sato et al. resaltan que la menor experiencia laboral también actúa como freno a la declaración de las AL recibidas (86).

2.3.3. Instrumentos de evaluación de la declaración de agresiones

En el apartado anterior se han señalado los instrumentos más reconocidos para evaluar las AL, los cuales han seguido procesos de validación rigurosos (17). Esto cambia en el caso de cuestionarios que miden la declaración de AL específicamente, para los que se ha señalado la carencia de este rigor en su diseño (17).

En trabajos previos sobre declaración de AL en ámbito sanitario, se han utilizado cuestionarios que tratan este fenómeno de una forma general, sin que su diseño esté orientado específicamente al estudio de su declaración. Este es el caso de trabajos como el de Mayorca et al. o Chagoyen que utilizaron para su investigación el “Workplace

Violence In The Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire 2003” (17,56,113).

Por otro lado, se pueden encontrar otros estudios que han construido cuestionarios específicos para este ámbito (86,87), pero según la revisión sistemática de Campbell et al. no presentan un proceso de validación adecuado (17,83).

Paralelamente, se ha recurrido a metodologías cualitativas para acercarse al estudio de la declaración, como el trabajo de Hogarth et al. que usó la técnica de los Grupos Focales para profundizar sobre las actitudes hacía la declaración de AL del personal del servicio de emergencias de un hospital de Victoria (Australia) (85) o como el uso de estudios narrativos aportados por las víctimas de AL de un hospital de Estados Unidos que llevaron a cabo Wolf et al. (147).

2.4. Validación de cuestionarios.

El propósito de esta tesis es diseñar un cuestionario que sea válido (mida lo que debe medir) y fiable (se puede repetir la misma medida en condiciones similares).

El uso de cuestionarios o escalas de evaluación tiene sus raíces en la psicofísica, que permite la cuantificación de la percepción trasladando a un sistema numérico conceptos abstractos, y en la psicométrica, que posibilita comprobar la adecuación del instrumento al fenómeno que queremos medir así como su calidad metodológica (148).

Este proceso requiere, en primer lugar, de una definición precisa del concepto que queremos evaluar para operacionalizarlo, así como aislar sus componentes o factores principales que, a su vez, también deben ser definidos con precisión para luego identificar los ítems que permitan evaluarlos (149).

Badía y Carné exponen que cualquier herramienta de medición debería contener las siguientes características (150):

- Validez de contenido. Debe estar justificado teóricamente y ser adecuado al factor que pretende medir.
- Validez del instrumento. Debe ser capaz de medir aquellas características que quiere medir y no otras.

- Precisión. Se refiere a que todas las mediciones hechas de manera repetida han arrojado un resultado similar.
- Confiabilidad, lo cual asegura que el instrumento funcione de forma similar bajo diferentes condiciones: dependientes del instrumento, del tiempo en que este pueda ser administrado así como de la persona que realice la investigación.
- Sensibilidad, pudiendo detectar los cambios que puedan producirse entre las respuestas de diferentes personas, así como los cambios que puedan generarse en las respuestas de un mismo individuo en el transcurso del tiempo.
- Claridad, sus componentes o dimensiones deben estar delimitadas y ser comprensibles.
- Validez de constructo. Los componentes antes descritos deben contribuir de forma independiente al constructo general de la escala.
- Aceptación, debe contar con la aceptación de usuarios, profesionales e investigadores.

En este estudio se han evaluado las distintas dimensiones citadas por estos autores mediante metodología cualitativa y cuantitativa que se explicará en el apartado correspondiente. La aceptación no ha sido evaluada en esta tesis, teniendo el propósito de poder evaluarla en el futuro, tras la difusión de la herramienta y el uso de esta por otros investigadores.

Otro aspecto a considerar es la validez externa, que es la capacidad del instrumento para conseguir resultados semejantes en contextos y muestras distintos (149). También se debe contemplar la utilidad del instrumento, lo cual hace referencia a la facilidad de administración y de análisis de las respuestas que tiene (149).

Luján-Tangarife y Cardona-Arias (151) describen los tres aspectos esenciales en el proceso de validación de escalas: la validez, la reproductibilidad y la utilidad. Según estos aspectos estén mejor evaluados, se puede considerar que la herramienta es más robusta. Las dimensiones a evaluar y los estadísticos que se suelen aplicar están descritos en la tabla 6.

Tabla 6

Dimensiones a evaluar en una validación de escalas y estadísticos aplicables

| DIMENSIONES Y ESTADÍSTICOS EN VALIDACIÓN DE ESCALAS | | | |
|--|---|---|--|
| Propiedad psicométrica | Tipo | Definición | Estadístico |
| Validez | Constructo | El instrumento refleja el constructo adecuadamente | Análisis factorial (AF) confirmatorio o pruebas de hipótesis en grupos distintos |
| | Contenido | Los ítems representan al constructo | AF exploratorio |
| | Criterio | Similitud en puntuaciones de la escala en comparación con las que presenta un patrón de referencia | Coefficiente de Correlación de Pearson o Spearman |
| | Convergente | Relaciona la puntuación de la escala con otras que miden el mismo constructo | Coefficiente de Correlación de Pearson o Spearman |
| Confiabilidad | Fiabilidad | Precisión de la medida y su estabilidad en el tiempo | Alpha de Crombach |
| | Consistencia interna | Correlación entre ítems de cada dimensión | Correlación de Pearson, Spearman o Kuder Richardson |
| | Poder discriminante | Correlación entre los ítems y las dimensiones a las que no pertenecen | Correlación de Pearson, Spearman |
| Reproductibilidad | Fiabilidad intraobservador | Repetibilidad del instrumento en dos momentos temporales diferentes (Test-retest) | Correlación de Pearson, Spearman o intraclase |
| | Fiabilidad interobservador | Conformidad de resultados obtenidos en diferentes evaluadores con iguales sujetos, escala y momento | Correlación de Pearson, Spearman o intraclase |
| Sensibilidad | Discriminar cambios en el transcurso del tiempo | | Pruebas de hipótesis |
| Utilidad | Sencillez de aplicación y procesamiento | | |

Fuente: elaboración propia en base a los trabajos de Domínguez-Sánchez (149) y Luga-Tangarife y Cardona-Arias (151).

Finalmente, se ha observado un aumento en la utilización de métodos cualitativos en proceso de validación de herramientas (152). Entre estos, se destacan algunas técnicas como el juicio de expertos o los grupos focales (152).

La evaluación mediante el juicio de expertos, según Cabero y Llorente referido por Robles-Garrote y Rojas consiste en “solicitar a una serie de personas la demanda de un juicio hacia un objeto, un instrumento, un material de enseñanza o su opinión respecto a un aspecto concreto” (152). Una de las metodologías más utilizadas para ello es el panel Delphi (59,153), en el cual los expertos son consultados de forma individual sobre una serie de aspectos y reciben una retroalimentación sobre lo respondido por otros expertos. Normalmente se realiza en diferentes vueltas y con las sucesivas devoluciones se produce una opinión que representa al grupo (154,155)

En los grupos focales se obtiene información de los participantes en base a la experiencia personal o profesional que tienen dentro del campo de actuación de la escala (156). A diferencia del método Delphi, se produce una puesta en común de las opiniones dentro del grupo, lo que posibilita un debate entre los componentes, enriqueciendo la información. Por otro lado, también en contraste con el Delphi, esta metodología puede conllevar sesgos como el efecto de liderazgo de algunos participantes que eclipsan otras opiniones y producen un consenso que no existe realmente.

2.5. Marco estratégico de actuación en las agresiones laborales a sanitarios.

2.5.1. Organismos para luchar contra las agresiones

Debido a la exposición del personal sanitario a la violencia laboral, en España se han puesto en marcha diferentes iniciativas para combatir este fenómeno.

En 2010 se creó el Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos, en 2013 se constituyó el Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud y en el año 2018 se fundó el Observatorio Nacional de Agresiones a Enfermeros. También en 2018 se publicó el “Estudio Nacional de Agresiones a Médicos en España 2010-2015. Violencia en el sitio de trabajo” (72) registrando 2419 AL a personal médico en ese periodo, aunque señalando que por la infradeclaración que existe puede que esas cifras no sean las reales.

El 20 de mayo de 2013 se creó el Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud (8). Este grupo está formado por representantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, las organizaciones sindicales más representativas, los consejos generales de colegios profesionales sanitarios, así como las asociaciones tanto de pacientes como de usuarios. El propósito de dicho grupo es investigar sobre las AL a profesionales del Servicio Nacional de Salud, las dimensiones del problema, las medidas preventivas y disuasorias establecidas en la distintas Administraciones Sanitarias, así como la elaboración de propuestas de herramientas para combatirlas.

2.5.2. Protocolos de actuación

Determinados Servicios de Prevención del ámbito sanitario han elaborado protocolos que instruyen sobre las directrices de actuación ante una AL. Se destacan los siguientes:

- Guía per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges Colegio de Médicos de Cataluña (157).
- Manual de prevención ante las agresiones al personal sanitario. Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios (ANSICH) de Barcelona (158).
- Plan de prevención de las agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de la Salud (159).
- Protocolo de actuación ante agresiones del Servicio Andaluz de Salud (160).

Algunos de estos documentos cuentan con información adicional, como métodos para evitar las AL o herramientas para sobrellevar las consecuencias de haberla sufrido. No siempre llegan a ser conocidos por los profesionales a los que aplican, según se refiere en una revisión sistemática realizada en 2019 sobre AL a profesionales del sector sanitario en España (119). Esta señala que un elevado porcentaje de personal sanitario no recibe formación en PRL acerca de las agresiones, no conoce el protocolo de actuación de su centro ante una AL y en un episodio de AL no encuentran amparo en su organización (161,162).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Diseñar y validar un cuestionario para estudiar la declaración de AL sufridas por los profesionales de ámbito sanitario e identificar los factores asociados a que esta no se produzca correctamente.

3.2. Objetivos específicos

1. Diseñar un cuestionario basado en la revisión de la literatura sobre declaración de AL que sufre el personal sanitario, así como en las opiniones de expertos/as y personas afectadas.
2. Validar el contenido del cuestionario en términos de claridad y pertinencia, por un panel de personas expertas en la materia.
3. Comprobar su reproductibilidad (fiabilidad intraobservador) en profesionales de un centro sanitario.
4. Comprobar la utilidad del instrumento en una muestra de profesionales de un centro sanitario, caracterizando dicha muestra en función del cuestionario elaborado.
5. Validar el constructo y la confiabilidad (consistencia interna) de las escalas diseñadas para evaluar: 1) concepto de agresión verbal; 2) Motivos de no declaración verbal; 3) Motivos de no declaración físicas.

4. METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos descritos se plantea un estudio multicéntrico prospectivo mixto, utilizando metodología cuantitativa y cualitativa. La variable principal es la declaración de las AL sufridas por el personal sanitario hospitalario.

El estudio se llevó a cabo fundamentalmente en Sevilla, desde donde se centralizaron y coordinaron las otras colaboraciones de centros sanitarios de Huelva y Córdoba.

Se desarrolló en diferentes fases: una primera fase de operacionalización del constructo que se llevó a cabo mediante la realización de una serie de grupos focales (GF); una segunda fase de validación de contenido que se basó en un panel de expertos utilizando el panel Delphi (PD); una tercera fase para evaluar la fiabilidad que se efectuó a través de la administración del cuestionario en dos momentos diferentes (Test-Retest). Por último, se hizo un pilotaje del cuestionario entre los profesionales del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA). En cada fase se realizó un análisis específico de los datos obtenidos.

4.1 Diseño del cuestionario: Grupos Focales

Tras la revisión de la literatura (17), se decidió utilizar metodología cualitativa para operacionalizar el constructo y generar ítems, siguiendo la recomendación de otros autores de recurrir a los GF para ello (163,164). Como indica Hamui-Sutton y Varela-Ruiz “los grupos focales indagan cómo afectan diferentes fenómenos o situaciones a las personas; particularmente explican y profundizan en las percepciones, sentimientos y pensamientos de los sujetos involucrados en diversas problemáticas”. Atendiendo a la definición de Kitzinger (165), se describe un GF como “una modalidad de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes con el propósito de obtener información”.

4.1.1. Diseño, población y muestra

Se utilizó un diseño cualitativo mediante el uso de GF, usando el checklist o guía de Coreq para la comunicación científica (166). Esta guía puede consultarse en el anexo 1.

La población de estudio fue el personal sanitario afectado por el riesgo de AL. Para la selección de los perfiles se tuvo en cuenta la separación por el área profesional donde desarrollaban su trabajo: hospitalización *versus* urgencias. Se incorporó también la variabilidad hospitalaria, eligiendo profesionales de tres hospitales diferentes de la provincia de Sevilla (Hospital de Écija, Hospital de Virgen de Valme, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA)). Se consideró apropiada la realización de sesiones separadas por categorías profesionales además de sesiones conjuntas, debido a las diferencias entre el tipo de AL que sufre cada colectivo. Esto permitió que los participantes se expresaran con mayor libertad ya que, por vergüenza o por no generar polémica, podrían ocultar su opinión si solo se realizaban grupos con personal mixto.

Los participantes fueron seleccionados de forma intencional, escogiéndolos en relación al propósito de la investigación (164). Para convocarlos se solicitó a la coordinación de las diferentes áreas un grupo de profesionales entre los que se encontraban de turno en el momento fijado para la sesión. Todas las personas consultadas aceptaron participar en el estudio a excepción del personal médico. De un total de 12 médicos/as de hospitalización convocados, 4 aceptaron participar y de un total de 5 médicos/as de urgencias aceptaron participar 2. Los que no lo hicieron alegaron no tener tiempo para poder acudir, aunque expresaron tener interés en nuestro tema de estudio.

Finalmente se realizaron seis GF, en los que participaron un total de cuarenta personas (n=40). El número de personas de los grupos osciló entre 2 y 11 personas. El número óptimo para esta metodología, según la investigación de Claudia Schvingel et al., está entre 4 y 10-12 personas, aunque también se indica que la composición podría variar si las necesidades o particularidades de la investigación lo requiriese (167). Todas las sesiones cumplieron esos parámetros menos la de personal médico del área de urgencias en la que solo 2 personas aceptaron participar. La composición de cada grupo se resume en la tabla 7.

Tabla 7

Caracterización de los integrantes de los Grupos Focales

| Grupo Focal | Área | Hospital | Categorías | Género | | |
|---|---------------------|--------------------------|-------------------------|---------------|---------|---|
| GF1 Personal de enfermería y auxiliares de enfermería | Hospitalización | HSJDA | Personal de enfermería | 7 | Mujeres | 3 |
| | | | | | Mujeres | 4 |
| GF2 Personal de enfermería, auxiliares de enfermería y personal administrativo | Urgencias | HSJDA | Personal administrativo | 1 | Hombres | 1 |
| | | | Auxiliar de enfermería | 3 | Hombres | 2 |
| | | | | | Mujeres | 1 |
| Personal de enfermería | 5 | Hombres | 1 | | | |
| | | | | | Mujeres | 4 |
| GF3 Personal de enfermería, de medicina, celadores y auxiliares de enfermería | Hospitalización | Hospital Virgen de Valme | Personal médico | 2 | Hombres | 1 |
| | | | | | Mujeres | 1 |
| | | | Personal de enfermería | 4 | Hombres | 1 |
| | | | | | Mujeres | 3 |
| Auxiliar de enfermería | 2 | Hombres | 1 | | | |
| | | Mujeres | 1 | | | |
| | | | Celador/a | 1 | Hombres | 1 |
| GF4 Personal médico | Hospitalización | HSJDA | Personal médico | 4 | Hombres | 3 |
| | | | | | Mujeres | 1 |
| GF5 Personal médico del área de Urgencias | Urgencias | Hospital de Écija | Personal médico | 2 | Hombres | 1 |
| | | | | | Mujeres | 1 |
| GF6 Personal de admisión | Servicios Generales | HSJDA | Personal administrativo | 9 | Hombres | 2 |
| | | | | | Mujeres | 7 |

Se utilizó un criterio de saturación de datos en las preguntas que, según indican Onwuegbuzie et al., se corresponde con “la que ocurre cuando la información aparece tan repetidamente que el investigador la puede anticipar y en donde la recolección de más datos no parece tener ningún valor interpretativo adicional” (163).

4.1.2. Variables e instrumentos

Siguiendo las indicaciones de Merton y Kendall (168), se ha utilizado un guion semiestructurado para las sesiones. Su elaboración se basó en los datos extraídos de la revisión bibliográfica (17), atendiendo a los tópicos que otros autores ya habían fijado en

sus estudios (56,169,170). Igualmente, para afinar tanto el contenido como la composición de los grupos, se realizaron tres reuniones previas con expertos en AL de ámbito sanitario. La primera contó con 5 expertos en salud laboral (especialistas en Medicina y Enfermería del Trabajo), en la segunda participaron 3 técnicos de PRL con especialidad en riesgos psicosociales, y en la tercera 10 representantes sindicales de ámbito hospitalario.

Las preguntas del guion se muestran en la tabla 8.

Tabla 8.

Contenido del guion de las sesiones de los Grupos Focales

| CONCEPTO EXPLORADO | PREGUNTAS EN EL GUIÓN |
|--|--|
| Características del concepto de AL que manejan los participantes | ¿Qué pensáis que es una AL laboral a un personal sanitario? ¿Qué tipos de AL distinguís? |
| Características específicas del concepto de AL verbal que manejan los participantes | ¿Qué pensáis que constituye una AL verbal? ¿Qué comportamientos maleducados de los pacientes y allegados, aunque molestos, no los consideraríais como una AL verbal? |
| Vivencia de episodios de AL | ¿Habéis sufrido o habéis sido testigo de alguna AL en los últimos años? |
| Preocupación por los episodios de AL laboral | ¿En vuestro día a día, os preocupa que os puedan agredir física o verbalmente? ¿Pensáis que hace mella en vuestra salud emocional? |
| Percepción sobre la tendencia de las AL a sanitarios | ¿Creéis que las AL a sanitarios están aumentando? |
| Opinión sobre la realización de declaración de las AL sufridas | ¿Creéis que las agresiones físicas o verbales que sufren los profesionales en un hospital se declaran? ¿Por qué? ¿Qué pensáis que podría facilitar que los profesionales declararan las agresiones físicas y verbales que sufren? |
| Conocimiento del procedimiento de declaración de AL | ¿Conoces el procedimiento de declaración de agresiones? ¿qué opinas de él? |
| Opinión sobre la denuncia judicial de las AL | ¿Creéis que se denuncian judicialmente las agresiones físicas y/o verbales que sufren los profesionales del hospital? ¿Por qué? ¿Qué pensáis que podría facilitar que los profesionales denuncien judicialmente las agresiones físicas y verbales que sufren? |
| Medidas preventivas contra las AL | ¿Qué medidas pensáis que podrían disminuir las AL a sanitarios? |

4.1.3. Procedimiento

Las sesiones se realizaron entre noviembre de 2019 y febrero de 2020. Fueron dirigidas por la investigadora principal (IP) con la colaboración de otro miembro del equipo investigador y se llevaron a cabo siguiendo el guion semiestructurado de preguntas que se describió en la tabla 8. Las sesiones se iniciaron con una explicación del propósito de la reunión, informándoles sobre los objetivos de la investigación. Se les animó a participar utilizando sus conocimientos, sus propias experiencias y lenguaje (171). Se pidió permiso para la grabación de las reuniones, administrándole un consentimiento informado para que fuera firmado por todos los componentes del grupo (Anexo 2). En dos sesiones, no todos los participantes dieron su consentimiento para la grabación, por lo que se recogió lo expuesto de forma manual por el equipo investigador. En el resto sí se grabó la conversación con una aplicación del móvil de la IP, un Xiaomi MI A1. La grabación y la transcripción de las sesiones se realizó por la IP, esta última usando el procesador de texto Word.

Para las sesiones se acordó una duración de 1 hora, siguiendo las recomendaciones de elegir lugares de fácil acceso, conocidos y no amenazantes (172). Para ello se habilitaron salas en los distintos hospitales, amplias, luminosas y confortables, en las que los integrantes podían sentarse de forma adecuada (173).

4.1.4. Análisis de los datos

El análisis cualitativo de los datos se realizó mediante el programa informático Maxqda (versión online 2020). Esta herramienta ha sido utilizada en anteriores estudios (139,174–177) y puede analizar todo tipo de datos: textos, imágenes, audios o archivos de video. Se realizó una revisión por pares por parte de la IP y otro miembro del equipo investigador.

En el análisis de las transcripciones se extrajeron una serie de códigos que agrupaban las respuestas dadas. Se realizó una labor de comparación basada en similitudes y diferencias; síntesis (fusionando comentarios diferentes que expresaban el mismo concepto); diferenciación (creando subgrupos con aspectos más concretos dentro de cada grupo) y abstracción (determinando unidades significativas y conceptos primarios) (164,173).

La realización de los GF junto a la revisión de la literatura (17) permitió diseñar la primera versión del cuestionario (Cuestionario V1).

4.2. Validación de contenido del cuestionario: panel Delphi.

Para validar el contenido de los ítems propuestos en la V1 del cuestionario, recurrimos a un grupo de expertos utilizando un panel Delphi (PD). Este método se podría describir como “la obtención de las opiniones de diferentes expertos mediante la consulta iterativa y anónima” (178). Como técnica nominal posibilita que un grupo trabaje aisladamente para conseguir unos resultados de consenso (179).

4.2.1. Diseño, población y muestra

Se utilizó un enfoque mixto, cuantitativo y cualitativo basado en el PD como consenso de expertos con dos rondas de respuestas (ampliable a tres si era necesario por bajo acuerdo entre los expertos). Las respuestas de cada ronda fueron consideradas para la elaboración de la V2 del cuestionario. Una ventaja de esta técnica es que los expertos pueden observar las respuestas del resto de expertos, pero no saben a quién corresponde cada comentario, lo que evita sesgos por la influencia de figuras de más autoridad, dependencia psicológica, liderazgos, etc. (154,180).

Inicialmente se seleccionaron 22 expertos/jueces con dos perfiles diferentes (especialistas y afectados). Para ello se siguió la distinción realizada por otros autores (181), diferenciando expertos “afectados”, involucrados en las situaciones objeto de estudio, y “especialistas”, elegidos según su trayectoria académica, méritos o preparación. También se consideró que hubiera una representación equiparada de ambos géneros (40% de hombres, 60% de mujeres), teniendo en cuenta que el sector al que se refiere el estudio tiene una población con mayor predominancia femenina (17). Como método de selección se utilizó el procedimiento de muestreo experto (182), en el que se selecciona un grupo de sujetos según criterios de experiencia demostrable o reconocida en un área. Las áreas de interés en las que se buscó la competencia experta fueron: perspectiva de género, salud laboral, derechos del personal trabajador, medio sanitario hospitalario, medio sanitario no hospitalario, investigación, PRL, experiencia con AL, lingüística y ciencias sociales.

Para su elección se establecieron unos criterios mínimos de experiencia y/o formación en el área de interés por el que habían sido seleccionados. Estos criterios se refieren en la tabla 9 (titulación/experiencia). También se consideraron otros factores como la cercanía al equipo investigador, la disposición a participar, el compromiso con la actividad, la creatividad, la disponibilidad de tiempo y la capacidad de comunicación (154).

A los **22 expertos** elegidos se les comunicó el interés en que participaran en el estudio y recibieron información detallada del proceso. Todos aceptaron participar. Se caracterizan en la tabla 9.

Tabla 9

Características de los jueces preseleccionados para participar en el PD, según las áreas de interés por las que habían sido elegidos.

| Área | Titulación/Experiencia | N |
|---|--|-----------|
| Perspectiva de género | Master oficial en género. | 1 mujer |
| Salud Laboral | Especialistas en Medicina y Enfermería del Trabajo en activo, más de 10 años de experiencia | 2 mujeres |
| Derechos del personal trabajador | Delegados de prevención de ámbito hospitalario, más de 10 años de experiencia | 1 hombre |
| Medio sanitario hospitalario | Trabajadores/as de diferentes categorías profesionales en activo (enfermería, psicología, auxiliar de enfermería), más de 10 años de experiencia | 3 hombres |
| | | 2 mujeres |
| Medio sanitario no hospitalario | Profesionales de ámbito sanitario no hospitalario, más de 10 años de experiencia | 2 hombres |
| | | 2 mujeres |
| Investigación | Doctores/as con publicaciones | 3 mujeres |
| Prevención de Riesgos Laborales | Técnicos de PRL (especialidad ergonomía y psicología aplicada), más de 10 años de experiencia | 2 hombres |
| Experiencia con AL. | Sanitarios víctimas o testigos de AL. | 1 mujer |
| Lingüística. | Licenciatura en filología hispánica. | 1 mujer |
| Ciencias Sociales | Licenciatura en psicología, sociología o antropología | 2 mujeres |

Antes de iniciar la primera ronda de consultas se procedió a verificar la idoneidad de estos 22 expertos mediante un cuestionario que evaluaba el coeficiente de competencia experta (183). Se determinó excluir del estudio a aquellos jueces que no mostraran un coeficiente de competencia experta medio o alto (>0,50). Tras la exclusión de dos jueces que no cumplían los criterios establecidos, se envió el cuestionario de la primera ronda a 20

expertos (16 expertos con un coeficiente de experto alto y 4 con un coeficiente de experto medio). De estos, contestaron 19 (95% de participación). Este número final de expertos se adecúa al número aconsejado para la metodología (mínimo 8-9 expertos y máximo 40-50) (180,181).

4.2.2. Variables e instrumentos

4.2.2.1. Cuestionario para la evaluación del coeficiente de competencia experta.

Se administró a los 22 expertos preseleccionados un cuestionario de Google Docs con las preguntas señaladas en la literatura para la evaluación de dicho coeficiente (183).

PREGUNTA 1. Valoración del coeficiente de competencia experta. Por favor, indica tu grado de conocimiento en los siguientes campos (1 ningún conocimiento, 10 experto)

- Ámbito sanitario hospitalario
- Ámbito sanitario no hospitalario
- AL a sanitarios
- Investigación
- Perspectiva de género
- Lingüística
- Ciencias Sociales (psicología, sociología, antropología)
- Prevención de Riesgos Laborales
- Derechos de los/as trabajadores/as
- Salud Laboral

PREGUNTA 2. Valoración del coeficiente de argumentación. Teniendo en cuenta el campo de la pregunta anterior en la que posee mayor conocimiento (salud laboral, perspectiva de género, ámbito sanitario hospitalario...) autovalore el grado de influencia que ha tenido en su conocimiento cada una de las fuentes que le presentamos a continuación (influencia alta, media y baja)

- Análisis teórico realizado por usted
- Su propia experiencia obtenida de su actividad práctica
- Estudio de trabajos sobre el tema de autores extranjeros
- Estudio de trabajos sobre el tema de autores españoles
- Su intuición sobre el tema abordado
- Su propio conocimiento acerca del estado del problema en el extranjero

4.2.2.2. Cuestionario para la validación de contenido por el PD

Se utilizó un cuestionario de Google Docs que contenía preguntas diferentes en la primera y segunda ronda. Para ello nos apoyamos en las variables del cuestionario V1.

La primera ronda contenía las siguientes secciones: 1) Perfil sociodemográfico del experto; 2) Pertinencia y la claridad de los 22 ítems que contenía el cuestionario, utilizando para ello una escala Likert que iba del 1 (nada comprensible-claro/pertinente) al 5 (completamente comprensible/claro/pertinente) y 3) Aportación de sugerencias mediante preguntas abiertas.

Para contextualizar al experto, el cuestionario se iniciaba con una explicación sobre el objetivo de nuestra investigación y de las características de la técnica. De la misma manera, para cada ítem a valorar se le proporcionó una explicación sobre el objetivo de dicho ítem y cómo se articula en el conjunto del cuestionario. Este cuestionario puede consultarse en el Anexo 3.

Para la segunda ronda se modificaron las preguntas. Las preguntas se referían a las propuestas realizadas por las personas expertas en la primera ronda (154), aludiendo a eliminación o inclusión de un ítem o sugerencias respecto a la redacción de los enunciados. Para la valoración se mantuvo la escala likert de 5 puntos. Puede consultarse en el Anexo 4.

4.2.3. Procedimiento

El cuestionario para evaluar la competencia experta se envió mediante mensajería instantánea (WhatsApp) el 8 de abril de 2020, fijando en una semana el tiempo máximo para la respuesta. Tras el análisis de los resultados, se eliminaron los jueces que no cumplieron el criterio fijado (coeficiente de competencia experta > 0,50).

Los cuestionarios de la primera ronda del panel se enviaron mediante mensajería instantánea (WhatsApp) el día 16 de abril de 2020, fijando en diez días el tiempo máximo para la respuesta (26 de abril).

Tras el análisis de los resultados de la primera ronda, se remitió a cada experto un nuevo formulario con una segunda ronda de preguntas, en el que se les informa de los resultados obtenidos en la fase anterior, aportando la información anónima proporcionada por el resto de participantes. La segunda ronda se inició el 2 de junio, facilitándose un periodo de 15 días para contestar.

Las respuestas se almacenaron en Google Docs a disposición del equipo investigador.

4.2.4. Análisis de datos

4.2.4.1. Análisis de la idoneidad de los expertos elegidos mediante el coeficiente de competencia experta

Para comprobar la idoneidad de los expertos elegidos inicialmente se usó el coeficiente de competencia experta, propuesto por Cabera y Barroso (183), cuya fórmula es:

$$\mathbf{K} = \frac{1}{2} (\mathbf{Kc} + \mathbf{Ka})$$

K= Coeficiente de competencia experta

Kc= Coeficiente de conocimiento (grado de conocimiento que el propio experto considera tener sobre el objeto de estudio)

Ka= Coeficiente de argumentación (obtenido a partir de la asignación de puntuaciones a las distintas fuentes de argumentación utilizadas: análisis teóricos, experiencia, conocimiento de trabajos sobre el tema nacionales y/o extranjeros, conocimiento del estado del problema en el extranjero e intuición).

En el coeficiente de conocimiento es el propio juez el que evalúa su conocimiento en el tema de estudio puntuándolo del 1 al 10. El valor indicado se multiplica por 0,1. A cada experto/a se le consultó solo por el área de interés por la que había sido seleccionado/a.

En el coeficiente de argumentación, el juez evalúa sus fuentes de argumentación en el área de interés por la que había sido seleccionado/a, puntuándolo según se indica en la tabla 10.

Tabla 10

Puntuación de las fuentes de argumentación en la obtención del coeficiente de Argumentación (Ka).

| Fuente de argumentación | Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios | | |
|---|---|-------|------|
| | Alto | Medio | Bajo |
| Análisis teórico propio | 0,3 | 0,2 | 0,1 |
| Experiencia obtenida | 0,5 | 0,4 | 0,2 |
| Estudios de trabajos sobre el tema de autores nacionales | 0,05 | 0,05 | 0,05 |
| Estudios de trabajos sobre el tema de autores extranjeros | 0,05 | 0,05 | 0,05 |
| Conocimiento propio acerca del estado del problema en el extranjero | 0,05 | 0,05 | 0,05 |
| Intuición | 0,05 | 0,05 | 0,05 |

Fuente: Cabero Almenara y Barroso Osuna (183).

Con los valores obtenidos del Kc y del Ka, tras aplicar la fórmula del K se clasifican a los expertos en tres grandes grupos (184):

Si $K > 0,8$ el coeficiente de competencia experta es alto.

Si $K > 0,5$ y $\leq 0,8$ el coeficiente de competencia experta es medio.

Si $K \leq 0,5$ el coeficiente de competencia experta es bajo.

4.2.4.2. Elección de pruebas psicométricas para valorar la claridad y pertinencia

Se fijaron unos criterios sobre medidas de tendencia central y dispersión (153,181,185,186). Estas últimas son útiles para comprobar la variabilidad de la muestra, con el fin de que no queden enmascarados resultados extremos de interés.

Como medidas de consenso se eligieron la media, mediana y el porcentaje de valoraciones altas (4-5), según lo recomendado en estudios previos (153). Los criterios de inclusión fijados fueron: media $\geq 3,5$; mediana $\geq 3,5$ y valoraciones altas (4-5) $\geq 80\%$ (5).

Como medida de dispersión se eligió el coeficiente V de Aiken $\geq 0,75$. Esta técnica permite cuantificar la relevancia de cada ítem respecto de un dominio de contenido formulado por N jueces (187,188). Puede tomar valores que van desde el 0 hasta el 1. El 1 indica un absoluto acuerdo entre los jueces al respecto de la puntuación otorgada en cada una de las dimensiones de valoración. Algunos autores determinan que contenidos inferiores a 0,75, deberían eliminarse (189,190). En el estudio se decidió que valores inferiores a ese valor se someterían a escrutinio mediante una revisión por pares (185).

La ecuación de la V DE AIKEN (modificada por Giacobbi y Pendfield) (189) es:

$$V = \frac{\bar{X} - l}{K}$$

Donde:

\bar{X} es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l es la calificación más baja posible.

k es el rango de los valores posibles de la escala Likert utilizada.

Ante la posibilidad de cumplir solo algunos criterios, se determinó la realización de una revisión por pares de esos ítems. En los casos de cumplir todos los criterios se aceptaría la propuesta y en caso de incumplirlos todos se rechazaría directamente. El análisis de datos fue apoyado en la herramienta estadística de Excel.

4.2.4.3. Análisis de las aportaciones, sugerencias o indicaciones de los expertos.

Se determinó que en la primera ronda de respuestas, las sugerencias aportadas en las preguntas de campo abierto se analizarían mediante una revisión por pares. De esta revisión se extraerían aspectos para consultar o debatir en la segunda ronda que podían hacer referencia a eliminar una pregunta, ampliarla o modificarla.

En la segunda ronda, se realizó nuevamente esta revisión por pares para determinar la forma en la que quedaría el cuestionario. Se especificó que, en caso de duda o discrepancia, se recurriría a elevar la cuestión al equipo investigador al completo para dirimir si habría que incorporar alguna modificación o no.

Todo ello permitió refinar y realizar la validación de contenido del cuestionario V2.

4.3. Valoración de la reproductibilidad del cuestionario.

La fiabilidad o confiabilidad de la prueba refleja su capacidad para reducir el error de varianza y que las diferencias en las puntuaciones solo se deban a alguna condición que sea relevante al propósito de la investigación (191).

4.3.1. Diseño, población y muestra

La prueba de fiabilidad se enfocó a evaluar la fiabilidad intraobservador del cuestionario en dos aplicaciones sucesivas (192). Entre las dos administraciones se dejó un periodo de dos semanas (+3 días), siguiendo el intervalo temporal utilizado en una gran parte de los estudios revisados (193–197).

La muestra estaba compuesta por profesionales de ámbito sanitario hospitalario pertenecientes a diferentes hospitales de las provincias de Sevilla, Córdoba y Huelva (Hospital Virgen Macarena, Hospital Virgen del Rocío, Hospital de Lucena, Hospital de Osuna y Hospital Juan Ramón Jiménez). Se administró el cuestionario a 35 personas convocadas mediante muestreo intencional, no aleatorizado. De ellas contestaron 31 (88% de participación). El número de participantes coincide con lo encontrado en

investigaciones similares (198–201), aunque esta metodología presenta una gran variabilidad de tamaño muestral en los diferentes trabajos consultados.

4.3.2. Variables e Instrumentos

Para esta fase se utilizó un mismo test que se administró en dos ocasiones y que incluía las variables determinadas en la V2 del Cuestionario. Este cuestionario se elaboró utilizando la herramienta online de formulario de Google Docs y puede consultarse en el anexo 6.

El cuestionario cuenta con preguntas ordinales con escala Likert, dicotómicas, nominales y de respuesta abierta. Para caracterizar la muestra se añadieron una serie de preguntas sobre datos demográficos como la edad, el sexo, la profesión y los años de desempeño de esta, así como las características del trabajo que desarrolla (trabajo en solitario, trato directo con pacientes y/o familiares o trato exclusivamente telefónico con los usuarios). Esto se puede consultar en la tabla 11.

Tabla 11

Variables del cuestionario V2 usado en la fase de test-retest.

| Variables sociodemográficas y laborales | | |
|--|-----------------------|---|
| VARIABLE | TIPO | CATEGORÍA DE RESPUESTA |
| Sexo | Nominal | Hombre/ Mujer |
| Edad | Cuantitativa discreta | Años |
| Estado Civil | Nominal | Casado/ Soltero/ Divorciado/ Otros |
| Tipo de Contrato | Nominal | Fijo / Eventual |
| Profesión | Nominal | Administrativo/a Enfermero/a Médico/a Fisioterapeuta Informático/a Servicios Generales/ Mantenimiento Auxiliar de Enfermería Técnico/a Otros |
| Años de profesión | Ordinal | < 2 años / De 2 a 5 años / De 5 a 10 años / >10 años |
| Área o Servicio | Nominal | Admisión Archivo Hospitalización Informática Recursos Humanos Servicio de Prevención , Preventiva y Calidad Urgencias |
| Antigüedad en el puesto | Ordinal | < 6 meses / De 6 a 12 meses / De 1 a 5 años / > 5 años |
| Turnos de trabajo | Nominal | Fijo de mañana Mañanas / tardes Días / Noches |
| Guardias | Nominal | No realiza / G. 12/14 horas / G. 24 horas / Localizables |
| Trabaja solo | Dicotómica | Sí / No |
| Contacto exclusivo telefónico con pacientes | Dicotómica | Sí / No |
| Contacto directo con pacientes | Dicotómica | Sí / No |

| Variables relacionadas con la agresión | | | |
|--|------------------|---|--------------------------------------|
| Aumento de AL (Verbales/ Físicas) | Dicotómica | Sí / No | |
| Motivos del aumento de AL (Verbales Físicas) | Pregunta abierta | | |
| Habitualidad de las AL | Dicotómica | Sí / No | |
| Frecuencia de las AL | Ordinal | Muy en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, muy de acuerdo | |
| Conocimiento existencia Protocolo AL | Dicotómica | Sí / No | |
| Comunicación formal del Protocolo | Dicotómica | Sí / No | |
| Conocimiento del contenido del Protocolo | Ordinal | No lo conozco en absoluto, No lo conozco muy bien, Lo conozco pero tengo dudas, Lo conozco, Lo conozco perfectamente | |
| Forma de declaración de la declaración de AL | Nominal | Sí, comunicándolas a RRHH; Sí, comunicándolas al Servicio de Prevención y Salud Laboral / Preventiva; Sí, comunicándolas a la persona con rango superior directo; Sí, mediante la cumplimentación de un formulario en el ordenador o aplicación móvil; No sé cómo se comunica | |
| Evaluación del sistema informático Tiene fácil acceso Es sencillo de utilizar Es rápido de cumplimentar | Ordinal | Escala likert 1 a 5 (1 nada de acuerdo, 5 completamente de acuerdo) | |
| Episodio de AL | Ordinal | No / Sí, una / Sí, más de una | |
| Tipo de AL | Nominal | Física / Verbal | |
| Síntomas relacionados con AL | Nominal | Ansiedad / Ira / Temor / Depresión/ Otro/ Culpa/ Frustración, impotencia | |
| Forma de la AL | Nominal | Física | Patadas / Empujones / Puñetazos |
| | | Verbal | Amenazas / Insultos / Gritos / Otros |
| Sexo del agresor | Nominal | Hombre / Mujer | |
| Tipo de agresor | Nominal | Paciente / Familiar / Otros | |
| La AL (física/ verbal) implicó | Nominal | Lesiones, necesidad de tratamiento, necesidad de días de baja | |
| Características del agresor/a | Nominal | Trastorno psiquiátrico conocido, Estar bajo los efectos de alguna droga en el momento de la agresión, Agresión producida por movimientos inconscientes o involuntarios del paciente, Otro | |
| Testigo de AL | Ordinal | No / Sí, una / Sí, más de una | |
| Diferenciación entre comportamientos maleducados y agresiones | Ordinal | Escala likert 1 a 5 (1 no podría diferenciarlos en absoluto, 5 los diferenciaría perfectamente) | |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| <p>Vivencia de situaciones relacionadas con las AL verbales</p> <p>Enfadados por la demora asistencial Malas caras/ miradas de desprecio u hostiles Cuestionar las decisiones Frases irónicas o sarcásticas Enfadados por falta de información Acusaciones injustificadas Gritos Amenazas Insultos Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia, niño, fuertecito...)</p> | <p>Ordinal</p> | <p>Nunca</p> <p>Sí, de forma aislada</p> <p>Sí, más de una vez al año</p> <p>Sí, más de una vez al mes</p> <p>Sí, diariamente</p> |
| <p>Identificación de comportamientos como AL verbal e intención de declaración:</p> <p>Enfadados por la demora asistencial</p> <p>Malas caras/ miradas de desprecio u hostiles</p> <p>Cuestionar las decisiones</p> <p>Frases irónicas o sarcásticas</p> <p>Enfadados por falta de información</p> <p>Acusaciones injustificadas</p> <p>Gritos</p> <p>Amenazas</p> <p>Insultos</p> <p>Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia...)</p> | <p>Nominal</p> | <p>Sí, lo considero una agresión verbal y lo DECLARARÍA a la Organización de mi centro de trabajo</p> <p>Sí, lo considero una agresión verbal, pero NO lo DECLARARÍA a la Organización de mi centro de trabajo</p> <p>No lo considero una agresión verbal</p> |
| <p>Propuestas para evitar las AL</p> | <p>Pregunta abierta</p> | |

| Variables relacionadas con la declaración de agresiones | | |
|--|------------------|--|
| Declaración de la AL (verbal/física) | Nominal | <p>Sí, lo declaré a Recursos Humanos</p> <p>Sí, lo declaré al Servicio de Prevención / Preventiva</p> <p>Sí, cumplimenté el formulario de declaración de agresiones en el ordenador</p> <p>Sí, informé a la persona con rango superior directo</p> <p>No, sólo lo hablé con mis compañeros</p> <p>No, no se lo comenté a nadie</p> |
| Denuncia Judicial (verbal/física) | Nominal | No / Sí, me ayudó mi Organización / Sí, lo hice por mi cuenta. |
| <p>Motivos de no declaración:</p> <p>El procedimiento para declararlo es laborioso, complejo y/o largo</p> <p>No conocía el procedimiento</p> <p>Pensé que no iba a servir para nada</p> <p>No le di importancia, es algo común</p> <p>No tenía tiempo</p> <p>Miedo a las represalias</p> <p>Vergüenza de ser tomado por exagerado/a o alarmista</p> <p>Era humillante contarlos</p> <p>Temor a que lo culparan</p> <p>No querer complicaciones</p> <p>Nadie las declara</p> <p>Declararlas no está bien visto</p> <p>El agresor/a se disculpó</p> <p>Pienso que las agresiones son inevitables</p> <p>Recibí instrucciones de un superior jerárquico</p> <p>Otros</p> | Ordinal | Nada influyente, poco influyente, neutro, influyente, muy influyente |
| Algún otro motivo de declaración no contemplado | Pregunta abierta | |
| Facilitadores de la declaración | Pregunta abierta | |
| Amparo de la Organización | Ordinal | Nada amparado, Poco amparado, Neutro, Amparado, Muy amparado |
| Mejora amparo de la Organización | Pregunta abierta | |

Se incluyó en el test una pregunta final distinta para cada administración. En el primero era una pregunta exploratoria sobre la percepción del test: “Por favor, coméntanos tus impresiones sobre el test (es muy largo, algo te ha parecido inadecuado, etc.)”. En el retest, esta pregunta se eliminó y se consultó si había habido algún cambio sustancial en esas dos semanas (que pudiera justificar alguna variación entre las dos respuestas): “Por favor, indícanos si desde que rellenaste el primer test ha habido alguna experiencia de AL que cambiara tu situación desde el test anterior”.

4.3.3. Procedimiento

El primer test se administró el día 24 de julio de 2020 mediante mensajería instantánea (WhatsApp), obteniéndose respuestas desde dicho día al día 27 de julio. El segundo se envió el día 7 de agosto de 2020, cerrando la recogida de respuestas el día 14 de agosto.

4.3.4. Análisis de los datos obtenidos

Para analizar la fiabilidad de los datos obtenidos se recurrió al programa estadístico SPSS V26. Para ello se recurrió a la determinación del coeficiente de correlación intraclass (CCI), según las medidas promedio, que evalúa la concordancia general entre dos o más métodos de medición, cimentado en un modelo de análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas. Sus valores varían entre 0 y 1. En general, se establece que valores por debajo de 0,4 se corresponden con baja fiabilidad, los valores entre 0,4 y 0,75 se consideran de una fiabilidad media-alta y los valores superiores a 0,75 se consideran como de una fiabilidad muy alta (202).

4.4. Comprobación de la utilidad del instrumento, caracterización de la muestra, validez de constructo y confiabilidad de las escalas: Estudio piloto

La última fase tuvo el objetivo de comprobar la utilidad del instrumento en una muestra de profesionales de un centro sanitario, caracterizar dicha muestra en función del cuestionario elaborado, así como validar el constructo y la confiabilidad (consistencia interna) de las escalas diseñadas para evaluar: 1) concepto de agresión verbal; 2) Motivos de no declaración AL verbal; 3) Motivos de no declaración AL física.

4.4.1. Diseño, población y muestra

Se llevó a cabo un estudio transversal consistente en un pilotaje en una muestra de la población a la que va dirigido el cuestionario, el personal de ámbito sanitario.

Este pilotaje se llevó a cabo entre profesionales del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA). Este hospital está ubicado en la localidad de Bormujos (Sevilla). Forma parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de gestión privada pero con la participación de la Junta de Andalucía mediante el Consorcio Sanitario Público del Aljarafe y es el hospital de referencia para toda la población de la comarca del Aljarafe (alrededor de 300.000 habitantes).

Se decidió incluir a todos los profesionales en nómina en el HSJDA a fecha de comienzo de la administración del cuestionario, octubre de 2020 (n= 933).

Para el cálculo del tamaño muestral se tuvo en cuenta las propiedades psicométricas calculadas y el Análisis Factorial Exploratorio que indica como suficiente, si el test no es muy largo, un tamaño de 200 casos o más, aunque se describe que en algunos supuestos 100 casos podrían ser suficientes (203). También se utilizó la herramienta EPIDAT (204). Mediante dicha herramienta, el tamaño muestral obtenido, con una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%, fue de 273.

Se remitió el cuestionario a todos los profesionales. Se incluyó servicios sin contacto con pacientes con el objeto de evaluar la experiencia de haber sido testigo de una AL, ya que se ha descrito el impacto de este hecho en el bienestar (91,205).

Finalmente participaron 319 profesionales, lo cual supera el número del tamaño muestral requerido.

4.4.2. Variables e Instrumentos

Se elaboró la V3 del cuestionario en Google docs, según los resultados de fases anteriores, incluyendo las variables del V2 (tabla 11). La variable edad se consultó como el número exacto de años que tenía el participante. Para hacer más accesible su interpretación, *a posteriori* se segmentó las respuestas en cinco grupos de edad (hasta 25 años, de 25 a 35 años, de 36 a 45 años, de 46 a 55 años, más de 55 años).

4.4.3. Procedimiento

La administración se realizó en dos etapas:

Primera etapa

Se envió la encuesta a un grupo pequeño de profesionales (n=20), para probar que no había ningún problema técnico en la realización de la encuesta. Esta administración se realizó mediante mensajería instantánea (WhatsApp), contando con un feedback de dichos profesionales tanto sobre la recepción del cuestionario como sobre la realización de este y los hipotéticos problemas o dificultades que se habrían encontrado. Para poder evaluar la utilidad del instrumento, siguiendo a Sánchez y Echeverry (206), se les realizó las siguientes preguntas: ¿Se realiza en un periodo de tiempo razonable? y ¿Se necesita entrenamiento para poder realizarlo?.

Esta fase se inició el 1 de octubre y se dio como tiempo máximo de respuesta el 12 de octubre de 2020. No se necesitó incluir ningún cambio tras la fase.

Segunda etapa

Se envió el cuestionario al resto del personal del hospital. Para ello recurrimos a diferentes métodos complementarios que se realizaron de forma encadenada. En primer lugar, usamos un sistema de mensajería instantánea (WhatsApp) mediante la lista de difusión

de la que cuenta el hospital y en la que están incluidos todos sus empleados/as. Este método puede conllevar determinados sesgos, ya que puede haber problemas de recepción, ser una herramienta que no sea usada con asiduidad por alguno de los receptores o que no les resulte fácil realizar un cuestionario desde WhatsApp.

Para disminuir los sesgos antes descritos se aprovecharon diferentes campañas que se desarrollaban en ese momento en el hospital para hacer recordatorios, resolver dudas en la realización y animar a la gente a responder la encuesta. Entre estas campañas se destacan la de la vacunación de la gripe, en la que a todas las personas que se les ofreció la vacuna también se les recordó la realización del cuestionario. Asimismo, en el momento de la administración de dicha vacuna se le hizo un recordatorio verbal por parte de la IP (encargada de suministrar dicha vacuna). La tasa de vacunación de ese año en el hospital fue del 79%, por lo que se convirtió en una oportunidad asequible de recordar de forma individualizada a un gran número de profesionales la cumplimentación del cuestionario.

Por otro lado, también se recurrió a las distintas campañas de realización de pruebas de cribado y de diagnóstico de COVID 19 realizadas durante el mes de octubre de 2020 por la Unidad de Salud Laboral del Hospital, cuya ejecución también se realizó por parte de la IP.

Esta segunda etapa descrita se inicia el 15 de octubre de 2020 y se prolonga hasta el 15 de noviembre de ese mismo año.

4.4.4. Análisis de datos

Para realizar dicho análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS V26. En primer lugar, se evaluaron las respuestas de la muestra de la primera etapa (n=20) sobre el funcionamiento técnico de la herramienta y su utilidad.

En segundo lugar, se analizó las respuestas del total de la muestra. Se hizo un Análisis Descriptivo Exploratorio (ADE) de las variables del cuestionario para comprobar la utilidad de la herramienta y caracterizar la muestra en función del cuestionario elaborado.

El análisis de las preguntas de campo abierto se realizó mediante una revisión por pares. Para comprobar que estaba justificada la diferenciación de las preguntas entre AL verbal y AL física, con el alargamiento del cuestionario que eso suponía, se revisó que aportaran respuestas diferenciadas. Además, en la pregunta abierta que consultaba sobre si había algún otro motivo de no declaración diferente a los descritos en el cuestionario se perseguía específicamente comprobar que la batería de ítems elegida era exhaustiva.

Posteriormente se buscó determinar la estructura interna o dimensionalidad de escalas que abordaron aspectos importantes de la herramienta que estamos construyendo (concepto de AL verbal y motivos de no declaración de la AL) mediante un Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Con este nombre se hace referencia a un conjunto de métodos estadísticos multivariados de interdependencia cuyo objetivo es el de identificar una estructura de factores subyacentes a un conjunto extenso de datos. (207). Según describe Polit y Hungler, referido por Rivera Sequeiros (208), este análisis se dedica a hallar el número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos. Las dimensiones así identificadas se denominan factores.

Mediante el AFE se investigó la posibilidad de reducir el número de indicadores operativos en un número inferior de variables conceptuales (207), así como detectar aquellas variables o ítems redundantes que puedan ser eliminados al aportar poca información (209). Martínez Arias, reseñado por Medrano y Pérez (207), indica que antes de realizar un AFE deben evaluarse tres supuestos principales: la normalidad, la linealidad y multicolinealidad de las puntuaciones. Solo es posible realizarlo en ítems que responden a una sola dimensión. Los ítems que fueron evaluados cumplían todos esos supuestos.

Las dimensiones evaluadas se referían a las siguientes preguntas del cuestionario V3:

Pregunta 46. Percepción del significado de AL verbal: ¿Cuál de estos comportamientos por parte de pacientes o acompañantes considera que es una AL verbal? Muestras de enfado por demora asistencial; cuestionar las decisiones/profesionalidad; frases irónicas o sarcásticas; acusaciones injustificadas; insultos; amenazas; gritos; frases que aluden a alguna característica física; tono inapropiado.

Preguntas 41 y 60. Motivos de no declaración de la AL sufrida: Puntúe la importancia de estos factores en la no declaración de la agresión que sufrió: el procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo; no conocía el procedimiento para declararlo; pensé que no iba a servir para nada; no le di importancia, es algo común; no tenía tiempo de pararme a declararla; miedo a las represalias; me daba vergüenza que me tomaran por exagerado o alarmista; me resultaba humillante contar esa experiencia; temor a que piensen que yo había hecho algo para provocar la AL; no quería complicaciones (tener que poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial); nadie la declara y no quería ser el único; declararla no está bien visto en la organización; la persona que realizó la AL se disculpó; pienso que las AL son inevitables; recibí instrucciones de una persona jerárquicamente superior para que no lo hiciera.

El AFE se realizó con el método de los mínimos cuadrados no ponderado, que contempla la naturaleza ordinal de los ítems. Antes de aplicar el AFE se evaluó para cada escala los supuestos de adecuación muestral, es decir, garantizar la existencia de correlaciones entre los ítems para garantizar la reducción de la dimensionalidad. En ese sentido se evaluó la significación de la matriz de correlaciones por medio de la prueba de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

El test de esfericidad de Bartlett permite evaluar la hipótesis nula que afirma que las variables no están correlacionadas. Debido a que esta prueba puede mostrar resultados significativos aunque no existan correlaciones considerables entre las variables, se recomienda el uso complementario de la medida KMO (207).

La KMO es un índice para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados, con las magnitudes de los coeficientes parciales. Este índice se extiende de 0 a 1, llegando a 1 cuando cada variable es perfectamente predicha sin error por las otras variables. Se espera que las correlaciones entre pares de ítems estén por encima de 0,6 para considerar aceptable la adecuación, considerándose puntuaciones entre 0 y 0,59 como débiles, entre 0,6 y 0,79 como moderadas y valores comprendidos entre 0,8 y 1 como robustas (209). Para interpretar mejor los resultados se realizan rotaciones (210). En nuestro análisis la rotación de los factores se realizó por el método oblimín. Este método, que es el más usado (210), permite contemplar la posibilidad de que existe una correlación entre los factores encontrados. Tiende a producir las mismas soluciones que

la rotación varimax pero permite que sean oblicuas, lo que facilita su interpretación y uso práctico(210).

Además, se determinó la confiabilidad de las escalas bajo el enfoque de consistencia interna por medio del Coeficiente Alfa de Cronbach. Celina y Campo-Arias indican en su trabajo que el valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0,70 y el valor máximo esperado es 0,90, considerándose valores más elevados como indicador de redundancia o duplicación (211). Otros autores afirman que en estudios de validación de cuestionarios un alfa de Cronbach superior a 0,5 puede ser considerado como aceptable (212). De esta forma se obtuvo evidencia empírica o evidencia de validez de las escalas usadas para medir el constructo de estudio. Es importante precisar que se ejecutó un Alfa para cada factor de forma individual (para poder observar el grado de consistencia interna de los factores), es decir, no se obtuvo un Alfa global. Este coeficiente depende, en gran parte, de la cantidad de ítems analizados y ello puede hacer que, al contar cada factor con pocos ítems, el coeficiente Alfa tienda a ser bajo.

5. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético del Hospital Virgen del Rocío y Hospital Virgen Macarena, integrado en el Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía (Anexo 8).

En las diferentes fases se respetó la privacidad y confidencialidad, teniendo únicamente acceso al tratamiento de los datos los miembros del equipo investigador. El tratamiento de los datos obtenidos y de identificación del paciente se manejaron bajo el marco de privacidad y protección que dicta la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que garantiza los derechos de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución (89), así como el Reglamento Europeo 2016/679 (213).

En las diferentes fases se solicitó autorización para la participación mediante un consentimiento informado (Anexos 2-7). Se les informó que sus datos serían tratados con fines de investigación científica o estadística, que no serían comunicados o cedidos a terceros ajenos al Estudio, así como tampoco serían objeto de decisiones automatizadas o transferencias internacionales. Se les comunicó que los datos de carácter personal, una vez que dejaran de ser necesarios, serían conservados de acuerdo a los plazos legalmente previstos, tras lo cual se suprimirán y que ellos pueden ejercer sus derechos como afectado, en los términos previstos por la normativa, así como presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos). En este sentido pueden dirigirse a: Avenida. San Juan de Dios, s/n, CP 41930 Bormujos, Sevilla o contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través del email C15_DPO@sjd.es

6. RESULTADOS

6.1. Diseño del cuestionario: Grupos focales.

La revisión bibliográfica permitió conocer las características de las AL sufridas por el personal sanitario y los factores relacionados con su declaración y así generar una serie de ítems a incluir en la herramienta, como los motivos de infradeclaración más habituales que pueden consultarse en la tabla 5 del marco teórico.

En los GF se identificaron 8 categorías. Esto se presenta en la tabla 12, así como los códigos que se aislaron en cada una de ellas. En dicha tabla se indica también el número de GF en los que cada código fue referido al menos por un participante.

Tabla 12

Códigos extraídos del análisis cualitativo de los Grupos Focales

| CATEGORÍA | Códigos | N | |
|--|--|---------------------|---|
| TENDENCIA DE AL A SANITARIOS | Aumentando | 6 | |
| COMPORTAMIENTOS QUE INCLUYE EL CONCEPTO AL VERBAL | Descalificaciones profesionales | 2 | |
| | Discriminación por razón de género | 3 | |
| | Amenazas, manifiestas o veladas | 6 | |
| | Comentarios irónicos | 2 | |
| | Reiteraciones | 1 | |
| | Comentarios sobre vida o características personales | 3 | |
| | Tono o lenguaje inapropiado | 3 | |
| | Insultos | 5 | |
| FACTORES QUE INFLUYEN EN LA AL | Beneficios de la conducta violenta | 3 | |
| | Exigencias no satisfechas | 5 | |
| | Sensación de impunidad | 5 | |
| | Trato diferencial categorías/edad/sexo | 4 | |
| | Pérdida respeto al sanitario | 6 | |
| | Tiempo de espera | 1 | |
| | Situaciones clínicas / de trabajo determinadas | 4 | |
| | Espacios poco adecuados | 4 | |
| | Política de puertas abiertas | 3 | |
| MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LAS AL | Aumentar presencia seguridad | 2 | |
| | Amonestación / información al agresor | 4 | |
| | Educación a la ciudadanía | 6 | |
| | Formación e información | 3 | |
| | Identificación agresores historia clínica | 1 | |
| | Botón antipánico | 2 | |
| | Medias de diseño de las salas | 4 | |
| REPERCUSIÓN EN CALIDAD ASISTENCIAL DE LAS AL | Medicina defensiva, más pruebas, más días de ingreso | 6 | |
| DECLARACIÓN DE LAS AL | No declararía | Ni física ni verbal | 2 |
| | | A. verbal | 6 |
| | Sí declararía | A. física | 6 |
| | | A. verbal | 4 |
| FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECLARACIÓN DE LA AL: | | | |
| CONOCIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE DECLARACIÓN | No tienen claro qué hacer | 6 | |
| MOTIVOS EXPRESADOS PARA NO DECLARAR | Que la declaración tenga algún tipo de repercusión | 6 | |
| | El sentirse culpabilizado o juzgado | 3 | |
| | Que la recogida de datos sea mínima | 1 | |
| | No tener claro qué es una AL verbal | 6 | |
| | Herramienta fácil y rápida | 6 | |
| | No saber cómo hacerlo | 6 | |
| | Más apoyo de la organización | 6 | |
| | Dificultad registro datos agresor | 3 | |
| | Justificación de las conductas agresivas y normalización de las agresiones | 4 | |
| | Que el agresor/a pida perdón | 2 | |
| | Temor a represalias | 6 | |
| DENUNCIA JUDICIAL | | Temor represalias | 5 |
| | No denunciaría | Carga Burocrática | 3 |
| | | AL inintencionada | 3 |
| | | A. verbal | 6 |
| | Sí denunciaría | A. física | 4 |
| | | A. verbal | 2 |

N= número de GF en los que se ha referido el código

En todos los grupos focales se refiere, por al menos un participante, haber sido **víctima de alguna AL**. En la gran mayoría de los casos fue de tipo verbal, aunque en tres de los grupos (GF 1, 2 y 6) se indicó AL física (cuatro participantes). De todas estas AL, solo en un caso (AL física) (GF 2) se había realizado una declaración de la AL a la organización y una denuncia judicial del hecho.

6.1.1. Tendencia de las AL a sanitarios

En todas las sesiones se indicó la percepción de que estaban **aumentando**: “Sí, creo que la gente soporta un poco menos” (GF 1), “Porque todos los días nos insultan, no es una cosa rara” (GF 3).

6.1.2. Comportamientos que incluye el concepto de AL verbal

Se aislaron ocho códigos diferentes en esta categoría. La mayoría se refiere a la clasificación de este tipo de AL, mientras que uno considera el género como determinante de la existencia o no de AL.

El primero identifica como AL verbal las **descalificaciones profesionales**: “Otro día, se le soltó a un paciente la sonda y delante del coordinador, empezó a decir que esta niña no vale para esto, no trabaja bien, poniendo en duda mi trabajo” (GF 1), “Cualquier contratiempo te lo achacan, si el ordenador va lento, si se ha caído la línea, ya es culpa tuya y de lo torpe que eres” (GF 2).

Otro código hace referencia a las **amenazas**, tanto las que se realizan de forma manifiesta como las que se presentan de forma más velada “la amenaza de muerte, la amenaza de cómo no hagas lo que te estoy pidiendo te vas a enterar” (GF 4). Estas amenazas no se refieren únicamente a algún tipo de comportamiento agresivo físico, también pueden girar en torno a ponerles una reclamación: “Y además te amenazan con ponerte una hoja de reclamación, que lo suelen poner en contra de nosotros, aunque que han tenido que esperar para una prueba o algo que no tenga relación con nuestra labor de enfermería” (GF 1).

También se incluyen dentro de las AL verbales los **comentarios irónicos** hirientes: “Hay veces que nos han humillado haciendo frases graciosillas en la cafetería gritando delante de los otros pacientes. Mira, ahí va el equipo A y, claro, pues la verdad que te mina la autoestima” (GF 4). A este respecto, algunos participantes manifestaron que no lo consideran una AL verbal, solo un acto de mal gusto: “Un comentario irónico no lo consideraría una AL verbal, aunque si un comportamiento maleducado” (GF 2).

Los **comentarios sobre características personales o de la vida personal** también son descritos como AL verbal: “¿qué pasa, que tú no te tomas tus copitas?” (GF 1), aunque otros participantes indicaron que, aunque les resultaba molesto, no tienen claro si considerarlo una AL verbal o no: “Que me digan rubia o niña, me puede molestar, pero no tenemos claro que eso sea una AL verbal, por regla general lo consideramos una simple molestia” (GF 1). Un participante especificó que para contemplarlo como una AL verbal debe **repetirse en el tiempo**: “En mi caso sería más el hecho reiterativo, si me llama rubia y le digo caballero, no me diga rubia y vuelve a repetírmelo, ya tomaré otro tipo de medidas, pero sería más por la reiteración que por la palabra”. (GF 1)

Se refiere el **tono inapropiado** empleado en lo que se dice: “Hay gente que no grita, pero por el tono en el que te están hablando tú sientes que te están faltando al respeto” (GF 2).

Otro de los actos que en la mayoría de las sesiones se ha expresado como una AL verbal son los **insultos**: “mira la hija de puta, lo tranquila que está mientras que mi padre está sufriendo” (GF 1).

Por último, en tres de los GF (1, 2, 4) se indicó la **discriminación por razón de género** como una AL verbal: “pienso que dan diferente trato si somos mujeres, porque hay veces que entra un enfermero y se cubren, pero si somos mujeres, pues al revés parece que le gusta que los veamos” (GF 1).

6.1.3 Factores que influyen en la AL

Los participantes en los GF señalaron los **beneficios que encuentran los usuarios que despliegan conductas agresivas**: “Es un poco la cultura de: si lo monto me la dan. El problema es que se consigue y tienen razón” (GF 2).

Otro factor referido fue la **falta de castigo o sensación de impunidad de los agresores/as**: "si hubiera algún tipo de clase de castigo de algo que esa persona no pueda volver dirigirse aquí o algo así, pero si al día siguiente me lo voy a volver a encontrar aquí" (GF 2).

Por otro lado, se describen las **exigencias de los usuarios que no son satisfechas**:

La mayoría de las agresiones o de las amenazas son porque quieren hacer una prueba, una radiografía o una analítica o una "eco", y tu criterio médico es que no es necesario, incluso puede ser perjudicial, pero si ellos quieren y han venido con esa idea y se lo niegas, es cuándo empieza la amenaza (GF 5).

Con este aspecto se relaciona el **tiempo de espera**: "También hay gente que está muy cansada de esperar. Hay gente que es muy maleducada de por sí, pero hay gente que está muy harta" (GF 2).

Se expone que hay unas **situaciones clínicas o momentos asistenciales específicos** que son muy proclives a poder desembocar en un acto agresivo. Estos son: "Cuando empeora el paciente, intentas imponer normas, el retraso en cualquier cosa" (GF 1). Precisamente las **normas** se refieren en varias sesiones: "no puede entrar más de una persona acompañando. Cuando se lo dices, se te enfrentan" (GF 2), "he tenido momentos en que me ha gritado una paciente en medio del pasillo por recordarle las normas de estancia" (GF 4).

También se indicó en 3 sesiones (GF 1, 2 y 3) el **trato diferencial entre las distintas categorías de personal sanitario** a la hora de realizar comportamientos violentos: "no es lo mismo con enfermeros y auxiliares. Nos hablan sin ningún respeto, nos gritan para que los vea el médico y cuando este los llama se comportan amablemente, nada que ver a cómo nos han tratado a nosotros" (GF 2). En las sesiones se ha podido observar como los relatos sobre los tipos de AL eran diferentes según la categoría profesional. En las sesiones en las que solo había personal enfermero y técnico señalaban especialmente AL por la solicitud de cumplimiento de normas y por los tiempos de espera para que les atendiera el personal médico o se le realizara alguna prueba "al final tiene la culpa enfermería de que el médico no los llame" (GF 2). Sin embargo, el personal médico señala episodios que se desencadenan por la negativa a prescribir pruebas o medicación "Yo ya

ni me enfrento. Cuando se ponen muy agresivos pidiéndome una prueba, le doy lo que pida, aunque no esté indicado y es una pena” (GF4).

Como se ha indicado en el apartado anterior, también se describe un **trato diferencial según el género del profesional** (GF 1, 2, 4) que puede combinarse con el **trato diferenciado según la edad** y la **categoría profesional**: “Me ven médico, joven y mujer, y no me hablan con el mismo respeto que a mis compañeros, incluso a los que son igual de jóvenes que yo. Se toman más libertades, incluso me tratan de *niña*” (GF4).

Los **espacios poco adecuados** también fueron señalados: “Creo que la disposición de las habitaciones no ayuda porque estás arrinconado. Si una persona se pone agresiva tú estás completamente acorralada contra la pared. Que haya algo que te deje salir en un momento dado” (GF 4).

Se manifestó la dificultad añadida que supone la **política de puertas abiertas** (sin restricción en el número de acompañantes): “Como no hay un control de visita, te puedes encontrar con 10 o 15 personas en una habitación. Es un diario. Hay muchas fricciones que pueden desembocar en un caso de violencia. Y son diez personas contra una” (GF 1).

Por último, se hace alusión a la **crisis de valores** en general y **pérdida de respeto al sanitario**: “También hay un aumento de falta de respeto a la figura de sanitario. En otras generaciones había otro tipo de trato hacia el sanitario. Está cambiando la sociedad y eso influye” (GF 5).

6.1.4. Medidas preventivas para evitar las AL

Entre las **medidas** sugeridas se encuentra el **aumento de la presencia de seguridad**: “Sobre todo aumentar el personal de seguridad, es muy poco y hay muchos momentos de tensión en muchos sitios diferentes” (GF 6)

De igual forma, se indicó que sería oportuno establecer **campañas de educación a la ciudadanía**: “Se podría incidir en una educación a la ciudadanía de tolerancia cero. Un poco enseñarle unos límites, que vean que se considera un delito” (GF 1).

Se sugirió reforzar la **información** sobre los deberes de los usuarios mediante **carteles** (GF 1, 3 y 6).

Se manifestó la conveniencia de instalar **botones antipánico**, aunque con matices, ya que, presenta limitaciones al no conseguir en todos los casos evitar la AL: “mientras que le das y vienen, las dos tortas te las has llevado” (GF 2).

Se señaló la utilidad de implantar **consecuencias para los agresores** de forma que sirva de medida disuasoria para evitar futuras AL: “Estaría bien que, con las personas reincidentes, se tome algún tipo de medida. Llamada expeditiva. Mandarle una carta o algún tipo de notificación” (GF 5).

Como se ha indicado en el apartado anterior, se sugiere una **disposición de los espacios laborales** que tenga en cuenta la posibilidad de una vía de escape al agredido: “Yo me siento arrinconada. Yo pienso que, si pasa algo, no tengo por dónde salir” (GF 2).

Por otro lado, también se señaló la ventaja de **reflejar en la historia clínica del paciente los actos violentos** que comete, de forma que el resto de los profesionales que lo traten conozca ese antecedente: “Yo lo apunto en la historia siempre, porque creo que es importante que se conozca lo que pasa” (GF 5).

Hay participantes que expresan que ese problema **no tiene solución** y que no se les ocurre nada que pueda hacerse para mejorarlo: “No se me ocurre nada para poder evitar las agresiones verbales” (GF 1).

En una de las sesiones se hizo una sugerencia que reforzaba los comportamientos positivos y de buena relación asistencial, las **cartas de agradecimiento**:

También se podría potenciar las cartas de agradecimiento, es una figura que muy poca gente sabe que existe y que podría ayudar a que los profesionales que muchas veces se queman y ya empiezan a tener una visión cínica o amarga de la relación con los pacientes, también tengas un feedback de lo positivo (GF 1).

6.1.5. Repercusión en la calidad asistencial

Al respecto de este apartado, se señaló cómo se acaba realizando una **Medicina defensiva** debida a la presión de los usuarios para la realización de pruebas o prescripción de medicamentos: “Para evitar problemas se hace una medicina defensiva” (GF 3). “Te lleva a desvincularte. Bueno, mira, pues si al final le van a dar la razón y me voy a evitar un maltrato. Yo le doy lo que pida, aunque no esté indicado y es una pena” (GF 5).

6.1.6. Declaración de AL y factores asociados a esta.

En todas las sesiones algún participante indicó que **no declararían una AL verbal**. Sin embargo, en todas las sesiones se manifestó que sí declararían una AL física, aunque hubo participantes en dos de las sesiones que admitieron que no declararían ninguno de los dos tipos (GF 1 y GF 2).

Dentro de los factores asociados a la declaración se ha diferenciado entre el conocimiento del procedimiento de declaración de AL y otros motivos expresados por las víctimas para no declarar.

6.1.6.1. Conocimiento del procedimiento de declaración de AL

En todas las sesiones hubo participantes que indicaron que **no saben el procedimiento** establecido para declarar las AL: “Nadie me ha dicho nunca: si te pasa tienes que hacer esto o esto otro. No hay un procedimiento que yo sepa” (GF 1). En el GF 1 se ha indicado que piensan que el protocolo es llamar al coordinador de guardia, pero indican que eso es poco práctico y que no lo harían: “No voy a llamar un coordinador para decirle que me han dicho hija de puta”.

6.1.6.2. Motivos expresados por el personal sanitario para no declarar las AL

Entre los motivos influyentes en la decisión de declarar se señaló el **temor a las represalias**: “donde hay pacientes que son reincidentes, puedes tener miedo a las represalias. Y por eso no declararlo. Piensas que te va a esperar en la puerta” (GF 1).

Se describe que facilitarían la declaración de la AL sufrida la existencia de **herramientas sencillas y rápidas** para realizar dicha declaración: “Creo que si hubiera una herramienta que fuera fácil para realizar la declaración de agresiones, facilitarían mucho que la gente se decidiera a declararlas”, “algo telemático” (GF 1). Conectado con lo anterior se sugiere una **recogida de datos mínima** que se haga de forma rápida para que no consuma un tiempo que es muy escaso para el personal asistencial “Tiene que ser algo muy rápido, pocos datos, sota, caballo y rey, si no, es que ni me lo planteo” (GF2).

Relacionado con esto se expresó cierta dificultad para la recogida de **datos de los agresores** y la complicación que eso podía suponer: “Hay veces que puedes no saber de dónde viene. Que sea una vecina que ha venido” (GF 1) aunque, normalmente, cuentan con algún dato para poder identificarlo, aunque no sea el nombre y los apellidos: “Sí, podríamos decir es el padre de la paciente tal. A lo mejor el nombre no podríamos decirlo, pero si sabemos casi siempre qué relación tiene con el paciente (padre, hijo, hermano...)” (GF 1).

De la misma manera, se menciona la necesidad de una **definición menos ambigua de AL verbal**, ya que los participantes dudaban de los comportamientos que englobaba dicho tipo: “Necesitaríamos saber con claridad que es declarable y que no” (GF 1).

Se expresaron una serie de factores que matizan la decisión de declarar por una **justificación** de la conducta del agresor. Esto ocurre en situaciones en las que los profesionales perciben que la queja de los usuarios se debe a **motivos legítimos**: “Hay muchas situaciones en las que se están quejando y tú misma sabes que llevan la razón” (GF 1). Igualmente ocurre con determinadas **situaciones clínicas**: “Sabemos que trabajamos en un hospital, conviviendo con la muerte y la enfermedad, y se dan situaciones de mucha tensión y dolor. Asumes que están nerviosos y que pueden ponerse agresivos o descontrolarlos. Piensas que no es algo personal, es fruto de los nervios” (GF 5). O, igualmente, en los casos en los que, tras cometer el acto agresivo, la persona agresora se arrepiente y pide **perdón**: “A veces si ves que está nervioso, y me pidiera perdón, pues a lo mejor no lo declararían” (GF 1).

Conectado con la anterior está el fenómeno de la **normalización de las AL**: “Yo creo que el problema es que vamos normalizando situaciones, que a priori tendríamos que no haber considerado como maleducada y sí como una AL, pero la normalizamos y vamos

subiendo el nivel de tolerancia” (GF 4). Eso no disminuye la preocupación habitual por la posibilidad de ser agredido, lo que se señaló especialmente en las sesiones con personal de urgencias: “Veo lo que les pasa a otras compañeras, lo que me pasa a mí y llego todos los días temiendo qué me voy a encontrar” (GF 2), “El tener en cuenta o pensar en si la familia es más agresiva o menos se ha convertido en una rutina en nuestro trabajo” (GF 1).

Uno de los aspectos que con más frecuencia se refirió en las seis sesiones es la importancia que tiene el **apoyo de la organización del centro** en la decisión de declarar. Expresan la necesidad de que dicho centro les respalde y acompañe en el proceso: “Que el hospital nos diera su apoyo. Que nos tranquilizara, que nos dijera que ellos se van a ocupar y que nos van a guiar en el procedimiento a seguir” (GF 1). Este apoyo también podría consistir en orientar qué es lo que deben hacer, ya que algunos declaran sentirse **perdidos** sobre eso: “Estás muy perdido en ese ámbito, no sabes lo que hacer” (GF 4). Esto también se traduce en que no sea la víctima la que sea **juugada** en este tipo de eventos: “De alguna forma sientes que te culpabilizan a ti. Te dicen, no vayas tú, que vaya otra” (GF 1), “Yo creo que otro motivo por el que no lo haces es porque no te digan que estas exagerando” (GF 2).

Y, por último, se señaló la necesidad de que la declaración tenga algún tipo de repercusión, **sirva para algo**: “Pues que tenga algún tipo de castigo o de repercusión. que eso haga que se corra la voz y que cambie la cosa” (GF 2).

6.1.7. Denuncia judicial

En todas las sesiones se refirió que **no se denunciaría una AL verbal**: “las verbales seguro que no” (GF 5) , “Si es verbal no haces nada. Te callas y ya está” (GF 1).

En dos de los grupos (GF 2 y 7) sí se expresó que **denunciarían las agresiones verbales**, pero siempre que fueran de carácter “grave” como las **amenazas**: “Yo, si me han amenazado de muerte lo denuncio porque tengo miedo. Pero si te han dicho hija de puta. Al final dices ¿voy a denunciar que me ha insultado?, te parece poca cosa” (GF 2).

En el caso de las **agresiones físicas** hay más unanimidad a la hora de expresar que las denunciarían, aunque encontramos algún participante que ni siquiera denunciaría una AL

física: “Pues como mucho la física y no todas. La verdad que creo que ninguna” (GF 1) y otros solo las físicas muy evidentes: “Tiene que ser muy clara, que te haga daño, que te dé una patada, pero a lo mejor un empujón o algo así no lo declaras” (GF 2).

En las respuestas que consultan si denunciarían la AL física recibida también se establecieron matices, ya que, por ejemplo, se indicó que no se denunciaría una AL fruto de un **movimiento inintencionado**: “También tenemos en cuenta la intencionalidad. No es lo mismo que te dé un empujón una persona que está delirando a que te lo dé un tío que sabe lo que hace” (GF 2). Este aspecto incorpora, a su vez, nuevos matices, ya que si esa falta de intencionalidad se debe a **consumo de drogas** no se percibe de la misma forma que si es por una **patología psiquiátrica**: “Muchas veces pasa por abuso de sustancias y no te lo tomas igual como si fuera un paciente psiquiátrico. Es algo que él ha decidido tomar y lo pagas tú, eso no es” (GF 2).

Otro factor expresado como influyente es el **momento** en que se produce la AL: “También se valora la situación y momento en que ha ocurrido, si era de mucha tensión. O sea, dan una noticia muy negativa. Pues no le das mucha importancia porque piensa que es debido a los nervios” (GF 1).

La **carga burocrática** que implica una denuncia, así como la incertidumbre que se siente ante un medio desconocido, es otro de los aspectos que desanima a realizarla: “por miedo, por desconocimiento de que tengo que hacer, si voy a tener consejo, apoyo, si voy a ir al juzgado solo, no sabes el sistema a seguir ni el protocolo” (GF 3), “Yo no me manejo los juzgados, no es mi ámbito y me crea mucha tensión” (GF 4).

Otro motivo que disuade para denunciar es el **temor a las represalias**: “saben dónde trabajamos, muchos son de los alrededores y tienes miedo de que te vuelvan a buscar” (GF 2). En este apartado se señala un aspecto muy interesante que es la sugerencia de que **la denuncia se realice directamente por el Hospital**: “A mí me agreden porque estoy trabajando y creo que debería estar protegida por la institución que me contrató” (GF 4), o al menos que se encarguen de **acompañar y asesorar a la víctima** en dicha denuncia: “Incluso que te orienten y acompañen y te pongan un abogado ayudaría” (GF 5).

6.1.8. Cuestionario V1.

Con los hallazgos de la revisión de la literatura y los resultados de los grupos focales se determinó las variables que debería contener la V1 de la herramienta, la cual puede consultarse en el anexo 5. La variable principal fue la **declaración de las AL sufridas**, que se diferenció entre **agresiones verbales y físicas**.

Esta V1 cuenta con 62 ítems, incluyendo variables sociodemográficas y laborales que caracterizan la muestra y que pueden mostrar asociación con la declaración efectiva de las AL sufridas: sexo, edad, estado civil, puesto de trabajo, turno, tipo de contrato, si realiza guardias o no, antigüedad en la profesión y en su puesto actual, si trabaja solo, si trata con pacientes directamente.

Contiene variables que indagan sobre el fenómeno de las AL y sus características asociadas: tendencia percibida, concepto de AL verbal, vivencia de episodios de AL o ser testigo de alguna, situaciones relacionadas con la AL sufrida, forma de la AL, características de la persona agresora, síntomas asociados a las agresiones sufridas, sugerencia de medidas preventivas para evitar las agresiones.

A su vez, incorpora variables específicas de la declaración de AL: declaración, conocimiento del protocolo de declaración, motivos expresados por las víctimas para no declarar, amparo de la organización en la declaración, consulta sobre facilitadores de la declaración y características de la herramienta de declaración del centro. Se ha incluido también una variable sobre la realización de denuncia judicial de la AL.

En este cuestionario puede observarse que según las respuestas elegidas se les dirige a una serie de preguntas u otras, creando distintas rutas según las opciones marcadas.

6.2. Validación de contenido del cuestionario: panel Delphi.

6.2.1. Características de los expertos participantes

De los 22 expertos seleccionados inicialmente, se eliminan dos tras evaluar el coeficiente de competencia experta. A estos 20 expertos resultantes se les mandó el cuestionario para

la primera ronda del PD. Contestaron el cuestionario 19 de ellos (Participación del 95 %). De estos, un 40% fueron hombres y un 60% mujeres. La edad de los participantes osciló entre los 36 y 54 años, siendo la edad de 43 años la más representada (25%). El 50 % de los participantes tenía estudios de nivel de grado universitario, un 30% contaba con estudios de postgrado (máster o especialidad) y un 20% eran doctores.

La segunda ronda de preguntas fue enviada a estos 19 expertos, contestando el 100% de ellos.

6.2.1.1. Resultados de la evaluación de los expertos preseleccionados mediante el coeficiente de competencia experta.

La adecuación de los 22 expertos preseleccionados inicialmente se evaluó mediante el coeficiente de competencia experta (coeficiente de conocimiento + coeficiente de argumentación). En el anexo 9 se detallan los resultados del coeficiente de conocimiento de los expertos en el área de interés por el que fueron seleccionados. Las puntuaciones oscilan entre 1 y 0,3. En el anexo 10 se describen los resultados del coeficiente de argumentación. Once expertos obtuvieron la máxima puntuación (1). La puntuación menor fue de 0,5, obtenida por un experto. De entre todas las variables que se consultaron fue la experiencia la que obtuvo resultados más altos, con solo dos expertos que no obtuvieron la máxima puntuación.

Finalmente, con los resultados de los dos coeficientes anteriores, se halló el coeficiente de competencia experta, el cual se describe en la tabla 13. En dicha tabla se observa que los resultados del coeficiente de competencia experta oscilan entre 0,3 y 1. Seis expertos obtienen la máxima puntuación. No obstante, según los criterios de exclusión descritos, dos expertos no cumplen la puntuación mínima exigida para participar en el estudio ($>0,5$). Se eliminaron dichos jueces (experto 19 y experto 3, ambas mujeres, una del grupo de expertos en medio sanitario hospitalario y otra en medio sanitario no hospitalario).

Tabla 13

Coeficiente de competencia experta de los 22 jueces preseleccionados

| EXPERTO | Coeficiente de conocimiento | Coeficiente de argumentación | Coeficiente de competencia experta |
|---------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| 3 | 0,3 | 0,6 | 0,45 |
| 4 | 0,5 | 0,9 | 0,7 |
| 5 | 0,3 | 1 | 0,65 |
| 6 | 1 | 0,9 | 0,95 |
| 7 | 1 | 1 | 1 |
| 8 | 1 | 0,9 | 0,95 |
| 9 | 1 | 1 | 1 |
| 10 | 0,3 | 0,9 | 0,6 |
| 11 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| 12 | 1 | 1 | 1 |
| 13 | 1 | 1 | 1 |
| 14 | 0,8 | 1 | 0,9 |
| 15 | 1 | 0,9 | 0,95 |
| 16 | 1 | 1 | 1 |
| 17 | 0,9 | 1 | 0,95 |
| 18 | 0,7 | 0,9 | 0,8 |
| 19 | 0,1 | 0,5 | 0,3 |
| 20 | 0,3 | 0,9 | 0,6 |
| 21 | 0,9 | 1 | 0,95 |
| 22 | 0,9 | 1 | 0,95 |

*Se destacan los coeficientes excluidos por no cumplir los criterios fijados.

6.2.2. Resultados de la primera ronda

6.2.2.1. Medidas de tendencia central y dispersión

En la consulta sobre la claridad/comprensión y pertinencia de las preguntas que se le realizó a los expertos, todos los resultados cumplieron los criterios fijados en la metodología para su aceptación.

Respecto a las medidas de consenso de las valoraciones de la claridad/comprensión, la media de puntuaciones de los jueces se situaron entre el 4,47 de la pregunta 10 y el 5 que obtuvo la pregunta 13. La moda fue de 5 en todas las preguntas. El porcentaje de respuestas altas (4 y 5) osciló entre el 80% y el 100%. En la medida de dispersión, el coeficiente V de Aiken varió entre 0,88 y 1.

La media de las valoraciones de la pertinencia se situó entre el 4,53 de la pregunta 2 al 5 que se obtuvo en tres preguntas (9, 11 y 14). La mediana fue en todas las preguntas de 5. El porcentaje de respuestas entre 4 y 5 osciló entre 84% y 100%. El coeficiente V de Aiken se situó entre 0,89 y 1.

Los resultados obtenidos se describen en la tabla 14 y la correspondencia de las preguntas se puede consultar en el anexo 3.

Tabla 14

Medidas de tendencia central y dispersión de las valoraciones de los expertos de la primera ronda del panel Delphi.

| | | MEDIA | MEDIANA | % RESPUESTAS 4 Y 5 | COEFICIENTE V (AIKEN) |
|-------------|---------------------|-------|---------|--------------------|-----------------------|
| PREGUNTA 1 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,63 | 5 | 89% | 0,91 |
| | PERTINENCIA | 4,68 | 5 | 89% | 0,93 |
| PREGUNTA 2 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,89 | 5 | 100% | 0,98 |
| | PERTINENCIA | 4,53 | 5 | 84% | 0,89 |
| PREGUNTA 3 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,95 | 5 | 100% | 0,99 |
| | PERTINENCIA | 4,68 | 5 | 95% | 0,89 |
| PREGUNTA 4 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,84 | 5 | 95% | 0,96 |
| | PERTINENCIA | 4,63 | 5 | 89% | 0,91 |
| PREGUNTA 5 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,89 | 5 | 100% | 0,98 |
| | PERTINENCIA | 4,84 | 5 | 100% | 0,96 |
| PREGUNTA 6 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,84 | 5 | 100% | 0,95 |
| | PERTINENCIA | 4,79 | 5 | 95% | 0,93 |
| PREGUNTA 7 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,95 | 5 | 100% | 0,99 |
| | PERTINENCIA | 4,95 | 5 | 100% | 0,99 |
| PREGUNTA 8 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,95 | 5 | 100% | 0,99 |
| | PERTINENCIA | 4,79 | 5 | 95% | 0,95 |
| PREGUNTA 9 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,79 | 5 | 95% | 0,95 |
| | PERTINENCIA | 5 | 5 | 100% | 1 |
| PREGUNTA 10 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,47 | 5 | 80% | 0,88 |
| | PERTINENCIA | 4,58 | 5 | 84% | 0,9 |
| PREGUNTA 11 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,84 | 5 | 95% | 0,96 |
| | PERTINENCIA | 5 | 5 | 100% | 1 |
| PREGUNTA 12 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,95 | 5 | 100% | 0,99 |
| | PERTINENCIA | 4,89 | 5 | 95% | 0,98 |
| PREGUNTA 13 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 5 | 5 | 100% | 1 |
| | PERTINENCIA | 4,79 | 5 | 95% | 0,91 |
| PREGUNTA 14 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,79 | 5 | 95% | 0,95 |
| | PERTINENCIA | 5 | 5 | 100% | 1 |
| PREGUNTA 15 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,5 | 5 | 90% | 0,88 |
| | PERTINENCIA | 4,7 | 5 | 100% | 0,93 |
| PREGUNTA 16 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,89 | 5 | 95% | 0,98 |
| | PERTINENCIA | 4,89 | 5 | 100% | 0,98 |
| PREGUNTA 17 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,63 | 5 | 84% | 0,91 |
| | PERTINENCIA | 4,84 | 5 | 95% | 0,96 |
| PREGUNTA 18 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,84 | 5 | 95% | 0,96 |
| | PERTINENCIA | 4,95 | 5 | 100% | 0,99 |
| PREGUNTA 19 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,68 | 5 | 89% | 0,93 |
| | PERTINENCIA | 4,89 | 5 | 100% | 0,98 |
| PREGUNTA 20 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,63 | 5 | 95% | 0,91 |
| | PERTINENCIA | 4,84 | 5 | 100% | 0,96 |
| PREGUNTA 21 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,72 | 5 | 84% | 0,93 |
| | PERTINENCIA | 4,89 | 5 | 95% | 0,97 |
| PREGUNTA 22 | CLARIDAD/COMPRESIÓN | 4,79 | 5 | 95% | 0,95 |
| | PERTINENCIA | 4,84 | 5 | 100% | 0,96 |

6.2.2.2. Análisis de las sugerencias/indicaciones de los expertos

Algunas de las sugerencias se incorporaron directamente (corrección de errores gramaticales, incluir la perspectiva de género en alguna pregunta en la que no había sido contemplada, utilizar la tercera persona del singular...).

Además, se recogieron otras 16 sugerencias al respecto de 11 preguntas que pasarían a la siguiente ronda para que los jueces las valoraran. Estas propuestas estaban referidas a la conveniencia de **clarificar alguno de los enunciados, mejorar la redacción, incorporar ítems y reducir el número de preguntas**. Esto puede observarse en la tabla 15 (propuesta). El cuestionario al completo puede consultarse en el anexo 4.

6.2.3. Resultados de la segunda ronda

6.2.3.1. Medidas de tendencia central y de dispersión

Las puntuaciones halladas se resumen en la tabla 15. Las respuestas de esta ronda presentan una variabilidad mayor que la primera. Solo 7 de las propuestas (4 a y b, 10, 12, 17b, 19 y 22) cumplen todos los criterios psicométricos fijados. En estos casos se aceptan directamente los cambios sugeridos. La pregunta 8 no cumple ninguno de los criterios, por lo que se descarta la propuesta. Las demás cumplen algunos criterios de cribado y otros no, por lo que se realiza un análisis mediante una revisión por pares que se muestra en el apartado siguiente.

Tabla 15

Medidas de tendencia central y dispersión de las valoraciones de los expertos de la segunda ronda del PD

| Pregunta | Propuesta | Media | Mediana | % 4/5 | V de Aiken |
|----------|---|-------|---------|-------|------------|
| 3 | Cambiar el enunciado original por el propuesto Original: “En tu día a día, mientras trabajas, ¿piensas en que puedan agredirte física o verbalmente?” Propuesta: “Indícanos el grado en que estás de acuerdo o desacuerdo con la siguiente afirmación: Mientras trabajo, pienso en que puedan agredirme física o verbalmente” Cambiar las opciones de respuesta de escala likert 4 a 5 | 3,65 | 4 | 0,55 | 0,66 |
| 4 | Incorporación de opciones de respuesta a la pregunta: ¿Has sentido posteriormente alguno de estos síntomas relacionados con la AL que sufriste?: a) Incorporación del ítem Culpa | 4,58 | 5 | 0,95 | 0,89 |
| | b) Incorporación del ítem Frustración/Impotencia | 4,68 | 5 | 0,9 | 0,92 |
| 8 | Eliminar la pregunta: La agresión física implicó (golpes con parte del cuerpo, golpes con objetos, rotura de mobiliario) | 3,35 | 3 | 0,45 | 0,59 |
| 9 | Incorporación de opciones de respuesta a la pregunta: “ En los dos últimos años has vivido alguna de estas situaciones por parte de pacientes o acompañantes: a) Incorporación de Comentarios despectivos (matasanos) | 3,7 | 4 | 0,6 | 0,68 |
| | b) Incorporación de Cuestionar la profesionalidad (no tienes ni idea) | 4,05 | 4,5 | 0,7 | 0,76 |
| | c) Incluir: Sí, más de una vez a la semana. | 3,9 | 4 | 0,65 | 0,73 |
| 10 | Cambiar el enunciado original por el propuesto: Original: “¿Tienes claro las conductas que se incluyen dentro del concepto de agresión verbal o tienes dudas sobre lo que incluye y lo que solo sería un comportamiento maleducado?” (respuestas nominales) Propuesta: ¿Sabrías diferenciar entre las conductas que se consideran una agresión verbal y las que se consideran un comportamiento maleducado? (respuesta escala likert 5 puntos) | 4,2 | 4 | 0,8 | 0,8 |
| 11 | Desglosar en 2 la pregunta: “¿Cuál de estos comportamientos de pacientes o acompañantes consideras una agresión verbal?” | 3,75 | 4 | 0,65 | 0,69 |
| 12 | Desglosar en 3 la pregunta: “¿Conoces el protocolo de actuación ante una agresión en tu centro de trabajo?” | 4,45 | 5 | 0,85 | 0,86 |
| 13 | Cambiar el enunciado original por el propuesto: Original: ¿Sabes cómo se comunican las agresiones laborales en su centro de trabajo? Propuesta: Independientemente que conozca o no el protocolo de agresiones laborales de su centro de trabajo, ante un caso de agresión, ¿sabe cómo comunicarlo? | 3,95 | 4 | 0,75 | 0,74 |
| 17 | a) Cambiar el enunciado original por el propuesto: Original: Puntúa la importancia de estos factores en la no declaración de la agresión FÍSICA que sufriste (siendo el 1 nada importante en la decisión, y el 7 el más importante). Propuesta: De los siguientes factores que se enuncian a continuación, indique el grado de influencia importancia que tuvieron en su decisión de no declarar la agresión recibida | 3,8 | 4 | 0,65 | 0,7 |
| | b) Incluir entre las opciones de respuesta: recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la organización de que no lo hiciera | 4,05 | 4,5 | 0,8 | 0,76 |
| | c) Cambiar la escala Likert de 7 a 5 puntos | 4,33 | 5 | 0,65 | 0,83 |
| 19 | Cambiar las respuestas de la pregunta: “¿Te sentiste amparado por los órganos directivos de tu hospital cuando hiciste la declaración de la agresión sufrida?”, incorporando diferentes organismos por separado: Gerencia/ Dirección; Persona jerárquicamente superior; Servicio de Prevención / Preventiva; Delegados/as prevención; Representantes sindicales; Compañeros/as | 4,4 | 5 | 0,85 | 0,85 |
| 22 | Cambiar el enunciado original por el propuesto: Original: “No usaste la herramienta de declaración informática en tu agresión por (puntúa del 1-5 siendo el 1 nada de acuerdo y 5 completamente de acuerdo)”. Propuesta: “Señala el grado de acuerdo que tienes con la siguiente proposición: Las razones por las que no usé la herramienta informática son:” | 4,4 | 5 | 0,8 | 0,85 |

*Se destacan los valores que no cumplen los criterios fijados.

6.2.3.2. Revisión por pares de las propuestas de la 2ª ronda

Se realizó una revisión por pares tanto de las preguntas que solo cumplían algunos criterios psicométricos de cribado como de las sugerencias aportadas en la ronda. Esta revisión puede consultarse de forma detallada en el anexo 11.

Además de los cambios ya indicados en el epígrafe anterior, se incorporan dos cambios más. En la pregunta 3 se decidió cambiar el formato original del enunciado: “En tu día a día, mientras trabajas, ¿piensas en que puedan agredirte física o verbalmente?” a “Indícanos el grado en que estás de acuerdo o desacuerdo con la siguiente afirmación: Mientras trabajo, pienso en que puedan agredirme física o verbalmente”. También se cambió las respuestas a una escala likert de 5 opciones. En la pregunta 17 se acepta también la propuesta, modificando el formato de respuestas a una escala likert de 5 opciones, lo cual se extiende a otras preguntas que tenían escala likert de 7 y 4 puntos, unificando las opciones de respuesta en todo el cuestionario.

En esta fase se cerró la ronda de preguntas por conseguir el consenso descrito en la metodología y no quedar aspectos que tuvieran que revalorar los expertos.

6.2.4. Cuestionario V2

Se incorporaron al **Cuestionario V1** las modificaciones aprobadas en esta fase, así como el consentimiento informado previo. Además, influenciados por la pandemia de COVID 19 y por los casos de AL verbales realizadas por teléfono, se incorporó el ítem: Trato con pacientes exclusivamente telefónico. El cuestionario resultante cuenta con 64 ítems y puede consultarse en el anexo 6.

6.3. Valoración de la reproductibilidad del cuestionario.

6.3.1. Características sociodemográficas de la muestra

Contestaron a la encuesta 31 personas (89% de los convocados). El 74% de los participantes eran mujeres y enfermería fue la categoría profesional más representada (90%). El 100% de los participantes contaban con más de diez años de profesión y el 94% tenía trato directo con pacientes y/o allegados. La gran mayoría no realizaba trabajos en solitario (81%) y ninguno de los participantes tenía trato exclusivamente telefónico con los usuarios a los que atendía. En la tabla 16 podemos observar las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 16

Características sociodemográficas de la muestra del test-retest

| | | N | % |
|---|--------------------------------------|----|------|
| Sexo | Hombre | 8 | 26% |
| | Mujer | 23 | 74% |
| Categoría profesional | Coordinación/ Supervisión Enfermería | 1 | 3% |
| | Personal enfermero | 28 | 90% |
| | Personal médico | 1 | 3% |
| | Fisioterapeuta | 1 | 3% |
| Más de 10 años de profesión | Sí | 31 | 100% |
| | No | 0 | 0% |
| Trabajo en solitario | No | 25 | 81% |
| | Sí | 6 | 19% |
| Trato directo con pacientes y/o familiares | No | 2 | 6% |
| | Sí | 29 | 94% |
| Trato solo telefónico con los usuarios | No | 31 | 100% |
| | Sí | 0 | 0% |

6.3.2. Resultados del análisis estadístico

En el estudio la mayoría de las variables medidas en el test y el retest presentaron una correlación muy alta, mayor de 0,75, presentando el conjunto de ítems una media de 0,91. 8 ítems mostraron una correlación (medidas promedio) algo menor, pero todas dentro de

la consideración de correlación aceptable. Se pueden consultar los datos en la tabla 17 y ver la correspondencia con las preguntas completas en el anexo 6.

Tabla 17

Resultados de la Correlación intraclase de las variables comparadas en el test y el retest.

| VARIABLE COMPARADA EN EL TEST Y EN EL RETEST | | Correlación intraclase (Medidas Promedio) | 95% intervalo confianza | |
|--|--|--|-------------------------|-----------------|
| Nº pregunta V2 | Enunciado | | Límite inferior | Límite superior |
| 12 | ¿Crees que las AL físicas en centros sanitarios están aumentando? | 0,545 | 0,091 | 0,777 |
| 14 | ¿Crees que las AL verbales en centros sanitarios están aumentando? | 1 | 1 | 1 |
| 16 | ¿Consideras algo habitual en tu lugar de trabajo la AL verbal por parte de pacientes o acompañantes? | 0,95 | 0,898 | 0,976 |
| | ¿Consideras algo habitual en tu lugar de trabajo la AL física por parte de pacientes o acompañantes? | 1 | 1 | 1 |
| 17 | Indícanos el grado en que estás de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación: Mientras trabajo, pienso en que pueden agredirme físicamente | 0,844 | 0,571 | 0,934 |
| | Indícanos el grado en que estás de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación: Mientras trabajo, pienso en que pueden agredirme verbalmente | 0,875 | 0,728 | 0,941 |
| 18 | ¿Sabes de la existencia de un protocolo de actuación ante una AL laboral en tu centro de trabajo? | 1 | 1 | 1 |
| 19 | ¿Conoces el contenido de dicho protocolo de actuación? | 0,871 | 0,725 | 0,939 |
| 20 | ¿Alguien os ha comunicado formalmente dicho protocolo? | 0,81 | 0,608 | 0,908 |
| 21 | ¿Sabes cómo se comunican las agresiones en tu centro de trabajo? | 0,856 | 0,699 | 0,931 |
| 28 | ¿Has sido testigo de alguna AL física a otro/a compañero/a en tu lugar de trabajo, por parte de pacientes o acompañantes, en los últimos dos años? | 1 | 1 | 1 |
| 29 | ¿Has sufrido alguna AL física por parte de pacientes o acompañantes, en los últimos DOS AÑOS, en tu lugar de trabajo? | 0,795 | 0,577 | 0,901 |
| 30 | La AL física implicó golpe con un objeto | 1 | 1 | 1 |
| | La AL física implicó golpe con una parte del cuerpo | 1 | 1 | 1 |
| | Rotura de mobiliario | 1 | 1 | 1 |
| 31 | La AL física fue llevada a cabo por un paciente | 1 | 1 | 1 |
| | La AL física fue llevada a cabo por un acompañante | 1 | 1 | 1 |
| 32 | Sexo del agresor | 1 | 1 | 1 |

| | | | | |
|----|--|-------|--------|-------|
| 33 | La AL física implicó lesiones | 1 | 1 | 1 |
| | La AL física implicó necesidad de tratamiento posterior | 1 | 1 | 1 |
| | La AL física implicó necesidad de días de baja | 1 | 1 | 1 |
| 34 | ¿El paciente que realizó la AL física cumplía alguno de los siguientes criterios? | 1 | 1 | 1 |
| 35 | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la AL física que sufrió? Ansiedad | 0,879 | 0,699 | 0,946 |
| | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la AL física que sufrió? Ira | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la AL física que sufrió? Culpa | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la AL física que sufrió? Frustración/ impotencia | 0,959 | 0,9 | 0,982 |
| | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la AL física que sufrió? Depresión | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la AL física que sufrió? Temor | 1 | 1 | 1 |
| 36 | ¿Realizó una denuncia judicial de su AL física? | 1 | 1 | 1 |
| 37 | ¿Declaró la AL física a su Organización? Recursos Humanos | 0,901 | 0,788 | 0,953 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? Servicio de Prevención /Preventiva | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? Ordenador | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? Superior directo | 0,95 | 0,898 | 0,976 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? Superior directo | 0,959 | 0,9 | 0,982 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? Solo compañeros | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? No | 0,879 | 0,699 | 0,946 |
| 39 | Amparo en tu declaración de AL física de la Gerencia/ Dirección | 0,737 | -0,221 | 0,953 |
| | Amparo en tu declaración de AL física de la Persona jerárquicamente inmediata superior | 0,789 | -0,362 | 0,964 |
| | Amparo en tu declaración de AL física del Servicio de Prevención /Preventiva | 0,901 | 0,788 | 0,953 |
| | Amparo en tu declaración de AL física de los Delegados/as de Prevención | 0,889 | 0,43 | 0,98 |
| | Amparo en tu declaración de AL física de los Representantes sindicales | 0,959 | 0,9 | 0,982 |
| | Amparo en tu declaración de AL física de los compañeros/as | 1 | 1 | 1 |

| | | | | |
|----|---|-------|--------|-------|
| 41 | Influencia para no declarar AL física: El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | 0,833 | -0,24 | 0,982 |
| | Influencia para no declarar AL física: No conocía el procedimiento para declararla. | 0,965 | 0,635 | 0,996 |
| | Influencia para no declarar AL física: Pensé que no iba a servir para nada. | 0,686 | -2,35 | 0,958 |
| | Influencia para no declarar AL física: No le di importancia, es algo común | 0,951 | 0,477 | 0,995 |
| | Influencia para no declarar AL física: No tenía tiempo de pararme a declararla | 0,951 | 0,477 | 0,995 |
| | Influencia para no declarar AL física: Miedo a las represalias | 0,674 | -0,485 | 0,962 |
| | Influencia para no declarar AL física: Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | 0,968 | 0,762 | 0,997 |
| | Influencia para no declarar AL física: Me resultaba humillante contar esa experiencia | 0,909 | 0,31 | 0,99 |
| | Influencia para no declarar AL física: Temor a que piensen que yo había hecho algo para provocar la AL | 0,929 | 0,472 | 0,992 |
| | Influencia para no declarar AL física: No quería complicaciones (tener que poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial...) | 0,909 | 0,327 | 0,99 |
| | Influencia para no declarar AL física: Nadie la declara y no quería ser el único | 0,71 | -1,192 | 0,969 |
| | Influencia para no declarar AL física: Declararla no está bien visto en la organización | 0,968 | 0,762 | 0,997 |
| | Influencia para no declarar AL física: la persona que realizó la AL (paciente o allegado/a) se disculpó | 1 | 1 | 1 |
| | Influencia para no declarar AL física: Pienso que las agresiones verbales son inevitables | 0,75 | -0,877 | 0,973 |
| | Influencia para no declarar AL física: Recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la organización de que no lo hiciera | 0,625 | -1,873 | 0,96 |
| 44 | Situaciones vividas en los últimos 2 años: Enfados por la demora asistencial. | 0,959 | 0,9 | 0,982 |
| | Situaciones vividas en los últimos 2 años: Malas caras/ miradas de desprecio u hostiles | 0,879 | 0,699 | 0,946 |
| | Situaciones vividas en los últimos 2 años: Cuestionar las decisiones o la profesionalidad de la persona trabajadora | 0,82 | 0,625 | 0,914 |
| | Situaciones vividas en los últimos 2 años: Frases irónicas o sarcásticas | 0,901 | 0,788 | 0,953 |
| | Situaciones vividas en los últimos 2 años: Enfados por falta de información | 0,851 | 0,673 | 0,93 |
| | Situaciones vividas en los últimos 2 años: Acusaciones injustificadas | 0,962 | 0,908 | 0,983 |
| | Situaciones vividas en los últimos 2 años: Insultos | 0,95 | 0,893 | 0,976 |
| | Situaciones vividas en los últimos 2 años: Amenazas | 0,9 | 0,771 | 0,954 |
| | Situaciones vividas en los últimos 2 años: Gritos | 0,85 | 0,662 | 0,93 |
| | Situaciones vividas en los últimos 2 años: Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia, "fuertecito", niño) | 0,956 | 0,909 | 0,979 |
| | Situaciones vividas en los últimos 2 años: Tonos inapropiados | 0,93 | 0,856 | 0,966 |

| | | | | |
|----|--|-------|--------|-------|
| 45 | ¿Sabrías diferenciar entre las conductas que se consideran una AL verbal y las que se consideran un comportamiento maleducado? | 0,776 | 0,536 | 0,892 |
| | ¿Considera una AL verbal las muestras de enfado por la demora asistencial? | 0,899 | 0,792 | 0,951 |
| | ¿Considera una AL verbal cuestionar las decisiones/profesionalidad? | 0,857 | 0,671 | 0,934 |
| | ¿Considera una AL verbal las frases irónicas o sarcásticas? | 0,671 | 0,326 | 0,84 |
| | ¿Considera una AL verbal las acusaciones injustificadas? | 0,979 | 0,957 | 0,99 |
| | ¿Considera una AL verbal los insultos? | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Considera una AL verbal las amenazas? | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Considera una AL verbal los gritos? | 0,788 | 0,56 | 0,898 |
| | ¿Consideras una AL verbal las frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia, fuertecito, niño...)? | 0,92 | 0,826 | 0,962 |
| | ¿Consideras una AL verbal el tono inapropiado? | 0,805 | 0,601 | 0,906 |
| 47 | Testigo de AL verbal a un compañero/a | 0,91 | 0,813 | 0,956 |
| 48 | AL verbal en los últimos dos años. | 0,961 | 0,919 | 0,981 |
| 49 | La agresión verbal consistió en: amenazas | 1 | 1 | 1 |
| | La agresión verbal consistió en: insultos | 1 | 1 | 1 |
| | La agresión verbal consistió en: gritos | 0,842 | 0,617 | 0,935 |
| 50 | La AL verbal fue llevada a cabo por | 0,542 | -0,274 | 0,852 |
| 51 | Sexo del agresor | 1 | 1 | 1 |
| 52 | La agresión verbal implicó lesiones | 1 | 1 | 1 |
| | La agresión verbal implicó necesidad de tratamiento posterior | 1 | 1 | 1 |
| | La agresión verbal implicó necesidad de días de baja | 1 | 1 | 1 |
| 53 | ¿El paciente que realizó la agresión verbal cumplía alguno de los siguientes criterios? | 1 | 1 | 1 |
| 54 | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión FÍSICA que sufrió? Ansiedad | 0,912 | 0,71 | 0,973 |
| | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión FÍSICA que sufrió? Ira | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión FÍSICA que sufrió? Culpa | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión FÍSICA que sufrió? Frustración/ impotencia | 0,965 | 0,854 | 0,954 |
| | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión FÍSICA que sufrió? Depresión | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión FÍSICA que sufrió? Temor | 1 | 1 | 1 |
| 55 | Denuncia judicial del hecho | 1 | 1 | 1 |
| 56 | ¿Declaró la AL física a su Organización? Recursos Humanos | 0,947 | 0,788 | 0,953 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? S. de Prevención /Preventiva | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? Ordenador | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? Superior directo | 0,95 | 0,898 | 0,976 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? Superior directo | 0,959 | 0,9 | 0,982 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? Solo compañeros | 1 | 1 | 1 |
| | ¿Declaró la AL física a su Organización? No | 0,879 | 0,699 | 0,946 |

| | | | | |
|---|--|--------|--------|-------|
| 58 | Amparo en tu declaración de AL verbal de la Gerencia/ Dirección | 0,737 | -0,221 | 0,953 |
| | Amparo en tu declaración de AL verbal de la Persona jerárquicamente inmediata superior | 0,789 | -0,362 | 0,964 |
| | Amparo en tu declaración de AL verbal del Servicio de Prevención /Preventiva | 0,872 | 0,222 | 0,978 |
| | Amparo en tu declaración de AL verbal de los Delegados/as de Prevención | 0,889 | 0,43 | 0,98 |
| | Amparo en tu declaración de AL verbal de los Representantes sindicales | 0,857 | 0,267 | 0,975 |
| | Amparo en tu declaración de AL verbal de los compañeros/as | 1 | 1 | 1 |
| 60 | Influencia para no declarar AL verbal: El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | 0,833 | -0,24 | 0,982 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: No conocía el procedimiento para declararla. | 0,965 | 0,635 | 0,996 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: Pensé que no iba a servir para nada. | 0,686 | -2,35 | 0,958 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: No le di importancia, es algo común | 0,951 | 0,477 | 0,995 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: No tenía tiempo de pararme a declararla | 0,951 | 0,477 | 0,995 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: Miedo a las represalias | 0,674 | -0,485 | 0,962 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | 0,968 | 0,762 | 0,997 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: Me resultaba humillante contar esa experiencia | 0,909 | 0,31 | 0,99 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: Temor a que piensen que yo había hecho algo para provocar la AL | 0,929 | 0,472 | 0,992 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: No quería complicaciones (tener que poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial...) | 0,909 | 0,327 | 0,99 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: Nadie la declara y no quería ser el único | 0,71 | -1,192 | 0,969 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: Declararla no está bien visto en la organización | 0,968 | 0,762 | 0,997 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: la persona que realizó la AL (paciente o allegado/a) se disculpó | 1 | 1 | 1 |
| | Influencia para no declarar AL verbal: Pienso que las agresiones verbales son inevitables | 0,75 | -0,877 | 0,973 |
| Influencia para no declarar AL verbal: Recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la organización de que no lo hiciera | 0,625 | -1,873 | 0,96 | |

6.3.3. Resultados del análisis cualitativo de las preguntas abiertas

En el test, las respuestas coincidieron en valorar el cuestionario positivamente, sin que se indicara ningún aspecto negativo: “Me han parecido preguntas y respuestas coherentes y claras”, “El cuestionario es completo y correcto” “Es fácil de realizar”.

En el retest, dos personas afirmaron haber tenido experiencias de AL verbal desde el test.

6.3.4. Cuestionario V3

Tras esta fase se elabora el **Cuestionario V3**, una versión depurada de los anteriores según los resultados de las fases previas. Se incorporan las variables del **cuestionario V2**. Para su utilización en el pilotaje, en la pregunta 5 (Categoría profesional) y en la 6 (Área profesional) se incluyen las categorías profesionales y áreas que hay en el HSDJA. Este cuestionario puede consultarse en el anexo 7.

6.4. Comprobación de la utilidad del instrumento, caracterización de la muestra, validez de constructo y confiabilidad de las escalas: Estudio piloto.

6.4.1. Características de la muestra respecto a las variables sociodemográficas y experiencias con las agresiones laborales.

De los 933 profesionales a los que se le envió el cuestionario, responden 319 (tasa de respuesta del 34%). Hay un predominio femenino entre los participantes (n=226, 70,8%), porcentaje muy cercano a la proporción de mujeres en el HSJDA (68,62%), con una media de edad de 37,3 años. Hay un porcentaje muy similar entre casados y solteros (45,1% y 41,1 % respectivamente), siendo las categorías más extendidas entre los participantes.

Entre las diferentes categorías profesionales hay preponderancia del personal de enfermería (34,8%), lo cual se acerca al porcentaje que tiene en el HSJDA (39%). Otras

categorías también presentan porcentajes similares en la muestra y en el HSDJA (personal médico 19,7% en la muestra y 22,3% en HSDJA; auxiliar de enfermería 23,2% en la muestra y 26,16% en HSJDA; personal técnico 7,2% y 7,97% en HSJDA). El servicio más representado es hospitalización, seguido de urgencias, que son los servicios con más personal dentro del HSJDA.

Más de la mitad de los participantes lleva más de diez años trabajando en su profesión (55,2%) y más de 5 años en su actual puesto (51,1 %). La mayoría de los encuestados tiene turnos rotatorios (80,9%) y no realiza guardias (59%). También presenta una alta proporción de personal fijo (69%) frente al personal eventual. Solo un 7,8% no tiene contacto directo con pacientes y/o familiares, presentando un porcentaje del 13,5% los que trabajan solos y un 1,6% los que solo tienen contacto telefónico con pacientes y allegados.

Al respecto de la percepción que tienen los participantes sobre la frecuencia y tendencia de las agresiones, mientras un 3,4% consideró la AL física como algo habitual en su trabajo, un 53% lo indicó al respecto de las AL verbales. No obstante, un porcentaje muy elevado de los participantes consideraron que tanto las agresiones físicas como las verbales estaban aumentando (82,8% y 90,3% respectivamente). A este respecto, el cuestionario realizaba dos preguntas abiertas (una para AL verbal y otra para la física) consultando sobre los motivos que el personal encuestado consideraba que estaban participando en dicho aumento. Las respuestas, con ligeros matices, no se diferenciaron en ambas categorías, pudiendo agruparlas en: una **inadecuada atención sanitaria** (25%), el **incumplimiento de las expectativas de los usuarios** (18%), **aspectos sociales y educativos** (48%), **la inexistencia de consecuencias para el agresor** (6%) y **determinadas características de la asistencia** (1%).

Únicamente un 23,2% de los encuestados no ha presenciado nunca ningún tipo de AL en los últimos dos años. El porcentaje es similar en lo que se refiere a AL verbales, pero aumenta en el caso de AL físicas, con un 64,3% de personas que afirman no haberlas presenciado. Si se considera específicamente el haber sufrido una AL en los últimos dos años, el porcentaje disminuye. Un 56,1 % de los encuestados refiere haber sufrido alguna AL verbal, frente al 7,5% que refieren haber sufrido alguna AL física.

La caracterización de la muestra puede consultarse en la tabla 18.

Tabla 18

Caracterización de la muestra del estudio piloto: variables sociodemográficas y experiencias respecto a las agresiones laborales.

| CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DEL PILOTAJE | | | | |
|--|-------------------------|---|-----|------|
| V3 | Variable | Categoría de respuesta | N | % |
| Pregunta 1 | Sexo | Hombre | 93 | 29,2 |
| | | Mujer | 226 | 70,8 |
| Pregunta 2 | Grupo de edad | Hasta 25 años | 40 | 12,5 |
| | | De 25 a 35 años | 97 | 30,4 |
| | | De 36 a 45 años | 114 | 35,7 |
| | | De 46 a 55 años | 60 | 18,8 |
| | | Más de 55 años | 8 | 2,5 |
| Pregunta 3 | Estado Civil | Soltero/a | 131 | 41,1 |
| | | Casado/a | 144 | 45,1 |
| | | Divorciado/a | 18 | 5,6 |
| | | Otros | 21 | 6,6 |
| Pregunta 4 | Profesión | No contesta | 5 | 1,6 |
| | | Administrativo/a | 23 | 7,2 |
| | | Coordinación/Supervisión Médica | 2 | 0,6 |
| | | Coordinación/Supervisión de Enfermería | 2 | 0,6 |
| | | Enfermero/a | 111 | 34,8 |
| | | Personal médico | 63 | 19,7 |
| | | Fisioterapeuta | 13 | 4,1 |
| | | Informático/a | 4 | 1,3 |
| | | TCAE/ Auxiliar sanitario | 74 | 23,2 |
| Pregunta 5 | Tipo de contrato | Técnico/a | 23 | 7,2 |
| | | Otros | 4 | 1,3 |
| Pregunta 5 | Tipo de contrato | Fijo | 220 | 69 |
| | | Eventual | 99 | 31 |
| Pregunta 6 | Años de profesión | Menos de 2 años | 31 | 9,7 |
| | | De 2 a 5 años | 64 | 20,1 |
| | | De 5 a 10 años | 47 | 14,7 |
| | | Más de 10 años | 176 | 55,2 |
| | | No contesta | 1 | 0,3 |
| Pregunta 7 | Servicio o Departamento | Admisión | 9 | 2,8 |
| | | Archivo | 1 | 0,3 |
| | | Área quirúrgica | 35 | 11 |
| | | Consultas externas | 34 | 10,7 |
| | | Farmacia | 2 | 0,6 |
| | | Fisioterapia | 7 | 2,2 |
| | | Hospitalización | 86 | 27 |
| | | Informática | 5 | 1,6 |
| | | Laboratorio | 12 | 3,8 |
| | | Radiodiagnóstico | 14 | 4,4 |
| | | Recursos Humanos | 7 | 2,2 |
| | | Rehabilitación | 8 | 2,5 |
| | | Servicio de Prevención , Preventiva o Calidad | 5 | 1,6 |
| | | Servicios Generales/Mantenimiento | 1 | 0,3 |
| | | UCI | 14 | 4,4 |
| | | Urgencias | 64 | 20,1 |
| Otros | 15 | 4,7 | | |

| | | | | |
|------------------|--|---------------------------|-----|------|
| Pregunta 8 | Antigüedad en el puesto | Menos de 6 meses | 26 | 8,2 |
| | | Entre 6 meses y 1 año | 28 | 8,8 |
| | | Entre 1 año y 5 años | 102 | 32 |
| | | Más de 5 años | 163 | 51,1 |
| Pregunta 9 | Turnos de trabajo | Rotatorio | 258 | 80,9 |
| | | Fijo de mañana | 54 | 16,9 |
| | | Fijo de tarde | 4 | 1,3 |
| | | Fijo de noche | 1 | 0,3 |
| | | Solo guardias | 2 | 0,6 |
| Pregunta 10 | Realización de guardias | Realiza guardias | 112 | 35,1 |
| | | No realiza guardias | 191 | 59,9 |
| | | Solo guardias localizadas | 16 | 5 |
| Pregunta 11 | Trabajo en solitario | Sí | 43 | 13,5 |
| | | No | 276 | 86,5 |
| | Trato directo con pacientes y familiares | Sí | 294 | 92,2 |
| | | No | 25 | 7,8 |
| | Trato exclusivamente telefónico con pacientes y familiares | Sí | 5 | 1,6 |
| | | No | 314 | 98,4 |
| Pregunta 12 | Percepción de aumento de las AL físicas | No | 55 | 17,2 |
| | | Sí | 264 | 82,8 |
| Pregunta 13 | Percepción de aumento de las AL verbales | No | 31 | 9,7 |
| | | Sí | 288 | 90,3 |
| Pregunta 16 | Consideración AL física habitual en el lugar de trabajo | No | 308 | 96,6 |
| | | Sí | 11 | 3,4 |
| | Consideración AL verbal habitual en el lugar de trabajo | No | 150 | 47 |
| | | Sí | 169 | 53 |
| Pregunta 28 | Testigo de AL física en los últimos dos años | No | 205 | 64,3 |
| | | Sí, una vez | 57 | 17,9 |
| | | Sí, más de una vez | 56 | 17,6 |
| | | No responde | 1 | 0,3 |
| Pregunta 47 | Testigo de AL verbal en los últimos dos años | No | 81 | 25,4 |
| | | Sí, una vez | 53 | 16,6 |
| | | Sí, más de una vez | 185 | 58 |
| Pregunta 29 y 48 | Episodio de AL en los últimos dos años | Ninguna AL | 135 | 42,3 |
| | | AL Física | 4 | 1,3 |
| | | AL verbal | 159 | 49,8 |
| | | AL Física y Verbal | 20 | 6,3 |
| | | No contesta | 1 | 0,3 |

6.4.2. Resultados del Análisis Descriptivo Exploratorio: utilidad del instrumento y factores relacionados con la declaración de AL.

6.4.2.1. Utilidad del cuestionario: declaración de la agresión laboral.

La consulta a un pequeño grupo de participantes (n=20) en la primera etapa del pilotaje mostró que el cuestionario se realizó en una media de 9 minutos, con valores que oscilaban entre los 5 y los 16 minutos, siendo definida por los participantes como un cuestionario fácil de realizar y relativamente corto. Indicaron que pudieron realizarlo sin ningún tipo de problema ni necesidad de ayuda, a pesar de ser autoadministrado y no haber recibido un adiestramiento previo.

Los resultados obtenidos en la segunda etapa (n=319) resaltaron la utilidad y conveniencia del cuestionario. Se muestra un porcentaje de infradeclaración elevado (70%), como se describirá posteriormente. También se halla una prevalencia alta de algunos de los síntomas asociados a las AL, lo que orienta acerca de la relevancia de sus consecuencias.

Esta fase también ha mostrado resultados que han orientado a eliminar preguntas, lo cual redundaría en una herramienta más ligera y fácil de realizar. Como ya se indicó, en las dos preguntas abiertas que indagaban sobre los motivos de aumento de AL (verbales / físicas), las respuestas en ambas categorías fueron prácticamente las mismas. Esto orientó a la eliminación de dicha diferenciación realizando una sola pregunta genérica “¿Crees que las AL a sanitarios es un fenómeno en alza?”

6.4.2.2. Claridad del concepto de AL verbal

Para hallar la claridad del concepto de AL verbal se utilizaron dos preguntas (preguntas 45 y 46, V3). En primer lugar, se consultó sobre si sabrían diferenciar una AL verbal de un comportamiento maleducado, indicando el 70% de los participantes que sabrían diferenciarlo (tabla 19).

En segundo lugar, se indagó sobre qué comportamientos consideraban que engloba una AL verbal y si declararían alguno de ellos en caso de recibirlos: “¿Cuál de estos comportamientos por parte de pacientes o acompañantes consideras que es una AL verbal? ¿Los declararías?”. Se observa que más del 50% de los encuestados no considera una AL los enfados si son debidos a demora. Las frases irónicas y despectivas sobre el físico, así como los gritos son comportamientos que no se declararían en su mayoría a pesar de ser consideradas una AL verbal. Las amenazas y los insultos son los eventos que serían declarados en un mayor porcentaje (tabla 19).

Tabla 19

Identificación de comportamientos incluidos en el concepto de agresión verbal e intención de declaración de estos en el estudio piloto

| DIFERENCIACIÓN ENTRE AL VERBALES Y COMPORTAMIENTOS MALEDUCADOS | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--------------------------------|------|--|------|---|------|
| No sabría diferenciarlas en absoluto | | No sabría diferenciarlas en muchas ocasiones | | Tendría Dudas en algunos casos | | Las sabría diferenciar | | Sabría diferenciarlas perfectamente | |
| N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 7 | 2 | 5 | 2 | 82 | 26 | 135 | 42 | 90 | 28 |
| CONSIDERACIÓN DE CONDUCTAS COMO AL VERBAL | | | | | | | | | |
| ¿Cuál de estos comportamientos por parte de pacientes o acompañantes consideras que es una AL verbal?" | | | | No lo considero una AL verbal | | Lo considero una AL verbal y lo declararía | | Lo considero una AL verbal, pero no lo declararía | |
| | | | | N | % | N | % | N | % |
| Enfadados por la demora asistencial | | | | 216 | 67,7 | 24 | 7,5 | 79 | 24,8 |
| Cuestionar las decisiones o la profesionalidad | | | | 136 | 42,6 | 39 | 12,2 | 144 | 45,1 |
| Frasas irónicas o sarcásticas | | | | 87 | 27,3 | 31 | 9,7 | 201 | 63 |
| Acusaciones injustificadas | | | | 43 | 13,5 | 106 | 33,2 | 170 | 53,3 |
| Insultos | | | | 8 | 2,5 | 237 | 74,3 | 74 | 23,2 |
| Amenazas | | | | 11 | 3,4 | 283 | 88,7 | 25 | 7,8 |
| Gritos | | | | 11 | 3,4 | 103 | 32,3 | 205 | 65,3 |
| Frasas que aludan a alguna característica física | | | | 81 | 25,4 | 83 | 26 | 155 | 48,6 |
| Tono inapropiado | | | | 68 | 21,3 | 56 | 17,6 | 195 | 61,1 |

6.4.2.3. Características de las agresiones laborales recibidas

Las características de las AL referidas en el pilotaje se exploran en varias preguntas del cuestionario V3 (30-34 y 49-53). Los resultados indican que las AL verbales no han necesitado tratamiento en la mayoría de los casos (99%). En las físicas, este porcentaje disminuye (84%). En ninguna de las dos modalidades se ha descrito una elevada necesidad de baja médica (4% y 1%). Los hombres se perfilan como los principales agresores en las AL físicas (31%), aunque el mayor porcentaje hace referencia a agresiones protagonizadas por varias personas de ambos sexos. Los familiares también se describen como más implicados en las AL físicas que los pacientes (33%), aunque vuelve a predominar la fórmula mixta. En las AL verbales las diferencias se atenúan. Atendiendo a otras características de la persona agresora, en las AL físicas, un 13%

presentaban trastorno psiquiátrico conocido y un 8% estaba bajo el efecto de las drogas (8%). En las AL verbales, estos porcentajes son menores. El golpe con una parte del cuerpo es la modalidad de AL física que más se describe (58%), siendo las amenazas el formato más destacado en las verbales (34%). Esto se detalla en la tabla 20.

Tabla 20

Características de las agresiones laborales referidas en el pilotaje.

| VARIABLE | AGRESIÓN FÍSICA | | AGRESIÓN VERBAL | |
|---|-----------------|------------|-----------------|------------|
| | N | % | N | % |
| Necesidad de tratamiento posterior: | | | | |
| No | 20 | 83,3 | 178 | 99% |
| Sí | 4 | 16,7 | 1 | 1% |
| Necesidad de días de baja por las lesiones | | | | |
| No | 23 | 96% | 177 | 99% |
| Sí | 1 | 4% | 2 | 1% |
| Sexo del agresor | | | | |
| Hombre | 12 | 50% | 55 | 31% |
| Mujer | 7 | 29% | 40 | 22% |
| Ambos | 5 | 21% | 84 | 47% |
| Paciente o allegado | | | | |
| Paciente | 16 | 67% | 35 | 20% |
| Familiar o acompañante | 7 | 29% | 59 | 33% |
| Ambos | 1 | 4% | 85 | 47% |
| Características de la persona agresora | | | | |
| Bajo efectos de drogas o abstinencia a estas | 2 | 8% | 7 | 4% |
| Trastorno psiquiátrico conocido | 3 | 13% | 5 | 3% |
| Desorientado | 2 | 8% | 15 | 8% |
| Ninguna de las anteriores | 17 | 71% | 152 | 85% |
| Total | 24 | 100 | 179 | 100 |
| FORMA DE LA AGRESIÓN | | | | |
| | | | N | % |
| AGRESIÓN FÍSICA | | | | |
| Golpe con una parte del cuerpo | | | 14 | 58% |
| Golpe con un objeto | | | 6 | 26% |
| Rotura del mobiliario | | | 1 | 4% |
| Golpe con objeto y daños en mobiliario | | | 2 | 8% |
| No contesta | | | 1 | 4% |
| Total | | | 24 | 100 |
| AGRESIÓN VERBAL | | | | |
| Amenazas | | | 103 | 34% |
| Insultos | | | 97 | 32% |
| Gritos | | | 87 | 29% |
| Cuestionar la profesionalidad | | | 3 | 1% |
| Tono inapropiado | | | 6 | 2% |
| Acusaciones falsas | | | 1 | 1% |
| Actitud despectiva | | | 1 | 1% |
| Total | | | 298 | 100 |

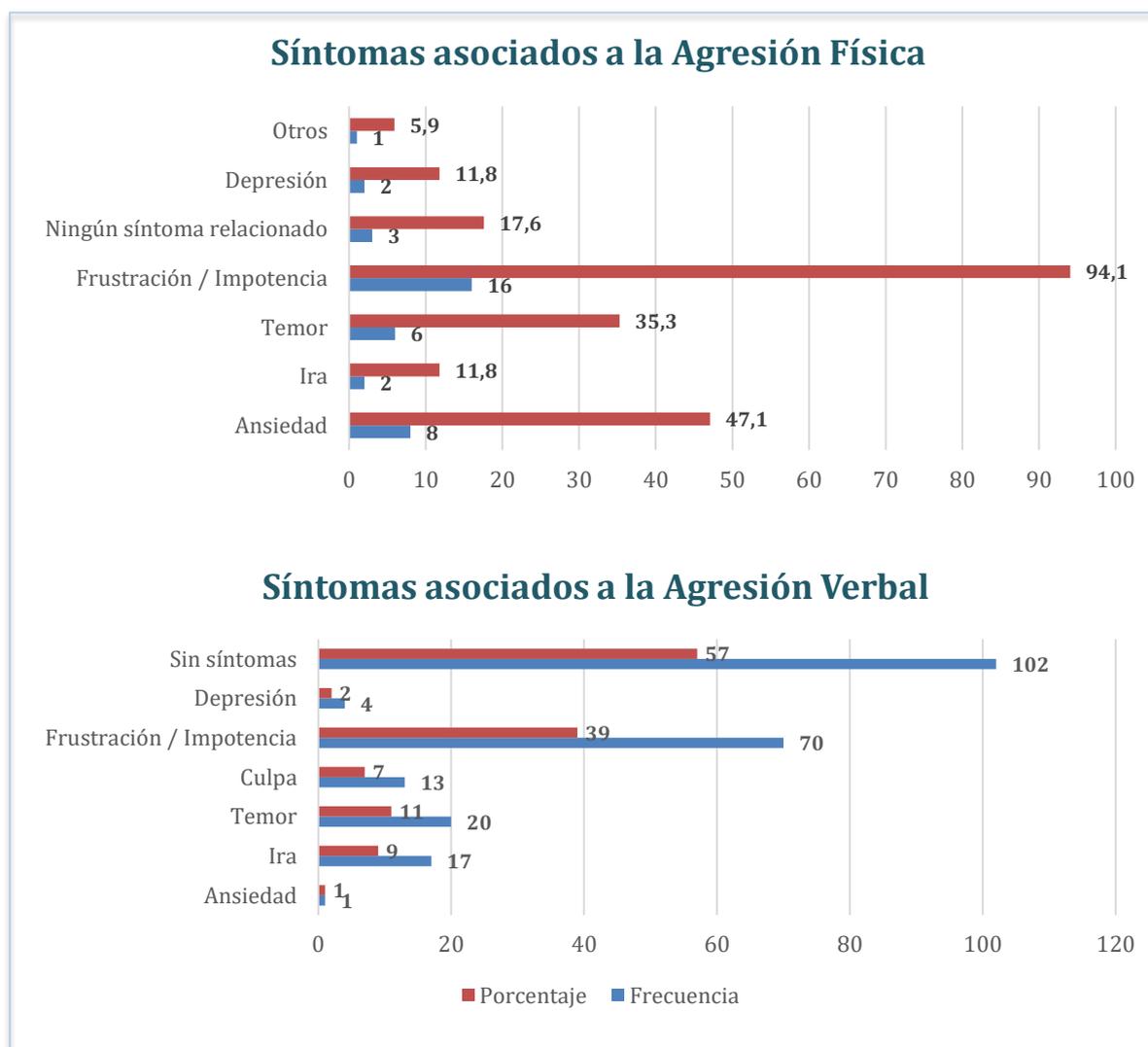
Nota= N= frecuencia; en las formas de agresión verbal hay un n=298, ya que en la misma agresión se describen varias modalidades.

6.4.2.4. Síntomas asociados con las agresiones laborales recibidas

En el caso de las AL físicas (pregunta 35, V3), el síntoma que se refiere en mayor proporción es la **frustración y la impotencia**, en un 94,1% de los casos. Un 17,6% refiere no haber tenido ningún síntoma que puedan relacionar con haber recibido dicha AL. Al respecto de las AL verbales (pregunta 54, V3), se vuelve a hallar la **frustración e impotencia** como el síntoma más referido (39%). Un 57% de los participantes indica no haber sufrido **ningún síntoma** asociado a la AL verbal sufrida.

Figura 1

Síntomas asociados a las agresiones laborales verbales/físicas. Fase de pilotaje



6.4.2.5. Medidas preventivas contra las AL.

En la pregunta abierta que solicitaba a los encuestados que indicaran qué medidas podrían disminuir las AL físicas (pregunta 63, V3), los participantes han aportado una serie de respuestas que pueden agruparse en: **ofrecer una atención sanitaria adecuada** (aumento de la calidad del servicio, empatía en la atención ofrecida, disminución del tiempo de espera); **cambios organizacionales del hospital** (horarios restringidos, menor número de acompañantes en habitaciones, evitar trabajos en solitario, ambiente de trabajo menos estresante, aumento de plantilla/recursos, incremento del personal de seguridad); **medidas de formación e información** (información a los profesionales sobre el protocolo de AL del centro, información a los usuarios de su proceso, formación a los profesionales sobre habilidades comunicacionales y resolución de conflictos, información a los usuarios de sus obligaciones, campañas de educación a la ciudadanía) **implementación de medidas físicas** (cámaras, botón anti-pánico, alarmas de personas agresoras en la historia, carteles informativos, mamparas); **que haya actuaciones tras una AL** (apoyo a las víctimas, actuaciones del hospital contra el agresor, endurecimiento de los castigos). En la pregunta referida a las AL verbales (pregunta 64, V3) se repiten las respuestas anteriores y se incorporan dos nuevas que hacen referencia a **medidas que eviten la normalización de las AL verbales** y **campañas de revalorización de la figura del sanitario**.

6.4.2.6. Factores asociados a la declaración de agresiones

6.4.2.6.1. Conocimiento del protocolo de declaración de agresiones laborales y su declaración

En el pilotaje, un 33,2% de los encuestados refiere no saber siquiera si existe un protocolo de declaración de AL en su centro de trabajo. Ese porcentaje se eleva considerablemente si se les pregunta si han recibido alguna comunicación formal de dicho protocolo (79,6%).

La declaración de las AL es el apartado más importante del cuestionario. Se muestra que un 70% de los participantes no declararon las agresiones sufridas. Este porcentaje se ha hallado tras sumar los participantes que respondieron que no se lo dijeron a nadie (8%) y los que indicaron que solo hablaron del hecho con sus compañeros (62%). Si ese valor lo

segregamos según haya sido la AL física o verbal, se indica un 72,6% de infradeclaración de AL verbales, disminuyendo el porcentaje si hablamos de declaración de físicas (50%). Esos datos se incrementan todavía más si consideramos estrictamente a los que declararon la AL según el protocolo de AL del HSJDA, que indica que el cauce establecido para la declaración es comunicarla al Servicio de Prevención /Preventiva, lo que solo hizo el 1% de los participantes. La mayoría de los encuestados respondió que solo lo habló con sus compañeros/as (62%), un 27% lo comunicó a su superior directo y los porcentajes más bajos se sitúan, precisamente, en los que lo declararon en Recursos Humanos y el Servicio de Prevención /Preventiva (2% y 1%). Los datos pueden consultarse en la tabla 21.

Tabla 21

Conocimiento sobre el procedimiento de declaración de la agresión laboral y realización de esta.

| CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE DECLARACIÓN | | | | | | | |
|--|---|-----------|------|-----------|------|------------------|-----|
| V3 | | No | | Sí | | No contesta | |
| | | N | % | N | % | N | % |
| Pregunta 19 | ¿Conoce el protocolo de actuación ante una AL física y/o verbal en el Hospital? | 106 | 33,2 | 211 | 66,1 | 2 | 0,6 |
| Pregunta 20 | ¿Se os ha comunicado formalmente dicho protocolo de actuación ante una AL? | 254 | 79,6 | 63 | 19,7 | 2 | 0,6 |
| DECLARACIÓN DE LAS AGRESIONES | | | | | | | |
| Pregunta 37 y 56 | ¿Declaró la AL recibida a su Organización? | AL Física | | AL verbal | | Total agresiones | |
| | | N | % | N | % | N | % |
| | Lo declaré en Recursos Humanos | 2 | 8,3 | 2 | 1,1 | 4 | 2 |
| | Lo declaré en S. Prevención / Preventiva | 2 | 8,3 | 1 | 0,6 | 3 | 1 |
| | Se lo comenté a la persona con rango superior directo | 8 | 33,3 | 46 | 25,7 | 54 | 27 |
| | No, solo lo hablé con mis compañeros | 10 | 41,7 | 116 | 64,8 | 126 | 62 |
| | No, no se lo comenté a nadie | 2 | 8,3 | 14 | 7,8 | 16 | 8 |
| Total | 24 | 100 | 179 | 100 | 203 | 100 | |

6.4.2.6.2. Motivos de no declaración de agresiones

En este apartado se presentan los motivos que las víctimas refieren que han intervenido en su decisión de no declarar la AL recibida. Las preguntas utilizadas para ello son la 41

y 60 del cuestionario (V3). Los resultados se describen en la tabla 22, diferenciando las AL verbales de las físicas y utilizando la media y la desviación típica. En las físicas, son los ítems “no conocía el procedimiento”, “no sirve para nada”, “no tener tiempo” y “temor a las complicaciones” los que han recibido puntuaciones más altas. Por otro lado, los que puntuaron más bajo son “recibí instrucciones de no declararla” y “pienso que son inevitables”. Hay que tener en cuenta que esta pregunta solo tienen que contestarla las personas que han sufrido una AL física y no la han declarado (n=12).

Un mayor número de personas ha contestado la pregunta en el caso de las AL verbales (n=130). En este caso, volvemos a encontrar los mismos motivos que en el anterior apartado entre los puntuados más altos, pero en este caso se le une el ítem “no darle importancia”. Volvemos a encontrar entre los puntuados más bajos el ítem “Recibí instrucciones para no declararla”. A pesar de esta puntuación tan baja del ítem, se decide mantenerlo porque es una variable muy dependiente del centro hospitalario dónde se desarrolle el estudio, pudiendo existir otros hospitales en los que sí puede darse esa casuística.

En las preguntas abiertas del cuestionario que consultaban motivos de no declaración diferentes a los aportados (preguntas 42 y 61, V3), no se recibió ningún motivo nuevo por parte de los participantes.

En las pregunta abiertas sobre cómo facilitar las declaraciones del personal sanitario (preguntas 43 y 62, V3) se hizo referencia a: **informar y formar sobre el protocolo de actuación** (30%), **agilizar y hacer accesible el método de declaración** (30%), **clarificar las conductas declarables como AL**, especialmente en el caso de las agresiones verbales (10%), y una **mayor empatía del centro sanitario** en el acompañamiento en el proceso de la declaración (30%).

Tabla 22

Motivos de no declaración de la agresión laboral.

| MOTIVOS DE NO DECLARACIÓN DE LA AL RECIBIDA | | | | |
|--|------------------|-----------|------------------|-----------|
| | AL FÍSICA | | AL VERBAL | |
| | Media | DT | Media | DT |
| Procedimiento laborioso | 2,58 | 0,90 | 2,50 | 1,17 |
| No conocía Procedimiento | 2,75 | 1,44 | 2,92 | 1,41 |
| No sirve para nada | 3,42 | 1,24 | 3,22 | 1,43 |
| No darle importancia | 2,67 | 1,50 | 3,37 | 1,14 |
| No tener tiempo | 3,00 | 0,85 | 2,92 | 1,28 |
| Miedo a represalias | 2,50 | 1,62 | 2,35 | 1,28 |
| Ser considerado exagerado | 2,33 | 1,23 | 2,47 | 1,31 |
| Sentirse humillado | 1,83 | 0,72 | 2,03 | 1,07 |
| Temor a ser culpado | 2,08 | 0,79 | 2,08 | 1,16 |
| Temor a las complicaciones | 2,92 | 1,16 | 2,89 | 1,42 |
| Nadie lo declara | 2,25 | 1,22 | 2,53 | 1,21 |
| Declararla no está bien visto | 1,83 | 1,03 | 2,00 | 1,11 |
| El agresor se disculpó | 1,83 | 0,72 | 2,45 | 1,40 |
| Pienso que son inevitables | 1,75 | 0,62 | 2,54 | 1,27 |
| Recibí instrucciones de no declararla | 1,42 | 0,51 | 1,64 | 1,04 |

Nota: DT= Desviación típica. Valores de la escala ordinal: Nada influyente=1, Poco influyente=2, Neutro=3, Influyente=4, Muy influyente=5. N de AL Física= 12, N de AL Verbal=130.

6.4.2.6.3. Apoyo del centro sanitario

En las preguntas que sondeaban el apoyo en el proceso de declaración (39 y 58, V3), los participantes señalaron a los compañeros y compañeras como el colectivo que les ha ofrecido mayor amparo en el proceso (tabla 23). Los representantes sindicales, los delegados de prevención y la dirección del centro (esta última especialmente en el caso de agresiones verbales), han sido indicados como los organismos que menos apoyo y acompañamiento han prestado.

Asimismo, en las preguntas abiertas del cuestionario sobre cómo piensan que puede mejorar ese apoyo de la organización (40 y 59, V3), las respuestas obtenidas pueden agruparse en: **creer al profesional** (9%), **no desautorizarlo frente al agresor** (9%), **implicación y apoyo en el proceso** (18%) y **fomentar la empatía hacia el agredido y no culpabilizarlo** (18%).

Tabla 23

Amparo percibido en el proceso de declaración por diferentes organismos/colectivos.

| AMPARO PERCIBIDO EN EL PROCESO DE DECLARACIÓN | | | | |
|---|-----------|------|-----------|------|
| Organismo / colectivo | AL FÍSICA | | AL VERBAL | |
| | MEDIA | DT | MEDIA | DT |
| Gerencia/ Dirección | 2,62 | 1,26 | 2,29 | 1,31 |
| Persona jerárquicamente inmediata superior | 3,54 | 1,39 | 3,49 | 1,38 |
| Servicio de Prevención /Preventiva | 2,69 | 1,44 | 2,44 | 1,25 |
| Delegados/as de Prevención | 2,46 | 1,56 | 2,42 | 1,32 |
| Representantes sindicales | 2,23 | 1,36 | 2,68 | 1,42 |
| Compañeros/as | 4,46 | 0,78 | 4,47 | 0,92 |

Nota: AV= AL verbal; AF=AL física.; DT= Desviación típica. Valores de la escala ordinal: Nada amparado=1, Poco amparado=2, Neutro=3, Amparado=4, Muy amparado=5. N de AF= 12, N de AV=49.

6.4.2.6.4. Herramienta de declaración informática.

No se ha obtenido ninguna respuesta en el apartado que explora las características de la herramienta de declaración informática (preguntas 22-27, V3), ya que en el HSJDA no existe ningún sistema de declaración de AL de esas características.

6.4.3. Resultados del Análisis Factorial Exploratorio (AFE): validez de constructo y confiabilidad de las escalas.

6.4.3.1. Concepto de AL verbal.

La tabla 24 muestra resultados para los ítems usados para indagar sobre la **percepción del concepto de AL verbal** (pregunta 46, V3). Al evaluar la medida de adecuación de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin se obtuvo un coeficiente de 0,8 y para la prueba de

esfericidad de Bartlett $\chi^2(36) = 1040,22$ y $p = 0,000$. Estos resultados sugieren que los datos cumplen los supuestos básicos para aplicar un AFE.

Los ítems pueden ser explicados por dos factores: F1, al que se ha denominado **situaciones normalizadas** (que se han interiorizado como habituales e inevitables). Incluye los siguientes ítems: “frases irónicas o sarcásticas”; “cuestionar las decisiones/profesionalidad”; “muestras de enfado por la demora asistencial”; “acusaciones injustificadas” y “frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia, fuercecito, niño...)”; y F2, al que se ha nombrado como **situaciones no normalizadas** y que se compone de los siguientes ítems: “insultos”; “amenazas”, “gritos” y “tono inapropiado”.

Las cargas factoriales encontradas varían entre 0,47 y 0,86 sugiriendo, en la mayoría de los casos, un porcentaje de varianza compartida y explicada importante entre el ítem y el factor que lo representa. Por otro lado, a través de la media aritmética y desviación típica se observa que los ítems mostraron una variabilidad importante, es decir, los encuestados se posicionaron en toda la escala. Por último, el coeficiente Alfa obtenido en los factores (0,79 y 0,73), permite concluir que existe consistencia interna entre ellos (unidimensionalidad).

En el F1 hay ítems que presentan muy baja puntuación, como las acusaciones injustificadas o las frases que aludan a alguna característica física que per sé no es un insulto. Esto puede sugerir que se eliminen dichos ítems o bien que se constituyan como factores aislados. Tras debatirlo la IP con otro miembro del equipo de investigación, se decide mantener dichos ítems debido a la naturaleza eminentemente exploratoria de la herramienta y siguiendo lo recomendado por otros autores (129).

Tabla 24

Análisis factorial exploratorio de los ítems que miden la percepción sobre el concepto de agresión laboral verbal.

| Pregunta 46. ¿Cuál de estos comportamientos por parte de pacientes o acompañantes consideras una AL verbal? | N | F1 | F2 | M | DT |
|--|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| Frases irónicas o sarcásticas | 319 | 0,791 | | 0,39 | 0,62 |
| Cuestionar las decisiones/profesionalidad | 319 | 0,725 | | 0,69 | 0,673 |
| Muestras de enfado por la demora asistencial | 319 | 0,62 | | 1,2 | 0,657 |
| Acusaciones injustificadas | 319 | 0,549 | | 1,72 | 0,502 |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia, fuertecito, niño...)? | 319 | 0,474 | | 1,86 | 0,439 |
| Insultos | 319 | | 0,861 | 1,61 | 0,555 |
| Amenazas | 319 | | 0,776 | 1 | 0,716 |
| Gritos | 319 | | 0,775 | 0,96 | 0,621 |
| El tono inapropiado | 319 | | 0,625 | 0,82 | 0,58 |
| % de la varianza explicada | | 32,7 | 18,2 | | |
| Coefficiente alfa | | 0,792 | 0,735 | | |

Nota: N= tamaño de la muestra; F1= situaciones normalizadas; F2= situaciones no normalizadas; M= promedio de respuesta; DT= desviación típica.

6.4.3.2. Motivos para no declarar las agresiones

Esta análisis no pudo realizarse en el apartado sobre los **motivos de no declaración de la AL física** debido al bajo número de personas que respondieron a la pregunta (n=20). Sí pudo realizarse para los **motivos de no declaración de la AL VERBAL** (pregunta 60, V3). Al evaluar la medida de adecuación de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin se obtuvo un coeficiente de 0,9 y para la prueba de esfericidad de Bartlett $\chi^2(105)=1051,41$ y $p=0,000$. Estos resultados sugieren que los datos cumplen los supuestos básicos para aplicar un AFE.

Los ítems pueden ser explicados por tres factores: El F1, al que se denominó **desánimo por parte de la organización y preocupación por las consecuencias**, incluye: “me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista”; “resultaba humillante contar esa experiencia”; “temor a que piensen que yo había hecho algo para provocar la AL”; “declararla no está bien visto en la organización”; “miedo a las represalias”; “nadie la declara y no quería ser el único” y “recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la organización de que no lo hiciera”. El F2, denominado **inutilidad y/o**

fallos/molestias en el procedimiento, incluye: “pensé que no iba a servir para nada”; “el procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo” y “no quería complicaciones”. Y el F3, designado como **percepción de la importancia de la declaración y desconocimiento del proceso** y que está compuesto por: “no le di importancia, es algo común”; “la persona que realizó la AL (paciente o allegado/a) se disculpó”; “no tenía tiempo de pararme a declararla” y “no conocía el procedimiento para declararla”.

Asimismo, las cargas factoriales encontradas varían entre 0,49 y 0,97. Por otra parte, a través de la desviación típica se observa que los ítems mostraron una variabilidad importante, es decir, los encuestados se posicionaron en toda la escala. Por último, el coeficiente Alfa obtenido para cada factor permite concluir que existe consistencia interna para cada factor, en otras palabras, existe unidimensionalidad.

El ítem **Recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la organización de que no lo hiciera** presenta una puntuación más baja, por lo que podría considerarse su eliminación o inclusión como un factor independiente.

Tras una revisión por pares de los resultados y teniendo en cuenta la orientación exploratoria de la herramienta, se decide eliminar del F1 los ítems: “Resultaba humillante contar esa experiencia”, “declararla no está bien visto en la organización” y “nadie la declara y no quería ser el único”. Se decide mantener el ítem “Recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la organización de que no lo hiciera”, debido a que este AFE se ha practicado a los resultados obtenidos en un solo hospital, pudiendo encontrar una casuística diferente en otros centros, en los que esto sí sea más relevante. En F2 y F3 se decidió mantener todos los ítems, por los matices diferenciadores que aportaban.

Los resultados del AFE, pueden observarse en la tabla 25. Se destacan en rojo los ítems eliminados.

Tabla 25

Análisis factorial exploratorio de los ítems que miden los motivos de no declaración de las agresiones laborales verbales.

| Pregunta 60. ¿Por qué no declaró la AL verbal? | n | F1 | F2 | F3 | M | DT | AEE |
|--|----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|------------|
| Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | 130 | 0,883 | | | 2,50 | 1,183 | 0,854 |
| Resultaba humillante contar esa experiencia | 130 | 0,831 | | | 2,92 | 1,414 | 0,852 |
| Temor a que piensen que yo había hecho algo para provocar la AL | 130 | 0,83 | | | 3,22 | 1,432 | 0,852 |
| Declararla no está bien visto en la organización | 130 | 0,79 | | | 3,37 | 1,135 | 0,885 |
| Miedo a las represalias | 130 | 0,707 | | | 2,92 | 1,276 | 0,855 |
| Nadie la declara y no quería ser el único | 130 | 0,668 | | | 2,35 | 1,280 | 0,850 |
| Recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la organización de que no lo hiciera | 130 | 0,497 | | | 2,47 | 1,325 | 0,846 |
| Pensé que no iba a servir para nada. | 130 | | 0,831 | | 2,03 | 1,071 | 0,852 |
| No conocía el procedimiento para declararla. | 130 | | 0,824 | | 2,08 | 1,159 | 0,850 |
| El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo. | 130 | | 0,792 | | 2,89 | 1,416 | 0,851 |
| No quería complicaciones (tener que poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial...) | 130 | | 0,612 | | 2,53 | 1,208 | 0,849 |
| No le di importancia, es algo común | 130 | | | 0,972 | 2,00 | 1,107 | 0,851 |
| La persona que realizó la AL (paciente o allegado/a) se disculpó | 130 | | | 0,972 | 2,45 | 1,404 | 0,879 |
| Pienso que las agresiones son inevitables | 130 | | | 0,732 | 2,54 | 1,271 | 0,873 |
| % de la varianza explicada | 38,1 | | 24,6 | 14,9 | | | |
| Coefficiente alfa | 0,774 | | 0,765 | 0,852 | | | |

Nota: n= tamaño de la muestra; F1= desánimo por parte de la organización y preocupación por las consecuencias; F2= inutilidad y/o fallos/molestias en el procedimiento; F3= percepción de la importancia de la declaración y desconocimiento del proceso; M= promedio de respuesta; DT= desviación típica. Se destacan en rojo los ítems eliminados

6.4.4. Cuestionario V4

El Cuestionario V4 cuenta con 62 preguntas que se agrupan en 9 grandes bloques: datos demográficos y características del trabajo, experiencia con agresiones, características de las agresiones, consecuencias de las agresiones, conocimiento del protocolo de

agresiones, declaración de agresiones, claridad del concepto de agresiones, registro informático de agresiones y denuncia judicial de estas. Puede consultarse en el anexo 12.

Los resultados del ADE orientaron a eliminar la diferenciación entre AL verbal y física en las 4 preguntas de la V3 sobre la tendencia de las AL (preguntas 12-15, V3), agrupándolas en dos preguntas genéricas en la V4 (preguntas 12 y 13, V4).

Se incorporaron los cambios sugeridos por los resultados del AFE que se decidieron en una revisión por pares por la IP y otro miembro del equipo investigador. Se decidió eliminar tres ítems en los motivos de no declaración de la AL (preguntas 39 y 58, V4): “Resultaba humillante contar esa experiencia”, “Declararla no está bien visto en la organización” y “Nadie la declara y no quería ser el único”, considerando que el resto de ítems podía dar la suficiente información sobre los aspectos que exploraban.

7. DISCUSIÓN

El presente trabajo se desarrolló con el objetivo de elaborar una herramienta que evalúe la declaración de AL en el sector sanitario. Aunque otros trabajos también han elaborado cuestionarios específicos para ello (86,87), en la revisión sistemática realizada por Campbell et al. se indica que estos no presentan un proceso de validación riguroso en su construcción (17,83).

Con esta herramienta pretendemos contribuir a ampliar el conocimiento real sobre las AL a sanitarios y facilitar la elaboración de medidas preventivas adecuadas. Se ha referido que “la prevención implica reportar cada caso de violencia, para poder establecer una evaluación objetiva del problema y sensibilizar a la población” (50). Sin declaración no hay posibilidad de conocer al “enemigo”, haciendo especial hincapié en que este hecho es uno de los sesgos principales a la hora de poder extrapolar los datos sobre AL (62,63,216,64–67,118,169,214,215).

Para la realización de dicha herramienta se siguieron una serie de fases de análisis que se discutirán en los siguientes apartados.

7.1. Diseño del cuestionario: Grupos focales.

Los GF son una metodología ampliamente usada en investigación cualitativa (163,164). Otros autores han recurrido también a su uso para estudiar las AL (243, 244). Su elección aportó un método de información que permitió a los participantes expresar y debatir libremente sus opiniones, generando así una amplia batería de tópicos adecuada para nuestro estudio. En un cuestionario eminentemente exploratorio como el nuestro, este método resultaba muy apropiado al aprovechar el conocimiento de los participantes así como la reflexión que suponía la interacción y el debate entre ellos.

Moderar estas sesiones requirió de una serie de habilidades y estrategias que permitieran extraer la máxima información. En primer lugar, el diseño de un guion de preguntas semi-estructurado posibilitaba dirigir la reunión hacia la información deseada incorporando la suficiente flexibilidad para que se pudieran aportar tópicos nuevos sin desviarnos del propósito de la investigación. Se diseñó cuidadosamente el guion para que las preguntas no sugirieran las posibles respuestas, como aconseja Mella et al. (164). En el transcurso de las sesiones se practicó una escucha activa y neutra, dando espacio a que todos los

participantes pudieran expresarse, evitando la monopolización de las conversaciones por una minoría. Mella, citando a Kreuger, indica que debemos atender especialmente a algunos tipos de participantes para controlar su repercusión en el desarrollo de la técnica (164): expertos e influyentes, que aunque aportan información muy valiosa, suelen provocar inhibiciones en los otros participantes; los monopolizadores de las oportunidades de habla; las personas muy tímidas y aquellas que hablan en exceso y de forma difusa, sin concretar demasiado su postura.

Queremos destacar la utilidad para el diseño del guion de los GF de las entrevistas previas con expertos en PRL y salud laboral, así como con representantes sindicales de ámbito hospitalario. Contar con personas expertas y afectadas para esto ayudó a entender algunos aspectos como la diferente casuística de AL entre categorías profesionales. Esto orientó a realizar entrevistas diferenciadas por categoría además de mixtas, evitando así cualquier posible inhibición de respuestas. Esta afectación diferencial se describe en otros trabajos previos, indicando, además, que es el personal de enfermería el que más riesgo tiene de padecer una AL (1,56,122,123,131,132). En el desarrollo de los GF se observó como las AL que describe este colectivo se diferencian de las que refiere el personal médico. El personal de enfermería describió un trato menos respetuoso, con una mayor incidencia de gritos e insultos, así como un mayor cuestionamiento de su habilidad técnica. El personal de medicina relató como las agresiones hacia ellos se debían, especialmente, a no querer recetar una determinada medicación, solicitar una determinada prueba o no dar una baja médica, lo cual se corresponde con lo hallado en la literatura (121,217). En un trabajo de Abdollahzadeh et al. las enfermeras encuestadas también expusieron ese trato diferencial, aduciendo que las formas y la paciencia hacia su trabajo eran más bajas que las dadas al personal médico y que se les exigía una destreza perfecta en la realización de técnicas que no se exigía a otros profesionales (139). Ese menor respeto descrito tanto en la literatura como en los GF no es nuevo. Como exponen Narasimhan y McKay (239), históricamente la profesión médica ha gozado de mayor prestigio que la enfermera, la cual durante mucho tiempo ha sido considerada como una simple asistente de la medicina. Afortunadamente, parece que eso está modificándose. En nuestro país ya se ha desterrado la denominación de ayudante técnico sanitario para esta profesión y se va reconociendo el amplio campo autónomo de la enfermería. Sin embargo, en los GF se trasladó que todavía existe esa brecha. En este sentido, sería interesante poder utilizar este cuestionario comparando ambos perfiles profesionales. Así se podría, por un lado, adecuar las medidas preventivas

que se diseñen a las diferentes realidades de cada grupo profesional y, por otro lado, trabajar en otro tipo de actuaciones que sirvan para impulsar el reconocimiento de las diferentes categorías profesionales que trabajan en un hospital.

Al hilo de lo anterior, sería también oportuno poder comparar otros perfiles que han mostrado en la literatura una mayor vulnerabilidad (41) como mujeres, estudiantes sanitarios, personal sustituto y profesionales de menor edad. En los GF se describió el trato diferencial dado a mujeres y profesionales jóvenes. Incluso se refirió el efecto de la combinación de esas variables con la categoría profesional, como indicó una joven doctora que expresó recibir menos respeto por sus indicaciones profesionales debido a su juventud, lo que se acentuaba por el hecho de ser mujer (comparando con médicos masculinos de su misma franja de edad). El haber incorporado esas variables en nuestro cuestionario permite investigar sobre su relación con determinados tipos de agresión o si realmente muestran una frecuencia diferencial. Así mismo, se podría estudiar la asociación con la declaración de AL en profesionales de menor edad mediada por su menor experiencia. Sato et al. describen como las enfermeras con menos experiencia tienden a declarar menos las agresiones sufridas (86). Todo esto podría orientar a elaborar protocolos de actuación o intervenciones específicas para algunos grupos como podrían ser los estudiantes sanitarios o profesionales jóvenes así como para incluir la perspectiva de género en las diferentes medidas que se desarrollen.

A su vez, el estudio de las variables anteriormente descritas podría facilitar información relevante desde el punto de vista sociológico sobre si hay diferencias en la identificación de los actos agresivos por parte de los integrantes de cada colectivo. En ese estudio podría ser de utilidad estudiar su intersección, a su vez, con otras variables que las aplicaciones futuras del cuestionario pudieran aportar: localización del hospital, país, renta per cápita de la población que atiende, si es un centro público o privado, etc. Estas comparaciones entre resultados puede proveernos de información de interés para profundizar en los aspectos sociológicos e incluso culturales que pueden relacionarse con la AL y su declaración.

Los GF posibilitaron indagar sobre los comportamientos que los sanitarios incluyen dentro del concepto de AL verbal. Hubo categorías que presentaron un gran acuerdo (amenazas, insultos y gritos) y otras con un acuerdo menor (tono inapropiado, cuestionar la profesionalidad). De ahí la importancia de considerar este constructo (que participa

como potente motivo de no declaración) como escala para nuestro cuestionario. Hardin remarca que no contar con una consistente y consensuada definición de AL verbal dificulta que las víctimas se decidan a declarar la AL sufrida (58). Del mismo modo se manifiestan Kvas y Seljak (68), así como Sato et al. que inciden en que es un problema que lleva mucho tiempo sin resolverse y requiere la elaboración de medidas para atajarlo (86). Con la inclusión de este apartado se pretende aportar información sobre este hecho y contribuir a su solución. Los resultados podrían apoyar la reclamación de una definición institucional sobre los comportamientos que suponen una AL verbal y cuáles no. Dicha definición no solo sería beneficiosa para que las personas agredidas tuvieran más claro qué es declarable, también podría disuadir a los agresores, haciéndolos más conscientes de que lo que hacen es un delito. Esta declaración debería, asimismo, contemplar las nuevas tecnologías y los usos delictivos que pueden derivarse de su uso, especialmente si tenemos en cuenta que la pandemia por COVID-19 ha aumentado el empleo de formas de relación telemática para una mayor franja de edad de usuarios (254). Para hacer una idea sobre el uso de internet por la población, se ha consultado los datos del Instituto Nacional de Estadística de España y atendiendo a la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares del año 2020, el 93,2% de la población de 16 a 74 años utilizó Internet en los tres últimos meses. En los dos últimos años esa proporción se ha incrementado (año 2021 = 93,9% y año 2022= 94,5%). Y no solo es relevante que haya aumentado su frecuencia de uso, sino el alcance de este tipo de herramientas. Como argumentaba el filósofo Marshall McLuhan (235), nos estamos convirtiendo en una aldea global en la que la información se comparte rápidamente y con un número de personas inmenso, difícilmente calculable. Por ello el Convenio sobre la violencia y el acoso 190 de la OIT, de 2019 (4), ratificado por España en 2022, enfatiza la necesidad de prevenir y combatir el aumento de la violencia más allá del lugar de trabajo físico, contemplando el uso de comunicaciones relacionadas con el trabajo, incluyendo las realizadas por medio de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). La misma organización ha publicado en 2020 el documento de trabajo: “Actualización de las necesidades del sistema”: Mejora de la protección frente al ciberacoso y a la violencia y el acoso en el mundo del trabajo posibilitados por las TIC” (253). En este describen cómo: “a través de los medios de las TIC, el ciberacoso se vale de palabras o imágenes para difamar, amenazar, acosar, intimidar, excluir, discriminar, degradar, humillar, acechar, divulgar información personal o contener comentarios

ofensivos, groseros o denigrantes al objeto de perjudicar o dañar a su destinatario”. Ya en la pandemia de COVID 19 se han observado campañas de difamación del colectivo sanitario en redes sociales (254). De la misma manera estas campañas de difamación podrían dirigirse a algún profesional en concreto o difundir imágenes sobre su trabajo con la intención de perjudicarlo con fragmentos fuera de contexto. En el documento de trabajo antes citado (253), se describe un estudio realizado en Australia en el que participaron más de 600 trabajadores del sector público cuyos resultados muestran que un 72% de los participantes expresaron haber sufrido o sido testigo de algún caso de ciberacoso por parte de pacientes y/o usuarios. Esto colisiona frontalmente con el derecho al honor que ampara la Constitución Española (89) en su artículo 18.2: "La ley limitará el uso de la información para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos”. Por todo esto, es imprescindible que una declaración institucional no olvide incluir estas nuevas formas de agresión tan potentes que permiten las nuevas tecnologías, como los grupos de mensajería instantánea o las redes sociales.

Al respecto de la declaración de AL en ámbito sanitario, Hogarth et al. usaron también los GF para investigar sobre ello, concretamente en personal de enfermería (85). En este estudio se resaltó la gran prevalencia de las AL y, a pesar de eso, la baja intención de declaración del personal consultado (85). En nuestros GF se halló también esa baja intención de declaración. La mayoría de los participantes de los GF afirmó que no declararían una AL verbal y que solo puntualmente lo harían en el caso de agresiones físicas, especialmente si estas habían comportado lesiones, lo cual coincide con lo que exponen Hogarth et al. y otros autores (84,85). Estos datos orientan hacia la utilidad de nuestro trabajo, que persigue revertir esta situación buscando los puntos en los que hay que incidir para su solución. Dentro de las políticas de prevención de AL es fundamental.

En dicho estudio también se refirieron otros motivos de no declaración que han aparecido en nuestros GF, como el temor a las represalias, el no tener tiempo de pararse a declarar o la consideración de que la violencia de pacientes y allegados forma parte del trabajo (85). Otros autores señalaron otros motivos que también aparecieron en los GF como la dificultad de acceso o de realización del instrumento de declaración y el no tener claro que es una AL declarable y que no lo es (17). Todo ello será discutido con más detalle en la fase de pilotaje.

En la revisión de Hogarth et al. (85) también se refieren situaciones clínicas del paciente o del momento asistencial por las que se justifica la AL recibida (demandas legítimas, situaciones clínicas complicadas, diagnósticos que incluyen pérdida de control de las acciones). Esta justificación dificulta la declaración. En los GF, esta justificación por pérdida de control de las acciones también se ha referido, pero se ha matizado, indicando que no se acepta igual la AL de un paciente psiquiátrico a la de una persona que ha tomado drogas (algo opcional y “voluntario”). En este último caso no se justificaba la AL por pérdida de control de las acciones, ya que se entiende como algo elegido que no tenía que “pagar” el personal sanitario. Al margen de la voluntariedad real de una persona con drogadicción, aunque pueda parecer lógico incorporar la intencionalidad para la consideración o no de algo violento, es necesario concienciar de que también deben declararse las agresiones relacionadas con pacientes con patologías que interfieran en el control de sus actos. Intencionada o no, sigue siendo una AL, un accidente de trabajo que necesita ser evaluado y prevenido, para lo cual es imprescindible que se declare. Evidentemente, necesita un estudio y trato diferenciado, ya que las medidas de contención y prevención de AL en psiquiatría son muy distintas y en algunos casos inviables en una población sin patologías mentales. En este tipo de casos no aplica culpabilizar a la persona agresora, pero sí evaluar las medidas implementadas para evitar que los profesionales sufran daños en el ejercicio de sus funciones. En dos de los hospitales en los que se han llevado a cabo los GF (Écija y HSJDA) no hay área de psiquiatría, por lo que, aunque se atienden pacientes con patologías psiquiátricas o de drogadicción en urgencias o por motivos de otros procesos patológicos, no hemos obtenido datos específicos de ese servicio. En el hospital de Valme sí hay dicha área, pero las personas participantes no pertenecían a ella. En futuros usos de la herramienta en hospitales con este servicio se podrá investigar más específicamente sobre esta área. Por otro lado, al margen de que exista un área concreta de psiquiatría, se requiere introducir estas situaciones del paciente o allegado en la elaboración de medidas preventivas de cualquier hospital, pudiendo considerarse el realizar protocolos específicos para los pacientes y/o allegados que presentan dichas características. Nuestro cuestionario, como otros trabajos anteriores sobre el tema (51, 85, 121), incluyen apartados que exploran estos aspectos.

Tanto en la revisión (17) como en los GF se señaló cómo el acompañamiento en el proceso y el apoyo por parte del centro sanitario facilitaban la declaración. Esto también se relacionaba con una disminución de la gravedad de los síntomas provocados por la AL

(220,221). El apoyo del centro puede convertirse incluso en una medida preventiva. En el estudio de Fisekovic et al. se relaciona con un menor número de agresiones (10). Autores como Hardin señalan el temor a no ser creídos por la organización como uno de los principales motivos para no declarar una AL (58). Incorporar estas variables al cuestionario ofrecerá información sobre la percepción de los profesionales sobre el comportamiento de los órganos directivos al respecto de las AL. El análisis de dicha información puede guiar los cambios a incorporar desde arriba, ayudando a que se tome conciencia de la necesidad de una postura firme de los centros sanitarios ante las AL, libre de prejuicios hacia el personal agredido. Culpabilizar a la víctima tiene repercusiones no solo en la declaración de las AL sino también en la confianza de los profesionales hacia su centro, así como en la implicación e identificación corporativa con este. Nuestro trabajo puede aportar datos que hagan más patente la necesidad de actividades formativas ya no solo a personas agresoras y a víctimas. Los órganos directivos deberían también recibir formación adecuada sobre cómo tratar al personal agredido de forma empática y neutral, sin minimizar sus daños y sin mostrar recelo ante la veracidad de lo que indican. Esto ayudará a que más profesionales se animen a declarar las AL y a que se desarrolle un ambiente más sano y asertivo. Para ello, se podría trabajar en la inclusión de una guía de buenas prácticas de toma de declaración a los profesionales víctimas de AL. En el libro: “Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas”, publicado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo (240), ya se indica la necesidad de que tanto los órganos directivos como el personal del Servicio de Prevención se formen en habilidades comunicacionales para tratar con las víctimas. Ya existen guías de buenas prácticas para la toma de declaración de otro tipo de víctimas (violencia de género). El diseñar dicha guía específica para las AL podría enseñar a las personas que tienen que tomar la declaración de agresiones cómo hacerlo sin cometer errores que revictimicen a la persona agredida.

7.2. Validación de contenido del cuestionario: panel Delphi.

El PD es una metodología usada con frecuencia para la validación de cuestionarios y recomendada por diferentes autores (222). Uno de los problemas de este método, señalado por Cabero y Barroso (183), es la amplitud y polisemia del concepto de experto. Dada

que la calidad del trabajo va a estar condicionada por la adecuación de dichos expertos, estos autores recomiendan recurrir al coeficiente de competencia experta, que ha sido el usado en nuestro estudio.

Esta fase aportó diferentes ventajas, entre la que se destaca una mirada (experta y ajena) distinta a la del equipo investigador, cuya inmersión en el proyecto podía interferir en la claridad de la redacción de las preguntas. Estas deben ser comprendidas por cualquier persona a la que aplique el cuestionario, aunque no haya tenido ningún contacto anterior con el tema de estudio. Además, al contar con expertos en materias tan variadas se ha conseguido incorporar mejoras desde distintos enfoques. Por ejemplo, al contar con una experta especialista en género se detectaron deficiencias en el enunciado al respecto de la perspectiva de género que no se habían percibido en el diseño original o al contar con expertos en lingüística se corrigieron algunos errores gramaticales y se mejoró la redacción.

Una de las contribuciones más interesantes de esta fase fue la sugerencia por parte de los expertos de la inclusión del ítem frustración-impotencia en la consulta sobre los síntomas relacionados con haber sido objeto de una AL. La frustración-impotencia se relaciona directamente con el síndrome de burnout o síndrome del trabajador quemado (de hecho, la frustración da nombre a una de sus fases), el cual tiene amplias repercusiones sobre la salud de los profesionales que la padecen y sobre el correcto desarrollo de la actividad asistencial (226). Este síndrome se origina como respuesta al estrés laboral continuado que sufre el personal trabajador cuya labor profesional tiene una relación constante y directa con otras personas (236). Las dimensiones clásicas que caracterizan dicho síndrome son el cansancio, la despersonalización y la falta de realización personal (236). Este síndrome está tomando cada vez más relevancia. En 2022 se ha incluido por primera vez en la clasificación de enfermedades de la OMS haciendo referencia a su origen laboral (CIE 11 (224)). Esto podría apuntar a que puede estar próxima la fecha en la que se incluya en el cuadro de enfermedades profesionales de España, lo que apoyaría todavía más la urgencia de tomar medidas para evitar sus causas. El síndrome de burnout implica un círculo vicioso dentro del ámbito de las AL, ya que las consecuencias se convierten, a su vez, en causa. Su presencia aumenta las posibilidades de que se produzcan nuevos episodios violentos en la práctica asistencial. Esto se debe a que dicho síndrome se asocia a un empobrecimiento del ambiente asistencial y a un aumento de la agresividad en las

comunicaciones entre personal y usuarios, como señalan Arnetz et al. (42). Además implica importantes sobrecostes al sistema, como expone Christine Sinsky, vicepresidenta de la Asociación Médica Americana, que ha calculado que los costes económicos para las organizaciones sanitarias de Estados Unidos asociados a este síndrome se pueden cifrar en unos 4,6 billones de dólares anuales (250). El incluirlo en el cuestionario contribuye a que se tome conciencia sobre las graves implicaciones de las AL.

7.3. Valoración de la reproductibilidad del cuestionario.

Para cumplir este objetivo realizamos la técnica del test-retest (TR). El intervalo de tiempo estudiado coincide con estudios previos (149,193–197). Como indica Domínguez Sánchez en su tesis doctoral (149), no se ha descrito un criterio común para determinar dicho intervalo. Un aspecto en el que la variabilidad es todavía mayor es en el número de personas que componen la prueba de TR. Nuestra muestra coincidió con lo encontrado en otros trabajos similares (199–201), destacando el trabajo de Serra y Peña que usaron el mismo número de participantes (31) para evaluar la fiabilidad del test Barcelona (198).

Nuestro estudio presentó una correlación alta en la mayoría de los ítems, mostrando, como ocurrió en el trabajo anteriormente comentado, que una muestra pequeña puede aportar resultados muy adecuados en la evaluación de la fiabilidad de los test (198).

7.4. Estudio piloto: utilidad del instrumento, caracterización de la muestra, validez de constructo y confiabilidad de las escalas.

7.4.1. Análisis descriptivo exploratorio: utilidad del instrumento y caracterización de la muestra.

7.4.1.1. Experiencia de usabilidad y variables demográficas

La experiencia de usabilidad describe la facilidad y comodidad con la que los participantes pudieron realizar el cuestionario, contemplando factores como la longitud y complejidad de este o la facilidad de uso de la plataforma o dispositivo utilizado. Las

personas encuestadas, como se indicó en los resultados, expresaron que el cuestionario tiene una longitud adecuada, lo que coincidía con lo expuesto por el personal sanitario que participó en la fase de test-retest. Otros cuestionarios usados para valorar la declaración de AL son más cortos, como el de Sato et al. que usa 25 ítems agrupados en 5 grandes bloques (experiencia con conductas agresivas sin daños, con daños pero sin necesidad de tratamiento, con daños y necesidad de tratamiento médico, que han causado un estrés temporal, que han causado un estrés permanente, y que causan un estrés permanente con daños en el bienestar que no se solucionan con el tiempo) (86). Este es un cuestionario que se centra específicamente en declaraciones relacionadas con los daños, por lo que puede sobredimensionar las AL físicas y, una vez más, invisibilizar las AL verbales cuyos daños son más difíciles de objetivar.

Nuestro cuestionario es más largo (62 preguntas), incluyendo información contextual y valorando otros aspectos como el funcionamiento del registro de declaraciones o el apoyo de la organización. Con esto se consigue aprovechar la alta inversión en tiempo y medios que requiere la administración de un cuestionario en un centro hospitalario para explorar en mayor amplitud otros aspectos más generales asociados a la declaración de AL. Esto puede aportar información muy valiosa para la elaboración de medidas preventivas adecuadas, así como para evaluar las ya implementadas. Por otro lado, el cuestionario es más corto que otras escalas generales que se han usado para investigar la declaración de AL a sanitarios (56,113) como el “Workplace Violence In The Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire 2003” que consta de 93 preguntas.

Otro aspecto positivo que señalan Sánchez y Echeverry (206) es que pueda ser autoadministrado. El cuestionario se diseñó para que se pueda realizar directamente por el encuestado sin ninguna necesidad de una persona que le administre la encuesta y sin necesitar un adiestramiento previo para realizarla. Según se observó en los resultados de la primera etapa del pilotaje, este aspecto fue conseguido, lo que facilita el éxito de la herramienta.

Al respecto de la muestra participante en el pilotaje, los datos son similares a los obtenidos en otros estudios. Aunque se puede observar un predominio femenino, este es similar al porcentaje de mujeres en el HSJDA (68,62%), así como a la proporción de mujeres en

sanidad según la publicación del Instituto Nacional de Estadística (INE), España en cifras 2019. En dicha publicación las mujeres en Enfermería suponen un 84,3% del total y en Medicina el 50,4% (234).

Por otro lado, el grupo de edad mayoritario en el estudio (36 a 45 años) coincide con el de otros estudios sobre AL a sanitarios realizados en hospitales de Andalucía, como el del Hospital de Poniente de Almería, en el que la edad media de los participantes (38.6 años) se encontraba en dicho rango (56) o el realizado en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla (113).

7.4.1.2. Experiencia con agresiones y percepción del personal sanitario

Los resultados del pilotaje coinciden con la revisión bibliográfica y los GF al indicar que las AL a sanitarios son un fenómeno muy extendido. Fisekovic et al., en un estudio realizado en Serbia con más de 1500 participantes, mostró que el 52.6% de estos había tenido alguna experiencia de AL en el desempeño de su labor como sanitario (10). A la misma conclusión se llega en la revisión sistemática realizada por Nikathil et al. (51). Otra revisión sistemática realizada en 2019 por Serrano et al. (119) muestra unos resultados de prevalencia entre el 60% y el 90% de los profesionales encuestados. En nuestro pilotaje un 67,7 % refirió haber sufrido una AL en los últimos dos años. Son porcentajes elevados que confirman la extensión de este riesgo psicosocial y la pertinencia del estudio. Además, esta alta prevalencia se podría conectar con la declaración de agresiones, ya que los profesionales indican que le quitan importancia por la cotidianidad de este fenómeno, y que, al ser tantas, es difícil tener tiempo para poder realizar la declaración de todas ellas, por lo que finalmente no se declara ninguna (60,143).

De igual manera, tanto en los GF como en el pilotaje, los participantes consideraban que las AL están aumentando. En la investigación realizada en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, Chagoyen indicó que de 221 profesionales sanitarios encuestados, 205 consideraron que la violencia laboral iba en aumento (113). Chang y Yang en 2019 (1) indican que esa percepción se ve fundamentada en los datos sobre agresiones, que indican que realmente están aumentando, lo cual es apuntado también en otros trabajos como el de Fisekovic et al.(10).

Los resultados de las preguntas abiertas del pilotaje que indagaban sobre los motivos de esta tendencia en alza se alinean con lo hallado en la revisión bibliográfica (120,123). No se han detectado diferencias entre las respuestas referidas a agresiones verbales y físicas, lo que condujo a eliminar dicha diferenciación en esa pregunta concreta del cuestionario. Al margen de eso, se ha considerado útil mantener la diferenciación entre AL verbal y física en el resto del cuestionario. Esto evitará que se sigan invisibilizando las AL verbales (73,114) y afinará las medidas preventivas que puedan elaborarse, evitando que se centren únicamente en las AL físicas.

En otro orden de cosas, se observa en el pilotaje una alta frecuencia de ser testigo de una AL a un compañero o compañera de trabajo. En los GF, todos los participantes expresaron haber sido testigo de algún tipo de AL en su lugar de trabajo. En el estudio realizado por Pacheco, Cunha y Duarte se indica un 76% de prevalencia de dicho fenómeno (91). Esto es realmente preocupante, ya que hay estudios que muestran el impacto lesivo de este tipo de situaciones. En el artículo de Zhou et al. se refiere cómo estos eventos pueden desencadenar síntomas de estrés post-traumático en los testigos de forma parecida a los que se producen en las víctimas (205). Cunha y Duarte también destacan los daños a los testigos mediados por el miedo a una AL futura, lo que influye en su bienestar (91). A este respecto es interesante el artículo de Ayasreh et al. sobre el efecto en estudiantes de enfermería de ser testigo de una AL a personal sanitario (241). En este estudio se muestra que el alumnado que había presenciado este tipo de ataques tenía menos actitudes positivas hacia la profesión enfermera que aquellos que no habían sido testigos de estos. Estos datos apoyan la inclusión de esta variable en el cuestionario y muestran que los daños de las AL afectan al conjunto del centro sanitario. No es un problema de urgencias o de hospitalización, ya que puede involucrar incluso a departamentos que no tienen contacto directo con pacientes y/o allegados.

Tanto en el pilotaje como en los GF se preguntó a los participantes por la frecuencia de situaciones no deseables (comentarios que cuestionen las decisiones o la profesionalidad del sanitario, las frases irónicas o sarcásticas, las acusaciones injustificadas, las amenazas, insultos o gritos) en el transcurso de su jornada laboral. En los GF se describió que su ocurrencia era bastante habitual en el desarrollo profesional “normal”. Los resultados del pilotaje mostraron una alta incidencia de todos estos eventos. Esto apunta, como se indicó en los GF, que se ha normalizado lo patológico, lo cual puede observarse también en otros

estudios (2,75,113,142,223). Se detecta la necesidad de cambiar esa percepción y considerarlos como eventos fuera de la normalidad asistencial que no deberían ocurrir. Todos ellos, al margen de ser incluidos o no dentro de la categoría de AL verbal, inciden en el deterioro del clima laboral y constituyen un riesgo psicosocial directamente vinculado al síndrome de burnout, como se muestra en una revisión sistemática publicada en 2019 (135). Ya se ha comentado las importantes repercusiones de este síndrome en el apartado de GF, por lo que, desde los Servicios de Prevención debe realizarse un seguimiento de este aspecto, con la realización de evaluaciones de riesgo psicosocial con una periodicidad adecuada a la extensión del riesgo, seguido de la implantación de medidas preventivas necesarias para corregirlo.

7.4.1.3. Características de las agresiones

Las AL verbales son las más frecuentes. En esto han coincidido los resultados de las diferentes fases realizadas con lo encontrado en la revisión bibliográfica (17). En los diferentes artículos que analiza la revisión sistemática llevada a cabo por Nikathil (51), los datos del porcentaje de las AL verbales sobre el total de las agresiones varían entre el 48% y el 90%. Solo dos de los estudios de dicha revisión indican una prevalencia mayor de AL físicas que de AL verbales (Brookes y Dunn, y Medley con un 62% y un 69% de prevalencia de AL físicas sobre el total respectivamente). Son unos resultados que están en disonancia con el resto de artículos analizados en dicha revisión sistemática, así como con lo hallado en la revisión bibliográfica realizada para nuestro estudio (17) y con los resultados del pilotaje en HSJDA.

En el pilotaje no se muestra una gran diferencia entre la proporción de agresores hombres y de mujeres en las AL verbales. En estudios previos, sin embargo, se señalaba a las mujeres como principales perpetradoras de este tipo de AL (112,218,225). Al respecto de las agresiones físicas, se ha descrito en el pilotaje una predominancia de agresores masculinos, coincidente con lo hallado por otros autores (72,111).

En las AL físicas se refleja una predominancia de pacientes agresores, lo que coincide con lo hallado por otros autores (41,113). Otros estudios, por el contrario, muestran una mayor prevalencia de agresiones de familiares y allegados (114). Esto no tendría que ser

una contradicción, ya que podría haber otros factores que influyeran en esta diferencia, como el área profesional. En psiquiatría hay un claro predominio de las agresiones causadas por pacientes (2,29,45,81,112,115,116), mientras que en otras áreas como urgencias o especialmente pediatría, el porcentaje de pacientes y allegados agresores se eleva (41). Nuevamente, se indica que el HSJDA no tiene área de psiquiatría, a lo que se suma el número tan pequeño de agresiones físicas descritas en el pilotaje (n=24), que pueden dificultar la generalización de los datos obtenidos.

En casi un tercio de las AL físicas referidas en el pilotaje estaba involucrada alguna característica particular de la persona agresora (consumo de drogas, desorientación o trastorno psiquiátrico conocido). Esto coincide con lo observado en estudios previos (41,111,124,125). Esta información que proporciona el cuestionario, como se comentó anteriormente, podría utilizarse para apoyar la elaboración de protocolos de actuación específicos para los pacientes que presenten dichas características.

Por otro lado, sería de interés, al igual que se indicó en los GF, usar los datos del cuestionario cruzando variables para evaluar si existe alguna asociación significativa entre el tipo de AL recibida con otros aspectos como el género, la categoría profesional o la edad.

7.4.1.4 Consideración de AL verbal

En la fase de pilotaje un alto porcentaje de los participantes expresaron tener claro o muy claro qué conductas entraban dentro del concepto de AL verbal. Es sugerente que, a pesar de la claridad indicada, las categorías que incluían los participantes diferían en gran medida entre sí. Esto podría relacionarse con la ambigüedad de la definición de AL verbal ya referida. Se describe una AL verbal como:

“el comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor de una persona, incluye amenaza de violencia física contra otra persona o grupo, que puede resultar en daño psicológico, mental, espiritual, moral o de su desarrollo social” (9).

Evaluar la humillación que puede producir un comentario o el daño moral de un comportamiento no es fácil. No es una definición operativa. En los comentarios al Informe V de la OIT, *Acabar con la violencia en el trabajo* (78), varios estados miembros solicitaron clarificar los comportamientos específicos que debían incluirse dentro de la AL verbal para así facilitar la legislación al respecto. Otros estudios también reclaman clarificar esta definición (57), indicando que podría facilitar tanto la declaración de las AL como el elaborar un registro internacional que permita la comparación de estudios entre países (94,95). Al igual que en los GF, en el pilotaje fueron los insultos, amenazas y gritos las opciones que más alto puntuaron como AL verbal. Sin embargo otras categorías presentan un consenso mucho menor en su inclusión. En el apartado del Análisis Factorial Exploratorio se discutirá con más detalle acerca de esa separación por grupos entre comportamientos con un grado de inclusión alta en el concepto de AL verbal y los que presentan un menor consenso en dicha inclusión.

7.4.1.5. Síntomas asociados a las AL

Las AL tiene un alto coste tanto físico como psicológico para las personas que los sufren (18,19,42,133). Como indican Sato et al., los empleadores son responsables de garantizar la salud de sus empleados (86). Por ello, este apartado es importante para señalar la pertinencia del estudio y animar a los centros a involucrarse y utilizar la herramienta. En el cuestionario se han diferenciado los síntomas posteriores a una AL según el tipo de esta (física o verbal). Los resultados del pilotaje muestran respuestas diferenciadas según el tipo de AL, lo que apoya esta segregación. Diferentes estudios previos también ponen de relieve los daños diferenciados entre tipos de AL, pudiendo destacar el de Gascón et al. en el que se señala que las AL verbales están incluso más implicadas que las físicas en eventos como el síndrome de burnout o los episodios de ansiedad (134).

En el pilotaje, los profesionales que han sufrido una AL física refieren que los síntomas asociados más frecuentes son la frustración y la impotencia. Aunque hay que tener en cuenta el bajo número de profesionales que han referido alguna AL física en los últimos dos años (n=24), en la literatura también se describe (45). En el caso de las agresiones verbales, con una muestra mayor (n=179), encontramos nuevamente estos síntomas como

los de mayor prevalencia. Volvemos a hacer hincapié en la relación de estos con el síndrome de burnout (226).

También se refiere la ansiedad (en agresiones físicas) y el temor (en ambos tipos). Este tipo de síntomas son peligrosos en sí mismos y por lo que pueden generar, pudiendo estar involucrados en otros eventos como el aumento de accidentes, errores de diagnóstico y efectos adversos (46–49). Schmidt et al. publicaron en 2017 un estudio en el que investigaban la relación entre conductas disruptivas-agresivas de los pacientes con la precisión de los diagnósticos médicos, concluyendo que participan en un aumento de errores de diagnóstico (47). El aumento de accidentes provocados por la falta de atención que puede provocar la ansiedad también repercute en los costes de gestión de los servicios de salud, ya que puede incluir costes de tratamientos de las víctimas, pérdidas de días de trabajo, etc. (45). Además está directamente relacionada con la intención de cambiar de trabajo, como mostró Liu et al. (82). El temor, por su parte, se relaciona especialmente con un aumento de comportamientos defensivos que pueden materializarse en el incremento de actuaciones no indicadas o innecesarias como: prescripciones y/o prolongaciones de bajas médicas, derivaciones a especialistas, realización de pruebas y receta de medicamentos (62), todo ello cediendo a la presión de usuarios que son percibidos como peligrosos (45). Este tipo de actuaciones suponen un encarecimiento de los servicios de salud, una merma de la calidad asistencial y un aumento de la saturación de los servicios. Speroni et al. describen como tras un incidente violento, alrededor de la mitad de las víctimas reportan comportamientos más precavidos con los pacientes a los que atienden y un 13% describen una sensación continua de miedo al atenderlos (44).

La ira también aparece en ambas modalidades, aunque en menor proporción. Es relevante la asociación de ese síntoma con el síndrome de estrés postraumático (248), por lo que su presencia aconseja implantar actuaciones de seguimiento de las víctimas. Estas, además de las llamadas o entrevistas de seguimiento, pueden incorporar técnicas de relajación, estrategias de afrontamiento, terapia cognitivo-conductual, etc. Incluso podría considerarse la posibilidad de contratación de un servicio de asesoramiento psicológico externo para que ayude a las víctimas a gestionar lo que ha pasado. Chen et al. realizaron un meta-análisis en 2021 sobre los beneficios de este tipo de servicios encontrando que se asociaban con un incremento de la satisfacción laboral y una disminución del estrés laboral (255).

La culpa aparece en las AL verbales. Este es un sentimiento que debe ser también tomado en consideración, especialmente por su asociación con la depresión (249). Esto apoya también la utilidad de las medidas comentadas en el párrafo anterior.

El cuestionario permite que se crucen estos datos con categorías como el género o la edad. El investigar sobre la existencia de asociación significativa con alguno de ellos podría aportar datos sobre si las experiencias entre colectivos son similares o si hay brechas. Jaradat et al. (19) describieron cómo en las mujeres los síntomas psicósomáticos asociados a las vivencias de agresiones eran más pronunciados. En el trabajo de investigación de Chen et al. en Canadá (242) se estudió la evolución de la tasa de lesiones debida a violencia laboral durante trece años, llegando a la conclusión de que el crecimiento de la tasa fue más elevado para las mujeres que para los hombres.

7.4.1.6. Medidas preventivas contra las AL

El cuestionario permite aprovechar la inversión que supone la realización de este tipo de estudios para obtener información sobre aspectos más generales de las AL, como las sugerencias de los participantes acerca de medidas preventivas para luchar contra estas. Este tipo de preguntas, que explora opiniones de las personas afectadas, es una información muy valiosa que enriquece el estudio desde tres vías. Por una parte, involucra en la solución a las personas perjudicadas por estos eventos, que son los que mejor conocen la casuística de las AL. Por otra parte, es un requisito indispensable en una organización saludable que implique en sus buenas prácticas la transparencia, la transversalidad y la participación. Y por último, estas aportaciones se convierten, según los postulados de la Investigación-acción (227), en una vía para despertar la curiosidad de los actores sociales que participan en la investigación, impulsándolos a aumentar su conocimiento del tema y a promover el debate sobre él con otras personas, lo que facilita, además, su difusión (227).

Se han encontrado respuestas diferenciadas para las AL verbales y físicas. Específicamente en las verbales se ha expuesto la necesidad de evitar la normalización de esa modalidad de agresión. Esto apoya la decisión tomada en este cuestionario de separar las preguntas en AL físicas y verbales, guiada por evitar la invisibilización de estas

últimas. También se indica en la pregunta sobre AL verbales, la necesidad de revalorizar la figura del sanitario. Como ya se indicó en la discusión del apartado de GF, estos resultados podrían orientar hacia la utilidad de diseñar actuaciones para este cometido, incidiendo en la valía de todos los grupos profesionales que trabajan en un hospital.

El resto de respuestas aparecen en ambas modalidades, destacándose especialmente en las dos la conveniencia de mejorar la calidad del servicio disminuyendo el tiempo de espera. Este aspecto también se ha descrito en la revisión bibliográfica (17), así como en los GF. Por otra parte, también encontramos algunas sugerencias que presentan cierta complejidad en su ejecución. Una de ellas atañe a la política de puertas abiertas que siguen los hospitales públicos andaluces que, aunque interrumpida en la pandemia de COVID 19, vuelve a ponerse en funcionamiento. En el pilotaje se sugiere recortar esta política restringiendo horarios y visitas con objeto de disminuir las situaciones conflictivas con las familias. Este es un tema delicado que debe ser valorado con todos sus matices. La política de puertas abiertas que han seguido los hospitales públicos persigue mejorar la calidad de atención al paciente, promoviendo la inclusión de la participación activa de la familia en el proceso de cuidado y recuperación del paciente. Incluso en áreas tan comprometidas como las unidades de cuidados intensivos, diferentes autores muestran los beneficios de la apertura de dichas áreas a los visitantes, participando en una recuperación más rápida, un menor estrés en los pacientes así como una menor necesidad de readmisiones (256,257,258). Vecillas Sevilla y Martínez Ques, en una revisión narrativa sobre los derechos de los familiares de los pacientes, indican que, habitualmente, estos son apartados en la asistencia sanitaria en pos de un cuidado más funcional. Esto repercute en el bienestar del paciente, creando un escenario más inseguro y hostil para este (259). Ninger incide igualmente en que un sistema flexible de visitas puede mejorar la situación de los pacientes, pero que para que este tenga éxito debe consensuarse con el personal sanitario (260). Involucrar a los profesionales en estas decisiones, así como informarles de las evidencias que las aconsejan, puede redundar en que sean acogidas con menos hostilidad. Así mismo, cuidar de que los familiares estén informados de las características de esas visitas y sus limitaciones puede atenuar la conflictividad de otro de los momentos más señalados por los sanitarios como propicios para provocar una AL, la petición a los acompañantes de que cumplan las normas establecidas (56). Para ello, se podría contemplar incluso la incorporación de compromisos de buenas prácticas que los acompañantes deben suscribir, siguiendo a experiencias, como las realizadas en

hospitales de Australia, que han tratado de reducir las AL mediante la firma por parte de acompañantes de contratos de conducta (118).

Otro aspecto referido por los encuestados que presenta cierta controversia es la indicación de incluir en la historia sanitaria de las personas agresoras algún indicativo que identifique que han protagonizado episodios de violencia contra sanitarios. Esta medida se beneficia de la denominada “información mitigante” (118), según la cual los sujetos advertidos de que se enfrentarán con una persona enfadada o de historial agresivo toleran mejor la interacción con este tipo de personas, disminuyendo la posibilidad de que se produzca un evento agresivo. No obstante, esa medida presenta una serie de desventajas. Por un lado, puede producir una estigmatización de esa persona, etiquetándola como violenta a ella y no a su conducta, dificultando, como indican Giddens y Sutton en su manual sobre sociología (245), la modificación de estos comportamientos por haberlos incorporado a su autoconcepto y obstaculizando la reincorporación social de la persona agresora. Por otro lado, podría entrar en conflicto con la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (261).

7.4.1.7. Declaración de agresiones

Se describe en la revisión (17) el gran porcentaje de agresiones que cursan sin una declaración oficial (51,52,75,119). Esto se reflejó tanto en los GF como en el pilotaje. En este, no llega al 30% los que indican que declararon una AL verbal (aunque la inmensa mayoría solo se lo comentó a su superior directo, lo cual no cumple el protocolo formal de actuación del HSJDA). Aumenta el porcentaje en el caso de las agresiones físicas, aunque vuelve a utilizarse el comentarlo a un superior directo como forma de declaración mayoritaria. Con esto se refleja que hasta los que piensan que están declarando la AL, lo hacen de una forma incorrecta según el protocolo del centro. Esto no es un fenómeno inusual. En el estudio de Arnetz et al. un 45% de las personas que habían informado de su AL lo habían hecho recurriendo a métodos informales diferentes a los expuestos en el protocolo de su centro (169). Esto podría orientarnos a modificar las formas de declaración para que se asemejen más a la forma preferida de expresión de las víctimas.

El desconocimiento del protocolo se observa también en las preguntas que han indagado específicamente sobre este conocimiento. Que el sector sanitario sea uno de los más

castigados por la violencia laboral (7) puede inducirnos a pensar que los protocolos de actuación ante este tipo de eventos son conocidos por todos los profesionales y que desde los órganos directivos de los centros se hace una comprobación activa de que dicho protocolo es conocido y comprendido. Sin embargo, tanto los resultados del pilotaje y GF como lo encontrado en la literatura indican lo contrario. En la revisión sistemática de Serrano et al. (119) se indica que, pese a que la mayoría de los centros hospitalarios cuenta con Servicios de PRL propios, ubicados en el mismo centro, un porcentaje elevado de profesionales no recibe formación en PRL, desconoce el protocolo a seguir y no se ven apoyados por la empresa en caso de AL. En el estudio de Chagoyen et al. en otro hospital de la provincia de Sevilla (Hospital Virgen del Rocío), se encontró que solo un 26% del personal encuestado conocía el protocolo de actuación (113). Como es lógico, conocer el protocolo es relevante para saber cómo hay que declarar las agresiones sufridas. Precisamente, en la batería de preguntas que indaga sobre los motivos de no declaración de la AL sufrida, se indica esto como el motivo principal. Son datos negativos sobre la gestión que realizan los centros al respecto de la información y formación a los trabajadores sobre los riesgos de su puesto de trabajo y las medidas preventivas habilitadas para ellos. Esta actuación está reflejada en la LPRL (88), en su artículo 19:

En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, en materia preventiva [...]. La formación deberá estar centrada específicamente en el puesto de trabajo o función de cada trabajador, adaptarse a la evolución de los riesgos y a la aparición de otros nuevos y repetirse periódicamente, si fuera necesario.

Es una acción de obligado cumplimiento, que no debe ser eludida. Sería muy positivo utilizar los datos obtenidos como un indicador de mejora asequible. Detecta una carencia clara y localizada sobre la que actuar.

También se señala en ambas modalidades otro motivo: “no sirve para nada”. Además, en las AL verbales también puntúa muy alto el ítem “no darle importancia”. Esto puede orientar sobre la relevancia que se le da en las organizaciones a las AL en general y verbales, en particular. Entendemos que requiere un posicionamiento firme por parte del centro y bajar la tolerancia a este tipo de eventos, así como que los profesionales observen que su declaración provoca alguna respuesta por parte del centro. El posicionamiento

además de firme, debe ser público y claro (no presentar ambigüedades que lo conviertan en simple retórica). En el informe de la OIT, *Acabar con la violencia y el acoso en el mundo del trabajo* (78), se consultó a sus miembros la implantación de una política de tolerancia 0 frente a todas las formas de violencia y acoso, obteniendo 58 votos positivos frente a 3 negativos. Sin embargo, lo expuesto en los GF y lo hallado en el pilotaje parece apuntar a que no siempre se realizan actuaciones por parte del centro tras una declaración de AL, y a la existencia de una normalización de las AL con una tolerancia amplia ante las formas de violencia verbal, por lo que esa aspiración de la OIT está lejos de acercarse a la realidad.

Al respecto de la tolerancia 0, se estima conveniente incluir algunas apreciaciones. Esta consigna se podría describir como aquella que no tolera, bajo ninguna circunstancia, que se produzca una agresión y que si esta se lleva a cabo se acompaña de innegociables consecuencias (74). Esta corriente se presenta como muy adecuada para conseguir visibilizar las AL, especialmente las verbales y dejar de normalizarlas como algo inevitable o que forma parte del trabajo. Sin embargo, hay estudios que matizan esta política, señalando la ineficacia de su aplicación estricta (74, 237, 238). Esta aplicación estricta se basa en poner el foco de las actuaciones en las consecuencias o castigo a las personas agresoras (ampliar los supuestos, endurecer las penas, etc.). Estos estudios exponen que esto puede conllevar una hipervigilancia de los profesionales hacia los casos conflictivos, desarrollando una actitud defensiva, y no asumiendo su parte de responsabilidad en el desarrollo de un clima agradable y calmado de trabajo. Gerald Farrell (237) enfatiza que este tipo de políticas estrictas puede ocasionar un distanciamiento del profesional sanitario de la vivencia de los pacientes en situaciones clínicas complicadas. Ante las expresiones de los pacientes de ira o desolación, los sanitarios podrían interiorizar que no tienen nada que ver con el problema y que no debe afectarles. Esto podría dar como resultado una menor implicación en un ámbito profesional caracterizado por acompañar y ayudar a lidiar a personas con los momentos más difíciles de su vida.

Por otro parte, Tyler, citado por Giddens y Sutton (245), argumenta que las personas obedecen las leyes porque coinciden con sus normas interiorizadas de justicia y no por miedo al castigo, por lo que sería más efectivo para disuadir a los agresores campañas formativas que endurecer las penas. En esta senda, esta tolerancia 0 menos estricta indica

que las agresiones deben tomarse muy en serio, asumiendo una postura activa de lucha contra ellas. No debe ponerse en duda a la víctima ni juzgarla. Pero el mayor peso debe ponerse en la formación de profesionales y en campañas de educación a la ciudadanía más que en endurecer las penas. Sugiere, por un lado, implementar actividades formativas para los profesionales que les dote de herramientas para una actuación asertiva y empática, especialmente en los momentos más complicados de la interacción sanitaria. Arnetz et al (42) destacan el aprendizaje de habilidades comunicacionales, ya que estas puede mejorar el clima laboral actuando como una medida preventiva contra las AL. Una de las figuras clave dentro de la teoría sanitaria, Hildegard Peplau, ya resaltaba en su teoría del enfoque interpersonal la relevancia de una comunicación sana y respetuosa entre pacientes y sanitarios que fomentara la creación de un clima de colaboración, confianza y respeto mutuo (252). Por otra parte, se remarca la necesidad de diseñar campañas de información y educación de la ciudadanía que trabajen el respeto y los límites en el trato con los profesionales sanitarios que les atienden. Es un tema muy delicado y controvertido. Se deberá trabajar en medidas que permitan conjugar la no aceptación de hechos agresivos con una implicación activa y empática en un desarrollo de la interacción profesional-usuario más deseable. Es esencial que todos los participantes de la interacción sanitaria asuman su responsabilidad en el desarrollo de esta y conozcan sus límites. Y, por supuesto, garantizar que las víctimas de las AL se sientan amparadas, comprendidas y protegidas. Esta solución es un reto para cualquier Servicio de Prevención que se encargue de la salud laboral del personal sanitario.

Al hilo de lo anterior, una sugerencia interesante es la que plantea John Braithwaite, citado por Giddens y Sutton (245), basada en la justicia reparatoria de las víctimas. Para ello recomienda el uso de la vergüenza reintegradora. Usa la vergüenza como una forma que fomente el desarrollo de la responsabilidad activa en los agresores, para que interioricen las consecuencias negativas para la sociedad de su comportamiento, pero sin estigmatizarlos, aportándole vías para que puedan mostrar su arrepentimiento y su vuelta al grupo social como miembros de derecho.

Otro de los motivos expuestos para no declarar es el temor a las complicaciones. Para neutralizar este motivo es importante facilitar al máximo la actuación de la víctima en el proceso. Ayudaría una toma de declaración respetuosa, un acompañamiento en el

procedimiento y, si se decide a denunciar, que sea el centro el que se encargue del proceso legal. En el apartado de denuncia judicial se ampliará este apartado.

También se ha señalado lo laborioso del procedimiento. En los GF también se expresó la necesidad de que la herramienta a utilizar fuera simple y con pocos datos a rellenar. A su vez, también se indicó la conveniencia de que fuera telemática. La herramienta de declaración no debe ser sólo útil, debe contener una buena experiencia de usabilidad (que no es lo mismo). Nuestro cuestionario facilita detalles sobre dicha experiencia de usabilidad, incorporando una batería de preguntas específicas para las herramientas telemáticas. Con ello se facilita el identificar de forma más operativa el aspecto a mejorar, atendiendo a las peticiones de los usuarios/as para la incorporación de mejoras.

El miedo a las represalias es otro aspecto que ha mostrado el pilotaje. En la literatura ya aparece este motivo en un gran número de estudios (3,56,113). Esto también se reflejó en los GF. Las personas agresoras conocen su lugar de trabajo y sería fácil localizar a las víctimas, lo cual les asusta. Para trabajar sobre este factor habría que habilitar mecanismos de seguridad para las víctimas que declaren. Se podría trabajar en algún protocolo específico de seguridad para este tipo de casos, así como aprovechar para reforzar las medidas de seguridad anti-agresiones implantadas en el centro.

El resto de motivos han descrito una influencia menor, aunque las futuras aplicaciones del cuestionario pueden mostrar si, en ese sentido, existe una respuesta diferencial en cada centro según sus características. Por ejemplo, en el pilotaje el motivo de no declarar por “recibir instrucciones para no hacerlo de un superior” ha mostrado una influencia baja, lo que puede ser distinto en otro hospital que sí siga esa tendencia.

En otro orden de cosas, la pregunta abierta para que los participantes aporten sugerencias para favorecer la declaración de las AL aporta el triple beneficio ya comentado anteriormente: involucrar en la solución a los agentes afectados, incorporar la transparencia, transversalidad y participación en las actuaciones y aprovechar las ventajas de la Investigación-acción (227). Las sugerencias aportadas en esta pregunta abierta (*facilitar el método de declaración, clarificar las conductas declarables como AL y una mayor empatía y acompañamiento en el proceso por el centro*), se describen también en la literatura (58,81,228).

En relación a la facilitación de los métodos de declaración, como ya se ha comentado, indica una necesidad de mejora de la usabilidad del método del centro para declarar. A este respecto, el equipo investigador, como ya se detallará en el apartado de prospectivas, está trabajando en una herramienta digital que permita declarar la AL recibida sobre la marcha y en pocos pasos. Otros autores están trabajando en herramientas similares, como Ramaciatti et al. que en el Congreso "We care, il lavoro di assistere" expusieron una app para declarar eventos agresivos en el área de cuidados críticos (251).

Acerca de la clarificación de conductas declarables, ya se ha hecho alusión a este hecho en otros apartados de la discusión, por lo que no se repetirá para no duplicar la información.

Al respecto del acompañamiento en el proceso por parte de los órganos directivos del centro, ya se ha discutido este tema con anterioridad. El pilotaje describe que los participantes lo puntúan bajo. En la pregunta abierta que solicita sugerencias para mejorar este apoyo se indican aspectos como: *creer al profesional, no desautorizarlo frente al agresor, implicación y apoyo en el proceso y fomentar la empatía hacia el agredido y no culpabilizarlo*. Para no repetir nuevamente la información, destacaremos solamente la asociación de estas respuestas con algunos motivos expuestos para no declarar: el temor a ser culpabilizado y ser tomado por exagerado/a o alarmista. Esto coincide con lo hallado en investigaciones previas (58). Hardin describe cómo las enfermeras de su estudio expusieron que uno de los principales motivos para no declarar la AL recibida fue el temor a ser consideradas personas alarmistas o exageradas (58). Como indica Arnetz et al. al respecto, sería útil desarrollar en la organización una cultura no punitiva hacia la víctima que anime a la declaración, lo cual puede conseguirse con campañas informativas sobre declaración de agresiones o involucrar a las personas supervisoras o superiores directas de los profesionales a saber actuar con empatía y rapidez cuando un profesional le indica haber sido objeto de una AL (169). Además, sería interesante profundizar sobre estos datos incorporando la perspectiva de género. En la monografía de la antropóloga Mercedes Montero Bartolomé (246) se expresaba cómo, por su condición de mujer, se había respondido a algunas de sus quejas o negativas sobre el proyecto que llevaba a cabo tildándola de caprichosa, inestable o especialmente quisquillosa. Sería conveniente ahondar en esta cuestión, por si hay una brecha de género tanto en la experiencia de ser

considerado exagerado o alarmista, como en la importancia que cada grupo le dé a esos motivos para no declarar.

7.4.1.8. Denuncia judicial

Un estudio realizado por Arimany et al. (84) señala unos porcentajes de denuncia que oscilan entre el 8% y el 10,95% sobre el total de agresiones, coincidiendo con los eventos más graves que cursaban con daños. En los GF algunos participantes indicaron que denunciarían exclusivamente una amenaza grave o una lesión importante. Describían que el proceso judicial les suponía una carga adicional a la que no querían exponerse. En la fase de pilotaje se obtuvieron resultados en la misma línea. En el pilotaje no llegan al 10% los agredidos físicamente que refieren haber denunciado la AL sufrida. Este porcentaje disminuye drásticamente en el caso de AL verbales. Una política del centro de acompañamiento en el proceso o, directamente, que dicho centro sea el que realice la denuncia, podría incrementar el porcentaje de AL denunciadas.

A este respecto, es importante considerar el reconocimiento que las AL tienen en el código penal de nuestro país. En 2015 se reformó este, reconociendo la condición de "autoridad pública" al personal funcionario sanitario y con ella la "presunción de veracidad" en caso de conflicto. Se tipifica como delito de atentado contra la autoridad las AL a personal sanitario (15), pudiendo conllevar una pena de hasta 4 años de cárcel. Pero, por otro lado, se eliminaron de dicho código las faltas (en los que algunos tribunales englobaban a las AL verbales), pasando así a la vía civil o a llamarse delitos leves (amenazas, coacciones leves, injurias, insultos). Esto implica un menor castigo y podría ser un factor que desanime al personal sanitario a denunciar una AL verbal, debido el coste emocional y económico que implica un juicio. Keet et al. (247) describe un tipo de daño emocional, el daño critogénico, que podría describirse como el causado por el proceso de litigio en sí mismo, incluso cuando el proceso se desarrolla exactamente como debería. Esto también puede denominarse como estrés forense (247). Por ello, si se quiere aumentar la proporción de denuncias de estos hechos habrá que acompañarlos de medidas de protección y acompañamiento para las víctimas que minimicen este tipo de daño. Al hilo de esto, distintos colectivos de profesionales de la salud ya se han pronunciado reclamando un endurecimiento de las penas por AL verbales, aduciendo que eso podría

ayudar a frenarlas y les haría sentir más protegidos (229). También se demanda que en este cambio del código penal se incluya al personal sanitario de centros privados (no funcionarios públicos), en la misma consideración que los de centros públicos (230). Marinas-Sanz et al., en un artículo dedicado a analizar las AL a personal sanitario tras la reforma del código penal, indica que la consideración de delitos leves de las AL verbales puede ir acompañada de multas en la vía civil que han sido consideradas más positivas y eficaces que la vía penal, ya que además de disuadir a las personas agresoras posibilitan atender al principio de proporcionalidad del daño inferido (15). Para un debate más profundo respecto al endurecimiento de penas, se remite a la discusión del epígrafe anterior y la tolerancia 0.

7.4.2. Análisis factorial exploratorio: validez de constructo y confiabilidad de las escalas.

El uso de análisis factoriales exploratorios para la validación de instrumentos es una herramienta ampliamente utilizada (149,185). Como indica Domínguez en su tesis doctoral (149), los ajustes que puedan llevarse a cabo en los modelos de partida en el AFE pueden enfocarse atendiendo a criterios diversos, pudiendo mantener los que presentan cargas factoriales más altas, valorar una reagrupación de ítems siguiendo criterios estadísticos o bien adoptar otro nombre más acorde para las dimensiones de partida. Esto dependerá de cada investigación, ya que es muy importante el aspecto cualitativo teórico del estudio. En el estudio se ha usado principalmente para agrupar ítems que respondieran al mismo constructo en preguntas con respuestas múltiples, complementándolo con el análisis descriptivo exploratorio y no perdiendo de vista la naturaleza eminentemente exploratoria de nuestro instrumento.

En el AFE realizado en la identificación de comportamientos como AL verbal no se ha eliminado ningún ítem, a pesar de que estos han sido agrupados en dos factores a los que se han denominado situaciones normalizadas y no normalizadas. Autores como Gascón et al. (129) indican que es un problema no discriminar entre tipos de agresiones como amenazas e insultos en la investigación, ya que diferenciarlas facilitaría su comparación internacional y daría una información más productiva sobre la forma de abordar estos eventos. Con esto coincide una revisión sistemática sobre el tema (140). Al margen de

esto, la agrupación detectada en esos dos factores es muy valiosa. Sería útil estudiar qué aspectos psicosociales intervienen en esta clasificación, comparándola además con la intención de declaración que se ha observado en los resultados del pilotaje. Es llamativo el caso de los gritos o el tono inapropiado, que marcan con un porcentaje alto dentro de la inclusión en el concepto de AL, sin embargo, muestran un porcentaje muy bajo de intención de declaración. Serían situaciones que podríamos incluir en el grupo de no normalizadas pero, no obstante, no son consideradas candidatas a declararlas como AL verbal. Se vuelve a indicar la utilidad de contar con una definición operativa de AL verbal para que los profesionales unifiquen su criterio entre lo que es una AL verbal y lo que es declarable.

En el AFE realizado sobre los motivos de no declaración en AL verbales también se han mantenido casi todos los ítems inicialmente propuestos, aunque se han podido agrupar en tres factores. Esta decisión se apoya en lo descrito por autores previos que indican que debe prevalecer la base teórica y la naturaleza del estudio en la consideración de eliminar ítems de la escala (231). Este cuestionario es, como ya se ha comentado, principalmente exploratorio. Además, todos los ítems incluidos se han referido tanto en la fase de GF como en la revisión realizada (17). Mayorca et al. (56), que realizaron su estudio de investigación en el Hospital de Poniente de Almería, encontraron que un 11,90% de los encuestados referían el temor a las represalias como el principal motivo para no declarar su AL, porcentaje que sube en el estudio de Fisekovic hasta el 19,2% (3). Ferns y Chojnacka, en un estudio clásico sobre infradeclaración de AL (59) señalan el temor a ser señalado como culpable de provocar la AL, Hardin remarca el temor a ser considerados poco competentes a la hora de lidiar con una AL, así como excesivamente alarmistas o exagerados (58). El ítem “no sirve para nada” es descrito por Fisekovic (3) como el motivo principal para no declarar la AL recibida (74,9% sobre el total de motivos). Este es un aspecto que la dirección del centro y el Servicio de Prevención deben modificar, demostrando que la declaración es útil, y que habrá, por un lado, algún tipo de consecuencias para la persona agresora, y por otro, un cuidado y acompañamiento para la persona agredida.

En un estudio previo (85), se encontró por parte de las participantes que si el procedimiento fuera más sencillo y fácil, hubieran declarado las agresiones sufridas. El ítem de “el procedimiento es complicado o laborioso”, aporta además información muy

útil, como ya se ha referido, ya que orienta al Servicio de Prevención y organización del centro a la necesidad de modificar la herramienta para hacerla más usable.

El ítem “No le di importancia, es algo común” se señala también en el artículo antes mencionado(85). Las enfermeras participantes indicaron que las agresiones eran tan numerosas que no las declaraban porque no lo consideran algo especial, sino lo habitual. Esto está relacionado, aunque tienen matices diferentes, con “el no tener tiempo de pararme a declararla”. Esta última apunta más hacia la carga de trabajo excesiva que no permite hacer una actuación extra como es una declaración de agresiones (56,143). Por otra parte, también se relaciona con el ítem “las AL son inevitables”, pero se considera que esta última implica un matiz más de desesperanza y de normalización. No solo es algo común, sino que es inevitable (viene con el cargo). Brophy (81) describe como los incidentes violentos se normalizan, por lo que se acaba pensando es algo inherente al propio trabajo que se desarrolla. Las AL no son inherentes a ninguna profesión, por lo que se requiere medidas efectivas que protejan al personal de los servicios de salud y que cambien su percepción de que ser víctima de una AL es algo que le pasará tarde o temprano.

7.5. Limitaciones

Nuestro estudio tiene una serie de limitaciones, como la falta de aleatorización en la elección de las muestras de las etapas. Al haber solicitado la participación voluntaria puede suceder que las personas que se hayan ofrecido a colaborar sean las más sensibilizadas con nuestro tema. Esto es deseable en el caso de los GF o en el PD, pero podría sesgar los resultados en el test-retest o en el pilotaje. Por otro lado, también puede haber un sesgo de cohorte al encontrarse los participantes en la franja de edad de la IP, siendo los más accesibles y colaboradores a participar. La franja de edad se repite, de todas formas, en el pilotaje, en el que todos los profesionales del HSJDA fueron convocados. En otros estudios similares las edades de los participantes se situaban en la misma franja (35-45) (56,71).

En el test-retest hay una representatividad alta del colectivo profesional de enfermería (90%), al que pertenece la IP. En el pilotaje esta proporción es del 34,8%. En el HSJDA la proporción del personal de enfermería es del 27,8%.

En el pilotaje, al respecto de las preguntas relacionadas con las AL físicas recibidas, hay que destacar que, debido a la baja incidencia de estas (n=24), los datos obtenidos podrían tener comprometida su representatividad.

Otro sesgo que podría darse en esta fase es la forma de difusión del cuestionario, que se realizó vía mensajería instantánea (WhatsApp), lo cual podría limitar la participación a las personas que no manejen ese tipo de sistemas o a los que no les resulte fácil realizar un cuestionario desde WhatsApp. Para disminuir este sesgo se aprovecharon diferentes campañas que se desarrollaban en ese momento en el hospital para resolver cualquier tipo de dudas en la realización.

Por otra parte, en el HSJDA no hay herramienta informática de declaración, por lo que en el pilotaje ninguna persona ha contestado la batería de preguntas que indagan sobre ello.

En el AFE hay algún ítem con puntuaciones bajas, lo cual puede llevar a considerarlo un factor independiente y podría ser un sesgo en el análisis. Esto se ha intentado mitigar complementando el AFE con el ADE y atendiendo a la naturaleza cualitativa de nuestro modelo. En otro orden de cosas, en la pregunta que se indaga sobre la identificación de comportamientos como AL verbal, también se consulta por la intención de declaración, lo cual puede interferir en los resultados del AFE.

El HSJDA no tiene área de psiquiatría, que es una de los servicios a los que más afectan las AL.

La aceptación no ha sido evaluada en esta tesis, teniendo el propósito de poder evaluarla en el futuro, tras la difusión de la herramienta y el uso de esta por otros investigadores.

7.6. Conclusiones

1. Al respecto del objetivo general del trabajo, el cuestionario elaborado ha seguido un riguroso procedimiento de validación, siguiendo las recomendaciones de la literatura para hacer una herramienta robusta y completa. Se han generado ítems apropiados, se ha evaluado su contenido, se ha valorado la reproductibilidad del cuestionario y se ha estudiado la utilidad del instrumento, la validez del constructo y la fiabilidad de las escalas.
2. Los GF y la revisión bibliográfica han sido herramientas muy útiles para diseñar el cuestionario de nuestro estudio, respondiendo al primer objetivo específico propuesto. Se aislaron diferentes categorías que se incorporaron al cuestionario: percepción de la tendencia de las agresiones laborales en ámbito sanitario, comportamientos que incluye el concepto de agresión laboral verbal, factores que influyen en las agresiones laborales a sanitarios, medidas preventivas para estas, repercusión en la calidad asistencial, conocimiento del procedimiento de declaración, intención de declaración, motivos expresados por las víctimas para no declarar e intención de denuncia judicial.
3. La evaluación de la claridad y pertinencia de los ítems ha sido realizada por jueces que han mostrado una competencia experta óptima y se ha beneficiado de los diferentes enfoques que estos incorporaban, facilitando la consecución del segundo objetivo específico del estudio. El PD ha orientado a modificar algunos enunciados, incluir ítems y desglosar algunas preguntas. Las puntuaciones en claridad y pertinencia cumplieron los parámetros establecidos (la media osciló entre 4,47 y 5, la moda fue 5 en ambas, el porcentaje de respuestas altas (4 y 5) osciló entre el 80% y el 100%, y el coeficiente V de Aiken varió entre 0,88 y 1).
4. Para la valoración de la reproductibilidad del cuestionario, tercer objetivo específico de este trabajo, se ha recurrido a un test-retest que ha mostrado una adecuada fiabilidad de la herramienta (correlación intraclass media de 0,91).

5. Respondiendo al cuarto objetivo específico, el instrumento elaborado ha mostrado una longitud adecuada y una fácil realización. Los resultados del ADE han confirmado la importancia del estudio de la infradeclaración de las AL a sanitarios, describiéndose una prevalencia muy alta de AL y un porcentaje muy elevado de infradeclaración. Aunque se indica por los encuestados que sabrían diferenciar una agresión verbal de un comportamiento maleducado, las categorías que incluyen los participantes dentro de este concepto muestran diferencias entre sí. Los motivos que se han descrito como más influyentes dentro de la infradeclaración son: “no conocer el procedimiento”, “no sirve para nada”, “temor a las represalias” y “no darle importancia”, este último especialmente destacado en las AL verbales. Se han detectado diferencias entre la casuística de las AL verbales y físicas, validando su diferenciación en el cuestionario.

6. El quinto objetivo específico se ha conseguido conjugando los resultados del AFE con la orientación teórica eminentemente exploratoria del estudio. La escala que mide qué comportamientos se identifican como AL verbal ha mostrado dos factores a los que se ha llamado situaciones normalizadas y no normalizadas. No se ha eliminado ningún ítem. En la escala que miden los motivos de declaración se han encontrado tres factores que se han denominado: desánimo por parte de la organización y preocupación por las consecuencias, inutilidad y/o fallos/molestias en el procedimiento y percepción de la importancia de la declaración y desconocimiento del proceso. Tras el AFE se han eliminado los ítems: “resultaba humillante contar esa experiencia”, “declararla no está bien visto en la organización” y “nadie la declara y no quería ser el único”.

7. Al respecto de las prospectivas e implicaciones prácticas que pueden derivarse de este trabajo, el uso de la herramienta y su difusión puede facilitar a otros profesionales seguir investigando sobre las AL y su declaración efectiva, así como apoyar y guiar tanto la elaboración de nuevas medidas preventivas, como la adecuación de políticas de PRL, contribuyendo a la lucha contra esta lacra.

7.7. Prospectiva e implicaciones prácticas.

Nuestro estudio persigue visibilizar la importancia de la declaración de las AL y la necesidad de manejar unos números reales en las estadísticas. Al igual que puede ocurrir con otros fenómenos como el acoso escolar, el conocer la realidad de lo que ocurre pasa por reconocer que hay un problema que todavía no se ha resuelto. Por ello, se ha percibido cierto desinterés por parte de los centros hospitalarios en profundizar en el verdadero número de casos que suceden.

Las estadísticas hospitalarias sobre AL muestran unos números cercanos a 0. Esto parece indicar que dichos centros han realizado una gestión impecable en la eliminación de dicho riesgo. Cualquiera que haya trabajado en una puerta de urgencias sabe que eso no es así, que las agresiones, especialmente las verbales, siguen sucediendo y están muy extendidas.

Es un reto en la difusión de esta herramienta el conseguir concienciar a los órganos directivos de los centros sanitarios de la importancia de la declaración de AL. Es una tarea difícil y con unos resultados aparentemente ingratos. Los centros que se impliquen en conocer los verdaderos casos que suceden son los que mostrarán, precisamente, una estadística menos halagüeña y una peor imagen. Mostrarán que reciben un mayor número de agresiones que los que sigan sin ahondar en el fenómeno de la infradeclaración y sigan invisibilizando ese hecho. Estarán intentando resolver y parecerá que son los que menos hacen. Estudios como este pretenden animarlos a abordar con honradez y valentía la lucha contra las agresiones y a poner en evidencia a esas estadísticas irreales a las que se aferran algunos centros y que dificultan en gran manera que se resuelva el problema.

Por otro lado, la herramienta también pretende ayudar a conocer si el concepto de AL verbal necesita más definición. Estamos convencidos de que así es y que los resultados de futuras investigaciones seguirán mostrando, como ha hecho el pilotaje, que el concepto necesita de una clarificación institucional.

El uso de la herramienta abre la puerta también a otras futuras investigaciones en otros aspectos. Posibilita la actuación frente a los motivos que han sido referidos como freno a la declaración. Su aplicación puede utilizarse para el control de calidad de los Servicios de Prevención que trabajan en ámbito hospitalario, para la comprobación de las medidas de formación en PRL y para la evaluación de la eficacia y usabilidad de las herramientas de declaración. A este respecto, el equipo investigador está trabajando actualmente en el

diseño de una herramienta informática de declaración de AL, para que esta pueda realizarse desde un ordenador o incluso desde un teléfono móvil. Los datos del estudio han orientado hacia las opciones preferidas de sus futuros usuarios, el personal sanitario afectado por el riesgo de AL. El uso de nuevas tecnologías nos abre una puerta inmensa al desarrollo de estas herramientas rápidas e instantáneas. Es importante no olvidar el aspecto humano y empático en su diseño, como ya indicamos cuando tratamos las formas de toma de declaración respetuosa.

Del mismo modo, el uso de esta herramienta puede contribuir a la evaluación del clima psicosocial laboral del centro y como comprobación de la efectividad de las medidas ya implementadas.

Esta herramienta debe seguir siendo evaluada administrándose en otros hospitales para probar su aceptación y su uso en hospitales con características distintas a las del centro donde se ha realizado el pilotaje. Esto redundará en un aumento de los datos disponibles y en la posibilidad de cruzarlos para comprobar si existen variables interhospitalarias que también estén actuando en la no declaración de las AL del personal sanitario.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Chang R, Yang H. Cross-cultural adaptation of the Management of Aggression and Violence Attitude Scale for nurse in emergency department. *Front Nurs* 2019 Jul 10; 6(2):107–14.
2. Chapman R, Styles I, Perry L, Combs S. Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. *J Clin Nurs*. 2010 Feb 1;19(3–4):479–88.
3. Fisekovic Kremic MB, Terzic-Supic ZJ, Santric-Milicevic MM, Trajkovic GZ. Encouraging employees to report verbal violence in primary health care in Serbia: A cross-sectional study. 2017 Mar 1:11–7.
4. Organización Internacional del Trabajo. Convenio 190 sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del Trabajo. 2019 Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_711719.pdf
5. Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo. Recomendación 206 sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo. 2019. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_711721.pdf
6. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound). Sexta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo . 2015. Available from: <https://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>
7. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2011. Available from: [https://www.insst.es/inshtweb/contenidos/documentacion/fichasde-publicaciones/en catalogo/observatorio/informe \(vii enct\).pdf](https://www.insst.es/inshtweb/contenidos/documentacion/fichasde-publicaciones/en%20catalogo/observatorio/informe%20(vii%20enct).pdf)
8. Comisión de Recursos Humanos del SNS. Informe de Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del SNS Informe-14 febrero 2014. Available from: <http://www.senado.es/web/expedientappendixbobservlet?legis=10&id1=136341&id2=1>

9. Organización Internacional del Trabajo, Consejo internacional de enfermeras, Organización Mundial de la Salud. Directrices Marco para Afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. 2002. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44072/9223134463_spa.pdf;jsessionid=2305F95EC128C90E11047D47169E4189?sequence=1
10. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-Mikanovic VM, Terzic-Supic ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *Eur J Public Health*. 2015 Aug;25(4):693–8.
11. Hasan MI, Hassan MZ, Bulbul MMI, Joarder T, Chisti MJ. Iceberg of workplace violence in health sector of Bangladesh. *BMC Res Notes*. 2018 Dec 4;11(1):702. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30286796>
12. Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. *Dtsch Arztebl Int*. 2015 Mar 6; 112(10):159–65.
13. Tiruneh BT, Bifftu BB, Tumebo AA, Kelkay MM, Anlay DZ, Dachew BA. Prevalence of workplace violence in Northwest Ethiopia: a multivariate analysis. *BMC Nurs*. 2016 Dec 8;15(1):42. Available from: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0162-6>
14. Muzembo BA, Mbutshu LH, Ngatu NR, Malonga KF, Eitoku M, Hirota R, et al. Workplace violence towards Congolese health care workers: A survey of 436 healthcare facilities in Katanga province, Democratic Republic of Congo. *J Occup Health*. 2015 ;57(1):69–80.
15. Marinas-Sanz R, Martínez-Jarreta B, Casalod Y, Bolea M. Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis tras la reciente modificación del Código Penal. *Med Clin (Barc)*. 2016 Jul 1;147(1):35–42.
16. Vidal-Martí C, Pérez-Testor C. Patient assaults on professionals? Type II workplace violence: A known phenomenon in Barcelona nursing homes. *Work*. 2015 Jul 29;51(4):879–86.

17. García-Pérez MD, Rivera-Sequeiros A, Sánchez-Elías TM, Lima-Serrano M. Agresiones laborales a profesionales sanitarios e infradeclaración: Caracterización y brechas en el conocimiento para su prevención. *Enfermería Clínica*. 2021 Jul 8; 31 (6):390-395.
18. Yang L-Q, Spector PE, Chang C-H (Daisy), Gallant-Roman M, Powell J. Psychosocial precursors and physical consequences of workplace violence towards nurses: A longitudinal examination with naturally occurring groups in hospital settings. *Int J Nurs Stud*. 2012 Sep; 49(9):1091–102.
19. Jaradat Y, Nielsen MB, Bast-Pettersen R. Psychosomatic symptoms among Palestinian nurses exposed to workplace aggression. *Am J Ind Med*. 2018 Jun; 61(6):533–7.
20. Gómez-Gutiérrez MM, Bernaldo-de-Quirós M, Piccini AT, Cerdeira JC. Posttraumatic Stress Symptomatology in Pre-Hospital Emergency Care Professionals Assaulted by Patients and/or Relatives: Importance of Severity and Experience of the Aggression. *J Interpers Violence*. 2016 Jan 6 [cited 2019 Aug 13];31(2):339–54.
21. Shi L, Wang L, Jia X, Li Z, Mu H, Liu X, et al. Prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017 Jul 1;7(7) :e016810. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016810.
22. Gong Y, Han T, Chen W, Dib HH, Yang G, Zhuang R, et al. Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms and Related Risk Factors among Physicians in China: A Cross-Sectional Study. Harper DM, editor. *PLoS One*. 2014 Jul 22;9(7):e103242. Available from: <https://doi.org/10.1038/srep07109>
23. Magnavita N, Di Stasio E, Capitanelli I, Lops EA, Chirico F, Garbarino S. Sleep Problems and Workplace Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurosci*. 2019 Oct 1;13:997. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31632231>

24. Organización Internacional del Trabajo. Tesoro de la Organización Internacional del Trabajo. Available from: <https://www.ilo.org/inform/online-information-resources/terminology/thesaurus/lang--es/index.htm>
25. Edward K, Stephenson J, Ousey K, Lui S, Warelow P, Giandinoto J-A. A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *J Clin Nurs*. 2016 Feb; 25(3–4):289–99.
26. Tanja Schub A, Karakashian AL, Rosalyn McFarland R, Balderrama D, Pravikoff D. Workplace Violence: Assault by Patients. 2017. Available from: https://www.ebscohost.com/assets-sample-content/NRCP_Workplace-Violence-Assault-By-Patients_QL.pdf
27. Wu S, Lin S, Li H, Chai W, Zhang Q, Wu Y, et al. A Study on Workplace Violence and Its Effect on Quality of Life Among Medical Professionals In China. *Arch Environ Occup Health*. 2014 Apr 3; 69(2):81–8.
28. Chen K-C, Hsieh W-H, Hu S-C, Lai P-F. A survey of the perception of well-being among emergency physicians in Taiwan. *Tzu Chi Med J*. 2017;29(1):30. Available from: <http://www.tcmjmed.com/text.asp?2017/29/1/30/203685>
29. Zhao S, Xie F, Wang J, Shi Y, Zhang S, Han X, et al. Prevalence of Workplace Violence Against Chinese Nurses and Its Association with Mental Health: A Cross-sectional Survey. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Apr;32(2):242–7.
30. Jaradat Y, Nielsen MB, Kristensen P, Nijem K, Bjertness E, Stigum H, et al. Workplace aggression, psychological distress, and job satisfaction among Palestinian nurses: A cross-sectional study. *Appl Nurs Res* . 2016 Nov;32:190–8.
31. Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, de Cordova F. Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *Biomed Res Int* . 2019 May 28;2019:1–12.
32. Schat ACH, Frone MR. Exposure to psychological aggression at work and job performance: The mediating role of job attitudes and personal health. *Work Stress* . 2011 Jan 1;25(1):23–40.

33. Boafo IM. The effects of workplace respect and violence on nurses' job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey. *Hum Resour Health*. 2018 Jan 15;16(1):6. doi: 10.1186/s12960-018-0269-9. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-018-0269-9>
34. Heponiemi T, Kouvonen A, Virtanen M, Vänskä J, Elovainio M. The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control. *BMC Health Serv Res* . 2014 Dec 17;14(1):19.
35. Shahzad A, Malik RK. Workplace violence: An extensive issue for nurses in Pakistan-: A qualitative investigation. *J Interpers Violence* . 2014 Jul;29(11):2021–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24390355>
36. Zhao S-H, Shi Y, Sun Z-N, Xie F-Z, Wang J-H, Zhang S-E, et al. Impact of workplace violence against nurses' thriving at work, job satisfaction and turnover intention: A cross-sectional study. *J Clin Nurs* . 2018 Jul;27(13–14):2620–32.
37. Chang Y, Lee D, Chang S, Lee Y, Wang H. Influence of work excitement and workplace violence on professional commitment and turnover intention among hospital nurses. *J Clin Nurs* . 2019 Jun 3 ;28(11–12):2171–80.
38. Zhan Y, Kim SK, Zhou L, Xie B, Li Y, Wen B, et al. Patient violence and health professionals' occupational outcomes in China: A time-lagged survey study. *Int J Nurs Stud* . 2019 Jun; 94:120–30.
39. Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, et al. The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health Qual Life Outcomes* . 2019 Dec 30;17(1):93.
40. Sun S, Gerberich SG, Ryan AD. The Relationship Between Shiftwork and Violence Against Nurses: A Case Control Study. *Work Heal Saf* . 2017 Dec 23;65(12):603–11.
41. Altemir M, Arteaga A. Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. *Enfermería Clínica* . 2018 Mar; 28(2):125–32.

42. Soares JJF, Thomsen SC, Arnetz B. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Artic J Adv Nurs* . 2001; 52 (3) 417-427.
43. Hills D, Joyce CM. Workplace aggression in clinical medical practice: Associations with job satisfaction, life satisfaction and Self-Rated health. *Med J Aust* . 2014 Nov 3;201(9):535–40.
44. Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M. Incidence and Cost of Nurse Workplace Violence Perpetrated by Hospital Patients or Patient Visitors. *J Emerg Nurs* . 2014 May;40(3):218–28.
45. Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 49–58.
46. Sabbath EL, Hurtado DA, Okechukwu CA, Tamers SL, Nelson C, Kim S-S, et al. Occupational injury among hospital patient-care workers: What is the association with workplace verbal abuse? *Am J Ind Med* . 2014 Feb; 57(2):222–32.
47. Schmidt HG, Van Gog T, Schuit SC, Van den Berge K, Van Daele PL, Bueving H, et al. Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment. *BMJ Qual Saf* . 2017 Jan 1;26(1):19–23.
48. Occupational Safety and Health. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. 2016. Available from: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf>
49. Leka S, Griffiths A, Cox T. La organización del trabajo y el estrés . 2004. Available from: https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
50. Hinsenkamp M. SICOT Declaration of Hyderabad on violence against healthcare workers. *Int Orthop* . 2014 Apr 15; 38(4):685–7.
51. Nikathil S, Olaussen A, Gocentas RA, Symons E, Mitra B. Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. *Emerg Med Australas* . 2017 Jun 1; 29(3):265–75.

52. Garg R, Garg N, Sharma DK, Gupta S. Low reporting of violence against health-care workers in India in spite of high prevalence. *Med J Armed Forces India*. 2019 Apr 1;75(2):211–5.
53. Martini A, Fantini S, D'Ovidio MC, Ceracchi A, De Santis A. Risk assessment of aggression toward emergency health care workers. *Occup Med (Lond)* . 2012 Apr 1;62(3):223–5.
54. Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, de Cordova F. Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *Biomed Res Int* . 2019 May 28;2019:1–12.
55. Campbell CL. Incident Reporting by Health-Care Workers in Noninstitutional Care Settings. *Trauma Violence Abuse* . 2017 Oct 13;18(4):445–56.
56. Abdellah RF, Salama KM. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan Afr Med J* . 2017; 26:21. doi: 10.11604/pamj.2017.26.21.10837.
57. Mayorca Yancán IA, Lucena García S, Cortés Martínez ME, Lucerna Méndez MÁ. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Med Segur Trab (Madr)*. 2013 Jun;59(231):235–58.
58. Hardin D. Strategies for nurse leaders to address aggressive and violent events. *J Nurs Adm* . 2012 Jan; 42(1):5–8.
59. Ferns T, Chojnacka I. Reporting incidents of violence and aggression towards NHS staff. *Nurs Stand* . 2005 Jun;19(38):51–6.
60. Morphet J, Griffiths D, Plummer V, Innes K, Fairhall R, Beattie J. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: Perspectives of Australian emergency nurses . Vol. 38, *Australian Health Review*. Csiro Publishing; 2014. p. 194–201.
61. Gillespie GL, Leming-Lee TS, Crutcher T, Mattei J. Chart It to Stop It: A Quality Improvement Study to Increase the Reporting of Workplace Aggression. *J Nurs Care Qual* . 2016;31(3):254–61.

62. Hahn S, Müller M, Hantikainen V, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *Int J Nurs Stud* . 2013 Mar 1;50(3):374–85.
63. Busby G. Incidence and cost of workplace violence . Vol. 41, *Journal of Emergency Nursing*. Mosby; 2015. p. 5–8.
64. Martinez AJS. Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* . 2016 Sep 1;54(9):31–6.
65. Escribano RB, Beneit J, Luis Garcia J. Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector. *Heliyon* . 2019 Mar;5(3):e01283. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405844018358456>
66. Hamblin LE, Essenmacher L, Luborsky M, Russell J, Janisse J, Upfal M, et al. Worksite Walkthrough Intervention: Data-driven Prevention of Workplace Violence on Hospital Units. *J Occup Environ Med* . 2017;59(9):875–84.
67. Li P, Xing K, Qiao H, Fang H, Ma H, Jiao M, et al. Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: Incidence and implications. *Health Qual Life Outcomes* . 2018 Jun 5;16(1):117. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29871642>
68. Kvas A, Seljak J. Unreported workplace violence in nursing. *Int Nurs Rev* . 2014 Sep; 61(3):344–51.
69. Kumar M, Verma M, Das T, Pardeshi G, Kishore J, Padmanandan A. A Study of Workplace Violence Experienced by Doctors and Associated Risk Factors in a Tertiary Care Hospital of South Delhi, India. *J Clin Diagn Res*. 2016 Nov;10(11):LC06-LC10. DOI: 10.7860/jcdr/2016/22306.8895.
70. AlAteeq M, Al-Turki N, Afifi A. Violence against health workers in Family Medicine Centers. *J Multidiscip Healthc* . 2016 May; 257. Available from: <https://www.dovepress.com/violence-against-health-workers-in-family-medicine-centers-peer-reviewed-article-JMDH>

71. Barroso TC. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla . Vol. 62. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo; 2016. 25–48.
72. General of Official Medical Associations of Spain Council. National report on aggressions to physicians in Spain 2010–2015: violence in the workplace—ecological study. *BMC Res Notes* . 2018 Dec 4;11(1):347. Available from: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-018-3393-7>
73. Gates DM. The epidemic of violence against healthcare workers . Vol. 61, Occupational and Environmental Medicine. BMJ Publishing Group Ltd; 2004. p. 649–50.
74. Copeland D, Henry M. Workplace Violence and Perceptions of Safety Among Emergency Department Staff Members. *J Trauma Nurs* . 2017;24(2):65–77.
75. Al-Shamlan NA, Jayaseeli N, Al-Shawi MM, Al-Joudi AS. Are nurses verbally abused? A cross-sectional study of nurses at a university hospital, Eastern Province, Saudi Arabia. *J Family Community Med* . 2017;24(3):173–80.
76. Cheung T, Yip PSF. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health* . 2017 Feb 14;17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28196499/>
77. Jawaid SA. Patient satisfaction, patient safety and increasing violence against healthcare professionals. *Pakistan J Med Sci* . 2014 Nov 24;31(1). Available from: <http://pjms.com.pk/index.php/pjms/article/view/6965>
78. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Informe V Acabar con la violencia en el trabajo. 2018. Available from: <http://www.ilo.org/publns>.
79. Gascón S, Casalod Y, Jarreta BM, Abecia E, Luna A, Cárcelos MDP, et al. Aggressions against healthcare workers: An approach to the situation in Spain and the victims psychological effects. *Leg Med* . 2009 Apr;11:S366–7.
80. AbuAlRub RF, Al-Asmar AH. Psychological Violence in the Workplace Among Jordanian Hospital Nurses. *J Transcult Nurs* . 2014 Jan 8; 25(1):6–14.

81. Brophy JT, Keith MM, Hurley M. Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff. *NEW Solut A J Environ Occup Heal Policy* . 2018 Feb 12;27(4):581–606.
82. Liu W, Zhao S, Shi L, et al Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study *BMJ Open* 2018;8:e019525. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019525.
83. Campbell CL, Burg MA, Gammonley D. Measures for incident reporting of patient violence and aggression towards healthcare providers: A systematic review. *Aggress Violent Behav Meas* . 2015 Nov 1; 25:314–22.
84. Arimany-Manso J, Clos-Masó D, Gómez-Durán EL. Sobre las agresiones a profesionales sanitarios. *Atención Primaria* . 2016 Mar 1; 48(3):147–8.
85. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J* . 2016 May;19(2):75–81.
86. Sato K, Wakabayashi T, Kiyoshi-Teo H, Fukahori H. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* . 2013 Oct;50(10):1368–76.
87. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Luborsky M, Upfal MJ, Russell J, et al. Underreporting of Workplace Violence. *Workplace Health Saf* . 2015 May 22;63(5):200–10.
88. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales . Boletín Oficial del Estado Número 269 (10 de noviembre de 1995)
89. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.
90. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Enciclopedia Práctica de Medicina del Trabajo. 2019. Available from: <https://www.insst.es/ES/web/portal-insst/documentacion/catalogo-de-publicaciones/enciclopedia-practica-de-medicina-del-trabajo-ano-2019>

91. Pacheco, Emelda & Cunha, Madalena & Duarte, Joao. (2016). Violence, Aggression and Fear in the Workplace: 27-41.
92. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs* . 2004 Jan;13(1):3–10.
93. Iowa U of. Injury Prevention Research Unit. Available from: <https://iprc.public-health.uiowa.edu/>
94. Barling J, Kelloway EK, Frone MR, Schat AC. Handbook of work stress . Handbook of Work Stress. SAGE Publications; 2005. 1–710 p.
95. Agnès Parent-Thirion, Isabella Biletta, Jorge Cabrita, Oscar Vargas, Greet Vermeylen AW and, Mathijn Wilkens. 6th European Working Conditions Survey. EUROFOUND. 2017; Available from: www.eurofound.europa.eu
96. Organización Internacional del trabajo. La violencia en el trabajo . 2018 [cited 2019 Aug 19]. Available from: www.ilo.org
97. Antonio Gil-Verona J, Francisco Pastor J, De Paz F, Barbosa M, Angel Macías J, Antonia Maniega M, et al. Psicobiología de las conductas agresivas. 2002;18(2):293–303.
98. Freud S 1856-1939, López-Ballesteros y de Torres L 1896-1938, Numhauser Tognola J. Obras completas . Madrid: Biblioteca Nueva; 2017. Available from: <https://www.worldcat.org/title/obras-completas/oclc/1022097070?referer=di&ht=edition>
99. Bleiberg E. Normal and pathological narcissism in adolescence . Vol. 48, *American Journal of Psychotherapy*. Association for the Advancement of Psychotherapy Inc.; 1994. p. 30–51.
100. Willock B. Narcissistic vulnerability in the hyperaggressive child: The disregarded (unloved, uncared-for) self. *Psychoanal Psychol* . 1986;Vol 3(1):59–80.
101. Zillmann D. Hostility and aggression . Hillsdale NJ) by Erlbaum. 1979.

102. Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R. S. Assessment of anger: The state-trait anger scale. In J. N. Butcher, & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment 1983*; (Vol. 2, pp. 159-187). Hillsdale, NJ: Erlbaum
103. Dollard J, Miller NE, Doob LW, Mowrer OH, Sears RR. *Frustration and aggression*. Yale University Press; 2004.
104. Sanz J, María IM, García-Vera P. Personalidad y el síndrome ahi (agresión-hostilidad-ira): relación de los cinco grandes con ira y hostilidad. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2006 Vol. 6, Nº. 1-3, 2006, págs. 153-176
105. Anderson CA, Bushman BJ. Human Aggression. *Annu Rev Psychol* . 2002 Feb 28;53(1):27–51.
106. Carrasco Ortiz A, González Calderón MJ. Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos theoretical issues on aggression: concept and models Palabras Clave . Vol. 4. 2006. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030758001.pdf>
107. Winstanley S. Cognitive model of patient aggression towards health care staff: The patient's perspective. *Work Stress* . 2005 Oct;19(4):340–50.
108. Carmona Cobo I, Garrosa Hernández E, Moreno Jimenez B. Agresión laboral y conflicto familia-trabajo: efecto en el bienestar emocional desde la perspectiva de género. Tesis doctoral. Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Madrid; 2014. Available from: <http://hdl.handle.net/10486/663579>
109. Spector PE, Fox S. The Stressor-Emotion Model of Counterproductive Work Behavior. In: *Counterproductive work behavior: Investigations of actors and targets* . Washington: American Psychological Association; p. 151–74.
110. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo . Available from: https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp_489.pdf/4f149448-058e-4cf6-b82d-02e20404e762

111. Cabilan CJ, Johnston AN. Review article: Identifying occupational violence patient risk factors and risk assessment tools in the emergency department: A scoping review . Vol. 31, EMA - Emergency Medicine Australasia. 2019. p. 730–40.
112. Edward K, Stephenson J, Ousey K, Lui S, Warelow P, Giandinoto J-A. A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *J Clin Nurs* . 2016 Feb 1;25(3–4):289–99.
113. Chagoyen Barroso T. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. *Med Segur Trab (Madr)* . 2016;62(242):25–48.
114. Baykan Z, Öktem İS, Çetinkaya F, Naçar M. Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. *Int J Occup Saf Ergon* . 2015 Jul 3;21(3):291–7.
115. Palma A, Ansoleaga E, Ahumada M. Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. *Rev Med Chil* . 2018 Feb;146(2):213–22.
116. Rabenschlag F, Cassidy C, Steinauer R. Nursing Perspectives: Reflecting History and Informal Coercion in De-escalation Strategies. *Front Psychiatry* . 2019 Apr 24 ;10.
117. Coskun Cenk S. An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff. *Turkish J Emerg Med* . 2019 Jan;19(1):21–5.
118. Fernández Álvarez R, Fernández Domínguez MJ, Fernández Álvarez MC, Pena Vetoret R, Menéndez Rodríguez M PRR. Violencia en el medio sanitario. *Med Gen y Fam Edición Digital*; Abril 2012 (vol 1, num 2). Available from: http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V1N2/V1N2_89_105.pdf
119. Serrano Vicente María Isabel, Fernández Rodrigo María Teresa, Satústegui Dordá Pedro José, Urcola Pardo Fernando. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Rev. Esp. Salud Publica* . 2019; 93: e201910097. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100103&lng=es. Epub 07-Sep-2020.

120. Bernaldo-De-Quirós M, Cerdeira JC, Gómez MM, Piccini AT, Crespo M, Labrador FJ. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. *Emergencias*. 2014;26(3):171–8.
121. Angland S, Dowling M, Casey D. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *Int Emerg Nurs* . 2014 Jul;22(3):134–9.
122. Azami M, Moslemirad M, YektaKooshali MH, Rahmati S, Soleymani A, Bigdeli Shamloo MB, et al. Workplace Violence Against Iranian Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Violence Vict* . 2018 Dec 1;33(6):1148–75.
123. Ben Khelil M, Hosni M, Benhmed Z, Shili H, Mlika M. Évaluer la violence à l'encontre des infirmiers à l'accueil des urgences des hôpitaux de Tunis. *La Rev l'Infirmière* . 2019 Mar :33–5.
124. D'Ettoire G, Mazzotta M, Pellicani V, Vullo A. Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in emergency departments. *Acta Biomed* . 2018 Feb 21; 89(4-S):28–36.
125. Brik I. La prévalence de la violence externe envers les professionnelles de santé de la wilaya d'El Bayadh. 2018 Jun 27; Available from: <http://e-biblio.univ-mosta.dz/handle/123456789/2531>
126. Claudius IA, Desai S, Davis E, Henderson S. Case-controlled analysis of patient-based risk factors for assault in the healthcare workplace. *West J Emerg Med* . 2017 Oct 18; 18(6):1153–8.
127. Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 Jun;106(SUPPL.S412):133–41.
128. Bernaldo-De-Quirós M, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *Int J Nurs Stud* . 2015 Jan; 52(1):260–70.

129. Santos, S.G., Jarreta, B.M., Germán, M.A., & Campayo, J.G. (2011). Análisis médico-legal de la violencia en centros asistenciales: Agresiones a profesionales. Available from: <http://zaguan.unizar.es>
130. Davey K, Ravishankar V, Mehta N, Ahluwalia T, Blanchard J, Smith J, et al. A qualitative study of workplace violence among healthcare providers in emergency departments in India. *Int J Emerg Med*. 2020 Jun 17;13(1).
131. Chávez Porles GA, Román Aramburu AM. Violencia en enfermeras en el ámbito laboral. 2016 revista Ocronos. Vol. III. Nº 5 – Septiembre 2020. Pág. Inicial: Vol. III; nº5:456
132. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag* . 2016 Sep; Volume 9:263–75.
133. Amin NA, Nordin R, Fatt QK, Noah RM, Oxley J. Relationship between Psychosocial Risk Factors and Work-Related Musculoskeletal Disorders among Public Hospital Nurses in Malaysia. *Ann Occup Environ Med*. 2014 Dec 9;26(1):23.
134. Gascón S, Martínez Jarreta MB, López Verdejo MÁ, Diana I, López-Torres J, Castellano Arroyo M. Respuestas desadaptativas al estrés derivadas de agresiones a profesionales sanitarios . Vol. 3, Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, ISSN 1699-5031, Vol. 3, Nº. 3, 2008, págs. 103-105.
135. López-López IM, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, De la Fuente EI, Albendín-García L, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs* Volume 28, Issue5, October 2019, 1035-1044.
136. Rees C, Wirihana L, Eley R, Ossieran-Moisson R, Hegney D. The Effects of Occupational Violence on the Well-being and Resilience of Nurses. *JONA J Nurs Adm* . 2018 Sep;48(9):452–8.

137. Deniz T, Saygun M, Eroğlu O, Ülger H, Azapoğlu B. Effect of exposure to violence on the development of burnout syndrome in ambulance staff. *Turkish J Med Sci* . 2016;46(2):296–302.
138. Pai DD, Lautert L, Souza SBC de, Marziale MHP, Tavares JP. Violence, Burnout and Minor Psychiatric Disorders in Hospital Work. *Rev da Esc Enferm da USP* . 2015 Jun; 49(3):457–64.
139. Abdollahzadeh F, Asghari E, Ebrahimi H, Rahmani A, Vahidi M. How to prevent workplace incivility?: Nurses' perspective. *Iran J Nurs Midwifery Res* . 2017; 22(2):157.
140. Bernaldo-De-Quirós M, Labrador FJ, Piccini AT, Mar Gómez M, Cerdeira JC. Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clin y Salud* . 2014 Mar;25(1):11–8.
141. Brown RG, Anderson S, Brunt B, Enos T, Blough K, Kropp D. Workplace Violence Training Using Simulation. *AJN, Am J Nurs* . 2018 Oct;118(10):56–68.
142. Copeland D, Henry M. The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and Professional Quality of Life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Centre. *Int Emerg Nurs* . 2018 Jul;39:26–32.
143. Ferns T. Recording violent incidents in the emergency department. *Nurs Stand* . 2012 Mar 14; 26(28):40–8.
144. Babiarczyk B, Turbiarz A, Tomagová M, Zeleníková R, Önler E, Sancho Cantus D. Violence against nurses working in the health sector in five European countries—pilot study. *Int J Nurs Pract* . 2019 Aug 7;25(4).
145. Gillespie GL, Pekar B, Byczkowski TL, Fisher BS. Worker, workplace, and community/environmental risk factors for workplace violence in emergency departments. *Arch Environ Occup Health* . 2017 Mar 4;72(2):79–86.
146. Elston MA, Gabe J. Violence in general practice: a gendered risk? *Sociol Health Illn* . 2016 Mar; 38(3):426–41.

147. Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Clark PR. Workplace aggression as cause and effect: Emergency nurses' experiences of working fatigued. *Int Emerg Nurs* . 2017 Jul; 33:48–52.
148. García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validation of questionnaires. *Reumatol Clin*. 2009;5(4):171–7.
149. Dominguez Sánchez I. Validación de la escala de autopercepción de la salud familiar (AESFA v2). Análisis de validez, confiabilidad y utilidad . Tesis Doctoral. Sevilla; 2021. Available from: <https://idus.us.es/handle/11441/130564?locale-attribute=es>
150. Badia Llach, Xavier; Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico | Semantic Scholar. *Med Clin (Barc)*. 1998;110:550–6.
151. Cardona-Arias JA, Lujan Tangarife J. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Arch Med* . 2015; 11(3):1–10.
152. Robles P, del Carmen M. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Rev Nebrija Lingüística Apl a la Enseñanza Lenguas* . 2015;(18):103.
153. Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M, Jiménez-Picón N, Domínguez-Sánchez I. Content validation of the Self-perception of Family Health Status scale using the Delphi technique. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013 Mar;21(2):595–603.
154. Álvarez MR, Álvarez MR, Torrado-Fonseca M. El método Delphi. *REIRE Rev d'Innovació i Recer en Educ* . 2016 Jan 7; 9(9 (1)):87–102.
155. Tomás CC, Oliveira E, Sousa D, Uba-Chupel M, Furtado G, Rocha C, et al. Proceedings of the 3rd IPLeiria's International Health Congress. *BMC Health Serv Res* . 2016 Jul 6; 16(S3):200.
156. Izquierdo-Botica F, Ruiz-López D, Guerra-Rodríguez M, García-Baquero Merino MT, Blasco-Amaro JA. Metodología cualitativa para la validación de un cuestionario de recursos y servicios en cuidados paliativos. *Psicooncología* . 2014; 11(1):S17–9.

157. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Quaderns de la bona praxi 31. Available from: https://comt.cat/wp-content/uploads/joomla_images/Publicacions/BonaPraxi/praxi31.pdf
158. Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios. Manual de Prevención ante las agresiones al personal sanitario. 2014. Available from: https://www.actasanitaria.com/documentos/manual-de-prevencion-ante-las-agresiones-al-personal-sanitario_1102394_102.html
159. Gobierno de Canarias. El Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de la Salud. Available from: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=811945cb-d645-11e1-adc8-491cdb90fd3e&idCarpeta=ae273cd1-b385-11e9-82f7-8d5cff9227e6>
160. Servicio Andaluz de Salud. Plan de prevención y atención de agresiones para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. . Servicio Andaluz de Salud. 2010. Available from: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/preencion-riesgos-laborales/plan-de-prevencion-y-atencion-de-agresiones-para-los-profesionales-del-sas>
161. Ortells Abuyé Nativitat, Muñoz Belmonte Teresa, Paguina Marcos Marta, Morató Lorente Isabel. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enferm. glob.* 2013 Abr; 12(30): 196-207.
162. Madrid Franco PJ, Salas Moreno MJ, Madrid Franco M. Situación de las agresiones a Enfermería en el Área de Salud de Puertollano. *Enfermería del Trab* . 2011;1:11–7.
163. Onwuegbuzie AJ, Leech NL, Dickinson WB, Zoran AG. Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. *Paradig Una Rev Discip Investig* ISSN-e 1909-4302, Vol 3, Nº 2, 2011, págs 127-157 . 2011;3(2):127–57.

164. Orlando Mella. Grupos focales (“focus groups”). Técnica de investigación cualitativa. Vol. 3, Documento de Trabajo CIDE, Santiago de Chile. 2000. Available from: <http://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/8439>.
165. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*. 1995 Jul 29;311(7000):299.
166. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care* . 2007 Dec 1;19(6):349–57.
167. Schvingel C, Giongo IM, Munhoz AV. Grupo focal: uma técnica de investigação qualitativa. *Debates em Educ*. 2017 Dec 20;9(19):91–106.
168. Merton RK, Kendall PL. The Focused Interview. *Am J Sociol*. 1946 May 29;51(6):541–57.
169. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Luborsky M, Upfal MJ, Russell J, et al. Underreporting of Workplace Violence: Comparison of Self-Report and Actual Documentation of Hospital Incidents. *Workplace Health Saf*. 2015 May;63(5):200–10.
170. Tucker S, Diekrager D, Turner N, Kelloway EK. Work-related injury underreporting among young workers: Prevalence, gender differences, and explanations for underreporting. *J Safety Res* . 2014 Sep; 50:67–73.
171. Aigner M. La Técnica De Recolección De Información Mediante Grupos Focales. *La Sociol en sus Escen*. 2002; 6:1–32.
172. Thofehn MB, Montesinos MJL, Porto AR, Amestoy SC, Arrieira IC de O, Mikla M. Focus group: a technique for data collection in qualitative research. *Index de Enfermería*. 2013;22(1–2):75–8.
173. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Investig en Educ Médica*. 2013 Jan;2(5):55–60.

174. Dadashzadeh A, Rahmani A, Hassankhani H, Boyle M, Mohammadi E, Campbell S. Iranian pre-hospital emergency care nurses' strategies to manage workplace violence: A descriptive qualitative study. *J Nurs Manag* . 2019 Jun 6; 27(6):1190–9.
175. Heckemann B, Zeller A, Hahn S, Dassen T, Schols JM, Halfens RJ. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Educ Today*. 2015 Jan;35(1):212-9. doi: 10.1016/j.nedt.2014.08.003.
176. Hahn S, Müller M, Needham I, Dassen T, Kok G, Halfens RJ. Measuring patient and visitor violence in general hospitals: feasibility of the SOVES-G-R, internal consistency and construct validity of the POAS-S and the POIS. *J Clin Nurs* . 2011 Sep; 20(17–18):2519–30.
177. Najafi F, Fallahi-Khoshknab M, Ahmadi F, Dalvandi A, Rahgozar M. Human dignity and professional reputation under threat: Iranian Nurses' experiences of workplace violence. *Nurs Health Sci* . 2017 Mar; 19(1):44–50.
178. EVALDES (Evaluación y Desarrollo). Panel Delphi - Evaluación y Desarrollo. Available from: <http://evaluacionydesarrollo.com/panel-delphi/>
179. Ballester Brage L, Oliver Torelló JL. Paneles delphi: metodología de investigación aplicada con educadores. In: *Nuevas realidades educativas, nuevas necesidades metodológicas* . 1999. 374-380.
180. Tezanos JF, Villalón Ogayar JJ, Quiñones A. Estudios delphi sobre tendencias económicas, sociales y políticas. Editorial Sistema; 2011.
181. Mérida R, Serrano A, Tabernero C. Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de la autoestima en la infancia. *Rev Investig Educ*. 2015 Jan 9;33(1):149–62.
182. Singh K. *Quantitative Social Research Methods*. Quantitative Social Research Methods. SAGE Publications India Pvt Ltd; 2015. DOI:10.4135/9789351507741

183. Cabero Almenara, J., & Barroso Osuna, J. (2013). La utilización del juicio de experto para la evaluación de TIC: el Coeficiente de competencia experta. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 65(2), 25–38. <https://doi.org/10.13042/brp.2013.65202>
184. García L, Fernández SJ. Procedimiento de aplicación del trabajo creativo en grupo de expertos. *Ing Energética* . 2008;XXIX(2):46–50.
185. Gómez Mármol A, Sánchez-Alcaraz Martínez B, Molina Morote J, Jesús M, Belmonte B. Estudio preliminar para el diseño y validación del “Cuestionario sobre la visión del Olimpismo y sus repercusiones educativas (CUVOREDU).” *Rev Estud y Exp en Educ*. 2016;15:129–44.
186. Barbero García MI. *Psicometría II : métodos de elaboración de escalas*. Universidad Nacional de Educación a Distancia; N° 2, 1993, pág. 17
187. García Sedeño M, García-Tejera MC. Estimación de la Validez de Contenido en una Escala de Valoración del Grado de Violencia de Género Soportado en Adolescentes. *Acción Psicológica*. 2014 Jun 6;10(2):41.
188. Villavicencio Caparó E. Validación de cuestionarios. *Odontol Act Rev Científica*. 2018 Mar 7;1(3):71–6.
189. Penfield RD, Giacobbi PR. Applying a score confidence interval to Aiken’s item content-relevance index. Vol. 8, *Measurement in Physical Education and Exercise Science*. Lawrence Erlbaum Associates Inc.; 2004. p. 213–25.
190. Charter RA. A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *J Gen Psychol*. 2003 Jul 1;130(3):290–304.
191. Anastasi A, Urbina S. *Tests psicologicos*. 7ª edición. Prentice Hall, México; 1998.
192. Reidl-Martínez LM. Confiabilidad en la medición. *Investig en Educ Médica*. 2013 Apr;2(6):107–11.
193. Hermoso S, Pérez-García M, Chillón P, Ruiz JR. Fiabilidad test-retest de un cuestionario sobre el modo de desplazamiento al colegio en escolares españoles. Vol. 27, *Gaceta Sanitaria*. 2013. p. 188–9.

194. Mancebo GR, López Pumar GM, De M, Santos LM. Test-retest reliability of the work ability index in health workers of hospital institutions of Arroyo Naranjo municipality, Havana Province. *Rev Cuba Salud y Trab.* 2013;14:45–54.
195. Bults RM, Reneman MF, van Wilgen CP, Preuper HRS. Test-Retest Reliability and Construct Validity of the Dutch Injustice Experience Questionnaire in Patients with Chronic Pain. *Psychol Inj Law.* 2020;
196. Dean K, Walker Z, Jenkinson C. Data quality, floor and ceiling effects, and test–retest reliability of the Mild Cognitive Impairment Questionnaire. *Patient Relat Outcome Meas.* 2018 Jan;Volume 9:43–7.
197. Palmer S, Manns S, Cramp F, Lewis R, Clark EM. Test-retest reliability and smallest detectable change of the Bristol Impact of Hypermobility (BIOH) questionnaire. *Musculoskelet Sci Pract.* 2017 Dec 1;32:64–9.
198. Serra-Mayoral A, Peña-Casanova J. Test-retest and interrater reliability of Barcelona Test. *Neurologia.* 21(6):277–81.
199. Andrade Ortega JA, Martínez ADD, Ruiz RA. Validación de una versión Española del Índice de Discapacidad Cervical. *Med Clin (Barc).* 2008 Feb 2;130(3):85–9.
200. Carnero-Pardo C, Montoro-Ríos MT. Preliminary evaluation of a new screening test for dementia (Eurotest). *Rev Neurol.* 2004;38(3):201–9.
201. Iturra-Mena AM. Adaptación y validación preliminar de un test para el screening de demencia en Chile: El Eurotest. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2007 Dec; 45(4):296–304.
202. Cortés É, Rubio J, Gaitán H. Métodos estadísticos de evaluación de la concordancia y la reproducibilidad de pruebas diagnósticas. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2010;61(•):247–55.
203. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol.* 2014;30(3):1151–69.

204. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investig en Educ Médica* . 2013 Oct 12(8):217–24.
205. Zhou B, Marchand A, Guay S. I see so I feel: Coping with workplace violence among victims and witnesses. *Work* . 2017 Jun 7; 57(1):125–35.
206. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública*. 2004;6(3).
207. Pérez ER, Medrano LA. Análisis factorial exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas. *Rev Argent Cienc Comport*. 2010;2(1):58–66.
208. Rivera Sequeiros A. Perfiles de pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal y su relación con el afrontamiento, la calidad de vida y el apoyo social y familiar. Tesis Doctoral. 2017. Available from: <https://idus.us.es/handle/11441/75693>
209. Méndez C, Rondón M. Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría rev.colomb.psiquiatr vol41 no1* . 2010; 197–207.
210. Jardon C, María Em. A method to determine core competences in small and medium enterprises. *Rev Adm Univ Fed St María*. 2011;195–214.
211. Celina H, Campos A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;34(4):572–80.
212. Guerrero G, López J, Villaseñor N, Gutiérrez C, Sánchez Y, Santiago L, et al. Diseño y validación de un cuestionario de hábitos de vida de alimentación y actividad física para escolares de 8-12 años. *Rev Chil Salud Pública*. 2014 Nov 6;18(3):249.
213. Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la D. D Of la Unión Eur. 2016;2014(119):1–88.

214. Hartley D, Ridenour M, Craine J, Morrill A. Workplace violence prevention for nurses on-line course: Program development. *Work* . 2015 Jun 9; 51(1):79–89.
215. Hamdan M, Abu Hamra A. Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Hum Resour Health*. 2015 Dec 7; 13(1):28.
216. Tadros A, Kiefer C. Violence in the Emergency Department: A Global Problem . Vol. 40, *Psychiatric Clinics of North America*. Elsevier; 2017. p. 575–84.
217. Babaei N, Rahmani A, Avazeh M, Mohajjelaghdam AR, Zamanzadeh V, Dadashzadeh A. Determine and compare the viewpoints of nurses, patients and their relatives to workplace violence against nurses. *J Nurs Manag*. 2018 Jul; 26(5):563–70.
218. Edward K, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs* . 2014 Jun 26; 23(12):653–9.
219. Bernaldo de Quirós M, Cerdeira JC, Gómez MM, Piccini AT, Crespo M, Labrador FJ. Agresiones a los profesionales del SUMMA 112: Lineas de actuación para su prevención. *Segur y medioambiente*. 2013; 33(131):26–36.
220. Xing K, Zhang X, Jiao M, Cui Y, Lu Y, Liu J, et al. Concern about Workplace Violence and Its Risk Factors in Chinese Township Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* . 2016 Aug 10;13(8):811.
221. Samur M, Intepeler SS. Factors influencing nurses' perceptions of occupational safety. *Arch Environ Occup Health*. 2017 Jan 2; 72(1):45–52.
222. Josefa, Blasco & Padrón, Alexander & Mengual-Andres, Santiago. Validación mediante método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al Windsurf. *Agora para la educación física y el deporte*. 2010. 12. 75-94.
223. Blando J, Ridenour M, Hartley D, Casteel C. Barriers to Effective Implementation of Programs for the Prevention of Workplace Violence in Hospitals. *Online J Issues Nurs*. 2015 Jan; 20(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26807016>

224. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-11. 2022. Available from: <https://icd.who.int/es>
225. Ferns T. Under-reporting of violent incidents against nursing staff. *Nurs Stand.* 2006 Jun 14; 20(40):41–5.
226. Cedeño-Guevara, Pamela & Escobar Segovia, Kenny. Síndrome de Burnout por COVID-19 en personal sanitario en áreas UCI y Emergencia de un hospital de segundo nivel. *Ciencia e Innovación en Salud.* 2022. 10.17081/innosa.151.
227. Colmenares E. AM. Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Voces y Silenc Rev Latinoam Educ.* 2012;3(1):102–15.
228. Christie W. Perceptions of managerial support after workplace violence. *Nurs Manage.* 2015 Nov 28; 22(7):32–6.
229. ABC de Sevilla. Los médicos de Sevilla reclaman una reforma del Código Penal frente al crecimiento de las agresiones. 2019. Available from: https://sevilla.abc.es/sevilla/sevi-medicos-sevilla-reclaman-reforma-codigo-penal-frente-crecimiento-agresiones-201903141310_noticia.html
230. Arroyo J. Enmienda al Código Penal para que el médico privado sea autoridad pública. *Redacción Médica.* [Internet]. [cited 2019 Aug 20]. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/enmienda-al-codigo-penal-para-que-el-medico-privado-sea-autoridad-publica--3102>
231. Herrero J. El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Psychosoc Interv.* 2010;19(3):289–300.
232. Abad Corpa E, Delgado Hito M, Cabrero García J. La investigación-acción-participativa: una forma de investigar en la práctica enfermera. *Investig y Educ en enfermería.* 2010;28(3):464–74.

233. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Informe del grupo de trabajo de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2017-2018. Available from:
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/agresiones/docs/informe_agresiones_final.pdf
234. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras, año 2019. Catálogo de publicaciones oficiales de la administración general del estado. 2020. Available from: https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2019/
235. Eric McLuhan y Frank Zingrone. McLuhan. Escritos esenciales, 1995; p. 128.
236. Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: Agresividad y burnout. *Sistema Sanitario Navarro*. 2010; 33(SUPP1):193–201. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original19.pdf>
237. Gallant-Roman MA. Strategies and tools to reduce workplace violence. Vol. 56, *AAOHN journal : official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*. 2008 p. 449–54. Available from:
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.3928/08910162-20081101-04>
238. Farrell GA, Salmon P. Do zero tolerance policies deskill nurses? *Nurs Times*, 2014;110(6):14–6.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24669468>
239. McKay KA, Narasimhan S. Bridging the gap between doctors and nurses. *J Nurs Educ Pract*. 2012; 29;2.
240. Moreno B, Báez, C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo. 2011; 4-144.
241. Ayasreh IR, Khalaf IA. Nurse students' attitudes toward the nursing profession after witnessing workplace violence. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2020; 1;17.

242. Chen C, Smith P, Mustard, C. Gender differences in injuries attributed to workplace violence in Ontario 2002-2015. *Occupational and Environmental Medicine*. 2019, 3-9.
243. Morken T, Johansen IH, Alsaker K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Fam Pract* . 2015 Dec 1 16(1):51. Available from:
<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0276-z>
244. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Aranyos D, Essenmacher L, Upfal MJ, et al. Using database reports to reduce workplace violence: Perceptions of hospital stakeholders. *Work*. 2015;51(1):51–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25059315>
245. Giddens A, Sutton P. *Sociología* (8ª edición). Madrid: Alianza Editorial; 2012. p. 978-1018.
246. Montero Bartolomé M. *Otros mundos. Otras tecnologías. Andanzas africanas de una antropóloga*. Madrid: Tecnos; 2020.
247. Keet M, Heavin H.D, Sparrow S. Anticipating and managing the psychological cost of civil litigation. *Windsor Yearbook of Access to Justice*, 2018, 34(2), 73-98.
248. Olatunji B O, Ciesielski, B G, Tolin D F. Fear and Loathing: A Meta-Analytic Review of the Specificity of Anger in PTSD, *Behavior Therapy*, 2010; 41(1):93-105.
249. Lynn E, O 'connor L E, Berry J, Stiver D J, Rangan R K. Depression, Guilt, and Tibetan Buddhism, *Psychology*, 2012; 3(09):805-809.

250. Han S, Shanafelt T D, Sinsky C A, Awad K M, Dyrbye L N, Fiscus L C, Trockel M, Goh J. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States, *Annals of internal medicine*, 2019; 170 (11):784-790.
251. Ramaciatti N, Lumini E, Rasero L, Ceccagnoli A. Segnalazione degli eventi aggressivi via App: sperimentazione in Pronto Soccorso. Póster. Conference: Congresso Nazionale Aniarti "We care, il lavoro di assistere" At: Rimini (Italy) Ordinal: 35°. 2016. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/309985922_Segnalazione_degli_eventi_aggressivi_via_App_sperimentazione_in_Pronto_Soccorso
252. Gastmans C. Interpersonal relations in nursing: a philosophical-ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. *Journal of advanced nursing*, 1998. 28(6), 1312–1319.
253. Organización Internacional del Trabajo. Actualización de las necesidades del sistema: Mejora de la protección frente al ciberacoso y a la violencia y el acoso en el mundo del trabajo posibilitados por las TIC. 2020. Available from:
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_736237.pdf
254. García Pérez, M D, Espadero Márquez, L. Historia del movimiento antivacunas. *Revista Enred@2*, Junta de Andalucía, 2022; nº 11, Available from:
<https://ws168.juntadeandalucia.es/iaap/revista/2022/03/22/historia-del-movimiento-antivacunas/>
255. Chen Y-C, Chuang H, Wang C T. Employee Assistance Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Employment Counseling*, 2021; 58(4):144-166, Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/joec.12170>
256. Velasco Bueno J M, Prieto de Paula J F, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva*, 2005; V. 16, Issue 2, 73-83.

257. Pardavila Belio M I, Vivar C G. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*; 2012; V. 23, 51-67
258. Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anestesiol.* 2007 May;73(5):299-305. Available from:
<http://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/archive.php?cod=R02Y9999>
259. Vecillas Sevilla, M T, Martínez Ques, A. Los derechos de los familiares de los pacientes. *Revista Ética de los Cuidados* 2009 jul-dic; 2(4)
260. Ninger L. Planning a family visit program for PACU. *OR Manager.* 2003;19(12):20-22.
261. Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *BOE (Boletín Oficial del Estado)* 2018.

9. ANEXOS

Anexo 1. Checklist de Coreq de los Grupos Focales.

Características personales

| | | |
|---|--|---|
| 1 | ¿Quién conduce las entrevistas de los grupos focales | Las entrevistas son dirigidas por la autora de la tesis, acompañada de otro miembro del equipo de investigación. |
| 2 | Credenciales | El grupo de investigación lo componen la autora de la tesis María Dolores García Pérez (MDGP) (enfermera especialista Enfermería del Trabajo, licenciada en Psicología y graduada en Antropología Social y Cultural), las doctoras Adriana Rivera Sequeiros (ARS) y Marta Lima Serrano (MLS) y Tomás María Sánchez Elías (TMSE) (médico especialista en Medicina del Trabajo). |
| 3 | Ocupación | María Dolores García Pérez es enfermera del trabajo en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Adriana Rivera Sequeiros es responsable del área de investigación en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Marta Lima Serrano es profesora en la Universidad de Ciencias de la Salud de Sevilla y Tomás M ^a Sánchez Elías es médico del trabajo en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. |
| 4 | Género | MDGP, ARS y MLS son mujeres. TMSE es un hombre. |
| 5 | Experiencia | MDGP es doctoranda, MLS y ARS son doctoras con diferentes publicaciones realizadas. TMSE no tiene experiencia investigadora |

Relación con los participantes

| | | |
|---|---|--|
| 6 | ¿Existía alguna relación previa al inicio del estudio? | MDGP, ARS y TMSE son compañeros de trabajo de los profesionales que han participado en los grupos focales pertenecientes al Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. |
| 7 | ¿Qué conocían los participantes acerca de la investigación? | A todos los participantes se le realizó una introducción sobre los objetivos de la investigación. |
| 8 | ¿Qué características se reportaron sobre el entrevistador/facilitador? Por ejemplo sesgos, asunciones, razones e intereses en el objeto de la investigación | La realización de estos grupos focales se engloba dentro de una fase de operacionalización del constructo y generación de Ítems dentro de un proceso de creación y validación de una herramienta para evaluar la declaración de AL a sanitarios. Ese es el tema de la tesis de la autora, además de ser uno de los aspectos relevantes dentro de su ocupación laboral. |

Marco teórico

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 9 | Orientación metodológica | Análisis de contenido |
|---|--------------------------|-----------------------|

Selección de los participantes

- | | | |
|----|------------------------|---|
| 10 | Muestreo | Los participantes fueron seleccionados de forma intencional, no aleatorizadas. |
| 11 | Método de convocatoria | Se realizó personalmente así como por teléfono |
| 12 | Tamaño de la muestra | 40 |
| 13 | No participación | En los grupos 4 y 5 de grupo total de 17 médicos/as consultados, solo 6 aceptaron participar. Los que no lo hicieron alegaron no tener tiempo para poder acudir, aunque todos expresaron un gran interés en el tema |

Lugar de realización

- | | | |
|----|-------------------------------|---|
| 14 | Lugar de recogida de datos | Salas habilitadas en cada hospital para la celebración de las sesiones |
| 15 | Presencia de no participantes | No había ninguna otra persona en la sala al margen del equipo investigador y de los participantes |
| 16 | Descripción de la muestra | La característica más relevante, además de ser personal sanitario de ámbito hospitalario, era que su puesto de trabajo conllevaba el riesgo de sufrir una agresión laboral. |

Recogida de datos

| | | |
|----|-------------------------------------|--|
| | | Se elaboró una guía para una entrevista semi-estructurada, mediante la revisión bibliográfica sobre el tema y reuniones previas con expertos en la materia y representantes de los trabajadores/as: |
| | | ¿Qué pensáis que es una AL a un personal sanitario? ¿Qué tipos distinguís? |
| | | ¿Qué pensáis que constituye una AL verbal? ¿Qué comportamientos maleducados de los pacientes y allegados, aunque molestos, no los consideraríais como una AL verbal? |
| | | ¿Habéis sufrido o habéis sido testigo de alguna AL en los últimos años? |
| | | ¿En vuestro día a día, os preocupa que os puedan agredir física o verbalmente? |
| | | ¿Pensáis que hace mella en vuestra salud emocional? |
| 17 | Guía de la entrevista. | ¿Creéis que las AL a sanitarios están aumentando? |
| | | ¿Conoces el procedimiento de declaración de AL? ¿qué opinas de él? |
| | | ¿Creéis que las AL físicas o verbales en el hospital se declaran? ¿Por qué? |
| | | ¿Qué pensáis que podría facilitar que los profesionales declararan las AL físicas y verbales que sufren? |
| | | ¿Creéis que se denuncian judicialmente las AL físicas y/o verbales que sufren los profesionales del hospital? ¿Por qué? |
| | | ¿Qué pensáis que podría facilitar que los profesionales denuncien judicialmente las AL físicas y verbales que sufren? |
| | | ¿Qué medidas pensáis que podrían disminuir las AL a sanitarios? |
| 18 | Entrevistas repetidas | Se realizaron las mismas entrevistas y con las mismas categorías profesionales por una parte de forma individual y por otra mezclando las categorías profesionales. |
| 19 | Grabación | Para el registro de las sesiones en las que se dio la autorización, se usó la grabadora del móvil de MDGP, (Xiaomi MI A1) |
| 20 | Notas de campo durante las sesiones | No se tomaron notas de campo durante las sesiones. Únicamente en aquellas en las que no se autorizó la grabación de dicha sesión, se escribió de forma manual en un cuaderno las ideas principales de las frases de los participantes. |
| 21 | Duración | 60 minutos |
| 22 | Saturación | Se contó la aparición de cada idea en las diferentes sesiones. |
| 23 | Feedback transcripciones | No se realizó ningún feedback hacia los participantes tras la realización de la transcripción. |

Análisis y resultados

| | | |
|----|--------------------------|---|
| | | Tendencia de AL a sanitarios |
| | | Comportamientos que incluye el concepto AL verbal |
| | | Factores que influyen en la AL |
| | | Medidas preventivas para evitar las AL |
| 24 | Número de códigos | Repercusión en calidad asistencial de las AL |
| | | Declaración de las AL |
| | | Factores que influyen en la declaración de la AL: |
| | | Conocimiento del procedimiento de declaración |
| | | Motivos expresados para no declarar |
| 25 | Descripción de códigos | Se realizó una descripción de cada código |
| 26 | Temas derivados | Se identificaron 42 temas derivados |
| 27 | Software | Maxqda (versión online 2020) |
| 28 | Feedback a participantes | No se contactó con los participantes posteriormente |

Reporting

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| 29 | Quotations presentadas | Se presentan diferentes verbatims para ilustrar cada idea (uno u dos) |
| 30 | Consistencia con los datos | Los datos son consistentes con lo hallado en la bibliografía |
| 31 | Claridad de los temas mayores | Sí, se presentaron con claridad |
| 32 | Claridad de los temas menores | Se debatió acerca de los diferentes temas menores |

Anexo 2. Consentimiento informado para grabación Grupos Focales

Esta sesión será grabada como parte del estudio de investigación: “DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE DECLARACIÓN DE AGRESIONES LABORALES EN ÁMBITO SANITARIO”, con el fin de realizar un análisis cualitativo de la información aportada. El material solo estará al alcance del equipo de investigación conformado por María Dolores García Pérez (HSJDA), Tomás M^a Sánchez Elías (HSJDA), Adriana Rivera Sequeiros (HSJDA) y Marta Lima Serrano (Universidad de Sevilla).

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos y en la Ley Orgánica 3/2008 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales le informamos de lo siguiente:

- Le informamos que con su firma usted consiente libre, expresa y explícitamente a que sus datos personales sean tratados por el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla), con fines de investigación científica o estadísticos, en base a la Ley Orgánica antes citada.

- Los datos serán tratados de forma anonimizada, no identificando las voces que quedarán registradas en la grabación, solo transcribiendo el contenido con el fin de ser analizado.

-Sus datos personales no serán comunicados o cedidos a terceros, así como tampoco serán objeto de decisiones automatizadas o transferencias internacionales. Los datos de carácter personal, una vez que dejen de ser necesarios, serán conservados de acuerdo a los plazos legalmente previstos, tras lo cual se suprimirán.

-Podrá ejercer sus derechos como afectado, en los términos previstos por la normativa, así como presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos). En este sentido podrá dirigirse a: Avenida. San Juan de Dios, s/n, CP 41930 Bormujos, Sevilla o contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través del email C15_DPO@sjd.es

Le informamos que, con la aceptación de las siguientes condiciones, usted consiente libre, expresa y explícitamente a la grabación de la sesión en la que participa el día _____:

| NOMBRE | DNI | FECHA | FIRMA |
|--------|-----|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Anexo 3. Cuestionario 1ª ronda de consultas Panel Delphi.

GRUPO EXPERTOS PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO: DECLARACIÓN DE AGRESIONES LABORALES A PERSONAL SANITARIO

Las agresiones laborales suponen un gran problema a escala mundial y afectan tanto a la salud física, mental y emocional de los trabajadores, como a la calidad del servicio prestado.

Con este documento le invitamos a participar en nuestro estudio, como componente del GRUPO DE EXPERTOS, para valorar, de forma anónima, una serie de preguntas, indicando su grado de acuerdo con la adecuación del cuestionario, su comprensión, su formulación, si alguna de las preguntas despierta molestias o incomodidades, la consideración de que alguna de las preguntas planteadas no debería estar en el cuestionario o cualquier otra sugerencia que consideren pertinente para mejorar la validez del cuestionario base.

Se le mostrarán 22 preguntas (numeradas), introducidas por el objetivo que perseguimos obtener al realizar cada pregunta. Estas preguntas no es necesario contestarlas (además es una imagen, no os va a dar la opción). Debajo de cada pregunta se os consultará sobre dos cuestiones.

1.- Sobre la claridad de la pregunta y su comprensión (si la pregunta se entiende con claridad o es confusa y no permite saber exactamente qué está preguntando).

2.- Y sobre la adecuación/pertinencia de la pregunta que realizamos respecto al objetivo que hemos expresado que perseguimos al hacerla. (si para lo que queremos saber, es una pregunta idónea o no).

Estas preguntas deben contestarse según una escala likert de 5 niveles.

Tras estas dos preguntas, se realiza una consulta abierta para sugerencias, reflexiones o explicaciones.

Le informamos que, con la aceptación de las siguientes condiciones, usted consiente libre, expresa y explícitamente a que los datos aportados sean tratados por el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla), con fines de investigación científica o estadísticos. Sus datos personales no serán comunicados o cedidos a terceros, así como tampoco serán objeto de decisiones automatizadas o transferencias internacionales. Los datos de carácter personal, una vez que dejen de ser necesarios, serán conservados de acuerdo a los plazos legalmente previstos, tras lo cual se suprimirán. Podrá ejercer sus derechos como afectado, en los términos previstos por la normativa, así como presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos). En este sentido podrá dirigirse a: Avenida. San Juan de Dios, s/n, CP 41930 Bormujos, Sevilla o contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través del email C15_DPO@sjd.es

CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Acepto

 Esta pregunta es obligatoria

PREGUNTA 1. PERCEPCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LAS AGRESIONES LABORALES

OBJETIVO: En esta pregunta exploramos la percepción que tiene cada profesional de la existencia y frecuencia de agresiones en su medio laboral. Con ello perseguimos conocer el clima emocional en el que los trabajadores perciben que discurre su desarrollo profesional. Por favor, lee la pregunta nº 1 y contesta a las cuestiones que seguidamente te hacemos sobre ella.

PREGUNTA 1 ¿Consideras algo habitual en tu lugar de trabajo...

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| la agresión FÍSICA por parte de pacientes o acompañantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| la agresión VERBAL por parte de pacientes o acompañantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

CLARIDAD/COMPENSIÓN de la pregunta. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 2. TENDENCIA DE LAS AGRESIONES LABORALES

En esta pregunta se sondea la percepción del profesional sobre la tendencia que presentan las agresiones profesionales en el ámbito sanitario de forma general. Con ello perseguimos conocer su impresión sobre la progresión de esta práctica.

PREGUNTA 2 ¿Crees que las agresiones laborales en centros sanitarios están aumentando?

- Sí
- No

CLARIDAD/COMPENSIÓN de la pregunta. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 3. PERCEPCIÓN DE LA EXPOSICIÓN A LAS AGRESIONES LABORALES

En esta pregunta queremos recabar datos acerca de la percepción/sensación del profesional al respecto de la exposición a resultar agredido y si esto está presente en los pensamientos/preocupaciones de su día a día. Con esto buscamos determinar el grado de presencia psicológica/emocional que tiene esta práctica en su quehacer diario

PREGUNTA 3 En tu día a día, mientras trabajas, ¿piensas en que puedan agredirte...

| | Nunca | A veces | Con frecuencia | Siempre |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| físicamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verbalmente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

CLARIDAD/COMPENSIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 4. CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES LABORALES

A esta pregunta se llega después de haber respondido afirmativamente a la pregunta de si había tenido una AL verbal o física (están diferenciadas en el cuestionario). Con esta pregunta queremos determinar las consecuencias psíquicas que acarrea el sufrir una agresión para valorar el grado de lesividad y las secuelas que puede ocasionar.

PREGUNTA 4 ¿Has sentido alguno de estos síntomas relacionados con la agresión que sufriste?

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Ansiedad |
| <input type="radio"/> | Ira |
| <input type="radio"/> | Depresión |
| <input type="radio"/> | Temor |
| <input type="radio"/> | Otro: |

CLARIDAD/COMPENSIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 5. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA AGRESIONES LABORALES

En este apartado pretendemos obtener información sobre lo que los profesionales que se enfrentan a este tipo de situaciones, consideran que podría ayudar a disminuir o evitar las agresiones laborales.

PREGUNTA 5 ¿Cómo crees que se podrían evitar/disminuir las agresiones laborales (verbal/física, diferenciado en el cuestionario)?

Tu respuesta

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 6. TESTIGOS DE AGRESIÓN

La evidencia científica nos indica que la exposición como testigo a una agresión también tiene repercusiones emocionales y de daño psicológico. Con esta pregunta pretendemos explorar el grado en el que los profesionales se enfrentan a esta situación. En el cuestionario se divide en dos preguntas, una referida a las AGRESIONES FÍSICAS y otra a las AGRESIONES VERBALES.

PREGUNTA 6 ¿Has sido testigo de alguna agresión (física/verbal, diferenciado en el cuestionario) a otro/a compañero/a en tu lugar de trabajo en los últimos dos años?

- Sí, una
- Sí, más de una
- No

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 7. VIVENCIA DE AGRESIÓN

En este apartado vamos a preguntar si el profesional ha sufrido una agresión en los últimos dos años. Esto nos dará una referencia sobre las agresiones que soportan los profesionales, y a la vez nos dará la entrada a, en los casos de haber sufrido una agresión, poder consultar sobre la declaración de ésta. En el cuestionario se divide en dos preguntas diferentes (agresión física/verbal). Hemos pensado que dos años es un periodo de referencia oportuno para valorar esta exposición, al ser lo suficientemente largo como para recoger prácticas no muy habituales, y lo suficientemente corto para que la memoria no sea un problema a la hora de contestar la pregunta.

PREGUNTA 9 ¿Has sufrido alguna agresión física/verbal, diferenciado en el cuestionario en los últimos dos años?

- Sí, una
- Sí, más de una
- No

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 8. CARACTERÍSTICAS DE LA AGRESIÓN FÍSICA

En este apartado queremos obtener datos sobre el tipo de agresión física. No hemos ahondado en esta pregunta, que podría ser mucho más extensa, porque aunque nos parece un dato que podría aportarnos información, el objetivo del estudio no son las agresiones en sí (lo que será objeto de otro cuestionario) sino la declaración de estas agresiones.

PREGUNTA 8. La agresión FÍSICA implicó:

- Golpe con una parte del cuerpo
- Golpe con un objeto
- Rotura de mobiliario
- Otro: _____

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 9. EXPOSICIÓN A CONDUCTAS VIOLENTAS

OBJETIVO: Investigar la exposición de los profesionales a conductas que pueden suponer una tensión emocional, pudiendo estar éstas catalogadas como AL verbal o no. Una alta presencia de este tipo de conductas puede contribuir a elevar la tensión en el clima emocional laboral, pudiendo favorecer las agresiones, las comunicaciones insanas entre profesional-paciente y la sensación de indefensión del profesional de ámbito sanitario. Hemos incluido el periodo de dos años por las mismas razones antes expuestas y hemos usado diferentes medidas de frecuencia (diaria, mensual, anualmente, de forma aislada).

PREGUNTA 9. En los últimos 2 AÑOS has vivido alguna de estas situaciones por parte de pacientes o acompañantes:

| | Nunca | Sí, de forma aislada. | Sí, más de una vez al año | Sí, más de una vez al mes | Sí, diariamente |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Enfadados por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malas caras/ miradas de desprecio u hostiles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuestionar las decisiones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfadados por falta de información | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tonos inapropiados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 10. CLARIDAD DEL CONCEPTO DE AL VERBAL

En numerosos estudios se señala la necesidad de clarificar el concepto de AL VERBAL. En los grupos focales realizados en la etapa cualitativa de construcción del cuestionario, también ha quedado patente este hecho. En esta pregunta queremos conocer la opinión sobre este tema de los profesionales encuestados.

PREGUNTA 10 ¿Tienes claro las conductas que se incluyen dentro del concepto AL verbal o tienes dudas sobre lo que incluye y lo que solo sería un comportamiento maleducado?

- Lo tengo muy claro, no tengo ninguna duda
- Tengo algunas dudas en algunos comportamientos concretos.
- No lo tengo nada claro, me surgen muchas dudas

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 11. QUÉ SE CONSIDERA UNA AL VERBAL

OBJETIVO: Relacionado con el punto anterior, en esta pregunta vamos a indagar sobre qué conductas consideran los profesionales que son constitutivas de AL verbal, y dentro de éstas, cuales declararían y cuáles no.

PREGUNTA 11. Cuál de estos comportamientos de pacientes o acompañantes consideras que es una AL verbal:

| | Sí, lo considero una agresión verbal y LO DECLARARÍA a la Organización de mi Hospital | Sí, lo considero una agresión verbal pero NO LO DECLARARÍA a la Organización de mi Hospital | NO, no lo considero una agresión verbal |
|---|---|---|---|
| Muestras de enfado por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuestionar las decisiones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tono inapropiado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 12. CONOCIMIENTO PROTOCOLO DE AGRESIONES LABORALES

OBJETIVO: indagar sobre si el profesional sanitario conoce el protocolo de actuación de agresión de su centro.

PREGUNTA 12 ¿Conoces el protocolo de actuación ante una agresión en tu centro de trabajo?

- Sí
- No

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 13. CONOCIMIENTO FORMA DE COMUNICACIÓN DE AGRESIÓN

OBJETIVO: conocer si el profesional sabe cómo se comunican las agresiones del centro en el que trabaja. Se diferencia de la anterior, ya que en la primera preguntamos por todo el procedimiento y en esta si sabrían a quién comunicarle lo que ha pasado, con independencia de que no sepan el procedimiento completo.

PREGUNTA 17 ¿Sabes cómo se comunican las agresiones en tu Hospital?

- Sí, comunicándolas a RRHH
- Sí, comunicándolas al Servicio de Prevención y Salud Laboral del Hospital
- Sí, comunicándolas al superior directo
- Sí, mediante la cumplimentación de un formulario en papel
- Sí, mediante la cumplimentación de un formulario en el ordenador, o aplicación móvil.
- No sé como se comunica

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 14. DECLARACIÓN DE AGRESIONES.

En el caso de que en preguntas anteriores haya confirmado que ha tenido una AL verbal o física (preguntas diferenciadas), la ruta del cuestionario te dirige a esta pregunta, que te consulta si la has declarado y la forma en la que lo has hecho. La forma de declaración también nos ofrece información, ya que caso de declararse por vías que no son las establecidas oficialmente, indica la necesidad de clarificar e intensificar la información que se proporciona a los profesionales sobre las vías de declaración correctas y específicas de cada centro.

PREGUNTA 14. ¿Declaraste la agresión sufrida a la organización?

- Sí, lo declaré en Recursos Humanos
- Sí, lo declaré en el Servicio de Prevención y Salud Laboral del Hospital
- Sí, cumplí el formulario de declaración de agresiones en el ordenador
- Se lo comenté a mi superior.
- No, Solo lo hablé con mis compañeros, pero no realicé ninguna declaración formal del caso
- No, no se lo comenté a nadie
- Otro: _____

CLARIDAD/COMPENSIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 15. FACTORES FACILITADORES DE LA DECLARACIÓN

En esta pregunta, solicitamos a los profesionales sus ideas o impresiones sobre los factores que contribuirían a facilitar la declaración de agresiones por parte de los profesionales para obtener ideas que puedan orientar medidas preventivas.

PREGUNTA 15 ¿Qué mejorarías para facilitar la declaración de Agresiones a la Organización de tu hospital?

CLARIDAD/COMPENSIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 16. DENUNCIA JUDICIAL DE LA AGRESIÓN

OBJETIVO: indagar la realización de denuncias judiciales derivadas de las agresiones laborales. Aprovechamos para consultar si en caso de realizarse, se hizo ayudada por la organización. Está diferenciada por agresión física o verbal.

PREGUNTA 16 ¿Realizaste una denuncia judicial de la agresión?

- No
- Sí, me ayudó mi Organización
- Sí, lo hice por mi cuenta.

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 17. MOTIVOS DE NO DECLARACIÓN

Se llegará a esta pregunta en caso de haber expresado que se ha tenido una agresión (se diferencia sí física y/o verbal) y que no la han declarado. Es uno de los ítems más importantes del cuestionario. Es importante que si observáis algún otro motivo que no haya sido referenciado, lo indiquéis.

Pregunta 17. Puntúa la importancia de estos factores en la no declaración de la agresión que sufriste (siendo el 1 nada importante en la decisión, y el 7 el motivo más importante).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | <input type="radio"/> |
| No conocía el procedimiento para declararla. | <input type="radio"/> |
| Pensé que no iba a servir para nada. | <input type="radio"/> |
| No le di importancia, es algo común | <input type="radio"/> |
| No tenía tiempo de pararme a declararla | <input type="radio"/> |
| Miedo a las represalias | <input type="radio"/> |
| Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | <input type="radio"/> |
| Me resultaba humillante contar esa experiencia | <input type="radio"/> |
| Temor a que piensen que yo había hecho algo para provocar la agresión | <input type="radio"/> |
| No quería complicaciones (tener que poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial...) | <input type="radio"/> |
| Nadie la declara y no quería ser el único | <input type="radio"/> |
| Declararla no está bien visto en la organización | <input type="radio"/> |
| El paciente o allegado que realizó la agresión se disculpó | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones físicas son inevitables | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones verbales son inevitables | <input type="radio"/> |

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 18. MOTIVOS DE NO DECLARACIÓN 2

Esta pregunta completa la anterior, dándole la posibilidad a los profesionales de expresar otro tipo de motivaciones que no se hubieran contemplado. Con esto pretendemos cumplir todo el espectro de motivaciones que impulsen a los profesionales a no declarar sus agresiones para poder actuar sobre todos los factores implicados.

Pregunta 18. Describe si hay algún factor que no se haya contemplado en la pregunta anterior y que te resulte importante para la no declaración de la agresión que sufriste.

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 19. APOYO DE LOS ÓRGANOS DIRECTIVOS

En esta pregunta indagamos sobre el apoyo percibido por los profesionales que han declarado alguna agresión, por parte de los órganos directivos de su centro de trabajo, en dicho proceso (declaración de agresiones). Esta pregunta está también diferenciada por AL verbal y física en el cuestionario que se le pasará a los profesionales.

PREGUNTA 19 En la declaración de la agresión sufrida (verbal/ física diferenciado en el cuestionario), te sentiste amparado por:

| | Nada amparado | Poco amparado | Neutro | Amparado | Muy amparado |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gerencia/ Dirección | <input type="radio"/> |
| Persona jerárquicamente superior | <input type="radio"/> |
| Servicio de Prevención/ Preventiva | <input type="radio"/> |
| Delegado/as de prevención | <input type="radio"/> |
| Representantes sindicales | <input type="radio"/> |
| Compañeros/as | <input type="radio"/> |

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 20. APOYO DE LOS ÓRGANOS DIRECTIVOS

Esta es una pregunta abierta para recoger las ideas o sugerencias de los profesionales de cómo podría mejorar el apoyo de los órganos directivos en el proceso de declaración de agresiones por parte de los profesionales sanitarios. También está diferenciada en el cuestionario original para agresiones verbales y agresiones físicas.

Pregunta 20 ¿Que mejorarías de la atención de los órganos directivos de tu hospital en el proceso de la declaración de agresiones (verbal/ física, diferenciada en el cuestionario)?

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 21. HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS DE DECLARACIÓN

A esta pregunta llegan los profesionales que han contestado que en su centro de trabajo, la comunicación de las agresiones se realiza mediante una herramienta habilitada en el ordenador. Con ella pretendemos saber el uso que se hace de dicha herramienta, relacionándolo además con el tipo de agresión sufrida.

PREGUNTA 21 ¿Has usado alguna vez el sistema de registro de agresiones laborales mediante formulario en el ordenador?

- Sí
- No, aunque he tenido agresiones físicas en el periodo que lleva funcionando dicho registro
- No, aunque he tenido agresiones verbales en el periodo que lleva funcionando dicho registro
- No, aunque he tenido agresiones físicas y verbales en el periodo que lleva en funcionamiento el Sistema de Registro Informático de Agresiones
- No, no he tenido ningún episodio de agresión verbal o física

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

1 2 3 4 5

No se comprende en absoluto Absolutamente comprensible

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

1 2 3 4 5

Nada pertinente Completamente pertinente

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

PREGUNTA 22. HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS DE DECLARACIÓN 2

A esta pregunta llegan los profesionales que han contestado que, teniendo en su centro una herramienta de declaración de agresiones en ordenador o app móvil, y habiendo tenido una agresión, no han usado dicha herramienta. Con ella pretendemos investigar los problemas que pueden asociarse a este tipo de herramientas. Estas herramientas suponen una forma cómoda y fácil de declarar las agresiones, y esta pregunta podría orientarnos a la hora de implantarla, saber qué son los aspectos más importantes a tener en cuenta al respecto de su usabilidad por los profesionales, y en los casos en los que ya esté implantada, un elemento para evaluarla.

PREGUNTA 22. No usaste la herramienta de declaración informática en tu agresión por (Puntúa del 1-7, siendo el 1 nada de acuerdo, y el siete completamente de acuerdo)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> |
| Difícil de utilizar | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia...) | <input type="radio"/> |

CLARIDAD/COMPRESIÓN. Valora si la pregunta es fácil de entender, quedando claro el significado.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| No se comprende en absoluto | <input type="radio"/> |
| Absolutamente comprensible | | | | | |

PERTINENCIA. Valora, respecto al objetivo descrito, si es adecuada para investigar lo planteado.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nada pertinente | <input type="radio"/> |
| Completamente pertinente | | | | | |

VALORACIÓN DE LA PREGUNTA. Por favor, si has marcado alguna pregunta como poco clara o no pertinente, indícanos los motivos. Coméntanos si hay algún otro aspecto que quieras destacar (pueda resultar molesta, incorrectamente construida, repetitiva, darías otras opciones de respuesta, la formularías de otra forma...)

Anexo 4. Cuestionario 2ª ronda de consultas Panel Delphi.

GRUPO EXPERTOS VALIDACIÓN CUESTIONARIO: DECLARACIÓN DE AGRESIONES LABORALES A PERSONAL SANITARIO (2ª RONDA)

En primer lugar, agradeceremos nuevamente vuestra contribución a nuestro estudio de investigación. En la primera ronda de valoración, todas las preguntas que valorasteis cumplieron con los criterios marcados para su permanencia en el test.

Media $\geq 3,5$

Mediana $\geq 3,5$

Valoraciones altas (4-5) $\geq 80\%$ (5)

Se hicieron una serie de sugerencias, recomendaciones, que han sido evaluadas por el equipo investigador. En esta segunda ronda, os solicitamos que reflexionéis sobre dichas sugerencias y nos deis vuestra valoración sobre ellas, por si incluirlas puede mejorar la estructura de este cuestionario.

PROTECCIÓN DE DATOS:

Le informamos que, con la aceptación de las siguientes condiciones, usted consiente libre, expresa y explícitamente a que los datos aportados sean tratados por el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla), con fines de investigación científica o estadísticos. Sus datos personales no serán comunicados o cedidos a terceros, así como tampoco serán objeto de decisiones automatizadas o transferencias internacionales. Los datos de carácter personal, una vez que dejen de ser necesarios, serán conservados de acuerdo a los plazos legalmente previstos, tras lo cual se suprimirán. Podrá ejercer sus derechos como afectado, en los términos previstos por la normativa, así como presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos). En este sentido podrá dirigirse a: Avenida. San Juan de Dios, s/n, CP 41930 Bormujos, Sevilla o contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través del email C15_DPO@sjd.es.

CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Acepto

 Esta pregunta es obligatoria

PREGUNTA 3. PERCEPCIÓN EXPOSICIÓN A AGRESIONES LABORALES

Tras la revisión de las aportaciones de los diferentes expertos, se nos sugieren cambiar, en esta pregunta, el enunciado y la escala likert en la que se evalúa. La opción A es la pregunta original. La opción B es la nueva propuesta. Por favor, indícanos, en comparación con la opción original, el grado en qué estáis de acuerdo con la nueva alternativa.

OPCIÓN A DE PREGUNTA

PREGUNTA 3 En tu día a día, mientras trabajas, ¿piensas en que puedan agredirte...

Marca solo un óvalo por fila.

| | Nunca | A veces | Con frecuencia | Siempre |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| fisicamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verbalmente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

OPCIÓN B DE PREGUNTA

PREGUNTA 3. Indícanos el grado en que estás de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación: Mientras trabajo, pienso en que pueden agredirme...

| | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Fisicamente | <input type="radio"/> |
| Verbalmente | <input type="radio"/> |

¿Estás de acuerdo con cambiar la opción original de la pregunta (a) por la nueva opción propuesta b?

- Completamente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutro/indiferente
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Si tenéis alguna sugerencia o indicación sobre la propuesta de cambio, por favor, escribidla a continuación:

PREGUNTA 4. CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES

Se nos sugiere incorporar a los síntomas enunciados los de culpa y frustración/impotencia. Por favor, indicarnos si consideras oportuno dicho cambio.

Pregunta inicial sin incorporar los cambios.

PREGUNTA 4 ¿Has sentido, posteriormente, alguno de estos síntomas relacionados con la agresión (VERBAL/FÍSICA diferenciado en el cuestionario) que sufriste?

Selecciona todos los que correspondan.

- Ansiedad
 Ira
 Temor
 Depresión
 Ningún síntoma relacionado

Otro: _____

Indícanos el grado en que estás de acuerdo o desacuerdo con la incorporación de los siguientes ítems a la pregunta N° 4.

| | Completamente en desacuerdo en incluirlo | En desacuerdo en incluirlo | Neutro/Indiferente | De acuerdo en incluirlo | Muy de acuerdo en incluirlo |
|------------------------|--|----------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Culpa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frustración/impotencia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si tenéis alguna sugerencia o indicación sobre la propuesta de cambio, por favor, escribidla a continuación:

PREGUNTA 8. CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES

Acerca de esta pregunta en la 1ª ronda indicábamos que no hemos ahondado porque aunque nos parece un dato que podría aportarnos información, el objetivo del estudio no son las agresiones en sí. Se nos ha sugerido que eliminemos dicha pregunta, al no pensar que aporte una información demasiado relevante, alargando el cuestionario. Seguidamente se os preguntará sobre vuestro parecer al respecto.

PREGUNTA 8 La agresión FÍSICA implicó:

Selecciona todos los que correspondan.

- Golpe con una parte del cuerpo
 Golpe con un objeto
 Rotura de mobiliario

Otro: _____

Estáis de acuerdo con eliminar esta pregunta del cuestionario:

- Completamente en desacuerdo con eliminar la pregunta
 En desacuerdo con eliminar la pregunta.
 Neutro
 De acuerdo con eliminar la pregunta
 Completamente de acuerdo con eliminar la pregunta.

Si tenéis alguna sugerencia o indicación sobre la propuesta de cambio, por favor, escribidla a continuación:

PREGUNTA 9. EXPOSICIÓN A CONDUCTAS VIOLENTAS

En esta pregunta se ha procedido a cambiar, automáticamente, una propuesta sobre incluir ejemplos masculinos en el ítem: frases que aludan a alguna carac... Se sugiere también incluir dos ítems más: comentarios despectivos y cuestionar la profesionalidad. Por favor, es importante releer los ítems ya descritos por si pensáis que ya están contemplados en los propuestos o si realmente es adecuado incluirlos. También se nos sugiere incluir la categoría más de una vez a la semana.

En los últimos DOS AÑOS has vivido alguna de estas situaciones por parte de pacientes o acompañantes:

Marca solo un óvalo por fila.

| | Nunca | Sí, de forma aislada. | Sí, más de una vez al año | Sí, más de una vez al mes | Sí, diariamente |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Enfadados por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malas caras/ miradas de desprecio u hostiles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuestionar las decisiones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfadados por falta de información | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia, "fuertecito", niño...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tonos inapropiados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Por favor, indicanos el grado de acuerdo o desacuerdo con la siguiente afirmación: incluir en la pregunta los siguientes apartados, ya que pienso que no están reflejados en los ítems propuestos y son convenientes de contemplar:

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo. |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Comentarios despectivos (matasanos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuestionar la profesionalidad (no tienes ni idea) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Incluir la categoría: Sí, más de una vez a la semana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si tenéis alguna sugerencia o indicación sobre la propuesta de cambio, por favor, escribidla a continuación:

PREGUNTA 10. CLARIDAD DEL CONCEPTO DE AL VERBAL

En esta pregunta, además de modificar la repetición de una palabra del enunciado señalado, se sugiere realizar la pregunta de una forma distinta. Por favor, valorad las distintas opciones.

Opción A de pregunta

¿Tienes claro las conductas que se incluyen dentro del concepto agresión verbal o tienes dudas sobre lo que incluye y lo que solo sería un comportamiento maleducado?

Marca solo un óvalo.

- Lo tengo muy claro, no tengo ninguna duda
- Tengo algunas dudas en algunos comportamientos concretos.
- No lo tengo nada claro, me surgen muchas dudas

Opción B de pregunta

¿Sabrías diferenciar entre las conductas que se consideran una agresión verbal y las que se consideran un comportamiento maleducado?

Marca solo un óvalo.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| No sabría diferenciarlas en absoluto | <input type="radio"/> | Sabría diferenciarlas perfectamente |

¿Estás de acuerdo con cambiar la opción original de la pregunta (a) por la nueva opción propuesta b?

- Completamente en desacuerdo con eliminar la pregunta
- En desacuerdo con eliminar la pregunta.
- Neutro
- De acuerdo con eliminar la pregunta
- Completamente de acuerdo con eliminar la pregunta.

Si tenéis alguna sugerencia o indicación sobre la propuesta de cambio, por favor, escribidla a continuación:

PREGUNTA 11. QUÉ CONDUCTAS ENGLOBA UNA AL VERBAL

En esta pregunta se incorpora, directamente también, los ejemplos masculinos en la categoría: frases que aludan a alguna característica física... Por otro lado nos sugieren dividir esta pregunta en dos preguntas. Una que aluda a las conductas que se consideran AL verbal y otra para saber si las denunciaría o no.

Opción tipo A

Cuál de estos comportamientos por parte de pacientes o acompañantes consideras que es una agresión verbal:

Marca solo un óvalo por fila.

| | SÍ, lo considero una agresión verbal y LO DECLARARÍA a la Organización de mi centro de trabajo | SÍ, lo considero una agresión verbal pero NO LO DECLARARÍA a la Organización de mi centro de trabajo | NO, no lo considero una agresión verbal |
|--|--|--|---|
| Muestras de enfado por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Questionar las decisiones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia, fuertercito, niño...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tono inapropiado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Opción B Pregunta 1 (se divide en dos preguntas)

Indica el grado de acuerdo con considerar los siguientes comportamientos (de pacientes o allegados hacia) como una agresión verbal.

Marca solo un óvalo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Absolutamente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Muestras de enfado por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Questionar las decisiones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia, fuertercito, niño...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tono inapropiado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Opción b Pregunta 2

Indica el grado de acuerdo con la siguiente frase: Yo declararía a mi organización la siguiente agresión verbal:

Marca solo un óvalo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Absolutamente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Muestras de enfado por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Questionar las decisiones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia, fuertercito, niño...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tono inapropiado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Estás de acuerdo con cambiar la opción original de la pregunta (opción a) por la nueva propuesta que incluye dos preguntas (opción b)?

- Completamente en desacuerdo con eliminar la pregunta
- En desacuerdo con eliminar la pregunta.
- Neutro
- De acuerdo con eliminar la pregunta
- Completamente de acuerdo con eliminar la pregunta.

Si tenéis alguna sugerencia o indicación sobre la propuesta de cambio, por favor, escribidla a continuación:

PREGUNTA 12. CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE AGRESIONES

Se nos sugiere dividirlo en dos preguntas. La primera que pregunte si sabe de la existencia de un protocolo, y si contesta que sí, se le dirigirá a una nueva pregunta que le consultará sobre si conoce su contenido.

Opción A de pregunta

PREGUNTA 12 ¿Conoces el protocolo de actuación ante una agresión en tu centro de trabajo? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

Opción B de pregunta (El contestar que sí a la primera pregunta te dirige a las dos siguientes, si contestas que no, pasa a la siguiente sección)

¿Sabes de la existencia de un protocolo de actuación ante una agresión laboral en tu centro de trabajo? *

- Sí
- No

¿Conoces el contenido de dicho protocolo de actuación? *

- No lo conozco en absoluto
- No lo conozco muy bien
- Lo conozco, pero tengo dudas
- Lo conozco
- Lo conozco perfectamente

¿Alguien os ha comunicado formalmente dicho protocolo? *

- Sí
- No

¿Estás de acuerdo con cambiar la opción original de la pregunta (opción a) por la nueva propuesta que incluye tres preguntas (opción b)?

- Completamente en desacuerdo con eliminar la pregunta
- En desacuerdo con eliminar la pregunta.
- Neutro
- De acuerdo con eliminar la pregunta
- Completamente de acuerdo con eliminar la pregunta.

Si tenéis alguna sugerencia o indicación sobre la propuesta de cambio, por favor, escribidla a continuación:

PREGUNTA 13. CONOCIMIENTO DE COMUNICACIÓN DE AGRESIONES

Se nos sugiere rehacer esta pregunta para clarificar la posibilidad de confusión con las anteriores.

Opción A

¿Sabes cómo se comunican las agresiones en tu centro de trabajo?

- Sí, comunicándolas a RRHH
- Sí, comunicándolas al Servicio de Prevención y Salud Laboral/ Preventiva
- Sí, comunicándolas a la persona con rango superior directo
- Sí, mediante la cumplimentación de un formulario en papel
- Sí, mediante la cumplimentación de un formulario en el ordenador, o aplicación móvil.
- No sé como se comunica

Opción B

Independientemente de que conozca o no conozca el protocolo de agresiones de su centro de trabajo, ante un caso concreto de agresión, ¿sabe cómo debe comunicarlo?

- Sí, comunicándolas a RRHH
- Sí, comunicándolas al Servicio de Prevención y Salud Laboral/ Preventiva
- Sí, comunicándolas a la persona con rango superior directo
- Sí, mediante la cumplimentación de un formulario en papel
- Sí, mediante la cumplimentación de un formulario en el ordenador, o aplicación móvil.
- No sé como se comunica

Estás de acuerdo con cambiar la opción original de la pregunta (opción a) por la nueva propuesta (opción b)?

- Completamente en desacuerdo con eliminar la pregunta
- En desacuerdo con eliminar la pregunta.
- Neutro
- De acuerdo con eliminar la pregunta
- Completamente de acuerdo con eliminar la pregunta.

Si tenéis alguna sugerencia o indicación sobre la propuesta de cambio, por favor, escribidla a continuación:

PREGUNTA 17. MOTIVOS DE NO DECLARACIÓN DE AGRESIÓN LABORAL

Se incluyen para una segunda vuelta tres de las apreciaciones formuladas. Por un lado se nos sugiere incluir , entre los factores, uno más: recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la organización de que no lo hiciera . Por otro lado se nos sugiere otra formulación de la pregunta (Opción tipo b) y por último, se nos indica bajar de 7 ítems en la escala de likert a 5.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | <input type="radio"/> |
| No conocía el procedimiento para declararla. | <input type="radio"/> |
| Pensé que no iba a servir para nada. | <input type="radio"/> |
| No le dí importancia, es algo común | <input type="radio"/> |
| No tenía tiempo de pararme a declararla | <input type="radio"/> |
| Miedo a las represalias | <input type="radio"/> |
| Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | <input type="radio"/> |
| Me resultaba humillante contar esa experiencia | <input type="radio"/> |
| Temor a que piensen que yo había hecho algo para provocar la agresión | <input type="radio"/> |
| No quería complicaciones (tener que poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial...) | <input type="radio"/> |
| Nadie la declara y no quería ser el único | <input type="radio"/> |
| Declararla no está bien visto en la organización | <input type="radio"/> |
| El paciente o allegado que realizó la agresión se disculpó | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones físicas son inevitables | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones verbales son inevitables | <input type="radio"/> |

Considero que es apropiado/adequado, el siguiente cambio propuesto:

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo. |
|--|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|
| Que el encabezamiento de la pregunta cambie a: De los siguientes factores que se enuncian a continuación, indique el grado de influencia/importancia que tuvieron en su decisión de no declarar la agresión: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Incluir entre los factores, el siguiente: recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la organización de que no lo hiciera | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cambiar en las repuestas los 7 ítems de la escala de likert a 5. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si tenéis alguna sugerencia o indicación sobre la propuesta de cambio, por favor, escribidla a continuación:

19. APOYO ORGANIZACIÓN EN LA DECLARACIÓN DE AGRESIONES LABORALES

Se nos ha sugerido incluir el apoyo de diferentes estamentos/servicios involucrados en la tarea.

Opción A.

PREGUNTA 19 ¿Te sentiste amparado por los órganos directivos de tu hospital cuando hiciste la declaración de la agresión (VERBAL/FÍSICA diferenciado en el cuestionario) sufrida?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

Opción B.

Cuando ocurrió la Agresión, ¿te sentiste amparado por:

Marca solo un óvalo por fila.

| | Nada amparado | Poco amparado | Neutro | Amparado | Muy amparado |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gerencia/ Dirección | <input type="radio"/> |
| Persona jerárquicamente inmediata superior | <input type="radio"/> |
| Servicio de Prevención/Preventiva | <input type="radio"/> |
| Delegados/as de Prevención | <input type="radio"/> |
| Representantes sindicales | <input type="radio"/> |
| Compañeros/as | <input type="radio"/> |

Estás de acuerdo con cambiar la opción original (opción a) por la nueva propuesta (opción b)?

- Completamente en desacuerdo con eliminar la pregunta
 En desacuerdo con eliminar la pregunta.
 Neutro
 De acuerdo con eliminar la pregunta
 Completamente de acuerdo con eliminar la pregunta.

Si tenéis alguna sugerencia o indicación sobre la propuesta de cambio, por favor, escribidla a continuación:

PREGUNTA 22. MOTIVOS DE NO DECLARACIÓN DE AGRESIÓN LABORAL

Nos sugieren otra forma de presentar la pregunta, además de explicitar el valor de la escala likert.

Opción A

PREGUNTA 22. No usaste la herramienta de declaración informática en tu agresión (VERBAL/FÍSICA diferenciada en el cuestionario) por (Puntúa del 1-5, siendo el 1 nada de acuerdo, y 5 completamente de acuerdo)

Marca solo un óvalo por fila.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> |
| Difícil de utilizar | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia...) | <input type="radio"/> |

Opción B

Señala el grado de acuerdo que tienes con la siguiente proposición: Las razones por las que no usé la herramienta informática son:

Marca solo un óvalo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo |
|---|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Difícil de utilizar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Estás de acuerdo con cambiar la opción original de la pregunta (opción a) por la nueva propuesta (opción b)?

- Completamente en desacuerdo con eliminar la pregunta
- En desacuerdo con eliminar la pregunta.
- Neutro
- De acuerdo con eliminar la pregunta
- Completamente de acuerdo con eliminar la pregunta.

Si tenéis alguna sugerencia o indicación sobre la propuesta de cambio, por favor, escribidla a continuación:

Anexo 5. Cuestionario V1

1 **Sexo**

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

2 **Edad**

| |
|-------|
| |
|-------|

3 **Estado Civil**

| | |
|------------|---|
| Elige | ▼ |
| Casado | |
| Soltero | |
| Divorciado | |
| Otros | |

4 **Tipo de contrato**

| | |
|----------|---|
| Elige | ▼ |
| Fijo | |
| Eventual | |

5 **Categoría profesional**

| | |
|------------------------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Administrativo/a | |
| Enfermero/a | |
| Médico/a | |
| Fisioterapeuta | |
| Informático/a | |
| Servicios Generales/ Mantenimiento | |
| Auxiliar de Enfermería | |
| Técnico/a | |
| Otros | |

6 **Área o Servicio**

| | |
|--|---|
| Elige | ▼ |
| Admisión | |
| Archivo | |
| Hospitalización | |
| Informática | |
| Recursos Humanos | |
| Servicio de Prevención, Preventiva y Calidad | |
| Urgencias | |

7 Años de profesión

| | |
|----------------|---|
| Elige | ▼ |
| < 2 años | |
| De 2 a 5 años | |
| De 5 a 10 años | |
| >10 años | |

8 Antigüedad en el puesto

| | |
|-----------------|---|
| Elige | ▼ |
| < 6 meses | |
| De 6 a 12 meses | |
| De 1 a 5 años | |
| > 5 años | |

9 Turnos de trabajo

| | |
|------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Fijo de mañana | |
| Mañanas / tardes | |
| Días / Noches | |

10 Realización de guardias

Selecciona todos los que correspondan.

| | |
|------------------------|-----------------------|
| No realiza | <input type="radio"/> |
| Guardias 12/14 horas / | <input type="radio"/> |
| Guardías 24 horas | <input type="radio"/> |
| Localizables | <input type="radio"/> |

11 Características de tu trabajo

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Trabajo en solitario | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trato directo con pacientes y/ familiares | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12 ¿Crees que las agresiones laborales FÍSICAS en centros sanitarios están aumentando?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

13 ¿A qué crees que se debe ese aumento de agresiones físicas?

| |
|-------|
| |
|-------|

14 ¿Crees que las agresiones laborales VERBALES en centros sanitarios están aumentando?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

15 ¿A qué crees que se debe ese aumento de agresiones verbales?

| |
|-------|
| |
|-------|

16 ¿Consideras algo habitual en tu lugar de trabajo...

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| la agresión VERBAL por parte de pacientes y/o acompañantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| la agresión FÍSICA por parte de pacientes y/o acompañantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

17 En tu día a día, mientras trabajas, ¿piensas en que puedan agredirte:

| | Nunca | A veces | Con frecuencia | Siempre |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| físicamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verbalmente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

18 ¿Conoces el protocolo de actuación ante una agresión laboral en tu centro de trabajo?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

19 ¿Sabes cómo se comunican las agresiones en tu centro de trabajo?

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas a RRHH |
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas al Servicio de Prevención y Salud Laboral / Preventiva |
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas a la persona con rango superior directo |
| <input type="radio"/> | Sí, mediante la cumplimentación de un formulario en el ordenador o aplicación móvil |
| <input type="radio"/> | No sé cómo se comunica |

20 ¿Ha usado alguna vez el sistema de registro de agresiones laborales mediante formulario en el ordenador?

| | |
|---|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No, aunque he tenido agresiones físicas en el periodo que lleva funcionando dicho registro | |
| No, aunque he tenido agresiones verbales en el periodo que lleva funcionando dicho registro | |
| No, aunque he tenido agresiones físicas y verbales en el periodo que lleva en funcionamiento el Sistema de Registro Informático de Agresiones | |
| No, no he tenido ningún episodio de AL verbal o física | |

21 La agresión que declaré fue:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Física | |
| Verbal | |
| Ambas | |

- 22 El sistema de registro informático es (Puntúe del 1-7, siendo el 1 nada de acuerdo, y el siete completamente de acuerdo)**

Marca solo un círculo por fila.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tiene fácil acceso | <input type="radio"/> |
| Es sencillo de utilizar | <input type="radio"/> |
| Es rápido de cumplimentar | <input type="radio"/> |

- 23 No usaste la herramienta de declaración informática en tu agresión laboral verbal por (puntúe del 1-7, siendo el 1 nada de acuerdo, y el siete completamente de acuerdo)**

Marca solo un círculo por fila.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> |

- 24 No usaste la herramienta de declaración informática en tu agresión laboral física por (puntúe del 1-7, siendo el 1 nada de acuerdo, y el siete completamente de acuerdo):**

Marca solo un círculo por fila.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> |

- 25 No usó la herramienta de declaración informática en las agresiones laborales físicas y verbales por (Puntúe del 1-7, siendo el 1 nada de acuerdo, y el siete completamente de acuerdo)**

Marca solo un círculo por fila.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> |

- 26 ¿Has sido testigo de alguna agresión FÍSICA a otro compañero/a en tu lugar de trabajo, por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|--------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí, una vez | |
| Sí, más de una vez | |
| No | |

- 27 ¿Has sufrido alguna agresión FÍSICA por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|--------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí, una vez | |
| Sí, más de una vez | |
| No | |

- 28 La agresión FÍSICA implicó

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | Golpe con un objeto |
| <input type="radio"/> | Golpe con una parte del cuerpo |
| <input type="radio"/> | Rotura de mobiliario |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 29 La agresión FÍSICA fue llevada a cabo por

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Paciente |
| <input type="radio"/> | Familiar |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 30 Sexo del agresor:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

- 31 La agresión física implicó

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Lesiones |
| <input type="radio"/> | Necesidad de tratamiento posterior |
| <input type="radio"/> | Necesidad de días de baja por las lesiones |

- 32 ¿El paciente que realizó la agresión física cumplía alguno de los siguientes criterios?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Trastorno psiquiátrico conocido |
| <input type="radio"/> | Estar bajo los efectos de alguna droga en el momento de la agresión |
| <input type="radio"/> | Agresión producida por movimientos inconscientes o involuntarios del paciente |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 33 **¿Has sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión FÍSICA que sufriste?**

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Ansiedad |
| <input type="radio"/> | Ira |
| <input type="radio"/> | Depresión |
| <input type="radio"/> | Temor |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 34 **¿Realizaste una denuncia judicial de la agresión?**

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> | No |
| <input type="radio"/> | Sí, me ayudo mi organización |
| <input type="radio"/> | Sí, lo hice por mi cuenta |

- 35 **¿Declaraste la agresión FÍSICA sufrida a la Organización?**

Marque un solo círculo

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en Recursos Humanos |
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en el Servicio de Prevención y Salud Laboral del hospital |
| <input type="radio"/> | Sí, cumplimenté el formulario de declaración de agresiones en el ordenador |
| <input type="radio"/> | Se lo comenté a mi superior directo |
| <input type="radio"/> | No, sólo lo hablé con mis compañeros/as |
| <input type="radio"/> | No se lo comenté a nadie |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 36 **¿Qué mejorarías para facilitar la declaración de agresiones FÍSICAS?**

| |
|-------|
| |
|-------|

- 37 **¿Te sentiste amparado por los órganos directivos de tu hospital cuando hiciste la declaración de la agresión física sufrida?**

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

- 38 **¿Qué mejoraría de la atención de los órganos directivos de tu hospital en el proceso de declaración de la agresión laboral FÍSICA sufrida?**

| |
|-------|
| |
|-------|

- 39 Puntúa la importancia de estos factores en la no declaración de la agresión FÍSICA que sufriste (siendo el 1 nada importante en la decisión, y el 7 el más importante).**

Marca solo un círculo por fila.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | <input type="radio"/> |
| No conocía el procedimiento para declararlo | <input type="radio"/> |
| Pensé que no iba a servir para nada | <input type="radio"/> |
| No le dí importancia, es algo común | <input type="radio"/> |
| No tenía tiempo para pararme a declararla | <input type="radio"/> |
| Miedo a las represalias | <input type="radio"/> |
| Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | <input type="radio"/> |
| Me resultaba humillante contar esa experiencia | <input type="radio"/> |
| Temora a que piensen que yo había hecho algo para provocar la agresión | <input type="radio"/> |
| No quería complicaciones (poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial) | <input type="radio"/> |
| Nadie la declara y no quería ser el único | <input type="radio"/> |
| Declararlas no está bien visto en la Organización | <input type="radio"/> |
| La persona que realizó la agresión (paciente/ allegado) se disculpó | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones son inevitables | <input type="radio"/> |

- 40 Describe si hay algún factor que no se haya contemplado en la pregunta anterior y que te resulte importante para la no declaración de la agresión física que sufriste**

- 41 ¿Qué crees que facilitaría la declaración de las agresiones FÍSICAS recibidas?**

42 **En los últimos DOS AÑOS has vivido alguna de estas situaciones por parte de pacientes o acompañantes:**

Marca solo un círculo por fila.

| | Nunca | Sí, de forma aislada | Sí, más de una vez al año | Sí, más de una vez al mes | Sí, diariamente |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Enfadados por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malas caras/ miradas de desprecio u hostiles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuestionar las decisiones o la profesionalidad de la persona trabajadora | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfadados por falta de información | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, fuertercito) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tonos inapropiados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

43 **¿Tienes claro las conductas que se incluyen dentro del concepto de agresión verbal o tienes dudas sobre lo que incluye y lo que solo sería un comportamiento maleducado?"**

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Lo tengo muy claro, no tengo ninguna duda |
| <input type="radio"/> | Tengo algunas dudas en algunos comportamientos concretos |
| <input type="radio"/> | No lo tengo nada claro, me surgen muchas dudas |

44 **¿Cuál de estos comportamientos por parte de pacientes o acompañantes consideras que es una agresión verbal?**

| | Sí, lo considero una agresión verbal y lo DECLARARÍA a la Organización de mi centro | Sí, lo considero una agresión verbal, pero NO lo DECLARARÍA a la Organización de mi centro | No lo considero una agresión verbal |
|--|---|--|-------------------------------------|
| Enfadados por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malas caras/ miradas de desprecio u hostiles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuestionar las decisiones o la profesionalidad de la persona trabajadora | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfadados por falta de información | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia, fuertercito...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tonos inapropiados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 45 ¿Has sido testigo de alguna agresión VERBAL a otro compañero/a en tu lugar de trabajo, por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|-----------------------|--------------------|
| <input type="radio"/> | Sí, una vez |
| <input type="radio"/> | Sí, más de una vez |
| <input type="radio"/> | No |

- 46 ¿Has sufrido alguna agresión VERBAL por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|--------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí, una vez | |
| Sí, más de una vez | |
| No | |

- 47 La agresión VERBAL consistió en:

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Amenazas |
| <input type="radio"/> | Insultos |
| <input type="radio"/> | Gritos |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 48 La agresión VERBAL fue llevada a cabo por

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Paciente |
| <input type="radio"/> | Familiar |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 49 Sexo del agresor:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

- 50 La agresión verbal implicó

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Lesiones |
| <input type="radio"/> | Necesidad de tratamiento posterior |
| <input type="radio"/> | Necesidad de días de baja por las lesiones |

- 51 ¿El paciente que realizó la agresión verbal cumplía alguno de los siguientes criterios?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Trastorno psiquiátrico conocido |
| <input type="radio"/> | Estar bajo los efectos de alguna droga en el momento de la agresión |
| <input type="radio"/> | Agresión producida por movimientos inconscientes o involuntarios del paciente |
| <input type="radio"/> | Otro: |

52 **¿Has sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión VERBAL que sufriste?**

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Ansiedad |
| <input type="radio"/> | Ira |
| <input type="radio"/> | Depresión |
| <input type="radio"/> | Temor |
| <input type="radio"/> | Otro: |

53 **¿Realizaste una denuncia judicial de la agresión?**

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> | No |
| <input type="radio"/> | Sí, me ayudo mi organización |
| <input type="radio"/> | Sí, lo hice por mi cuenta |

54 **¿Declaraste la agresión VERBAL sufrida a la Organización?**

Marque un solo círculo

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en Recursos Humanos |
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en el Servicio de Prevención y Salud Laboral del hospital |
| <input type="radio"/> | Sí, cumplimenté el formulario de declaración de agresiones en el ordenador |
| <input type="radio"/> | Se lo comenté a mi superior directo |
| <input type="radio"/> | No, sólo lo hablé con mis compañeros/as |
| <input type="radio"/> | No se lo comenté a nadie |
| <input type="radio"/> | Otro: |

55 **¿Qué mejorarías para facilitar la declaración de agresiones VERBALES?**

| |
|-------|
| |
|-------|

56 **¿Te sentiste amparado por los órganos directivos de tu hospital cuando hiciste la declaración de la agresión física sufrida?**

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

57 **¿Qué mejoraría de la atención de los órganos directivos de tu hospital en el proceso de declaración de la agresión laboral FÍSICA sufrida?**

| |
|-------|
| |
|-------|

- 58 Puntúa la importancia de estos factores en la no declaración de la agresión VERBAL que sufriste (siendo el 1 nada importante en la decisión, y el 7 el más importante).**

Marca solo un círculo por fila.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | <input type="radio"/> |
| No conocía el procedimiento para declararlo | <input type="radio"/> |
| Pensé que no iba a servir para nada | <input type="radio"/> |
| No le dí importancia, es algo común | <input type="radio"/> |
| No tenía tiempo para pararme a declararla | <input type="radio"/> |
| Miedo a las represalias | <input type="radio"/> |
| Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | <input type="radio"/> |
| Me resultaba humillante contar esa experiencia | <input type="radio"/> |
| Temora a que piensen que yo había hecho algo para provocar la agresión | <input type="radio"/> |
| No quería complicaciones (poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial) | <input type="radio"/> |
| Nadie la declara y no quería ser el único | <input type="radio"/> |
| Declararlas no está bien visto en la Organización | <input type="radio"/> |
| La persona que realizó la agresión (paciente/ allegado) se disculpó | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones son inevitables | <input type="radio"/> |

- 59 Describe si hay algún factor que no se haya contemplado en la pregunta anterior y que te resulte importante para la no declaración de la agresión verbal que sufriste**

- 60 ¿Qué crees que facilitaría la declaración de las agresiones VERBALES recibidas?**

61 ¿Cómo crees que podrían evitarse/disminuirse las agresiones FÍSICAS?

.....

62 ¿Cómo crees que podrían evitarse/disminuirse las agresiones VERBALES?

.....

Anexo 6. Cuestionario V2

Las agresiones laborales suponen un gran problema a escala mundial y afectan tanto a la salud física, mental y emocional de los trabajadores, como a la calidad del servicio prestado. Una de las profesiones más expuestas es la de los profesionales sanitarios. Investigaciones previas sobre la materia indican que hay una manifiesta infradeclaración de las agresiones sufridas, lo que dificulta que haya una información realista de la magnitud del número de agresiones, aún más patente en las agresiones verbales. Además dificulta trabajar con unos datos correctos sobre las circunstancias que acompañan la agresión, ya que los que manejamos no son representativos de todo el espectro real. El propósito de esta investigación es analizar si existe una infradeclaración de las agresiones laborales sufridas (Tipo II) y explorar los motivos por los que esta declaración no se produce, con el fin de poner las medidas preventivas adecuadas para remediarlo. La investigación se realizará en varios hospitales sevillanos. Se realizará un primer estudio cualitativo en hospitales sevillanos, en el que se explorarán las opiniones y creencias de los profesionales acerca de las agresiones y su declaración para crear y validar un cuestionario. El estudio cuantitativo se corresponderá con una fase de pilotaje que se desarrollará en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Con este documento le invitamos a participar en nuestro estudio, en la fase de Test- Retest, que se realizará en un dos momentos diferentes, realizando una primera respuesta ahora, y se le solicitará una segunda respuesta transcurrida dos semanas. Esta respuesta consiste en contestar un cuestionario que le aparecerá al aceptar la solicitud. Estos cuestionarios son anónimos y la información solicitada explora factores que pueden relacionarse con las agresiones laborales.

En todo momento el tratamiento de los datos obtenidos y de identificación se manejarán bajo el marco de privacidad y protección que dicta el (REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que garantiza los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución.

En cumplimiento de esto, le informamos de lo siguiente:

-Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, avisando previamente al IP principal, con la única condición de conservar el compromiso de confidencialidad hasta la finalización del proyecto.

- Le informamos que, con la aceptación de las siguientes condiciones, usted consiente libre, expresa y explícitamente a que sus datos personales sean tratados por el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla), con fines de investigación científica o estadísticos.

-Sus datos personales no serán comunicados o cedidos a terceros, así como tampoco serán objeto de decisiones automatizadas o transferencias internacionales. Los datos de carácter personal, una vez que dejen de ser necesarios, serán conservados de acuerdo a los plazos legalmente previstos, tras lo cual se suprimirán.

-Podrá ejercer sus derechos como afectado, en los términos previstos por la normativa, así como presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos). En este sentido podrá dirigirse a: Avenida. San Juan de Dios, s/n, CP 41930 Bormujos, Sevilla o contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través del email C15_DPO@sjd.es

-Los datos podrían conservarse para futuros proyectos de investigación, contemplando las garantías antes descritas.

Para darnos su conformidad marque la opción "ACEPTO" en la Cláusula de Protección de Datos, si no quiere participar marque la opción "NO ACEPTO". Gracias por su colaboración.

CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS *

- Acepto
- No Acepto

1 Sexo

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

2 Edad

| |
|-------|
| |
|-------|

3 Estado Civil

| | |
|------------|---|
| Elige | ▼ |
| Casado | |
| Soltero | |
| Divorciado | |
| Otros | |

4 Tipo de contrato

| | |
|----------|---|
| Elige | ▼ |
| Fijo | |
| Eventual | |

5 Categoría profesional

| | |
|------------------------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Administrativo/a | |
| Enfermero/a | |
| Médico/a | |
| Fisioterapeuta | |
| Informático/a | |
| Servicios Generales/ Mantenimiento | |
| Auxiliar de Enfermería | |
| Técnico/a | |
| Otros | |

6 Área o Servicio

| | |
|--|---|
| Elige | ▼ |
| Admisión | |
| Archivo | |
| Hospitalización | |
| Informática | |
| Recursos Humanos | |
| Servicio de Prevención, Preventiva y Calidad | |
| Urgencias | |

7 Años de profesión

| | |
|----------------|---|
| Elige | ▼ |
| < 2 años | |
| De 2 a 5 años | |
| De 5 a 10 años | |
| >10 años | |

8 Antigüedad en el puesto

| | |
|-----------------|---|
| Elige | ▼ |
| < 6 meses | |
| De 6 a 12 meses | |
| De 1 a 5 años | |
| > 5 años | |

9 Turnos de trabajo

| | |
|------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Fijo de mañana | |
| Mañanas / tardes | |
| Días / Noches | |

10 Realización de guardias

Selecciona todos los que correspondan.

| | |
|------------------------|-----------------------|
| No realiza | <input type="radio"/> |
| Guardias 12/14 horas / | <input type="radio"/> |
| Guardias 24 horas | <input type="radio"/> |
| Localizables | <input type="radio"/> |

11 Características del trabajo

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Trabajo en solitario | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trato directo con pacientes y/ familiares | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trato exclusivamente telefónico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12 ¿Cree que las agresiones laborales FÍSICAS en centros sanitarios están aumentando?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

13 ¿A qué cree que se debe ese aumento de agresiones físicas?

| |
|-------|
| |
|-------|

14 ¿Cree que las agresiones laborales VERBALES en centros sanitarios están aumentando?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

15 ¿A qué cree que se debe ese aumento de agresiones verbales?

| |
|-------|
| |
|-------|

16 ¿Considera algo habitual en su lugar de trabajo...

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| la agresión VERBAL por parte de pacientes y/o acompañantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| la agresión FÍSICA por parte de pacientes y/o acompañantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 17 Indique el grado en que está de acuerdo o desacuerdo con la siguiente afirmación: **Mientras trabajo, pienso en que puedan agredirme:**

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada de acuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| físicamente? | <input type="radio"/> |
| verbalmente? | <input type="radio"/> |

- 18 ¿Sabe de la existencia de un protocolo de actuación ante una agresión laboral en su centro de trabajo?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

- 19 ¿Conoce el contenido de dicho protocolo de actuación?

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> | No lo conozco en absoluto |
| <input type="radio"/> | No lo conozco muy bien |
| <input type="radio"/> | Lo conozco pero tengo dudas |
| <input type="radio"/> | Lo conozco |
| <input type="radio"/> | Lo conozco perfectamente |

- 20 ¿Alguien le ha comunicado formalmente dicho protocolo?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

- 21 ¿Sabe cómo se comunican las agresiones en tu centro de trabajo?

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas a RRHH |
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas al Servicio de Prevención y Salud Laboral / Preventiva |
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas a la persona con rango superior directo |
| <input type="radio"/> | Sí, mediante la cumplimentación de un formulario en el ordenador o aplicación móvil |
| <input type="radio"/> | No sé cómo se comunica |

- 22 ¿Ha usado alguna vez el sistema de registro de agresiones laborales mediante formulario en el ordenador?

| | |
|---|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No, aunque he tenido agresiones físicas en el periodo que lleva funcionando dicho registro | |
| No, aunque he tenido agresiones verbales en el periodo que lleva funcionando dicho registro | |
| No, aunque he tenido agresiones físicas y verbales en el periodo que lleva en funcionamiento el Sistema de Registro Informático de Agresiones | |
| No, no he tenido ningún episodio de AL verbal o física | |

23 La agresión que declaró fue:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Física | |
| Verbal | |
| Ambas | |

24 El sistema de registro informático es (puntúe del 1-5, siendo el 1 nada de acuerdo, y el 5 completamente de acuerdo)

Marca solo un círculo por fila.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tiene fácil acceso | <input type="radio"/> |
| Es sencillo de utilizar | <input type="radio"/> |
| Es rápido de cumplimentar | <input type="radio"/> |

25 Señale el grado de acuerdo que tiene con la siguiente proposición: las razones por las que no usé la herramienta informática en mi agresión verbal son:

Marca solo un círculo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

26 Señale el grado de acuerdo que tiene con la siguiente proposición: las razones por las que no usé la herramienta informática en mi agresión física son:

Marca solo un círculo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

27 Señale el grado de acuerdo que tiene con la siguiente proposición: las razones por las que no usé la herramienta informática en mi agresión física y verbal son:

Marca solo un círculo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 28 ¿Ha sido testigo de alguna agresión FÍSICA a otro compañero/a en su lugar de trabajo, por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|--------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí, una vez | |
| Sí, más de una vez | |
| No | |

- 29 ¿Ha sufrido alguna agresión FÍSICA por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|--------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí, una vez | |
| Sí, más de una vez | |
| No | |

- 30 La agresión FÍSICA implicó

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | Golpe con un objeto |
| <input type="radio"/> | Golpe con una parte del cuerpo |
| <input type="radio"/> | Rotura de mobiliario |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 31 La agresión FÍSICA fue llevada a cabo por

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Paciente |
| <input type="radio"/> | Familiar |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 32 Sexo del agresor:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

- 33 La agresión física implicó

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Lesiones |
| <input type="radio"/> | Necesidad de tratamiento posterior |
| <input type="radio"/> | Necesidad de días de baja por las lesiones |

- 34 ¿El paciente que realizó la agresión física cumplía alguno de los siguientes criterios?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Trastorno psiquiátrico conocido |
| <input type="radio"/> | Estar bajo los efectos de alguna droga en el momento de la agresión |
| <input type="radio"/> | Agresión producida por movimientos inconscientes o involuntarios del paciente |
| <input type="radio"/> | Otro: |

35 ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión FÍSICA que sufrió?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> | Ansiedad |
| <input type="radio"/> | Ira |
| <input type="radio"/> | Culpa |
| <input type="radio"/> | Frustración impotencia |
| <input type="radio"/> | Depresión |
| <input type="radio"/> | Temor |
| <input type="radio"/> | Ningún síntoma relacionado |
| <input type="radio"/> | Otro: |

36 ¿Realizó una denuncia judicial de la agresión?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> | No |
| <input type="radio"/> | Sí, me ayudo mi organización |
| <input type="radio"/> | Sí, lo hice por mi cuenta |

37 ¿Declaró la agresión FÍSICA a su Organización?

Marque un solo círculo

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en Recursos Humanos |
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en el Servicio de Prevención y Salud Laboral del hospital |
| <input type="radio"/> | Sí, cumplimenté el formulario de declaración de agresiones en el ordenador |
| <input type="radio"/> | Se lo comenté a mi superior directo |
| <input type="radio"/> | No, sólo lo hablé con mis compañeros/as |
| <input type="radio"/> | No se lo comenté a nadie |
| <input type="radio"/> | Otro: |

38 ¿Qué mejoraría para facilitar la declaración de agresiones FÍSICAS?

| |
|-------|
| |
|-------|

39 En la declaración de la agresión FÍSICA, se sintió amparado por:

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada amparado | Poco amparado | Neutro | Amparado | Muy amparado |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gerencia/ Dirección | <input type="radio"/> |
| Persona jerárquicamente superior | <input type="radio"/> |
| Servicio de Prevención/ Preventiva | <input type="radio"/> |
| Delegados/as de prevención | <input type="radio"/> |
| Representantes sindicales | <input type="radio"/> |
| Compañeros/as | <input type="radio"/> |

- 40 ¿Qué mejoraría de la atención de los órganos directivos de su hospital en el proceso de declaración de la agresión laboral FÍSICA sufrida?

.....

- 41 Puntúe la importancia de estos factores en la no declaración de la agresión FÍSICA que sufrió:

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada influyente | Poco influyente | Neutro | Influyente | Muy influyente |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | <input type="radio"/> |
| No conocía el procedimiento para declararlo | <input type="radio"/> |
| Pensé que no iba a servir para nada | <input type="radio"/> |
| No le dí importancia, es algo común | <input type="radio"/> |
| No tenía tiempo para pararme a declararla | <input type="radio"/> |
| Miedo a las represalias | <input type="radio"/> |
| Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | <input type="radio"/> |
| Me resultaba humillante contar esa experiencia | <input type="radio"/> |
| Temora a que piensen que yo había hecho algo para provocar la agresión | <input type="radio"/> |
| No quería complicaciones (poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial) | <input type="radio"/> |
| Nadie la declara y no quería ser el único | <input type="radio"/> |
| Declararlas no está bien visto en la Organización | <input type="radio"/> |
| La persona que realizó la agresión (paciente/ allegado) se disculpó | <input type="radio"/> |
| Recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la Organización de que no lo hiciera | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones son inevitables | <input type="radio"/> |

- 42 **Describe si hay algún factor que no se haya contemplado en la pregunta anterior y que le resulte importante para la no declaración de la agresión física sufrida**

.....

- 43 **¿Qué cree que facilitaría la declaración de las agresiones FÍSICAS recibidas?**

.....

- 44 **En los últimos DOS AÑOS ha vivido alguna de estas situaciones por parte de pacientes o acompañantes:**

Marca solo un círculo por fila.

| | Nunca | Sí, de forma aislada | Sí, más de una vez al año | Sí, más de una vez al mes | Sí, diariamente |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Enfadados por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malas caras/ miradas de desprecio u hostiles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuestionar las decisiones o la profesionalidad de la persona trabajadora | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfadados por falta de información | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tonos inapropiados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 45 **¿Sabría diferenciar entre las conductas que se consideran una agresión laboral verbal y las que se consideran un comportamiento maleducado?**

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| No sabría diferenciarlas en absoluto | <input type="radio"/> | Sabría diferenciarlas perfectamente |

46 ¿Cuál de estos comportamientos por parte de pacientes o acompañantes considera que es una agresión laboral verbal?

| | Sí, lo considero una agresión verbal y lo DECLARARÍA a la Organización de mi centro | Sí, lo considero una agresión verbal, pero NO lo DECLARARÍA a la Organización de mi centro | No lo considero una agresión verbal |
|---|---|--|-------------------------------------|
| Enfadados por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malas caras/ miradas de desprecio u hostiles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuestionar las decisiones o la profesionalidad de la persona trabajadora | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfadados por falta de información | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tonos inapropiados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

47 ¿Ha sido testigo de alguna agresión VERBAL a otro compañero/a en su lugar de trabajo, por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|-----------------------|--------------------|
| <input type="radio"/> | Sí, una vez |
| <input type="radio"/> | Sí, más de una vez |
| <input type="radio"/> | No |

48 ¿Ha sufrido alguna agresión VERBAL por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| Elige | ▼ |
|-----------------------|--------------------|
| <input type="radio"/> | Sí, una vez |
| <input type="radio"/> | Sí, más de una vez |
| <input type="radio"/> | No |

49 La agresión VERBAL consistió en:

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Amenazas |
| <input type="radio"/> | Insultos |
| <input type="radio"/> | Gritos |
| <input type="radio"/> | Otro: |

50 La agresión VERBAL fue llevada a cabo por

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Paciente |
| <input type="radio"/> | Familiar |
| <input type="radio"/> | Otro: |

51 Sexo del agresor:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

52 La agresión verbal implicó*Selecciona todos los que correspondan*

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Lesiones |
| <input type="radio"/> | Necesidad de tratamiento posterior |
| <input type="radio"/> | Necesidad de días de baja por las lesiones |

53 ¿El paciente que realizó la agresión verbal cumplía alguno de los siguientes criterios?*Selecciona todos los que correspondan*

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Trastorno psiquiátrico conocido |
| <input type="radio"/> | Estar bajo los efectos de alguna droga en el momento de la agresión |
| <input type="radio"/> | Agresión producida por movimientos inconscientes o involuntarios del paciente |
| <input type="radio"/> | Otro: |

54 ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión VERBAL sufrida?*Selecciona todos los que correspondan*

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> | Ansiedad |
| <input type="radio"/> | Ira |
| <input type="radio"/> | Culpa |
| <input type="radio"/> | Frustración impotencia |
| <input type="radio"/> | Depresión |
| <input type="radio"/> | Temor |
| <input type="radio"/> | Ningún síntoma relacionado |
| <input type="radio"/> | Otro: |

55 ¿Realizó una denuncia judicial de la agresión?*Selecciona todos los que correspondan*

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> | No |
| <input type="radio"/> | Sí, me ayudo mi organización |
| <input type="radio"/> | Sí, lo hice por mi cuenta |

56 ¿Declaró la agresión VERBAL a su Organización?

Marque un solo círculo

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en Recursos Humanos |
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en el Servicio de Prevención y Salud Laboral del hospital |
| <input type="radio"/> | Sí, cumplimenté el formulario de declaración de agresiones en el ordenador |
| <input type="radio"/> | Se lo comenté a mi superior directo |
| <input type="radio"/> | No, sólo lo hablé con mis compañeros/as |
| <input type="radio"/> | No se lo comenté a nadie |
| <input type="radio"/> | Otro: |

57 ¿Qué mejoraría para facilitar la declaración de agresiones VERBALES?

| |
|-------|
| |
|-------|

58 En la declaración de la agresión VERBAL, se sintió amparado por:

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada amparado | Poco amparado | Neutro | Amparado | Muy amparado |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gerencia/ Dirección | <input type="radio"/> |
| Persona jerárquicamente superior | <input type="radio"/> |
| Servicio de Prevención/ Preventiva | <input type="radio"/> |
| Delegados/as de prevención | <input type="radio"/> |
| Representantes sindicales | <input type="radio"/> |
| Compañeros/as | <input type="radio"/> |

59 ¿Qué mejoraría de la atención de los órganos directivos de tu hospital en el proceso de declaración de la agresión laboral VERBAL sufrida?

| |
|-------|
| |
|-------|

- 60 Puntúe la importancia de estos factores en la no declaración de la agresión VERBAL sufrida (siendo el 1 nada influyente en la decisión, y el 5 muy influyente).**

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada influyente | Poco influyente | Neutro | Influyente | Muy influyente |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | <input type="radio"/> |
| No conocía el procedimiento para declararlo | <input type="radio"/> |
| Pensé que no iba a servir para nada | <input type="radio"/> |
| No le dí importancia, es algo común | <input type="radio"/> |
| No tenía tiempo para pararme a declararla | <input type="radio"/> |
| Miedo a las represalias | <input type="radio"/> |
| Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | <input type="radio"/> |
| Me resultaba humillante contar esa experiencia | <input type="radio"/> |
| Temora a que piensen que yo había hecho algo para provocar la agresión | <input type="radio"/> |
| No quería complicaciones (poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial) | <input type="radio"/> |
| Nadie la declara y no quería ser el único | <input type="radio"/> |
| Declararlas no está bien visto en la Organización | <input type="radio"/> |
| La persona que realizó la agresión (paciente/ allegado) se disculpó | <input type="radio"/> |
| Recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la Organización de que no lo hiciera | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones son inevitables | <input type="radio"/> |

- 61 Describa si hay algún factor que no se haya contemplado en la pregunta anterior y que le resulte importante para la no declaración de la agresión verbal sufrida**

| |
|-------|
| |
|-------|

62 ¿Qué cree que facilitaría la declaración de las agresiones VERBALES recibidas?

.....

63 ¿Cómo cree que podrían evitarse/disminuirse las agresiones FÍSICAS?

.....

64 ¿Cómo cree que podrían evitarse/disminuirse las agresiones VERBALES?

.....

Anexo 7. Cuestionario V3

Las agresiones laborales suponen un gran problema a escala mundial y afectan tanto a la salud física, mental y emocional del personal trabajador, como a la calidad del servicio prestado. Una de las profesiones más expuestas es la del colectivo de profesionales sanitarios. Investigaciones previas sobre la materia indican que hay una manifiesta infradeclaración de las agresiones sufridas, lo que dificulta que haya una información realista de la magnitud del número de agresiones, aún más patente en las agresiones verbales. Esto dificulta poder trabajar con unos datos correctos sobre las circunstancias que acompañan a las agresiones, ya que los que manejamos no son representativos de todo el espectro real de los casos que ocurren. El propósito de esta investigación es analizar si existe una infradeclaración de las agresiones laborales sufridas (Tipo II) y explorar los motivos por los que esta declaración no se produce, con el fin de poner las medidas preventivas adecuadas para remediarlo.

Desde el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe hemos elaborado este cuestionario, que ha sido correctamente validado, para poder realizar esa exploración.

Con este documento le invitamos a participar en nuestro estudio, en la segunda fase cuantitativa, contestando al cuestionario que le aparecerá al aceptar la solicitud. Estos cuestionarios son anónimos y la información solicitada explora factores que pueden relacionarse con las agresiones laborales.

En todo momento el tratamiento de los datos obtenidos y de identificación se manejarán bajo el marco de privacidad y protección que dicta el (REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que garantiza los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución.

En cumplimiento de esto, le informamos de lo siguiente:

- Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, avisando previamente al IP principal, con la única condición de conservar el compromiso de confidencialidad hasta la finalización del proyecto.
- Le informamos que, con la aceptación de las siguientes condiciones, usted consiente libre, expresa y explícitamente a que sus datos personales sean tratados por el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla), con fines de investigación científica o estadísticos.
- Sus datos personales no serán comunicados o cedidos a terceros, así como tampoco serán objeto de decisiones automatizadas o transferencias internacionales. Los datos de carácter personal, una vez que dejen de ser necesarios, serán conservados de acuerdo a los plazos legalmente previstos, tras lo cual se suprimirán.
- Podrá ejercer sus derechos como afectado, en los términos previstos por la normativa, así como presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos). En este sentido podrá dirigirse a: Avenida. San Juan de Dios, s/n, CP 41930 Bormujos, Sevilla o contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través del email C15_DPO@sjd.es.
- Los datos podrían conservarse para futuros proyectos de investigación, contemplando las garantías antes descritas.

Para darnos su conformidad marque la opción “ACEPTO” en la Cláusula de Protección de Datos, si no quiere participar marque la opción “NO ACEPTO”. Gracias por su colaboración.***Obligatorio**

CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS *

Selecciona todos los que correspondan.

Acepto

1 Sexo

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

2 Edad

| |
|-------|
| |
|-------|

3 Estado Civil

| | |
|------------|---|
| Elige | ▼ |
| Casado | |
| Soltero | |
| Divorciado | |
| Otros | |

4 Tipo de contrato

| | |
|----------|---|
| Elige | ▼ |
| Fijo | |
| Eventual | |

5 Categoría profesional

| | |
|------------------------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Administrativo/a | |
| Enfermero/a | |
| Médico/a | |
| Fisioterapeuta | |
| Informático/a | |
| Servicios Generales/ Mantenimiento | |
| Auxiliar de Enfermería | |
| Técnico/a | |
| Otros | |

6 Área o Servicio

| | |
|--|---|
| Elige | ▼ |
| Admisión | |
| Archivo | |
| Hospitalización | |
| Informática | |
| Recursos Humanos | |
| Servicio de Prevención, Preventiva y Calidad | |
| Urgencias | |

7 Años de profesión

| | |
|----------------|---|
| Elige | ▼ |
| < 2 años | |
| De 2 a 5 años | |
| De 5 a 10 años | |
| >10 años | |

8 Antigüedad en el puesto

| | |
|-----------------|---|
| Elige | ▼ |
| < 6 meses | |
| De 6 a 12 meses | |
| De 1 a 5 años | |
| > 5 años | |

9 Turnos de trabajo

| | |
|------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Fijo de mañana | |
| Mañanas / tardes | |
| Días / Noches | |

10 Realización de guardias

Selecciona todos los que correspondan.

| | |
|------------------------|-----------------------|
| No realiza | <input type="radio"/> |
| Guardias 12/14 horas / | <input type="radio"/> |
| Guardias 24 horas | <input type="radio"/> |
| Localizables | <input type="radio"/> |

11 Características del trabajo

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Trabajo en solitario | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trato directo con pacientes y/ familiares | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trato exclusivamente telefónico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12 ¿Cree que las agresiones laborales FÍSICAS en centros sanitarios están aumentando?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

13 ¿A qué cree que se debe ese aumento de agresiones físicas?

| |
|-------|
| |
|-------|

14 ¿Cree que las agresiones laborales VERBALES en centros sanitarios están aumentando?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

15 ¿A qué cree que se debe ese aumento de agresiones verbales?

| |
|-------|
| |
|-------|

16 ¿Considera algo habitual en su lugar de trabajo...

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| la agresión VERBAL por parte de pacientes y/o acompañantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| la agresión FÍSICA por parte de pacientes y/o acompañantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 17 Indique el grado en que está de acuerdo o desacuerdo con la siguiente afirmación: **Mientras trabajo, pienso en que puedan agredirme:**

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada de acuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| físicamente? | <input type="radio"/> |
| verbalmente? | <input type="radio"/> |

- 18 ¿Sabe de la existencia de un protocolo de actuación ante una agresión laboral en su centro de trabajo?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

- 19 ¿Conoce el contenido de dicho protocolo de actuación?

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> | No lo conozco en absoluto |
| <input type="radio"/> | No lo conozco muy bien |
| <input type="radio"/> | Lo conozco pero tengo dudas |
| <input type="radio"/> | Lo conozco |
| <input type="radio"/> | Lo conozco perfectamente |

- 20 ¿Alguien le ha comunicado formalmente dicho protocolo?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

- 21 ¿Sabe cómo se comunican las agresiones en tu centro de trabajo?

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas a RRHH |
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas al Servicio de Prevención y Salud Laboral / Preventiva |
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas a la persona con rango superior directo |
| <input type="radio"/> | Sí, mediante la cumplimentación de un formulario en el ordenador o aplicación móvil |
| <input type="radio"/> | No sé cómo se comunica |

- 22 ¿Ha usado alguna vez el sistema de registro de agresiones laborales mediante formulario en el ordenador?

| | |
|---|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No, aunque he tenido agresiones físicas en el periodo que lleva funcionando dicho registro | |
| No, aunque he tenido agresiones verbales en el periodo que lleva funcionando dicho registro | |
| No, aunque he tenido agresiones físicas y verbales en el periodo que lleva en funcionamiento el Sistema de Registro Informático de Agresiones | |
| No, no he tenido ningún episodio de AL verbal o física | |

23 La agresión que declaró fue:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Física | |
| Verbal | |
| Ambas | |

24 El sistema de registro informático es (puntúe del 1-5, siendo el 1 nada de acuerdo, y el 5 completamente de acuerdo)

Marca solo un círculo por fila.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tiene fácil acceso | <input type="radio"/> |
| Es sencillo de utilizar | <input type="radio"/> |
| Es rápido de cumplimentar | <input type="radio"/> |

25 Señale el grado de acuerdo que tiene con la siguiente proposición: las razones por las que no usé la herramienta informática en mi agresión verbal son:

Marca solo un círculo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

26 Señale el grado de acuerdo que tiene con la siguiente proposición: las razones por las que no usé la herramienta informática en mi agresión física son:

Marca solo un círculo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

27 Señale el grado de acuerdo que tiene con la siguiente proposición: las razones por las que no usé la herramienta informática en mi agresión física y verbal son:

Marca solo un círculo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 28 ¿Ha sido testigo de alguna agresión FÍSICA a otro compañero/a en su lugar de trabajo, por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|--------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí, una vez | |
| Sí, más de una vez | |
| No | |

- 29 ¿Ha sufrido alguna agresión FÍSICA por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|--------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí, una vez | |
| Sí, más de una vez | |
| No | |

- 30 La agresión FÍSICA implicó

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | Golpe con un objeto |
| <input type="radio"/> | Golpe con una parte del cuerpo |
| <input type="radio"/> | Rotura de mobiliario |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 31 La agresión FÍSICA fue llevada a cabo por

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Paciente |
| <input type="radio"/> | Familiar |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 32 Sexo del agresor:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

- 33 La agresión física implicó

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Lesiones |
| <input type="radio"/> | Necesidad de tratamiento posterior |
| <input type="radio"/> | Necesidad de días de baja por las lesiones |

- 34 ¿El paciente que realizó la agresión física cumplía alguno de los siguientes criterios?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Trastorno psiquiátrico conocido |
| <input type="radio"/> | Estar bajo los efectos de alguna droga en el momento de la agresión |
| <input type="radio"/> | Agresión producida por movimientos inconscientes o involuntarios del paciente |
| <input type="radio"/> | Otro: |

35 ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión FÍSICA que sufrió?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> | Ansiedad |
| <input type="radio"/> | Ira |
| <input type="radio"/> | Culpa |
| <input type="radio"/> | Frustración impotencia |
| <input type="radio"/> | Depresión |
| <input type="radio"/> | Temor |
| <input type="radio"/> | Ningún síntoma relacionado |
| <input type="radio"/> | Otro: |

36 ¿Realizó una denuncia judicial de la agresión?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> | No |
| <input type="radio"/> | Sí, me ayudo mi organización |
| <input type="radio"/> | Sí, lo hice por mi cuenta |

37 ¿Declaró la agresión FÍSICA a su Organización?

Marque un solo círculo

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en Recursos Humanos |
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en el Servicio de Prevención y Salud Laboral del hospital |
| <input type="radio"/> | Sí, cumplimenté el formulario de declaración de agresiones en el ordenador |
| <input type="radio"/> | Se lo comenté a mi superior directo |
| <input type="radio"/> | No, sólo lo hablé con mis compañeros/as |
| <input type="radio"/> | No se lo comenté a nadie |
| <input type="radio"/> | Otro: |

38 ¿Qué mejoraría para facilitar la declaración de agresiones FÍSICAS?

| |
|-------|
| |
|-------|

39 En la declaración de la agresión FÍSICA, se sintió amparado por:

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada amparado | Poco amparado | Neutro | Amparado | Muy amparado |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gerencia/ Dirección | <input type="radio"/> |
| Persona jerárquicamente superior | <input type="radio"/> |
| Servicio de Prevención/ Preventiva | <input type="radio"/> |
| Delegados/as de prevención | <input type="radio"/> |
| Representantes sindicales | <input type="radio"/> |
| Compañeros/as | <input type="radio"/> |

- 40 ¿Qué mejoraría de la atención de los órganos directivos de su hospital en el proceso de declaración de la agresión laboral FÍSICA sufrida?

.....

- 41 Puntúe la importancia de estos factores en la no declaración de la agresión FÍSICA que sufrió:

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada influyente | Poco influyente | Neutro | Influyente | Muy influyente |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | <input type="radio"/> |
| No conocía el procedimiento para declararlo | <input type="radio"/> |
| Pensé que no iba a servir para nada | <input type="radio"/> |
| No le dí importancia, es algo común | <input type="radio"/> |
| No tenía tiempo para pararme a declararla | <input type="radio"/> |
| Miedo a las represalias | <input type="radio"/> |
| Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | <input type="radio"/> |
| Me resultaba humillante contar esa experiencia | <input type="radio"/> |
| Temora a que piensen que yo había hecho algo para provocar la agresión | <input type="radio"/> |
| No quería complicaciones (poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial) | <input type="radio"/> |
| Nadie la declara y no quería ser el único | <input type="radio"/> |
| Declararlas no está bien visto en la Organización | <input type="radio"/> |
| La persona que realizó la agresión (paciente/ allegado) se disculpó | <input type="radio"/> |
| Recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la Organización de que no lo hiciera | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones son inevitables | <input type="radio"/> |

- 42 **Describe si hay algún factor que no se haya contemplado en la pregunta anterior y que le resulte importante para la no declaración de la agresión física sufrida**

.....

- 43 **¿Qué cree que facilitaría la declaración de las agresiones FÍSICAS recibidas?**

.....

- 44 **En los últimos DOS AÑOS ha vivido alguna de estas situaciones por parte de pacientes o acompañantes:**

Marca solo un círculo por fila.

| | Nunca | Sí, de forma aislada | Sí, más de una vez al año | Sí, más de una vez al mes | Sí, diariamente |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Enfadados por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malas caras/ miradas de desprecio u hostiles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuestionar las decisiones o la profesionalidad de la persona trabajadora | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfadados por falta de información | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per se no son un insulto (guapa, rubia...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tonos inapropiados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 45 **¿Sabría diferenciar entre las conductas que se consideran una agresión laboral verbal y las que se consideran un comportamiento maleducado?**

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| No sabría diferenciarlas en absoluto | <input type="radio"/> | Sabría diferenciarlas perfectamente |

46 ¿Cuál de estos comportamientos por parte de pacientes o acompañantes considera que es una agresión laboral verbal?

| | Sí, lo considero una agresión verbal y lo DECLARARÍA a la Organización de mi centro | Sí, lo considero una agresión verbal, pero NO lo DECLARARÍA a la Organización de mi centro | No lo considero una agresión verbal |
|---|---|--|-------------------------------------|
| Enfadados por la demora asistencial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malas caras/ miradas de desprecio u hostiles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuestionar las decisiones o la profesionalidad de la persona trabajadora | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases irónicas o sarcásticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfadados por falta de información | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acusaciones injustificadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gritos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amenazas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frases que aludan a alguna característica física que per sé no son un insulto (guapa, rubia...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tonos inapropiados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

47 ¿Ha sido testigo de alguna agresión VERBAL a otro compañero/a en su lugar de trabajo, por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|-----------------------|--------------------|
| <input type="radio"/> | Sí, una vez |
| <input type="radio"/> | Sí, más de una vez |
| <input type="radio"/> | No |

48 ¿Ha sufrido alguna agresión VERBAL por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|--------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí, una vez | |
| Sí, más de una vez | |
| No | |

49 La agresión VERBAL consistió en:

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Amenazas |
| <input type="radio"/> | Insultos |
| <input type="radio"/> | Gritos |
| <input type="radio"/> | Otro: |

50 La agresión VERBAL fue llevada a cabo por

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Paciente |
| <input type="radio"/> | Familiar |
| <input type="radio"/> | Otro: |

51 Sexo del agresor:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

52 La agresión verbal implicó*Selecciona todos los que correspondan*

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Lesiones |
| <input type="radio"/> | Necesidad de tratamiento posterior |
| <input type="radio"/> | Necesidad de días de baja por las lesiones |

53 ¿El paciente que realizó la agresión verbal cumplía alguno de los siguientes criterios?*Selecciona todos los que correspondan*

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Trastorno psiquiátrico conocido |
| <input type="radio"/> | Estar bajo los efectos de alguna droga en el momento de la agresión |
| <input type="radio"/> | Agresión producida por movimientos inconscientes o involuntarios del paciente |
| <input type="radio"/> | Otro: |

54 ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión VERBAL sufrida?*Selecciona todos los que correspondan*

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> | Ansiedad |
| <input type="radio"/> | Ira |
| <input type="radio"/> | Culpa |
| <input type="radio"/> | Frustración impotencia |
| <input type="radio"/> | Depresión |
| <input type="radio"/> | Temor |
| <input type="radio"/> | Ningún síntoma relacionado |
| <input type="radio"/> | Otro: |

55 ¿Realizó una denuncia judicial de la agresión?*Selecciona todos los que correspondan*

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> | No |
| <input type="radio"/> | Sí, me ayudo mi organización |
| <input type="radio"/> | Sí, lo hice por mi cuenta |

56 ¿Declaró la agresión VERBAL a su Organización?

Marque un solo círculo

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en Recursos Humanos |
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en el Servicio de Prevención y Salud Laboral del hospital |
| <input type="radio"/> | Sí, cumplimenté el formulario de declaración de agresiones en el ordenador |
| <input type="radio"/> | Se lo comenté a mi superior directo |
| <input type="radio"/> | No, sólo lo hablé con mis compañeros/as |
| <input type="radio"/> | No se lo comenté a nadie |
| <input type="radio"/> | Otro: |

57 ¿Qué mejoraría para facilitar la declaración de agresiones VERBALES?

| |
|-------|
| |
|-------|

58 En la declaración de la agresión VERBAL, se sintió amparado por:

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada amparado | Poco amparado | Neutro | Amparado | Muy amparado |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gerencia/ Dirección | <input type="radio"/> |
| Persona jerárquicamente superior | <input type="radio"/> |
| Servicio de Prevención/ Preventiva | <input type="radio"/> |
| Delegados/as de prevención | <input type="radio"/> |
| Representantes sindicales | <input type="radio"/> |
| Compañeros/as | <input type="radio"/> |

59 ¿Qué mejoraría de la atención de los órganos directivos de tu hospital en el proceso de declaración de la agresión laboral VERBAL sufrida?

| |
|-------|
| |
|-------|

60 Puntúe la importancia de estos factores en la no declaración de la agresión VERBAL sufrida (siendo el 1 nada influyente en la decisión, y el 5 muy influyente).

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada influyente | Poco influyente | Neutro | Influyente | Muy influyente |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | <input type="radio"/> |
| No conocía el procedimiento para declararlo | <input type="radio"/> |
| Pensé que no iba a servir para nada | <input type="radio"/> |
| No le dí importancia, es algo común | <input type="radio"/> |
| No tenía tiempo para pararme a declararla | <input type="radio"/> |
| Miedo a las represalias | <input type="radio"/> |
| Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | <input type="radio"/> |
| Me resultaba humillante contar esa experiencia | <input type="radio"/> |
| Temora a que piensen que yo había hecho algo para provocar la agresión | <input type="radio"/> |
| No quería complicaciones (poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial) | <input type="radio"/> |
| Nadie la declara y no quería ser el único | <input type="radio"/> |
| Declararlas no está bien visto en la Organización | <input type="radio"/> |
| La persona que realizó la agresión (paciente/ allegado) se disculpó | <input type="radio"/> |
| Recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la Organización de que no lo hiciera | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones son inevitables | <input type="radio"/> |

61 Describa si hay algún factor que no se haya contemplado en la pregunta anterior y que le resulte importante para la no declaración de la agresión verbal sufrida

| |
|-------|
| |
|-------|

62 ¿Qué cree que facilitaría la declaración de las agresiones **VERBALES** recibidas?

.....

63 ¿Cómo cree que podrían evitarse/disminuirse las agresiones **FÍSICAS**?

.....

64 ¿Cómo cree que podrían evitarse/disminuirse las agresiones **VERBALES**?

.....

Anexo 8. Aprobación del Comité Ético del Hospital Virgen del Rocío y Hospital Virgen Macarena.

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/Dª: Carlos García Pérez como secretario/a del CEI de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor/investigador (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de Investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA INFRADECLARACIÓN DE AGRESIONES LABORALES A SANITARIOS
 Protocolo, Versión: V2
 HIP, Versión: V2
 CI, Versión:

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfiere con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en Sevilla a 17/12/2020

D/Dª. Carlos García Pérez, como Secretario/a del CEI de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío



| | | | |
|--------------------------------|---|--------|------------|
| Código Seguro De Verificación: | 8c7a3ef6e8b0d54777a70eae2a2e41bca30227 | Fecha | 17/12/2020 |
| Normativa | Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica. | | |
| Firmado Por | Carlos García Pérez | | |
| Url De Verificación | https://www.juntaandalucia.es/salud/portaldetetica/xhtml/ayuda/verifica?firmadocumento.ifaca/cods/8c7a3ef6e8b0d54777a70eae2a2e41bca30227 | Página | 1/2 |



CERTIFICA

Que este Comité ha ponderado y evaluado en sesión celebrada el 24/11/2020 y recogida en acta 20/2020 la propuesta del/de la Promotor/a (No hay promotor/a asociado/a), para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA INFRADECLARACIÓN DE AGRESIONES LABORALES A SANITARIOS
 Protocolo, Versión: V2
 HIP, Versión: V2
 CI, Versión:

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

President/a

D/Dª. Víctor Sánchez Margalet

Vicepresident/a

D/Dª. Dolores Jiménez Hernández

Secretario/a

D/Dª. Carlos García Pérez

Vocales

D/Dª. Enrique Calderón Sandubete

D/Dª. Gabriel Ramírez Solo

D/Dª. Ana Melcón de Dios-

D/Dª. Cristina Pichardo Guerrero

D/Dª. Javier Viloria Fernandez

D/Dª. MARIA EUGENIA ACOSTA MOSQUERA

D/Dª. Enrique de Álava Casado

D/Dª. EVA MARIA DELGADO CUESTA

D/Dª. ANGELA CEJUDO LOPEZ

D/Dª. Amancio Camero Moya

D/Dª. Regina Sandra Benavente Cantalejo

D/Dª. M José Carbonero Cells

D/Dª. LUIS GABRIEL LUQUE ROMERO

D/Dª. ANTONIO PÉREZ PÉREZ

D/Dª. María Pilar Guadix Martín

D/Dª. ESPERANZA GALLEGO CALVENTE

Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.



Lo que firmo en Sevilla a 17/12/2020

| | | | |
|---------------------------------------|---|---------------|------------|
| Código Seguro De Verificación: | 8c7a3ef6e88b0d54777a70eae2eae41bca30227 | Fecha | 17/12/2020 |
| Normativa | Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica. | | |
| Firmado Por | Carlos García Pérez | | |
| Url De Verificación | https://www.juntadeandalucia.es/salud/portaldeetica/xhtml/ayuda/verifica?firmadocumento.ifaca/coda/8c7a3ef6e88b0d54777a70eae2eae41bca30227 | Página | 2/2 |



Anexo 9. Resultados del coeficiente de conocimiento de los expertos en el área de interés por el que fueron seleccionados.

| EXPERTO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|------------------------------------|----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|-----|-----|----|----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Ámbito sanitario hospitalario | | | 3 | | 3 | 10 | | | | 3 | | | | | | | | | | 3 | | |
| Ámbito sanitario no hospitalario | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 9 | 9 |
| Agresiones laborales a sanitarios | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | |
| Investigación | | 9 | | | | | | | 10 | | | | 10 | | | | | | | | | |
| Perspectiva de género | | | | | | | | | | | | 10 | | | | | | | | | | |
| Lingüística | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | |
| Ciencias Sociales | | | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | | |
| Prevención de Riesgos Laborales | 10 | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | |
| Derecho laboral | | | | | | | | 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| Salud Laboral | | | | | | | 10 | | | | | | | | | | | 7 | | | | |
| <i>Coeficiente de conocimiento</i> | 1 | 0,9 | 0,3 | 0,5 | 0,3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,3 | 0,9 | 1 | 1 | 0,8 | 1 | 1 | 0,9 | 0,7 | 0,1 | 0,3 | 0,9 | 0,9 |

Anexo 10. Resultados del coeficiente de argumentación.

| EXPERTO | Análisis teórico propio | Experiencia | Estudio del tema de autores extranjeros | Estudios del tema de autores españoles | Intuición | Conocimiento acerca del problema en el extranjero. | <i>Coeficiente de argumentación</i> |
|-----------|-------------------------|-------------|---|--|-----------|--|-------------------------------------|
| 1 | 0,3 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 1 |
| 2 | 0,2 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,9 |
| 3 | 0,2 | 0,2 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,6 |
| 4 | 0,2 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,9 |
| 5 | 0,3 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 1 |
| 6 | 0,2 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,9 |
| 7 | 0,3 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 1 |
| 8 | 0,2 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,9 |
| 9 | 0,3 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 1 |
| 10 | 0,2 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,9 |
| 11 | 0,2 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,9 |
| 12 | 0,3 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 1 |
| 13 | 0,3 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 1 |
| 14 | 0,3 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 1 |
| 15 | 0,2 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,9 |
| 16 | 0,3 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 1 |
| 17 | 0,3 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 1 |
| 18 | 0,2 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,9 |
| 19 | 0,1 | 0,2 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,5 |
| 20 | 0,2 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,9 |
| 21 | 0,3 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 1 |
| 22 | 0,3 | 0,5 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 1 |

Anexo 11. Revisión por pares de las sugerencias de 2ª ronda PD

PREGUNTA 3.

SUGERENCIAS

- *En mi opinión, la escala Likert planteada puede mejorarse. Quizás el "acuerdo" o "desacuerdo" pueda interpretarse erróneamente si no se presta suficiente atención.*
- *La opción original es más limitada, pero también más clara.*
- *La escala Likert de 5 es más estándar y el enunciado está mejor expresado.*
- *La propuesta A me parece más interesante porque distingue los dos tipos de agresiones como una pregunta y no como una afirmación, es decir, te permite elegir cuál te preocupa más o es más probable que ocurre. Además, me parece mucho más claro y efectivo valorar con adverbio de tiempo-frecuencia que valorar afirmaciones con grados de acuerdo o desacuerdo. Y a pesar de que quizás la primera opción sea más directa o quizás hasta violenta, la considero más práctica.*

CONCLUSIÓN DE LA REVISIÓN POR PARES

Se valoran las **medidas de tendencia central** (cercanas a la posición neutra) y las de **dispersión** (gran variabilidad entre los jueces). Para tener un poco más de información, nos fijamos en las puntuaciones en el **grupo de expertos con mayor puntuación**. En este grupo, la media incluso es aún más cercana al 3. Tras analizarlo no lo tenemos claro y **lo elevamos a discusión en el grupo principal investigador**. En el grupo de investigación principal, finalmente acordamos **dejar la segunda opción**.

PREGUNTA 4.

SUGERENCIAS

- *Muy oportuna la incorporación de la frustración/impotencia. La desesperación también podría ser útil, aunque entiendo que se considerará dentro de este mismo ítem.*
- *Estoy muy de acuerdo en incluir estos dos síntomas y el formato elegido de 5 respuesta, así como el enunciado estandarizado. Ayuda en la lectura de las preguntas.*
- *Aunque son sentimientos altamente sensibles y sobre todo en el ámbito laboral, creo que es importante valorar el estrés que puede generar el personal sanitario considerarse culpable por una mala praxis o impotente por no poder afrontar situaciones violentas de agresión. Es tan importante o más como la ira y no creo que vulnere ninguna barrera íntima, más lo haría aceptar la ansiedad o la depresión.*

CONCLUSIÓN DE LA REVISIÓN POR PARES

Las dos aportaciones consultadas cumplen todos los criterios de criba. Además, las sugerencias y comentarios aportados por los expertos también van a favor de dicha inclusión. **Se incluyen ambos ítems en el cuestionario.**

PREGUNTA 8.**SUGERENCIAS**

- *No estoy de acuerdo. Si se registraran, por ejemplo, un número considerable de agresiones físicas con objeto, podría replantarse la seguridad en centros sanitarios atendiendo a este dato.*
- *Pensando en el objetivo del estudio es cierto que no aplica y la quitaría. otra cosa es que incluyamos en el cuestionario 2-3 preguntas relacionadas con la descripción de la agresión como sugiere el comité ético, porque este esfuerzo a nivel andaluz no lo vas a repetir tan fácilmente y te serviría también para tener una descripción de los tipos de agresiones. También te digo que igual no la escribiría así. De todas formas, sería preguntas fuera de la tesis que te darían una información interesante para la post-tesis. Debemos hablarlo con M. Para la validación del cuestionario posiblemente me decidiera por quitarla.*
- *No considero esencial precisar cómo fue la agresión.*
- *No sé si hay alguna implicación o relación o cambio, si la agresión se realiza con un objeto, con el propio cuerpo o con rotura de mobiliario. Realmente, al final, es una agresión. Pero señalo neutro porque no sé si existe alguna diferencia. Si la hubiera, no la quitaría. Si por el contrario no la hay, puede que fuera prescindible.*
- *Yo dejaría la pregunta porque el shock que puede causar en la persona el tipo de agresión indica me parece relevante y fuente de información valiosa.*
- *Si bien es irrelevante para vuestra investigación al no ser el tema central, puede ayudaros a la construcción del discurso final y a la justificación y conclusión de los resultados. No es una pregunta que a mi parecer resulte pesada en la totalidad del cuestionario.*
- *Si eliminarla es porque no se refiere exactamente a agresión física de acuerdo, pero esas situaciones se dan y también generan angustia y estrés.”*

CONCLUSIÓN DE REVISIÓN POR PARES

Esta pregunta no cumple ninguno de los criterios, **siendo rechazado por los jueces la opción de su eliminación.** En las sugerencias se apunta algo muy interesante, el tener en cuenta esta pregunta no por lo que aporte especialmente a este cuestionario, sino al estudio en general, ya que es una oportunidad única de acercarnos a los profesionales y contar con su experiencia en el tema.

PREGUNTA 9.**SUGERENCIAS**

- *Creo que dentro del término insultos o frases irónicas se engloba todo y no es necesario puntualizar o detallar en otros apartados, por eso valoro la inclusión de comentarios despectivos como neutro. Sin embargo, incluir el cuestionamiento de la*

profesionalidad sí me parece importantísimo porque es una humillación que genera mucha violencia. En cuanto la frecuencia una vez a la semana, puede ser interesante porque de diariamente se pasa a un mes y quizás sea interesante contemplar esa periodicidad.

- *Cuestionar la profesionalidad creo que ya está contemplado en la categoría de respuesta "cuestionar las decisiones" Si bien estas vienen dadas desde lo profesional. O bien, se puede reescribir esta categoría para que incluya ambas opciones: cuestionar las decisiones profesionales, o, desde lo profesional.*
- *Respecto a comentarios despectivos, se pueden enmarcar dentro de los insultos, aunque como categoría aparte no estaría mal. Yo, particularmente no la incluiría, pero le vería sentido si se hiciera.*
- *Veo un salto entre más de una vez al mes y diariamente, incluiría también sí, más de una vez a la semana*

CONCLUSIÓN DE LA REVISIÓN POR PARES

En esta pregunta se cumplen algunos criterios y otros no. **Lo elevamos a discusión en el grupo principal investigador.** Finalmente, tras debatirlo en dicho grupo, se decide **incluir** en el apartado cuestionar las decisiones el apartado cuestionar la profesionalidad.

PREGUNTA 10.

SUGERENCIAS

- *Entiendo que la formulación de la segunda pregunta apela de forma indirecta al conocimiento y es más suave, pero considero que la primera es más práctica y efectiva a pesar de usa una expresión como "tener claro" que no me parece la apropiada. Quizás habría que mezclar las dos opciones, pero creo que la primera opción es clara y concisa para valorar lo que propone.*
- *Ahora no recuerdo bien, pero si se le ha explicado a la persona encuestada qué es una AL verbal, dejaría la opción a. Si no, dejaría la opción b (que también implica saber qué se considera por comportamiento mal educado).*

CONCLUSIÓN DE LA REVISIÓN POR PARES

La pregunta 10 cumple todos los criterios de cribado, tanto en el grupo de expertos general como en el de los mejores expertos. **Se procede a cambiarla.**

PREGUNTA 11

SUGERENCIAS

- *“Declararía a mi organización”, no sé si podría modificarse por “notificaría por escrito”*.
- *En las dos preguntas de la opción B faltaría incorporar los dos conceptos que se habían añadido. El insulto despectivo y cuestionar la profesionalidad.*
- *La segunda opción creo que ni es intuitiva ni útil. Desde el punto de vista del lenguaje, la primera opción es más clara y sin tantos rodeos en valoraciones con notas.*
- *Creo que la opción a engloba perfectamente lo que se considera agresión de lo que no y cuál de ellas sería denunciada. En este caso, duplicarla puede ser más enredos, aunque la lógica de hacerlo es acertada.*

CONCLUSIÓN DE REVISIÓN POR PARES

En esta pregunta se cumplen algunos criterios y otros no. En las sugerencias, varios expertos apuntan a que la segunda opción es más larga y no la encuentran intuitiva ni útil. Se decide **no realizar el cambio**.

PREGUNTA 12

SUGERENCIAS

- *Claramente me parece mejor la segunda propuesta porque conocer el protocolo no depende del trabajador y creo que cuándo se pregunta por derechos es mejor usar la pregunta “¿Sabías que...?” porque de lo contrario podría pensar “soy un ignorante” o “debería saberlo”. Además, la segunda propuesta invita a conocer e investigar.*

CONCLUSIÓN

Esta pregunta **cumple todos los criterios**, tanto en el grupo general como en el de expertos con mayor puntuación. Además, en las sugerencias se incluye una aportación muy interesante. Dentro de esta investigación, contemplamos el concepto de investigación activa (227), en el que además de investigar, pretendemos que el realizar nuestro estudio sea en sí un motor de cambio (232). Esta pregunta puede incentivar la búsqueda y el aumento de conocimiento por parte de los profesionales. **Se realiza el cambio**.

PREGUNTA 13

SUGERENCIAS

- *Me parece algo enrevesada la formulación de la pregunta, y no va a modificar la respuesta.*
- *No entiendo por qué hay que diferenciar entre conocer el protocolo o no. Me parece peor la segunda opción porque te puede hacer dudar "oh, no conozco el protocolo cómo se hace". La primera es más directa e interesante porque permite saber si el sanitario sabe CÓMO HACERLO.*
- *Si se elige la opción b, en la pregunta anterior el responder NO ya no es discriminante porque podría igualmente responder a esta pregunta."*

CONCLUSIÓN DE REVISIÓN POR PARES

Se cumplen algunos criterios y otros no, tanto en el grupo general como en el de expertos de mayor puntuación. En las sugerencias, sin embargo, varios jueces exponen motivos para la no realización del cambio. Por lo que **procedemos a no cambiar la pregunta.**

PREGUNTA 17

SUGERENCIAS

- *Aunque la escala de 7 puntos está bien, como el resto de escalas son de 5 me parece oportuno cambiarlo.*

CONCLUSIÓN DE REVISIÓN POR PARES

La **opción 1** de cambiar el encabezado cumple algunos criterios. Tras revisarlo, pensamos que es oportuno **realizar el cambio.**

La **opción 2** cumple todos los criterios menos el de desviación típica, tras revisarlo, pensamos que **es muy adecuado incluirlo.**

La **opción 3** de cambiarlo a una escala de Likert de 5 puntos cumple con los criterios propuestos, menos el de porcentaje de 4 y 5. Sin embargo, en el grupo de expertos de mayor puntuación, si cumple con este criterio. Por este motivo, y por la ventaja que puede aportarnos unificar en el cuestionario procedemos también a **realizar el cambio.**

PREGUNTA 19

SUGERENCIAS

- *Me parece interesante la segunda opción porque en la primera solo te da la opción "órganos directivos" y eso se aleja totalmente de cualquier realidad laboral, pero me parece un poco violento tener que reconocer que no te ampararon los de Prevención ni los representantes sindicales.*
- *Mantendría la opción A, incluyendo un campo desplegable donde indicar el respaldo. En caso de no haberlo obtenido, complicado que todos se marquen como "nada amparado"; El resultado no sería el deseado.*
- *La opción B es mucho más completa y aporta mucha más información.*

CONCLUSIÓN DE LA REVISIÓN POR PARES

La pregunta cumple todos los criterios de inclusión y además en las sugerencias no se realizan objeciones a ésta, por lo que **se modifica según la propuesta.**

PREGUNTA 22

SUGERENCIAS

- *La idea es buena, pero creo que de nuevo se emplea mucho tiempo en tener que explicar cómo hay que responder la escala. "Herramienta informática", debería complementarse "de declaración de agresiones en el trabajo", o similar.*
- *En la opción B añadiría en el enunciado "... la herramienta informática para declarar la agresión (física/verbal)". Porque acabo el enunciado en " Herramienta informática" queda, a mi parecer, incompleto.*

CONCLUSIÓN

La propuesta **cumple todos los criterios.** En las sugerencias, sin embargo, se hacen algunas apreciaciones. Una de ellas hace referencia a incluir en la pregunta la información de declarar la agresión. Nos parece adecuada, por lo que se **procede al cambio incorporando esa sugerencia.**

Anexo 12. Cuestionario V4

El cuestionario V4 puede realizarse en el siguiente enlace:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScy1DN9CRZgyATl3oSWQ_m3nAm_XWBG76snG4OKcZyUw7ryLg/viewform?usp=sf_link

CUESTIONARIO DECLARACIÓN DE AGRESIONES LABORALES EN ÁMBITO SANITARIO

Las agresiones laborales suponen un gran problema a escala mundial y afectan tanto a la salud física, mental y emocional del personal trabajador, como a la calidad del servicio prestado. Una de las profesiones más expuestas es la del colectivo de profesionales sanitarios. Investigaciones previas sobre la materia indican que hay una manifiesta infradeclaración de las agresiones sufridas, lo que dificulta que haya una información realista de la magnitud del número de agresiones, aún más patente en las agresiones verbales. Esto dificulta poder trabajar con unos datos correctos sobre las circunstancias que acompañan a las agresiones, ya que los que manejamos no son representativos de todo el espectro real de los casos que ocurren. El propósito de esta investigación es analizar si existe una infradeclaración de las agresiones laborales sufridas (Tipo II) y explorar los motivos por los que esta declaración no se produce, con el fin de poner las medidas preventivas adecuadas para remediarlo.

En todo momento el tratamiento de los datos obtenidos y de identificación se manejarán bajo el marco de privacidad y protección que dicta el (REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que garantiza los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución.

En cumplimiento de esto, le informamos de lo siguiente:

- Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, avisando previamente al IP principal, con la única condición de conservar el compromiso de confidencialidad hasta la finalización del proyecto.
- Le informamos que, con la aceptación de las siguientes condiciones, usted consiente libre, expresa y explícitamente a que sus datos personales sean tratados por el equipo investigador, con fines de investigación científica o estadísticos.
- Sus datos personales no serán comunicados o cedidos a terceros, así como tampoco serán objeto de decisiones automatizadas o transferencias internacionales. Los datos de carácter personal, una vez que dejen de ser necesarios, serán conservados de acuerdo a los plazos legalmente previstos, tras lo cual se suprimirán.
- Podrá ejercer sus derechos como afectado, en los términos previstos por la normativa, así como presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos).
- Los datos podrían conservarse para futuros proyectos de investigación, contemplando las garantías antes descritas.
- Para darnos su conformidad marque la opción “ACEPTO” en la Cláusula de Protección de Datos, si no quiere participar marque la opción “NO ACEPTO”. Gracias por su colaboración.***Obligatorio**

CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS *

Selecciona todos los que correspondan.

Acepto

1 Sexo

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

2 Edad

| |
|-------|
| |
|-------|

3 Estado Civil

| | |
|------------|---|
| Elige | ▼ |
| Casado | |
| Soltero | |
| Divorciado | |
| Otros | |

4 Tipo de contrato

| | |
|----------|---|
| Elige | ▼ |
| Fijo | |
| Eventual | |

5 Categoría profesional

| | |
|------------------------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Administrativo/a | |
| Enfermero/a | |
| Médico/a | |
| Fisioterapeuta | |
| Informático/a | |
| Servicios Generales/ Mantenimiento | |
| Auxiliar de Enfermería | |
| Técnico/a | |
| Otros | |

6 Área o Servicio

| | |
|--|---|
| Elige | ▼ |
| Admisión | |
| Archivo | |
| Hospitalización | |
| Informática | |
| Recursos Humanos | |
| Servicio de Prevención, Preventiva y Calidad | |
| Urgencias | |

7 Años de profesión

| | |
|----------------|---|
| Elige | ▼ |
| < 2 años | |
| De 2 a 5 años | |
| De 5 a 10 años | |
| >10 años | |

8 Antigüedad en el puesto

| | |
|-----------------|---|
| Elige | ▼ |
| < 6 meses | |
| De 6 a 12 meses | |
| De 1 a 5 años | |
| > 5 años | |

9 Turnos de trabajo

| | |
|------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Fijo de mañana | |
| Mañanas / tardes | |
| Días / Noches | |

10 Realización de guardias

Selecciona todos los que correspondan.

| | |
|------------------------|-----------------------|
| No realiza | <input type="radio"/> |
| Guardias 12/14 horas / | <input type="radio"/> |
| Guardías 24 horas | <input type="radio"/> |
| Localizables | <input type="radio"/> |

11 Características del trabajo

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Trabajo en solitario | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trato directo con pacientes y/ familiares | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trato exclusivamente telefónico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12 ¿Cree que las agresiones laborales en centros sanitarios están aumentando?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

13 ¿A qué cree que se debe ese aumento de agresiones laborales?

| |
|-------|
| |
|-------|

14 ¿Considera algo habitual en su lugar de trabajo...

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| la agresión VERBAL por parte de pacientes y/o acompañantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| la agresión FÍSICA por parte de pacientes y/o acompañantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

15 Indique el grado en que está de acuerdo o desacuerdo con la siguiente afirmación: Mientras trabajo, pienso en que puedan agredirme:

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada de acuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| físicamente? | <input type="radio"/> |
| verbalmente? | <input type="radio"/> |

- 16 ¿Sabe de la existencia de un protocolo de actuación ante una agresión laboral en su centro de trabajo?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

- 17 ¿Conoce el contenido de dicho protocolo de actuación?

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> | No lo conozco en absoluto |
| <input type="radio"/> | No lo conozco muy bien |
| <input type="radio"/> | Lo conozco pero tengo dudas |
| <input type="radio"/> | Lo conozco |
| <input type="radio"/> | Lo conozco perfectamente |

- 18 ¿Alguien le ha comunicado formalmente dicho protocolo?

| | |
|-------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No | |

- 19 ¿Sabe cómo se comunican las agresiones en tu centro de trabajo?

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas a RRHH |
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas al Servicio de Prevención y Salud Laboral / Preventiva |
| <input type="radio"/> | Sí, comunicándolas a la persona con rango superior directo |
| <input type="radio"/> | Sí, mediante la cumplimentación de un formulario en el ordenador o aplicación móvil |
| <input type="radio"/> | No sé cómo se comunica |

- 20 ¿Ha usado alguna vez el sistema de registro de agresiones laborales mediante formulario en el ordenador?

| | |
|---|---|
| Elige | ▼ |
| Sí | |
| No, aunque he tenido agresiones físicas en el periodo que lleva funcionando dicho registro | |
| No, aunque he tenido agresiones verbales en el periodo que lleva funcionando dicho registro | |
| No, aunque he tenido agresiones físicas y verbales en el periodo que lleva en funcionamiento el Sistema de Registro Informático de Agresiones | |
| No, no he tenido ningún episodio de AL verbal o física | |

- 21 La agresión que declaró fue:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Física | |
| Verbal | |
| Ambas | |

- 22 **El sistema de registro informático es (puntúe del 1-5, siendo el 1 nada de acuerdo, y el 5 completamente de acuerdo)**

Marca solo un círculo por fila.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tiene fácil acceso | <input type="radio"/> |
| Es sencillo de utilizar | <input type="radio"/> |
| Es rápido de cumplimentar | <input type="radio"/> |

- 23 **Señale el grado de acuerdo que tiene con la siguiente proposición: las razones por las que no usé la herramienta informática en mi agresión verbal son:**

Marca solo un círculo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 24 **Señale el grado de acuerdo que tiene con la siguiente proposición: las razones por las que no usé la herramienta informática en mi agresión física son:**

Marca solo un círculo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 25 **Señale el grado de acuerdo que tiene con la siguiente proposición: las razones por las que no usé la herramienta informática en mi agresión física y verbal son:**

Marca solo un círculo por fila.

| | Completamente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Completamente de acuerdo |
|--|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Difícil acceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso complicado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Es demasiado larga de cumplimentar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El sistema no funciona bien (se cuelga, se reinicia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 26 ¿Ha sido testigo de alguna agresión FÍSICA a otro compañero/a en su lugar de trabajo, por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|--------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí, una vez | |
| Sí, más de una vez | |
| No | |

- 27 ¿Ha sufrido alguna agresión FÍSICA por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|--------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí, una vez | |
| Sí, más de una vez | |
| No | |

- 28 La agresión FÍSICA implicó

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | Golpe con un objeto |
| <input type="radio"/> | Golpe con una parte del cuerpo |
| <input type="radio"/> | Rotura de mobiliario |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 29 La agresión FÍSICA fue llevada a cabo por

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Paciente |
| <input type="radio"/> | Familiar |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 30 Sexo del agresor:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

- 31 La agresión física implicó

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Lesiones |
| <input type="radio"/> | Necesidad de tratamiento posterior |
| <input type="radio"/> | Necesidad de días de baja por las lesiones |

- 32 ¿El paciente que realizó la agresión física cumplía alguno de los siguientes criterios?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Trastorno psiquiátrico conocido |
| <input type="radio"/> | Estar bajo los efectos de alguna droga en el momento de la agresión |
| <input type="radio"/> | Agresión producida por movimientos inconscientes o involuntarios del paciente |
| <input type="radio"/> | Otro: |

33 ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión FÍSICA que sufrió?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> | Ansiedad |
| <input type="radio"/> | Ira |
| <input type="radio"/> | Culpa |
| <input type="radio"/> | Frustración impotencia |
| <input type="radio"/> | Depresión |
| <input type="radio"/> | Temor |
| <input type="radio"/> | Ningún síntoma relacionado |
| <input type="radio"/> | Otro: |

34 ¿Realizó una denuncia judicial de la agresión?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> | No |
| <input type="radio"/> | Sí, me ayudo mi organización |
| <input type="radio"/> | Sí, lo hice por mi cuenta |

35 ¿Declaró la agresión FÍSICA a su Organización?

Marque un solo círculo

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en Recursos Humanos |
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en el Servicio de Prevención y Salud Laboral del hospital |
| <input type="radio"/> | Sí, cumplimenté el formulario de declaración de agresiones en el ordenador |
| <input type="radio"/> | Se lo comenté a mi superior directo |
| <input type="radio"/> | No, sólo lo hablé con mis compañeros/as |
| <input type="radio"/> | No se lo comenté a nadie |
| <input type="radio"/> | Otro: |

36 ¿Qué mejoraría para facilitar la declaración de agresiones FÍSICAS?

| |
|-------|
| |
|-------|

37 En la declaración de la agresión FÍSICA, se sintió amparado por:

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada amparado | Poco amparado | Neutro | Amparado | Muy amparado |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gerencia/ Dirección | <input type="radio"/> |
| Pers ona jerárquicamente superior | <input type="radio"/> |
| Servicio de Prevención/ Preventiva | <input type="radio"/> |
| Delegados/as de prevención | <input type="radio"/> |
| Representantes sindicales | <input type="radio"/> |
| Compañeros/as | <input type="radio"/> |

38 ¿Qué mejoraría de la atención de los órganos directivos de su hospital en el proceso de declaración de la agresión laboral FÍSICA sufrida?

.....

39 Puntúe la importancia de estos factores en la no declaración de la agresión FÍSICA que sufrió:

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada influyente | Poco influyente | Neutro | Influyente | Muy influyente |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | <input type="radio"/> |
| No conocía el procedimiento para declararlo | <input type="radio"/> |
| Pensé que no iba a servir para nada | <input type="radio"/> |
| No le dí importancia, es algo común | <input type="radio"/> |
| No tenía tiempo para pararme a declararla | <input type="radio"/> |
| Miedo a las represalias | <input type="radio"/> |
| Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | <input type="radio"/> |
| Temora a que piensen que yo había hecho algo para provocar la agresión | <input type="radio"/> |
| No quería complicaciones (poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial) | <input type="radio"/> |
| La persona que realizó la agresión (paciente/ allegado) se disculpó | <input type="radio"/> |
| Recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la Organización de que no lo hiciera | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones son inevitables | <input type="radio"/> |

40 Describa si hay algún factor que no se haya contemplado en la pregunta anterior y que le resulte importante para la no declaración de la agresión física sufrida

.....

41 ¿Qué cree que facilitaría la declaración de las agresiones FÍSICAS recibidas?

.....

- 46 ¿Ha sufrido alguna agresión VERBAL por parte de pacientes o acompañantes en los últimos dos años?

| | |
|--------------------|---|
| Elige | ▼ |
| Sí, una vez | |
| Sí, más de una vez | |
| No | |

- 47 La agresión VERBAL consistió en:

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Amenazas |
| <input type="radio"/> | Insultos |
| <input type="radio"/> | Gritos |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 48 La agresión VERBAL fue llevada a cabo por

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Paciente |
| <input type="radio"/> | Familiar |
| <input type="radio"/> | Otro: |

- 49 Sexo del agresor:

| | |
|--------|---|
| Elige | ▼ |
| Hombre | |
| Mujer | |

- 50 La agresión verbal implicó

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Lesiones |
| <input type="radio"/> | Necesidad de tratamiento posterior |
| <input type="radio"/> | Necesidad de días de baja por las lesiones |

- 51 ¿El paciente que realizó la agresión verbal cumplía alguno de los siguientes criterios?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Trastorno psiquiátrico conocido |
| <input type="radio"/> | Estar bajo los efectos de alguna droga en el momento de la agresión |
| <input type="radio"/> | Agresión producida por movimientos inconscientes o involuntarios del paciente |
| <input type="radio"/> | Otro: |

52 ¿Ha sentido alguno de estos síntomas relacionado con la agresión VERBAL sufrida?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> | Ansiedad |
| <input type="radio"/> | Ira |
| <input type="radio"/> | Culpa |
| <input type="radio"/> | Frustración impotencia |
| <input type="radio"/> | Depresión |
| <input type="radio"/> | Temor |
| <input type="radio"/> | Ningún síntoma relacionado |
| <input type="radio"/> | Otro: |

53 ¿Realizó una denuncia judicial de la agresión?

Selecciona todos los que correspondan

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> | No |
| <input type="radio"/> | Sí, me ayudo mi organización |
| <input type="radio"/> | Sí, lo hice por mi cuenta |

54 ¿Declaró la agresión VERBAL a su Organización?

Marque un solo círculo

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en Recursos Humanos |
| <input type="radio"/> | Sí, lo declaré en el Servicio de Prevención y Salud Laboral del hospital |
| <input type="radio"/> | Sí, cumplimenté el formulario de declaración de agresiones en el ordenador |
| <input type="radio"/> | Se lo comenté a mi superior directo |
| <input type="radio"/> | No, sólo lo hablé con mis compañeros/as |
| <input type="radio"/> | No se lo comenté a nadie |
| <input type="radio"/> | Otro: |

55 ¿Qué mejoraría para facilitar la declaración de agresiones VERBALES?

| |
|-------|
| |
|-------|

56 En la declaración de la agresión VERBAL, se sintió amparado por:

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada amparado | Poco amparado | Neutro | Amparado | Muy amparado |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gerencia/ Dirección | <input type="radio"/> |
| Persona jerárquicamente superior | <input type="radio"/> |
| Servicio de Prevención/ Preventiva | <input type="radio"/> |
| Delegados/as de prevención | <input type="radio"/> |
| Representantes sindicales | <input type="radio"/> |
| Compañeros/as | <input type="radio"/> |

- 57 **¿Qué mejoraría de la atención de los órganos directivos de tu hospital en el proceso de declaración de la agresión laboral VERBAL sufrida?**

.....

- 58 **Puntúe la importancia de estos factores en la no declaración de la agresión VERBAL sufrida (siendo el 1 nada influyente en la decisión, y el 5 muy influyente).**

Marca solo un círculo por fila.

| | Nada influyente | Poco influyente | Neutro | Influyente | Muy influyente |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El procedimiento para declararlo es muy laborioso, complejo y/o largo | <input type="radio"/> |
| No conocía el procedimiento para declararlo | <input type="radio"/> |
| Pensé que no iba a servir para nada | <input type="radio"/> |
| No le dí importancia, es algo común | <input type="radio"/> |
| No tenía tiempo para pararme a declararla | <input type="radio"/> |
| Miedo a las represalias | <input type="radio"/> |
| Me daba vergüenza que me tomaran por exagerado/a o alarmista | <input type="radio"/> |
| Me resultaba humillante contar esa experiencia | <input type="radio"/> |
| Temora a que piensen que yo había hecho algo para provocar la agresión | <input type="radio"/> |
| No quería complicaciones (poner una denuncia, enfrentarme a un proceso judicial) | <input type="radio"/> |
| Nadie la declara y no quería ser el único | <input type="radio"/> |
| Declararlas no está bien visto en la Organización | <input type="radio"/> |
| La persona que realizó la agresión (paciente/ allegado) se disculpó | <input type="radio"/> |
| Recibí instrucciones por una persona jerárquicamente superior o por la Organización de que no lo hiciera | <input type="radio"/> |
| Pienso que las agresiones son inevitables | <input type="radio"/> |

- 59 **Describe si hay algún factor que no se haya contemplado en la pregunta anterior y que le resulte importante para la no declaración de la agresión verbal sufrida**

.....

60 ¿Qué cree que facilitaría la declaración de las agresiones VERBALES recibidas?

.....

61 ¿Cómo cree que podrían evitarse/disminuirse las agresiones FÍSICAS?

.....

62 ¿Cómo cree que podrían evitarse/disminuirse las agresiones VERBALES?

.....