



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. Paloma López Ros

doctorando del Programa de Doctorado en

Ciencias Forenses

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Convivencia entre usuarios y profesionales de la Salud en los centros de Atención Primaria

y dirigida por,

D./Dña. Dr.D. Jose´Antonio Ruiz Hernández

D./Dña. Dr.D. Bartolomé Llor Esteban

D./Dña.

DECLARO QUE:

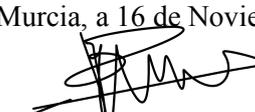
La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 16 de Noviembre de 2022

Fdo.: 
Paloma López Ros

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

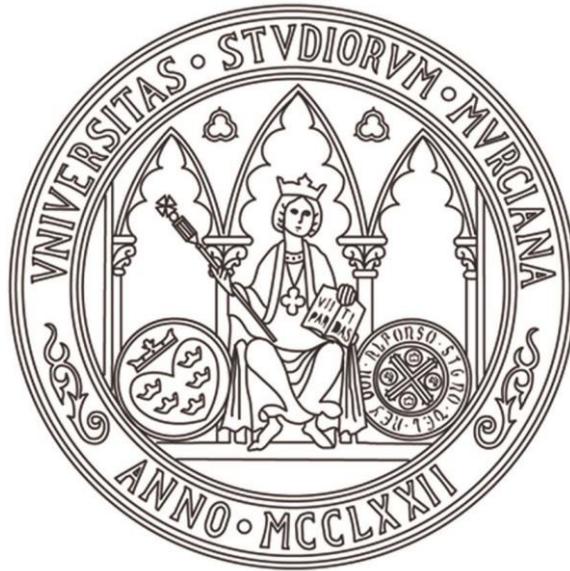


UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Convivencia entre usuarios y profesionales de la Salud en los
centros de Atención Primaria

D.^a Paloma López Ros

2022



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Convivencia entre usuarios y profesionales de la Salud en los centros
de Atención Primaria

Autor: D.^a Paloma López Ros

Director/es: D. José Antonio Ruiz Hernández y
D. Bartolomé Llor Esteban

Agradecimientos

El camino hasta aquí no ha sido fácil, lo confieso. En muchas ocasiones pensé en tirar la toalla, en rendirme. Pero si no lo hice, en parte fue gracias a las personas que he tenido a mi lado. Por eso escribo estas palabras, para agradecerles su apoyo y disculpar mis ausencias. Escribir esta tesis, en ocasiones, me hizo ausente de la vida familiar, de la vida social y la personal.

De una manera muy especial a David Pina: GRACIAS. Gracias por acompañarme tan de la mano en este camino, gracias por tu paciencia, gracias por tu confianza, por tu enseñanza, por hacernos creer que podemos. Espero y deseo que consigas aquello por lo que luchas; los estudiantes merecen profesores de vocación y justos.

Gracias a todo el equipo de investigación por estar siempre ahí, en especial a Reyes. A mis directores y a Jesús, por abrirme las puertas, por darme la oportunidad de entrar en el equipo y confiar en mí para la realización de este proyecto. A todos los usuarios que han participado y dedicado parte de su tiempo desinteresadamente con sus opiniones, sin ellos no hubiese sido posible la realización de esta

tesis.

A mi gran proyecto de vida, mis hijos, mi familia numerosa. Os pido mil disculpas por mis ausencias, por una mamá pegada a un ordenador. Me pido perdón a mí misma por ese sentimiento de culpa que me ha acompañado durante las investigaciones, por las horas que os he robado. Gracias a los tres por haberlo entendido y por vuestra paciencia.

A mi equipo de mujeres luchadoras, gracias mamá, gracias por cuidarme y cuidarlos a ellos siempre que lo he necesitado. A mi hermana, por darme ejemplo de constancia y, aunque cada loca con su tema, entre oposición y tesis algunas risas han caído. Espero que lo consigas. Algún día agradecerás no haberte rendido.

Manolo, mi compañero de aventuras, gracias por no decir nunca que no a todos los líos que te meto. Da igual el formato, desde carreras hasta campamentos. Tu compañía ha sido fundamental para avanzar, aunque sea en la última página.

A mi equipo de chicas increíbles, gracias por esa fuerza, ese apoyo y esa conexión. Maribel gracias por cuidarme tanto, por tu apoyo cada día y por ayudarme a visualizar mi proyecto, ese fue el primer paso. Marta por ser tan tú, tan auténtica y sentir que estas ahí. Mari Carmen gracias por acudir cuando lo he necesitado y Bea que haríamos sin tu magia. Gracias por esos momentos, que aunque se han visto afectados durante mi proyecto, serán recompensados.

A ti Juan, perdón por las horas compartidas, tú, yo y el ordenador. Me hubiese gustado haber estado mas presente, por eso te doy las gracias, por entender, por tu

paciencia, por mis momentos de bajón, gracias por acompañarme en este camino de vida y de tesis.

Gracias por haber estado ahí, a cada uno de vosotros, los que os he nombrado y los que no, y sobre todo por aceptar mi estado en estos últimos años. Os quiero.

*“Cuando hablas, solo repites lo que ya sabes, pero cuando escuchas,
quizás aprendas algo nuevo”*

Dalai Lama

Índice general

Resumen	7
I Marco Teórico	15
Introducción	17
1.1 Introducción a la violencia laboral	17
1.1.1 Definición de violencia laboral	18
1.1.2 Clasificación de la violencia laboral	19
1.1.3 Tipología de la violencia sanitaria	20
1.1.4 Prevalencia en violencia sanitaria	22
1.1.5 Violencia laboral sanitaria durante la COVID-19	28
1.2 Aspectos conceptuales de la violencia laboral en el sector sanitario	30
1.2.1 Investigación y violencia laboral en el sector sanitario	30
1.2.2 Modelos de violencia sanitaria	34
1.2.3 Factores predisponentes.	41
1.2.4 Carencias asistenciales y focos de conflicto	44
1.2.5 Identificación de desencadenantes de violencia dentro de la Atención Primaria.	48
1.3 Consecuencias de la violencia laboral sanitaria	51

1.3.1	Consecuencias individuales de la violencia sobre el personal	51
1.3.2	Consecuencias individuales de la violencia sobre el usuario	53
1.3.3	Consecuencias en la prestación de los servicios	54
1.4	Medidas preventivas dirigidas a la violencia laboral sanitaria	56
1.4.1	Aspectos conceptuales en programas de prevención	56
1.4.2	Modelos de prevención	57
1.4.3	Eficacia de los planes de intervención. ¿Qué está fallando?	62
1.4.4	Componentes claves de planes de intervención	64
1.4.5	Antecedentes de medidas preventivas para la Atención Primaria .	67
1.5	Justificación y objetivos	74
1.5.1	Justificación	74
1.5.2	Objetivos	75
 II Marco Empírico		77
 Estudio 1. Percepción de los usuarios sobre la violencia y los conflictos con los profesionales en los centros de atención primaria antes y durante el COVID-19. Un estudio cualitativo		79
E1.1	Resumen	80
E1.2	Metodología	82
E1.2.1	Participantes. Reclutamiento de pacientes	82
E1.2.2	Procedimiento	84
E1.2.3	Recopilación de datos	86
E1.2.4	Contenido de las entrevistas	87
E1.2.5	Análisis de datos	90

E1.3 Resultados	91
E1.3.1 Conflictos generados por déficits organizacionales	93
E1.3.2 Conflictos generados por una actitud inadecuada de los profesio- nales y usuarios	97
E1.3.3 Conflictos derivados por un déficit en la atención sanitaria	99
E1.3.4 Conflictos derivados por los cambios realizados tras la COVID-19	101
E1.3.5 Propuestas de mejora a nivel organizacional	101
E1.3.6 Fomento de la información y formación	104
E1.3.7 Propuesta de mejora en la calidad asistencial	106
E1.3.8 Medidas específicas ante la violencia en los centros de Atención Primaria	108
E1.3.9 Mejoras detectadas en Atención Primaria desde la aparición de la COVID-19	109

Estudio 2. Medidas de prevención e intervención en violencia de usuarios para minimizar y prevenir la agresión hacia trabajadores de la salud: Una

Revisión Sistemática **111**

E2.1 Resumen	111
E2.2 Metodología	113
E2.2.1 Criterios de selección	114
E2.2.2 Estrategia de búsqueda	115
E2.2.3 Selección de los estudios	119
E2.2.4 Evaluación del riesgo de sesgo	120
E2.2.5 Tabulación y análisis de datos	121
E2.3 Resultados	122

E2.3.1	Características generales de los estudios	123
E2.3.2	Duración de las intervenciones y las entrevistas	126
E2.3.3	Estudios presenciales con evaluación final de larga duración	126
E2.3.4	Estudios presenciales con evaluación continuada de larga duración	127
E2.3.5	Estudios cualitativos de corta duración	128
E2.3.6	Estudios en línea	129
E2.3.7	Medidas de resultados	130
E2.3.8	Intervenciones o propuestas recogidas	131
E2.3.9	Efectividad de las propuestas o intervenciones	137
E2.3.10	Efectos positivos de las intervenciones	146
E2.3.11	Efectos negativos de las intervenciones	148
Estudio 3. Valoración de programa mediante estudio cualitativo sobre medidas de prevención e intervención en usuarios para minimizar y prevenir la conflictividad en los servicios de Atención Primaria		151
E3.1	Resumen	151
E3.2	Metodología	154
E3.2.1	Justificación	154
E3.2.2	Objetivos	155
E3.2.3	Muestra	156
E3.3	Procedimiento	159
E3.3.1	Recopilación de datos	161
E3.3.2	Contenido de las entrevistas	162
E3.3.3	Análisis de datos	166
E3.4	Resultados	167

E3.4.1	Resultados sobre las medidas propuestas	167
E3.4.2	Resultados del estudio cualitativo	184
Discusión y conclusiones generales		225
Focos de conflictos y sus propuestas de solución		226
Revisión sistemática		235
Medidas de prevención en los servicios de Atención Primaria		240
Discusión general		246
Implicaciones para la práctica		250
Limitaciones		251
Conclusión		253
Referencias		255
Índice de figuras		283
Índice de tablas		287
III	Anexos	289
Anexo I.	Cartas de aceptación de los autores del estudio 1	293
Anexo II.	Informe de la Comisión de Ética de los estudios 1 y 3	303
Anexo III.	Hoja recopilación de datos de estudios cualitativos 1 y 3	307
Anexo IV.	Autorización COIR del estudio 2	313
Anexo V.	Herramienta AD-HOC para el análisis de sesgo	317

Resumen

Esta tesis doctoral explora la violencia de usuarios hacia el personal sanitario dentro de la Atención Primaria en el Servicio Murciano de Salud. Las consecuencias en el ámbito sanitario y el aumento de la prevalencia en los últimos años, sobre todo tras la pandemia mundial causada por la COVID-19, hace que sea un tema de preocupación y de interés para la investigación.

En las situaciones hostiles entre usuarios y profesionales es posible identificar varios elementos causales: factores que dependen de los profesionales, factores que dependen de la organización del sistema y factores que dependen del usuario. La investigación se ha centrado en estudiar los factores del profesional y del sistema desde el punto de vista del personal sanitario. Existen muy pocos estudios que impliquen al usuario y exploren su opinión.

Los objetivos de este estudio se centran en identificar los focos de conflicto y sus propuestas de solución bajo el punto de vista del usuario existente en la Atención Primaria y revisar la literatura en busca de medidas o propuestas preventivas que impliquen al mismo en el ámbito de la salud. Posteriormente, en base a los

resultados obtenidos, elaborar un conjunto de intervenciones, dirigidas a provocar cambios actitudinales en el usuario, de puesta en marcha en los centros de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud y pre-evaluar dichas medidas nuevamente desde la percepción del usuario.

Para la realización de este estudio se llevó a cabo, en una primera fase, un estudio cualitativo mediante grupos focales (Krueger, 1991) y un análisis temático inductivo construccionista (Edmonds y Kennedy, 2017) a 80 usuarios del Servicio Murciano de Salud. Se identificaron los principales focos de conflictos recogidos en 4 temas y 13 subtemas. Asimismo, los participantes aportaron propuestas de solución de las que se concluyeron 5 temas y 10 subtemas.

A continuación, se realizó una revisión de la literatura según protocolo PRYSMA (Page et al., 2021) en cuatro bases de datos: EBSCOHOST, Web of Science, Proquest y Cochrane. Se buscó detectar trabajo de planes de intervención puestos en marcha dentro del ámbito de la salud o que recogiesen propuestas para minimizar la violencia de usuarios hacia profesionales sanitarios. De estos resultados, se obtuvieron 30 medidas o acciones preventivas que implicaban al usuario.

Los resultados de ambos estudios fueron la base para la elaboración de un conjunto de medidas dirigidas al usuario clasificadas en diversos bloques temáticos: medidas encaminadas a mejorar la comunicación entre usuario y profesionales, medidas orientadas a reducir la carga asistencial y medidas orientadas a generar nuevas competencias dentro de la Atención Primaria.

Finalmente, se realizó un estudio cualitativo a usuarios pre-test para recoger la opinión de los mismos sobre las propuestas y sus posibles mejoras. Participaron 38 usuarios distribuidos en 5 grupos focales de entre 6-8 participantes. Se siguieron las recomendaciones de la guía COREQ para grupos focales (Tong et al., 2007).

En general, las propuestas tuvieron muy buena acogida, destacando la necesidad de información y formación del usuario. Igualmente, se cuestionó la viabilidad de la puesta en marcha de algunas de ellas.

En conclusión, es necesario introducir cambios que promuevan la inclusión del perpetrador orientados a los focos de conflictos detectados y siguiendo los nuevos modelos de prevención en base a la literatura científica. El usuario reclama su implicación, mejores vías de comunicación, mejora del trato humano, mayor formación e información y cambios en la organización. Parece fundamental sensibilizar a la comunidad científica y profesional para trabajar sobre estas premisas, con el fin de provocar mejoras en la convivencia entre usuarios y profesionales dentro de la Atención Primaria.

Palabras clave: violencia, violencia usuario, violencia laboral, Atención Primaria, violencia sanitaria.

Abstract

This doctoral thesis explores user violence towards health personnel within Primary Care in the Murcian Health Service. The consequences in the health care setting and the increase in prevalence in recent years, especially after the global pandemic caused by the COVID-19, makes it a topic of concern and research interest.

In hostile situations between users and professionals, it is possible to identify several elements that cause this: factors that depend on the professionals, factors that depend on the organization of the system and factors that depend on the user. Research has focused on studying professional and system factors from the point of view of healthcare personnel. There are very few studies that involve the user and explore their opinion.

The objectives of this study focus on identifying the sources of conflict and their proposed solutions from the user's point of view in Primary Care and reviewing the literature in order to search preventive measures or proposals that involve the user in the health care setting. Subsequently, based on the results obtained, another

objective is to elaborate a set of interventions, aimed at provoking attitudinal changes in the user, to implement in the Primary Care centers of the Murcian Health Service and to pre-evaluate these measures again from the user's perception.

To carry out this study, a qualitative study was conducted, in a first phase, through focus groups (Krueger, 1991) and a constructivist inductive thematic analysis (Edmonds and Kennedy, 2017) to 80 users of the Murcian Health Service. The main sources of conflict collected in 4 topics and 13 subtopics were identified. Likewise, the participants provided proposals for solutions from which 5 topics and 10 subtopics were concluded.

Next, a literature review was conducted according to PRYSMA protocol (Page et al., 2021) in four databases: EBSCOHOST, Web of Science, ProQuest and Cochrane. The aim was to detect work on intervention plans implemented in the health care setting or that included proposals to minimize violence by users against health care professionals. From these results, 30 preventive measures or actions involving the user were obtained.

The results of both studies were the basis for the elaboration of a set of measures aimed at the user classified in different thematic blocks: measures aimed at improving communication between users and professionals, measures aimed at reducing the burden of care and measures aimed at generating new competencies within Primary Care.

Finally, a qualitative study was carried out with pre-test users to gather their

opinion on the proposals and their possible improvements. Thirty-eight users participated in 5 focus groups of 6-8 participants. The recommendations of the COREQ guide for focus groups were followed (Tong et al., 2007).

In general, the proposals were very well received, highlighting the need for information and training for the users. The feasibility of implementing some of them was also questioned.

In conclusion, it is necessary to introduce changes that promote the inclusion of the perpetrator oriented to the detected conflict hotspots and following the new models of prevention based on the scientific literature. Users demand their involvement, better communication channels, improved humane treatment, more training and information, and changes in the organization. It seems essential to sensitize the scientific and professional community to work on these premises, in order to bring about improvements in the coexistence between users and professionals in Primary Care.

Keywords: violence, user violence, workplace violence, Primary Care, Health-care violence.

Parte I

Marco Teórico

Capítulo 1

Introducción

1.1. Introducción a la violencia laboral

La violencia, en todos sus ámbitos, es un fenómeno de interés mundial, extendiéndose por todos los países y percibiéndose como un componente ineludible del ser humano. En 1996, la Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre violencia y salud, definió el término violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OPS-OMS, 2002).

Dentro de las múltiples tipologías de violencia, la violencia laboral ha sido encuadrada como aquella que afecta a los derechos humanos de la población y su

derecho a un trabajo decente y digno, produce desigualdades, conflictos, discriminación y estigmatización, ya sea a corto, medio o largo plazo, y sea de tipo individual o colectivo (OIT 2016; OIT, CIE, OMS, ISP, 2002; OMS, 2002).

1.1.1. Definición de violencia laboral

La violencia en el lugar de trabajo ha sido definida 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” (OIT, 2016; OIT, CIE, OMS, ISP, 2002; OMS, 2002). Este tipo de violencia incluye tanto la violencia física, sexual o psicológica hacia una persona o grupo de personas. Entre los daños físicos se han señalado golpes, patadas, bofetadas, lesiones por armas de fuego, puñaladas, mordiscos, empujones y/o pellizcos. Las lesiones de tipo emocional hacen referencia al abuso de poder intencionado hacia una persona o un grupo, provocando así un daño al estado o desarrollo físico, mental, espiritual, social o moral. En esta tipología se incluyen las amenazas de fuerza física y el maltrato verbal, así como comportamientos repetitivos y ofensivos con intención vengativa, como pueden ser el *mobbing* (acoso psicológico) y el *bullying* (intimidación) (OIT, 2016; OIT, CIE, OMS, ISP, 2002; OMS, 2002).

1.1.2. Clasificación de la violencia laboral

En términos generales, la violencia laboral se ha clasificado en tres grandes grupos: violencia colectiva, violencia interpersonal y violencia contra uno mismo (figura 1.1). Están implícitos en esta clasificación los actos violentos de índole tanto físicos, sexuales, psíquicos o basados en privaciones o desatención (OMS, 2002). Según esta clasificación, la violencia laboral se encuentra dentro de la violencia interpersonal de tipo comunitaria.

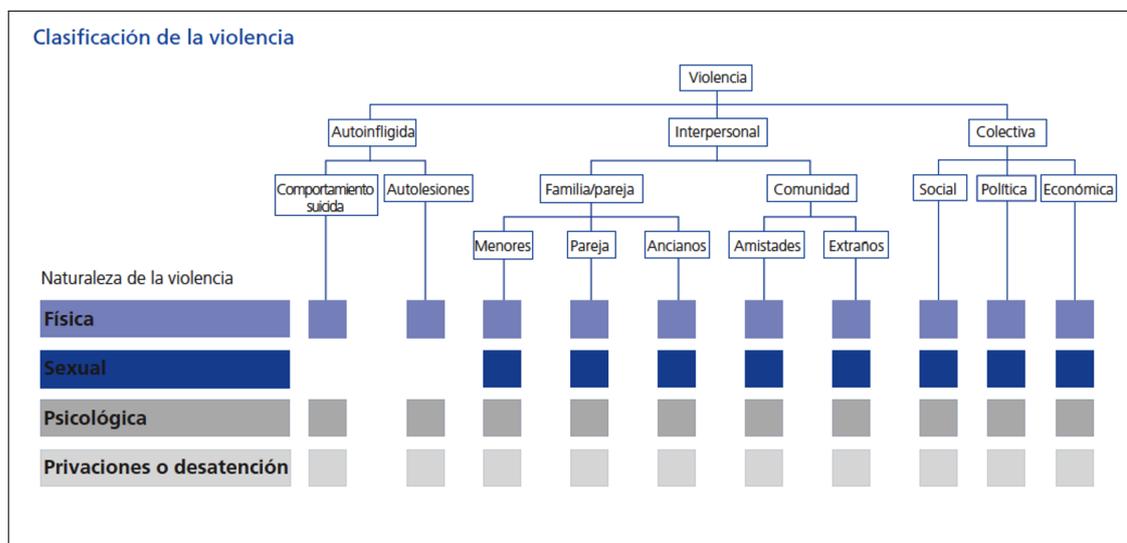


Figura 1.1: Clasificación de la violencia laboral. Reproducido de OMS (2002) con permiso de los autores.

Concretamente, en lo que respecta a la violencia laboral, la Occupational Safety and Health Administration (OSHA, 2004) la clasificó en función de quienes son las personas implicadas y el tipo de relación entre ellas. En este sentido, se pueden distinguir hasta tres tipos:

- *Violencia tipo I*: no existe ninguna relación entre el agresor y la organización

o los trabajadores. Generalmente se produce por motivos criminales o robo. Es habitual en bancos, transportes, comercios, empresas con almacenamiento de objetos valiosos, personas que trabajan en intercambio de dinero, etc.

- *Violencia tipo II*: el agresor sí tiene algún tipo de punto de unión con la organización o los trabajadores. Se suele dar mientras se ofrece algún tipo de servicio (consumidor, cliente, paciente, etc.). Las profesiones de mayor riesgo suelen ser trabajadores del sector público o privado que ofrecen algún tipo de servicio como, por ejemplo, personal de seguridad o el personal sanitario.
- *Violencia tipo III*: la relación entre el agresor y la organización o trabajadores es de tipo laboral. Suele darse entre compañeros o entre los trabajadores y sus superiores. La más frecuente es aquella en que existe una relación directa entre la víctima y el perpetrador (empleado o jefe con otro empleado o ex empleado). También puede existir algún tipo de relación personal entre los implicados (expareja, amigos, parientes, etc.).

Acorde a esta clasificación, la violencia laboral sanitaria, objeto de estudio de la presente tesis doctoral, quedaría encuadrada en la violencia de tipo II.

1.1.3. Tipología de la violencia sanitaria

La Guía Básica de Riesgos Laborales en el sector sanitario, elaborada por la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras, estableció dos tipos de violencia dentro del sector sanitario (CCOO, 2011):

- *Tipo 1*: Violencia ejercida por superiores, compañeros y subordinados.
- *Tipo 2*: Violencia ejercida por usuarios, pacientes y familiares.

El primer tipo de violencia sigue diferentes vectores según la dirección hacia donde se ejerce. Se denomina violencia vertical a aquella que se da entre un superior y un empleado (Waschgler *et al.*, 2013). Dentro de esta tipología, la más frecuente es la que ejerce el superior sobre el empleado, aunque puede darse en ambas direcciones (Norton *et al.*, 2017). Se denomina violencia lateral a aquellas conductas hostiles de tipo físico o verbal entre compañeros con estatus laboral equivalente (Magnavita y Heponiemi, 2011; Waschgler *et al.*, 2013). La violencia lateral puede presentar diversas formas: violencia lateral social (conlleva aislamiento social), violencia lateral personal (intimidaciones, acoso o ataques hacia la persona) y la violencia lateral relacionada con el lugar de trabajo (relacionada con el trabajo) (Einarsen *et al.*, 2011). La condición de cercanía de forma habitual al público, hace que la violencia ejercida por usuarios, pacientes y familiares tenga un mayor índice de riesgo de violencia sanitaria (Landau y Bendalak, 2010; Llor-Esteban *et al.*, 2017; Nowrouzi-Kia *et al.*, 2019).

Acorde a las tipologías expuestas, la presente tesis se centrará en aspectos de violencia laboral sanitaria definida como violencia interpersonal comunitaria tipo II de usuarios, paciente y sus familiares hacia el profesional sanitario (CCOO, 2011; OMS, 2002).

1.1.4. Prevalencia en violencia sanitaria

Múltiples estudios han reportado el alto riesgo de violencia laboral en los servicios sanitarios. La prevalencia de la violencia laboral en este sector ha ido en aumento (López-García *et al.*, 2018; Norton *et al.*, 2017). Esta presenta características especiales que deben tenerse en cuenta y que dificultan los datos reales de la misma. Una de ellas es que los profesionales de estos servicios pueden incluso considerar que la violencia laboral es una parte normal (o normalizada) de su propio desempeño laboral (Gates, 2004; Llor-Esteban *et al.*, 2017; López-García *et al.*, 2018). Además, este tipo de agresiones no suelen ser denunciadas (Cala *et al.*, 2016; Contreras y Cano, 2016). Por ejemplo, en el año 2003, un estudio realizado por Hock (2003) estimó que el 39% de los casos no eran notificados. En 2017, se reportó que al menos el 55.6% de los empleados no denunciaba este tipo de agresiones (Fisekovic Kremic *et al.*, 2017).

Estudios recientes siguen manifestando dificultades en los profesionales para denunciar, dando lugar a un subregistro de los actos violentos. El profesional de la salud se siente poco respaldado, con miedo a represalias, con pocos recursos rápidos y sencillos que faciliten el proceso, con definiciones ambiguas de terminología a nivel internacional y falta de acuerdos entre países (García-Pérez *et al.*, 2021). Todo esto hace que entre los profesionales de la salud exista un pensamiento generalizado (74.9%) de poca efectividad de la denuncia (Fisekovic Kremic *et al.*, 2017).

Se estima que una cuarta parte de la violencia laboral se produce dentro del

sector sanitario (OIT, 2016; OIT, CIE, OMS, ISP, 2002). Como se ha mencionado con anterioridad, la violencia mas frecuente es la interpersonal comunitaria tipo II de usuarios, paciente y sus familiares hacia el profesional sanitario, pero los trabajadores en el sector de la salud también reflejan datos preocupantes de violencia lateral. Se ha estimado que la prevalencia de violencia sufrida entre compañeros sanitarios de enfermería es superior al 59 %. Entre profesionales sanitarios, el tipo de acoso más frecuente es el personal con un 51 %, posteriormente el 37.3 % manifestó haber sufrido algún tipo de aislamiento social y, por último, un 21.3 % sufrió violencia relacionada con chantaje o manipulación (Vidal-Alves *et al.*, 2021).

En el año 2019, la revisión sistemática realizada por Liu *et al.* (2019) sobre 253 estudios y 331544 participantes sobre violencia de usuarios o sus familiares hacia el personal sanitario, reportó que el 61.9 % de los trabajadores de la salud habían sufrido algún tipo de exposición a cualquier forma de violencia. La violencia no física se dio con mas frecuencia que la física, 42.5 % frente al 24.4 %. Entre las manifestaciones de violencia no física de mayores tasas se encontraron el abuso verbal (57.6 %), a continuación las amenazas (33.2 %) y posteriormente el acoso sexual (12.4 %).

Prevalencia según zonas geográficas

Aunque los datos de prevalencia son generalmente alarmantes, las diferencias en los datos obtenidos entre estudios podrían deberse a la categoría profesional, el país de realización del estudio o el entorno de la práctica, entre otros motivos.

De forma generalizada, Europa es la región que menor prevalencia presente con un 48.1 %, seguida de África con un 59.2 %, Asia presentó un 64.9 % y las cifras más altas fueron para América del Norte y Australasia con un 67.3 % y un 70.9 % respectivamente (Liu *et al.*, 2019). A nivel nacional, una reciente revisión sistemática en la que fueron incluidos 23 estudios de agresiones producidas en España concluyó que la prevalencia oscilaba entre un 60-90 %, observándose de nuevo cifras muy dispares (Serrano Vicente *et al.*, 2019).

Prevalencia según el sector sanitario y categoría profesional

Las diferencias también se hacen evidentes según la categoría profesional, el tipo de asistencia facilitada a los usuarios o la actividad profesional. En términos generales, tienen mayor riesgo el personal de enfermería (59.2 %) y el personal de medicina (56.8 %) (Liu *et al.*, 2019). Estudios nacionales reflejaron igualmente datos alarmantes entre el personal de enfermería, con un 71 % para casos de violencia no física y un 19.9 % para casos de violencia física (Galian-Muñoz *et al.*, 2018).

Atendiendo a la diferencia entre los departamentos o lugares de trabajo, los de mayores índices son los departamentos de urgencias hospitalarias y psiquiatría (Cánovas Pallarés *et al.*, 2021; Chappell y Di Martino, 2006; Liu *et al.*, 2019; Ruiz-Hernández *et al.*, 2019).

Estudios previos españoles aportan tasas elevadas sobre violencia laboral en los servicios de urgencias. El 100 % del personal de dicho servicio notificó haber su-

frido al menos un acto violento en el último año, ocho de cada diez trabajadores estuvieron expuesto a violencia no física y tres de cada diez a violencia física. Específicamente, en este servicio, los datos recogidos mostraron que la violencia no física es mas frecuente entre el personal de administración, seguido por el personal de enfermería, de medicina y auxiliares de enfermería. Sin embargo, el grupo profesional mas expuesto a la violencia física fue el personal auxiliar de enfermería, seguidos por medicina, enfermería, celadores y personal de administración (Cánovas Pallarés *et al.*, 2021).

En los datos referentes a las unidades de salud mental, se encontró una prevalencia del 92.1 % entre sus profesionales. Nuevamente, la violencia no física se dio en una mayor proporción que la física en este sector; un 90.7 % frente a un 53.6 %, respectivamente. Dentro de estas, cabe destacar que aquellas unidades cuyos pacientes internaban en una estancia de breve o mediana duración resultaban tener los mayores niveles de conductas hostiles. En cambio, tanto la Unidad de Rehabilitación como la Unidad Infanto-Juvenil presentaron los niveles mas bajos. Concretamente, atendiendo a la frecuencia según el personal, tanto enfermería como el personal no perteneciente a medicina presentaron mayores tasas (Ruiz-Hernández *et al.*, 2019). El 58.8 % de los profesionales españoles agredidos pertenecía al personal de enfermería y el 29.4 % al personal de medicina (Serrano Vicente *et al.*, 2019). Generalmente, los profesionales de la psicología dentro de estos servicios tuvieron menor riesgo (Ruiz-Hernández *et al.*, 2019).

Prevalencia en Atención Primaria

La prevalencia de agresiones en los centros de Atención Primaria (AP) alcanza cifras preocupantes entre los trabajadores de la salud (de-San-Segundo *et al.*, 2017; Jatic *et al.*, 2019; López-García *et al.*, 2018; Ruiz-Hernández *et al.*, 2016). Cabe hacer mención especial para el interés de esta tesis doctoral la violencia laboral dentro de la AP. Esta presenta unas características de atención especial y supone el primer contacto entre los usuarios y los trabajadores. Ha de tenerse en cuenta que, aunque presentan puntos comunes, las características de este servicio puede variar entre los distintos países (Gofin y Gofin, 2007).

Tanto estudios nacionales como internacionales reflejan datos de prevalencia similares en los últimos tiempos para la AP, alcanzándose cifras del 90.3% para cualquier forma de violencia. Los datos para el abuso verbal o violencia no física oscilan entre el 82-90.1%. También se dieron de casos de violencia física, aunque su prevalencia presenta datos mas dispares según los estudios, oscilando entre un 17.3% y un 74%. Estas discrepancias pueden deberse a que los datos recogidos se refieran a violencia física directa o indirecta (Jatic *et al.*, 2019; Ruiz-Hernández *et al.*, 2016).

La exposición a la violencia en la AP también muestra diversidades entre los diferentes grupos profesionales y características sociodemográficas (de-San-Segundo *et al.*, 2017; Jatic *et al.*, 2019; López-García *et al.*, 2018). Estudios nacionales evidenciaron que el personal no sanitario presento índices mas altos de violencia no

física que el resto de grupos profesionales para la AP y, en contraposición, el personal de enfermería lo hizo en menor medida (de-San-Segundo *et al.*, 2017; Ruiz-Hernández *et al.*, 2016).

Estudios internacionales presentaron una prevalencia para los médicos de cabecera que oscila de entre el 54.9% y el 78% para la agresión verbal y del 20% al 23.4% para la agresión física (Demeur *et al.*, 2017; Hills *et al.*, 2012; Elston y Gabe, 2016). Estas agresiones fueron provocadas fundamentalmente por los propios pacientes, mientras que en la atención especializada los perpetradores son los familiares o acompañantes (de-San-Segundo *et al.*, 2017).

Acorde a las características sociodemográficas, López-García *et al.* (2018) examinó los datos referentes a 39 centros de AP con un total de 574 participantes. Los profesionales más jóvenes informaron de un mayor número de exposiciones, concluyendo que al tener menor antigüedad presentaban un mayor riesgo de violencia no física. Entre sus resultados encontró que el sexo femenino presentaba puntuaciones más altas que el masculino, pero estos datos se invirtieron para la violencia física donde los hombres tienen más probabilidad de sufrirla en la AP (Jatic *et al.*, 2019; López-García *et al.*, 2018; Raveel y Schoenmakers, 2019).

Por otro lado, en Ruiz-Hernandez *et al.* (2016) se evidencia que también existen diferencias según el tipo de agresión (insultos, amenazas, gritos,...) y el grupo profesional (personal de medicina, personal de enfermería y personal no sanitario).

Entre las acciones más frecuentes de violencia no física, por parte de los usua-

rios, a las que se enfrentan los trabajadores de la salud en la AP, por orden de prevalencia, se encuentra la expresión del enfado levantando la voz o quejándose, las expresiones mediante miradas despectivas o ceño fruncido, interrupciones del trabajo de forma grosera, acusaciones, amenazas y comentarios irónicos. Entre las manifestaciones físicas más frecuentes, por orden de frecuencia, se encontraron los empujones, las sacudidas y escupitajos, toques o contactos no deseados de manera hostil y rotura de mobiliario (Ruiz-Hernández *et al.*, 2016).

1.1.5. Violencia laboral sanitaria durante la COVID-19

En marzo de 2020, la OMS declara la pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 o COVID-19. Debido a este fenómeno a nivel mundial, se realizaron cambios y adaptaciones sanitarias por el grandísimo aumento de carga asistencial sin precedentes (Aliaga *et al.*, 2020). Según el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), solamente en los primeros 6 meses de la pandemia ocurrieron 600 casos de violencia (Devi, 2020). Los efectos de estos cambios sobre la violencia sanitaria ha sido abordada por una reciente revisión sistemática cuyo resultado fueron 13 estudios de carácter observacional realizados durante la pandemia y con un total de 17207 participantes entre personal de medicina y personal de enfermería. La prevalencia total durante la pandemia se estimó en un 47%. En este periodo, la violencia física siguió ocupando cifras inferiores respecto a la no física, 17% respecto al 44%. Hubo nuevamente diferencias según el tipo de personal, siendo el de medicina el más afectado y registrando mayores índices de prevalencia con un

68 % en comparación con otros trabajadores de la salud (Ramzi *et al.*, 2022).

La asistencia en la AP también se vio afectada por los cambios recientes tras la declaración de la pandemia. En las primeras olas de la misma, se produjeron cambios importantes debidos a la gran presión asistencial hospitalaria a nivel mundial. Esto provocó una mayor desviación de recursos de la AP hacia la atención hospitalaria, generando deficiencias materiales y de atención profesional. Los servicios públicos sanitarios españoles se vieron obligados a cerrar 132 centros de salud y 1152 consultorios locales (Aliaga *et al.*, 2020; Tranche Iparraguirre *et al.*, 2021).

En las siguientes olas la carga asistencial a nivel de AP se vio desbordada por el exceso de casos leves o moderados que no requerían de ingreso hospitalario, convirtiendo a la AP en una piedra angular para combatir la pandemia (Aliaga *et al.*, 2020). Se produjeron cambios organizativos, de gestión, nuevos roles y un mayor número de contratación de personal. Además, se proporcionó asistencia telefónica y asistencia domiciliaria (Tranche Iparraguirre *et al.*, 2021).

El exceso de carga asistencial durante la pandemia, los cambios adaptativos, los retrasos en la asistencia unidos a la vulnerabilidad, el miedo, el estrés, la falta de personal, las necesidades no cubiertas provocaron situaciones conflictivas entre usuarios y profesionales, y se produjeron manifestaciones de violencia del usuario hacia el profesional de AP (Tranche Iparraguirre *et al.*, 2021).

1.2. Aspectos conceptuales de la violencia laboral en el sector sanitario

1.2.1. Investigación y violencia laboral en el sector sanitario

El interés y la investigación sobre violencia laboral ha ido en auge en los últimos años (Liu *et al.*, 2019). El gráfico presentado en la figura 1.2 muestra el número de estudios por año desde 1981 hasta la actualidad según la base de datos Scopus. En él se observa el crecimiento ascendente de estudios sobre violencia sanitaria a lo largo de los últimos años.

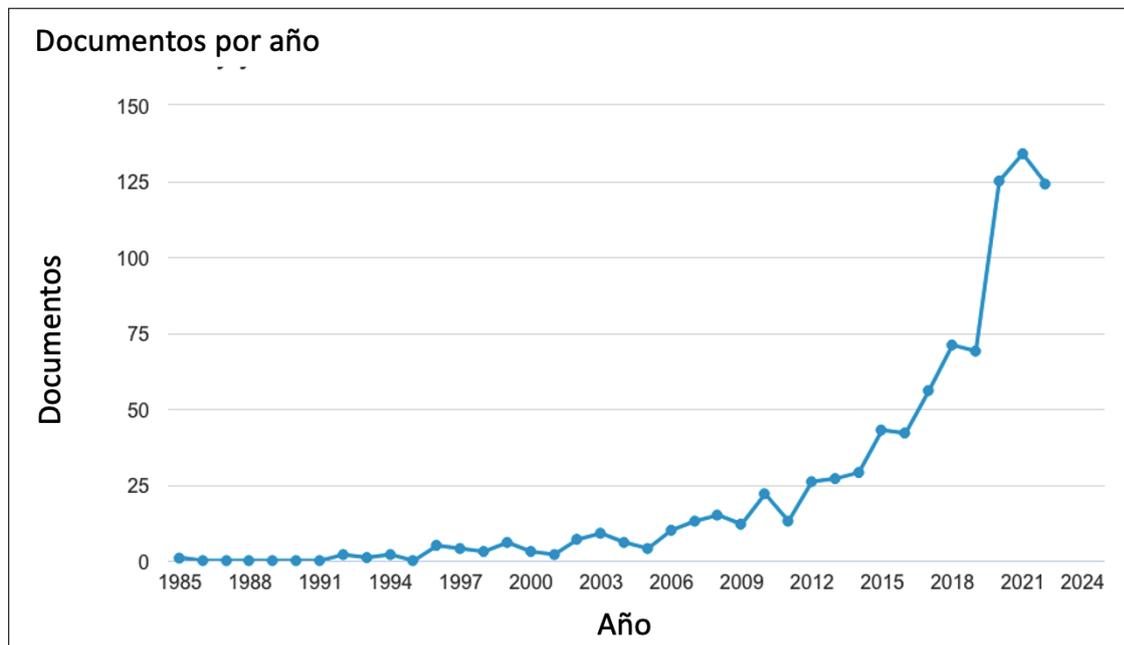


Figura 1.2: Número de artículos por año que incluyen el término “Violence and Healthcare workers” de la base de datos Scopus.

La investigación de la violencia laboral sanitaria no entiende de fronteras y es una preocupación a nivel internacional convirtiéndose en un problema global (Liu *et al.*, 2019). La figura 1.3 muestra, a modo de orientación, el número de publicaciones

por países sobre violencia laboral sanitaria recogidas en la base de datos Scopus.

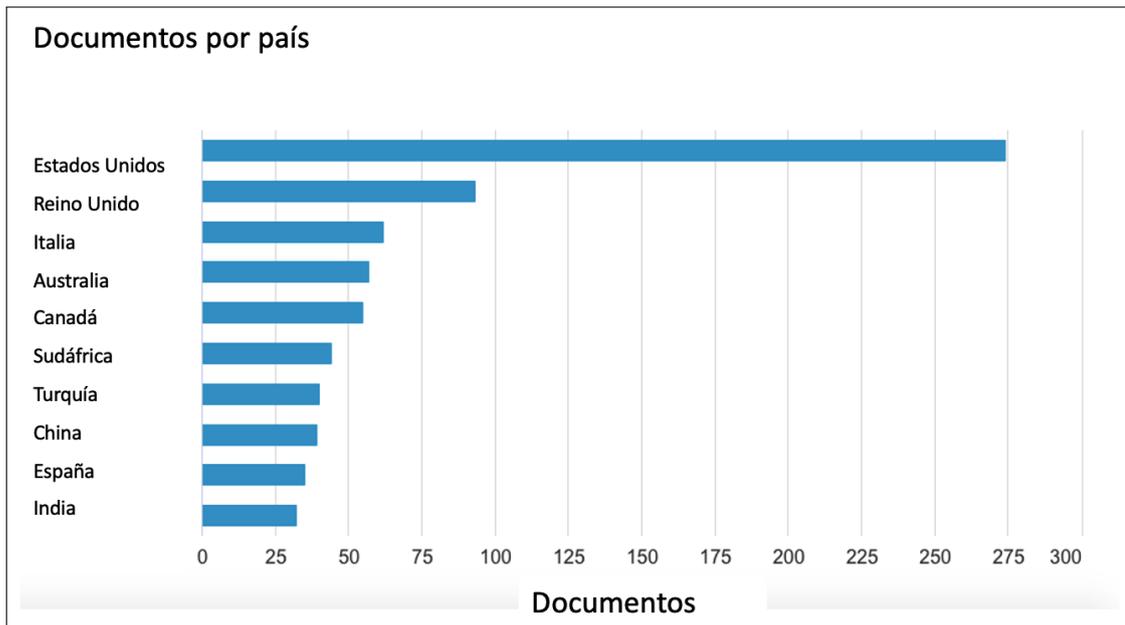


Figura 1.3: Número de publicaciones por países que incluyen el término “Violence and Healthcare workers” de la base de datos Scopus.

Revisiones sistemáticas realizadas recientemente muestran la preocupación y el interés a nivel internacional por la temática planteada a lo largo de la historia. Destaca el trabajo de Liu *et al.* (2019) que analiza la prevalencia de la violencia laboral contra el personal sanitario por parte de familiares y pacientes, mediante una revisión sistemática y un metaanálisis, recopilando 253 estudios elegibles para el análisis cualitativo y 158 para el cuantitativo. El trabajo de Geoffrion *et al.* (2020) recoge 9 estudios publicados hasta la fecha sobre educación y capacitación para prevenir y minimizar los actos violentos dirigidos a trabajadores de la salud,. En Somani *et al.* (2021) se recogen artículos que miden la efectividad de propuestas de intervención para reducir la violencia en entornos de atención médica de enfermería. Los efectos de la pandemia mundial provocada por la COVID-19 sobre la violencia

sanitaria es analizada por Ramzi *et al.* (2022) a través de una revisión sistemática y metaanálisis de 17 estudios.

En España la preocupación también parece estar presente entre los investigadores. En los últimos años se han registrado numerosos estudios en las diferentes ramas sanitarias (AP, servicios de urgencias, atención hospitalaria, psiquiatría, etc.) y de diversas metodologías (revisiones sistemáticas, revisiones de la literatura, estudios desde la exploración tanto cualitativa como cuantitativa etc.). Destaca, a modo de ejemplo, el trabajo de Serrano Vicente *et al.* (2019), que realiza una revisión sistemática de gran interés en la que se incluyen 23 referencias de estudios descriptivos transversales que incluían agresiones exclusivamente a nivel nacional. Específicamente las comunidades autónomas donde se realizaron más estudios fueron Cataluña con un 22.7%, seguida de Andalucía con un 18.18%, a continuación Madrid, Castilla la Mancha y Aragón con un 13.6% respectivamente y Murcia con un 9.09%. El resto de comunidades tuvieron un menor índice de estudios publicados.

Investigadores de la Universidad de Murcia se han sumado también a la preocupación por la temática. Estos utilizaron la adaptación y aplicación de la HABS-U (Waschler *et al.*, 2013) a 359 profesionales de los servicios de salud mental para estudiar la relación de la violencia con dicho sector (Ruiz-Hernández *et al.*, 2019). El grado de satisfacción laboral relacionado con la frecuencia de conductas violentas de baja frecuencia en el personal de enfermería es abordado en Galián- Muñoz *et al.* (2018). Relacionado con esta temática, en Pérez-Fuentes *et al.* (2019) se rea-

liza un estudio, liderado por investigadores de la Universidad de Almería, a 1236 enfermeras en activo en Andalucía, con objeto de explorar la satisfacción laboral relacionada con la violencia y sus redes de apoyo en el ámbito sanitario.

Siguiendo con los ejemplos anteriores, algunos investigadores españoles se han interesado por los factores y causas de violencia sanitaria a nivel nacional. Podemos destacar el trabajo de García-Pérez *et al.* (2021), de la Universidad de Sevilla, en el que se exploran los factores asociados a la violencia de usuarios hacia el personal y el subregistro de la misma. También se encuentran otros estudios que analizaron los focos de conflicto, así como sus propuestas, desde una visión cualitativa y desde el punto de vista del profesional (Pina *et al.*, 2022) dentro de la Región de Murcia en la AP. Por otro lado, en Cánovas Pallarés *et al.* (2021) se analizan los conflictos en los servicios de urgencias españoles a nivel hospitalario mediante la recogida de datos descriptivos-comparativos, utilizando una muestra de 584 profesionales sanitarios y no sanitarios pertenecientes a distintas comunidades.

Como último punto, cabe destacar que no solo es investigada la violencia del usuario, pacientes o sus familiares hacia el personal sanitario, sino que también, aunque en menor medida, podemos encontrar algunos estudios recientes que exploran la violencia lateral dentro del personal de enfermería a nivel nacional (Vidal-Alves *et al.*, 2021).

1.2.2. Modelos de violencia sanitaria

Para comprender y estudiar la violencia laboral sanitaria se han desarrollado, a lo largo de la historia, distintos modelos explicativos que ponen de manifiesto que el fenómeno de la violencia es de origen multifactorial. Su comprensión y análisis puede facilitar los medios para su abordaje y han de tenerse en cuenta si se quieren establecer vías para combatirlo. A continuación, se desarrollarán algunos de estos.

Modelo ecológico interactivo

La OMS propuso en 2002 un modelo ecológico para comprender las raíces de la violencia desde una perspectiva de origen multifactorial o polifacética. En él se proponen, como factores desencadenantes, diversas interacciones de tipo biológico, social, cultural, económicas y políticas. Este modelo permite analizar los factores del comportamiento o el aumento de riesgo de padecer actos violentos, dividiéndolos en cuatro niveles:

- a) Primer nivel: se encuentran aquellos que son de tipo biológico y de la historia personal del individuo, como pueden ser sus características demográficas (educación, ingresos, edad), trastornos del individuo de tipo psíquico o de la personalidad, antecedentes de conductas o actos hostiles y algún tipo de toxicomanía.
- b) Segundo nivel: engloba la influencia del tipo de relaciones cercanas vividas tanto por el perpetrador como por parte de la víctima: la familia, los amigos,

las parejas y los compañeros.

- c) Tercer nivel: se explora el tipo de contexto comunitario en el que se desarrolla las relaciones sociales. Se valoran como puede afectar el tipo de escuela, el lugar de trabajo, los vecinos, niveles altos de desempleo, tráfico de drogas en la zona, la densidad de la población, etc.
- d) Cuarto nivel: tiene en cuenta la estructura de la sociedad. Dependiendo de la influencia de hábitos o creencias culturales (la dominación masculina sobre la femenina, sociedades que concedan prioridad a los padres sobre el bienestar de los niños, el acceso legal a las armas, conceptos sobre el suicidio, etc.) existirá mayor o menor riesgo de violencia laboral.

Siguiendo la propuesta de este modelo, los niveles se solapan e influyen unos sobre otros mediante el refuerzo o la modificación (figura 1.4). Así, por ejemplo, los factores individuales de carácter violento (por ejemplo, individuo con personalidad agresiva) tendrían más peso si su entorno también le acompaña, multiplicando la posibilidad de cometer actos violentos. De igual modo, un individuo con personalidad agresiva tendría menos posibilidades si vive en un entorno donde se resuelven de forma más pacífica los conflictos (OMS, 2002).

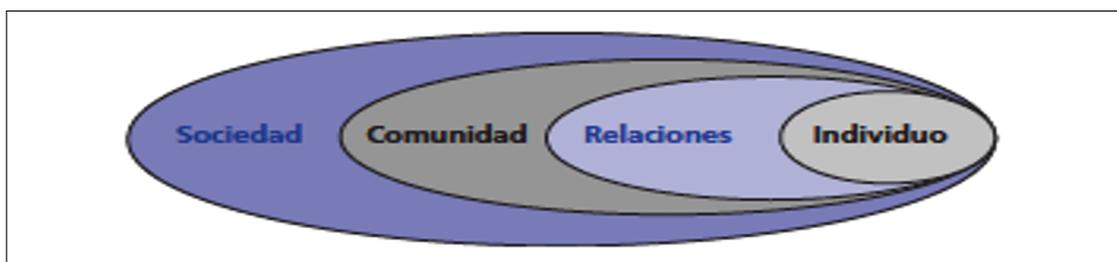


Figura 1.4: Modelo ecológico de violencia. Reproducido de OMS (2002) con permiso de los autores

Modelo Chappell y Di Martino

El segundo modelo propuesto es el que hace referencia a los modelos de violencia laboral de Chappell y Di Martino, cuya primera edición fue presentada en 1998. Los autores adaptan un modelo interactivo a partir de las bases creadas por el instituto Tavistock de Relaciones Humanas en Londres (Poyner y Warner, 1988). El modelo explica el carácter polifacético del fenómeno de la violencia, así como el alcance de la misma tanto a nivel empresarial como individual (figura 1.5). Lo interesante de este modelo es que ha sido adaptado y aplicado para trabajar sobre la violencia en el sector de la salud (Barrios Casas y Paravic Klijn, 2011; Rodríguez y Paravic, 2013; OIT/CIE/OMS/ISP, 2002).

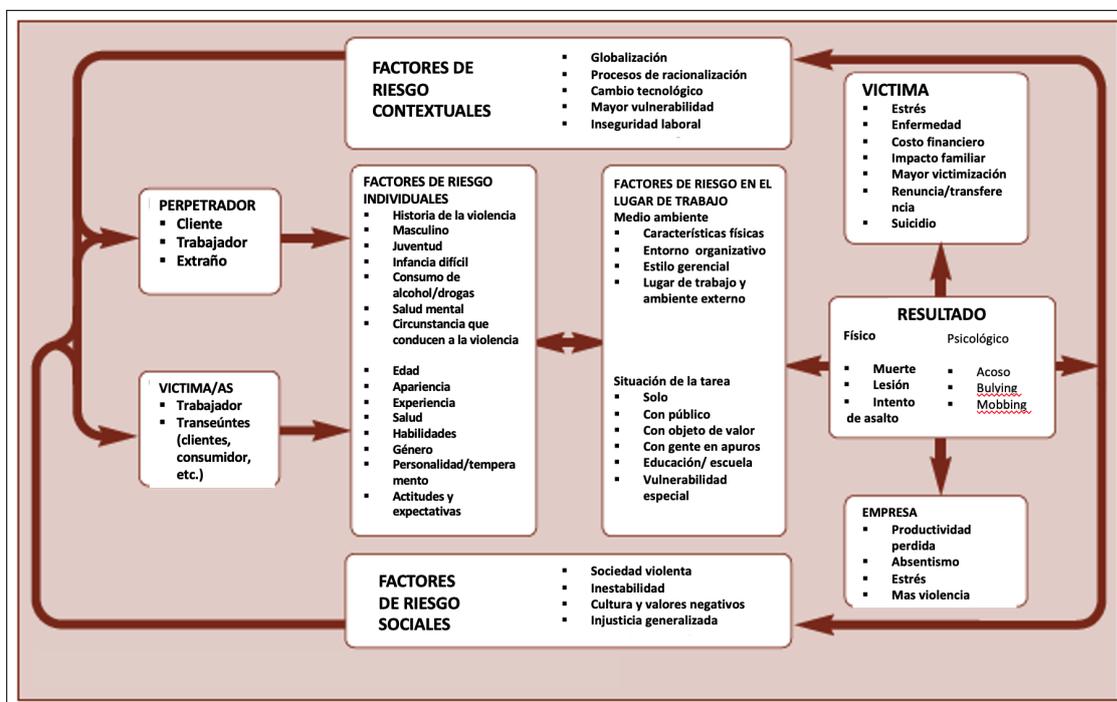


Figura 1.5: La figura representa el nuevo modelo de Chappell y Di Martino para violencia laboral. Adaptado de Violence at Work por Chappell y Di Martino (2006).

Chappell y Di Martino (2006) proponen distintos factores y muestran como

la interacción entre ellos pueden desencadenar actos violentos desde el punto de vista contextual, individual, laboral y social. A un mayor número de factores o condicionantes, mayor riesgo de resultados de violencia física (muerte, lesión o intento de agresión) o psicológica (acoso, acoso escolar o *mobbing*):

- a) Los factores contextuales que incluye este modelo son variables relacionadas con la globalización, inseguridad laboral, mayor vulnerabilidad, procesos de racionalización y cambios tecnológicos.
- b) Dentro de los factores individuales reconocen ciertas características que pueden dar lugar a la predisposición de una actitud violenta o agresión. Entre estas destacan, entre otras, ser joven, hombre, la frustración de las expectativas, la falta de experiencia, la personalidad y el temperamento, presencia de problemas de salud mental, disponer de pocas habilidades comunicativas o el consumo de sustancias (mayoritariamente el alcohol). Estas características influyen de manera bidireccional, tanto como para el perpetrador como para la víctima. La personalidad, la edad o el sexo del trabajador también son factores determinantes a la hora de evaluar la victimización.
- c) Tienen en cuenta también el entorno de trabajo como parte de los factores de riesgo para la violencia. Se podría englobar tanto en el medio ambiente en el que se desarrolla (el estilo organizativo del mismo, su configuración, características físicas, la propia cultura del trabajo, etc.) como las características de la tarea a desarrollar (trabajo con público, trabajar con objetos de

valor, trabajo con personas estresadas, trabajar con personas en situaciones vulnerables, etc.).

- d) Como último punto de este modelo, se encuentra la influencia de la sociedad donde se desarrolle la actividad laboral. Esta puede ser otro desencadenante o factor influyente, como sociedades inestables, sociedades con carácter violentos, existencia de una cultura con valores negativos y sentimientos de injusticia generalizada.

La Organización Internacional del trabajo (OIT), junto con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP) establecen unas Directrices Marco sobre la violencia laboral en el sector de la salud con el objetivo de elaborar orientaciones generales para abordar la violencia en el trabajo dentro del sector de la salud. En este programa conjunto, realizado en Ginebra 2002, se tuvo en cuenta y se discutió la primera versión de Chappell y Di Martino de 1988. A raíz de este trabajo, se han realizado estudios internacionales con el objetivo de rellenar las lagunas existentes sobre la temática, abordando la prevención, el trato, la gestión y mitigación de las consecuencias, el cuidado, el apoyo a las víctimas y la sostenibilidad de las iniciativas emprendidas (OIT/CIE/OMS/ISP, 2002).

La adaptación del modelo de Chappell y Di Martino (2006) parte del punto de vista del trabajador como víctima. El agresor puede ser tanto interno (propio funcionamiento, el propio sistema o integrantes del equipo) o externos (pacientes,

acompañantes o familiares). Para el sector de la salud, entre los factores de riesgo a tener en cuenta se señalan la alta carga asistencial, la falta de recursos, las demoras en la asistencia, trabajar con personas vulnerables por su condición de la propia enfermedad, características físicas de los entornos sanitarios, etc. En la figura 1.6 se pueden observar el modelo interactivo adaptado a violencia sanitaria de Chappell y Di Martino (Barrios Casas y Paravic Klijn, 2011).

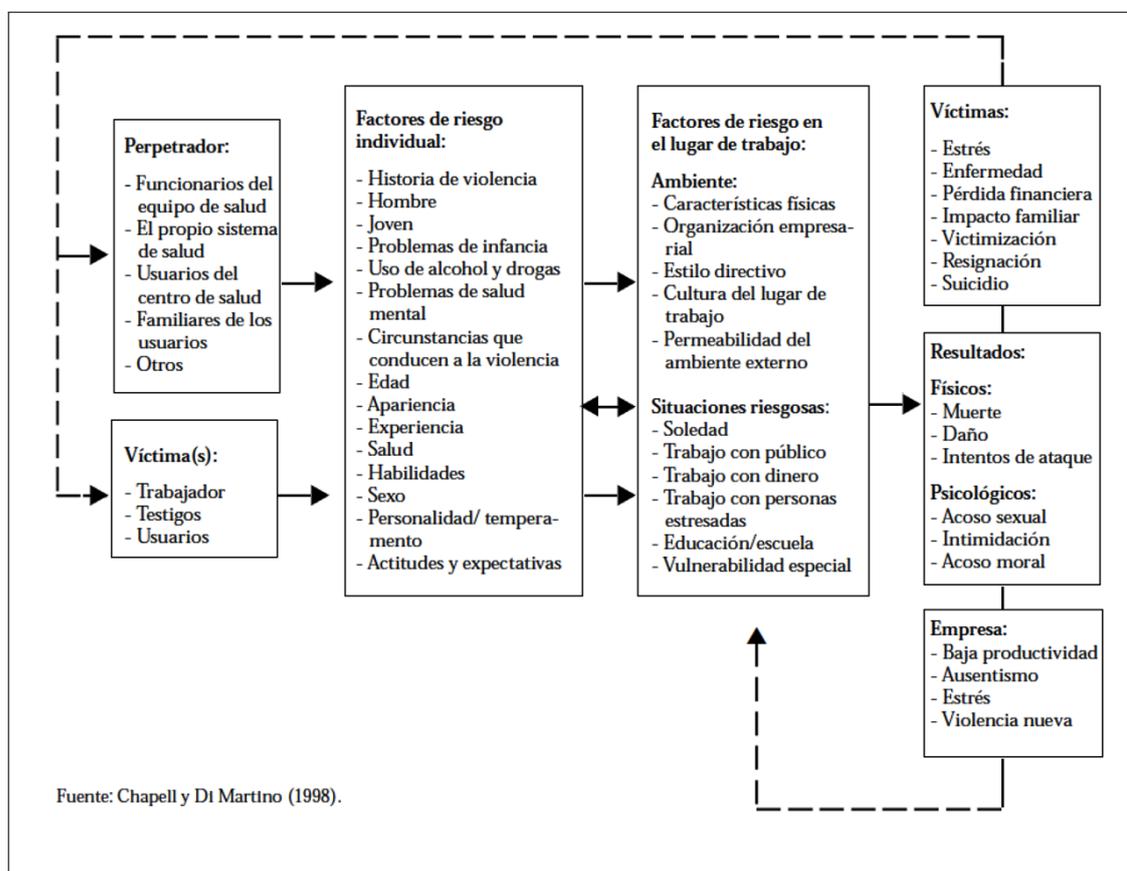


Figura 1.6: Adaptación del Modelo Interactivo de Violencia en el lugar de trabajo a violencia sanitaria. Extraído de Aplicación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado por Barrios Casas y Paravic Klijn (2011). Aquichan. Con permiso de los autores.

Modelo Peplau

Aunque cronológicamente es anterior en el tiempo, cabe destacar como último modelo para el desarrollo del presente trabajo el propuesto por Peplau (1991) basado en la teoría psicodinámica. Este modelo se basa en las diferentes fases que atraviesa el usuario durante la relación enfermero-paciente. La teoría de enfermería psicodinámica se basó en la capacidad del profesional para entender la conducta y ayudar a otras personas identificando sus dificultades y los problemas que le puedan surgir de cualquier nivel de experiencia. Para ello, se describen 4 fases psicobiológicas que le pueden conducir a un comportamiento hostil: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Peplau explica que si el usuario considera que sus necesidades no han sido cubiertas, si experimenta frustración o conflicto consigo mismo y si se encuentra en un estado de ansiedad elevado, este puede responder con algún tipo de comportamiento hostil hacia el personal o trabajadores de la salud. A su vez, para la mejora de la relación, propone otras cuatro fases dirigidas a la ayuda del paciente: orientación (tras la necesidad insatisfecha el profesional ayuda al usuario a reconocer, determinar y entender), identificación (el usuario identifica quién puede ayudarlo), explotación (el usuario acepta la ayuda que necesita) y por último resolución (se da por resuelto el conflicto y por tanto se libera la relación).

1.2.3. Factores predisponentes.

Es necesario profundizar sobre los factores de riesgo o condiciones de vulnerabilidad relacionados con un mayor riesgo de sufrir violencia laboral en el sector de la salud. Estos ayudan a identificar parte de los elementos causales y establecer medidas preventivas más eficaces. Como vimos en puntos anteriores, según el modelo de Chappell y Di Martino (2006), los factores implicados pueden ser de origen multifactorial de carácter ambiental, personal, social o cultural.

Es importante destacar que estos factores individuales y ambientales no afectan de igual forma a todas las poblaciones y que influyen otros condicionantes (Amaro *et al.*, 2005; Sabri *et al.*, 2015). La bibliografía recalca la necesidad de profundizar sobre el estudio de los factores de riesgo según cada entorno y cada departamento (Liu *et al.*, 2019). En el presente trabajo, para analizarlos más profundamente y siguiendo modelos reportados por la literatura, serán clasificados según estén relacionados con características de los trabajadores, características del perpetrador o los relacionados con el entorno de trabajo o factores sociales (Cutcliffe y Riahi, 2013; LLor-Esteban *et al.*, 2016; López-García *et al.*, 2018; Raveel and Schoenmakers, 2019).

Factores de riesgo relacionados con el trabajador

Los factores individuales relacionados con el trabajador están relacionados con características como la edad, el nivel educativo, el estado civil, el género, la antigüedad,

dad en el puesto y el nivel del profesional (Liu *et al.*, 2019). Tener mas experiencia en el puesto de trabajo (entre 6 y 16 años de experiencia) y ser de origen étnico blanco se encuentran entre los factores de mayor riesgo para la violencia (Acquadro Maran *et al.*, 2019; Liu *et al.*, 2019; Serrano Vicente *et al.*, 2019). Este riesgo aumenta para la violencia física, si además el trabajador sin pareja (Liu *et al.*, 2019).

En referente a la diferencia de género, la bibliografía realiza un paréntesis aclaratorio. No existe consenso entre la misma, pues varios estudios individuales indican la existencia de diferencia de género, mostrando hallazgos estadísticamente significativos de que los profesionales masculinos informan de un mayor número de episodios violento que las trabajadoras femeninas (Acquadro Maran *et al.*, 2019) y, en cambio, otros concluyen que las mujeres sufren un mayor número de agresiones (Serrano Vicente *et al.*, 2019). Sin embargo, otra reciente revisión sistemática a nivel internacional, concluye que no existe diferencia según el género para cualquier tipo de violencia. Aclara que esto podría deberse a las diferencias de género en las muestras pues en su mayoría eran profesionales femeninos y en muchos no especificaban el género de los participantes. Por tanto, estos datos deben analizarse con cautela. Para el análisis individual según el tipo de violencia, sí que se encuentran diferencias; las mujeres tienen mas probabilidad de sufrir acoso sexual que los hombres, y los hombres tienen mayor probabilidad de estar expuestos a la violencia física (Liu *et al.*, 2019).

Factores de riesgo relacionados con el perpetrador

Debe tenerse en cuenta la condición de vulnerabilidad en la que se encuentra el paciente al acudir a los diversos servicios médicos. En ese estado supone un factor de riesgo las personas en condiciones temerosas, ansiosas y con presencia de dolor (Chappell y Di Martino, 2006; Gutiérrez-Fernández, 2017). La mayoría de las agresiones son causadas por hombres y es el propio paciente el perpetrador (75 %), en menor medida lo son los familiares o acompañantes, pero también se encuentran agresiones conjuntas de pacientes y familiares (Serrano Vicente *et al.*, 2019). Tener patologías psíquicas (ansiedad, demencia, confusión o condiciones psiquiátricas) y el consumo de alcohol o drogas aumenta los factores y el riesgo (Liu *et al.*, 2019; Raveel and Schoenmakers, 2019).

Factores de riesgo relacionados con las características según el entorno del trabajo

Las características del puesto de trabajo también influyen en la vulnerabilidad a sufrir violencia tipo II. En estas se engloban las características propias del entorno de trabajo que no dependen ni del profesional ni del paciente, pero les repercuten de alguna manera, como puede ser la organización del sistema, el contexto o los factores sociales. A modo de ejemplo, pueden afectar los ambientes masificados, la demora en la atención del servicio, la ausencia de medidas seguridad, el servicio prestado, el tipo de jornada laboral, la insuficiencia de personal o la excesiva carga

asistencial. La bibliografía confirma que entre las de mayor riesgo se encuentran realizar el desempeño laboral como profesional de enfermería o medicina, trabajar por turnos y jornadas laborales largas (mas de 40 horas semanales) (Liu *et al.*, 2019). Asimismo, existe un mayor riesgo para las unidades de urgencias y psiquiatría (Liu *et al.*, 2019; Raveel and Schoenmakers, 2019; Ruiz-Hernández *et al.*, 2019). Por otro lado, los tiempos de espera en unidades saturadas supone un importante foco de conflicto y por tanto un factor de riesgo (Acquadro Maran *et al.*, 2019; Raveel and Schoenmakers, 2019; Ruiz-Hernández *et al.*, 2019). Finalmente, el riesgo aumenta para la violencia no física si se trata de un entorno urbano, para la violencia física si se trata de género masculino relacionado con servicios hospitalarios y AP (Liu *et al.*, 2019; Serrano Vicente *et al.*, 2019).

1.2.4. Carencias asistenciales y focos de conflicto

Si se quiere afrontar con mayor éxito la violencia laboral sanitaria y elaborar planes de prevención que aborden de manera mas eficaz la problemática, es fundamental identificar e investigar sobre los focos de conflicto y las carencias asistenciales existentes.

La bibliografía ha abordado esta temática desde diferentes enfoques, en su mayor parte desde una visión cuantitativa y teniendo en cuenta la opinión del trabajador (Galian-Muñoz *et al.*, 2018; López-García *et al.*, 2018; Pérez-Fuentes *et al.*, 2020; Ruiz-Hernández *et al.*, 2019) y, en menor medida, desde una visión cualitativa,

teniendo en cuenta la opinión del trabajador (Acquadro Maran *et al.*, 2019; Morken *et al.*, 2016; Pina *et al.*, 2022) o del usuario (Dois-Castellón y Bravo-Valenzuela, 2019). Algunas revisiones recientes también recogen información sobre las carencias asistenciales y los focos de conflicto (Raveel and Schoenmakers, 2019; Serrano Vicente *et al.*, 2019).

Múltiples factores o focos conflictivos se han asociado a la violencia sanitaria. Entre los más frecuentes destacamos:

a) Tiempos de espera excesivos. Uno de los principales focos de conflicto identificados por la bibliografía, es causado por los excesivos tiempos de espera, ya sea por retrasos en las citas, por esperas debido a la masificación o por esperas debido al triaje de las urgencias, el cual provoca desacuerdo y enfado al usuario (Acquadro Maran *et al.*, 2019; Raveel and Schoenmakers, 2019; Ruiz-Hernández *et al.*, 2019; Pina *et al.*, 2022). La prevalencia de los enfados por retrasos en los tiempos de espera oscila entre el 75 % y el 83.3 % (Acquadro Maran *et al.*, 2019; Serrano Vicente *et al.*, 2019).

b) Desacuerdos por parte del paciente. Dentro del contexto asistencial se han identificado motivos que generan desacuerdos entre el usuario y el profesional los cuales pueden derivar en actitudes violentas. Principalmente se trata de aquellas situaciones en las que existe discrepancia entre las expectativas del usuario y el servicio recibido. La bibliografía ha reportado que el usuario siente que no se están cubriendo sus necesidades. Estas vienen derivadas por concesiones de baja por enfermedad,

por no prescribir determinados medicamentos o pruebas y por desacuerdos en el diagnóstico o tratamiento (Altemir y Arteaga, 2018; Morken *et al.*, 2016; Raveel and Schoenmakers, 2019). Los conflictos en los triajes de urgencias se repiten muy frecuentemente, sobre todo en aquellas situaciones en las que al usuario no es considerado un paciente urgente (Ramacciati *et al.*, 2016). En el estudio realizado por Ruiz-Hernández *et al.* (2019), dentro del ambiente de salud mental, se afirma que las decisiones del profesional eran cuestionadas en un 35.8 %.

c) Carencias en los recursos. Se ha identificado que la mayor consecuencia de la falta de recursos es la falta de personal. Esto ha causado consecuencias como la masificación del sistema, personal desbordado o retrasos en las citas, las cuales el paciente ha percibido como deficiencias del sistema (Acquadro Maran *et al.*, 2019; Angland *et al.*, 2014). La inversión en medidas de seguridad o en planes de prevención que protejan al personal es, en ocasiones, escasa o inexistente por los bajos presupuestos (Angland *et al.*, 2014). La falta de personal ha influenciado en la ausencia de equipos de trabajo multidisciplinarios para afrontar el tema de la violencia en los ambientes sanitarios y establecer entornos más seguros (Pina *et al.*, 2022).

d) Déficit en la relación usuario-profesional. Existe la posibilidad de que surjan situaciones conflictivas cuando la relación usuario-profesional se encuentra debilitada, pues la falta de comunicación entre ambos genera situaciones violentas (Angland *et al.*, 2014; Pina *et al.*, 2022). A esto debe sumarse el déficit en las habilidades de comunicación que pueden presentar algunos de los profesionales (Ramacciati *et al.*,

2016). La bibliografía recoge incluso situaciones de falta de respeto por parte del profesional. El usuario reclama el buen trato como un derecho a su salud, reclama que se cuiden los elementos básicos de una relación cordial: saludo inicial, mirada a los ojos, una relación dentro de la empatía (Dois-Castellon y Bravo-Valenzuela, 2019; Price *et al.*, 2018) y evitar el contacto no solicitado (Morken *et al.*, 2016).

La actitud del profesional influye en las respuestas del paciente. Su continua lucha por el reconocimiento y necesidad de tener el control sobre el paciente se aleja de una relación mas cercana y de confianza (Morken *et al.*, 2016; Price *et al.*, 2018).

Por otra parte, la actitud del paciente también puede ser un desencadenante. Entre estos comportamientos se han identificado factores relacionados con el paciente conflictivo, como malos modales, falta de conocimiento de sus deberes como paciente, actitudes generadas por una mala imagen social, consumo de sustancias o sus condiciones psiquiátricas (Pina et al, 2022; Ramacciati *et al.*, 2016; Raveel y Schoenmakers, 2019).

e) Carencias educativas. Relacionado con el punto anterior, las deficiencias en la relación ponen de manifiesto que uno de las carencias con las que se encuentra tanto el trabajador como el usuario es la falta de formación e información. La bibliografía ha identificado estos aspectos como importantes focos de conflicto y trabajar sobre ellos podría repercutir en la mejora de la relación y del ambiente sanitario. Se necesitaría formación tanto para el profesional como para el usuario.

Formación en habilidades psicosociales, gestión del conflicto, formación específica para determinados puesto de trabajo, formación en autoseguridad, en derechos y deberes. Por otra parte, informar al usuario del funcionamiento del sistema, de los tiempos de espera y de los recursos disponibles también llevaría consigo una disminución de situaciones hostiles desde el punto de vista del profesional (Pina *et al.*, 2022).

f) Influencia del ambiente. El estado de las salas asistenciales se ha identificado como un factor influyente y pueden convertirse en ambientes hostiles y estresantes que en condiciones de vulnerabilidad influyen de manera especial como desencadenante de violencia sanitaria. Estas van desde la falta de privacidad por la distribución de las salas, condiciones climáticas de la sala (exceso de calor o de frío) o incluso ruido excesivo por la masificación, (Fernández Álvarez *et al.*, 2012). En otras ocasiones, el usuario puede no estar de acuerdo con las reglas que se establezcan de comportamiento en los centros sanitarios (Price *et al.*, 2018).

1.2.5. Identificación de desencadenantes de violencia dentro de la Atención Primaria.

Múltiples factores se han asociado e identificado como focos de conflicto dentro de la asistencia sanitaria específicos de la AP. Estos se han explorado desde la perspectiva del profesional (López-García *et al.*, 2018; Pina *et al.*, 2022; Ruiz-Hernández *et al.*, 2016).

Según los profesionales, algunos de los puntos conflictivos desencadenantes de mayor frecuencia en la consulta diaria de AP reportados por la bibliografía son:

- Desacuerdo entre el usuario y las decisiones tomadas por el profesional (Ruiz-Hernández *et al.*, 2016).
- Responsabilizar al profesional de cualquier incidente (Ruiz-Hernández *et al.*, 2016; Pina *et al.*, 2022).
- Acusaciones injustificadas por incumplimiento de las obligaciones profesionales (Pina *et al.*, 2022; Ruiz-Hernández *et al.*, 2016).
- Falta de información por parte del paciente (Pina *et al.*, 2022; Ruiz-Hernández *et al.*, 2016).
- Falta de formación por parte del profesional (López-García *et al.*, 2018; Pina *et al.*, 2022).
- Demora en la atención (Pina *et al.*, 2022; Raveel y Schoenmakers, 2019; Ruiz-Hernández *et al.*, 2016;).
- Incumplimiento de las expectativas del paciente (Pina *et al.*, 2022; Raveel y Schoenmakers, 2019; Ruiz-Hernández *et al.*, 2016).
- Creencia de dedicar mas tiempo a otros usuarios (Ruiz-Hernández *et al.*, 2016).
- Pacientes conflictivos (Pina *et al.*, 2022).

- Precariedad del servicio debido a la falta de personal (Pina *et al.*, 2022).
- Falta de equipos multidisciplinares (Pina *et al.*, 2022).
- Problemática derivada de la gestión de centros y su infraestructura (Pina *et al.*, 2022).

Aunque no es objeto del presente trabajo, la violencia ejercida por el profesional hacia el usuario se hace presente en los centros de AP y así lo reflejan los usuarios de los servicios (Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019; Gutiérrez-Fernández, 2019; Paredes y Paravic-Klijn, 2006). Estas carencias asistenciales podrían tomarse como un factor causante o como respuesta defensiva del usuario.

Por ejemplo, el 84.7% de los usuarios de un centro de salud de Chile manifestaron haber recibido violencia por parte de los profesionales. En su mayoría era violencia de tipo psicológica relacionada con el trato humano e institucional por parte de los funcionarios de salud (Paredes y Paravic-Klijn, 2006).

Tanto usuarios como profesionales manifiestan que la alianza terapéutica entre ambos debe establecerse bajo un trato digno para conseguir una atención de salud exitosa. Sin embargo, existe una brecha entre lo identificado como buen trato por el profesional y lo percibido por el usuario. Una de las carencias actuales es la asistencia centrada en la enfermedad y no en las personas; la falta de trato humano o la falta de empatía. Detrás de estas acciones se han encontrado causas como el estrés, los numerosos trámites burocráticos, el desgaste profesional, la falta de formación o aquellas derivadas de la propia gestión (Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019;

Gutiérrez-Fernández, 2017; Paredes y Paravic-Klijn, 2006).

La presente tesis explora los focos de conflicto en la AP desde el punto de vista del usuario antes y durante la pandemia provocada por la COVID-19.

1.3. Consecuencias de la violencia laboral sanitaria

Es de suma importancia reflejar las consecuencias que ocasiona la violencia laboral sanitaria. Estas se clasifican en consecuencias de tipo individual, tanto para el trabajador como para el usuario, y en consecuencias de tipo colectivo donde se incluiría también las consecuencias para la organización (Ramacciati *et al.*, 2016).

1.3.1. Consecuencias individuales de la violencia sobre el personal

En nuestro país, la agresión contra un trabajador sanitario se considera un atentado contra la autoridad y es sancionada entre uno y cuatro años de prisión (Ley Orgánica 1/2015 de reforma del Código Penal). La Comisión Europea, recientemente, se ha comprometido, mediante el nuevo marco de SST 2021-2027, a promover unas condiciones de trabajo seguras y saludables por la que permite a los Estados miembros a ratificar el antiguo convenio sobre violencia y acoso 2019 (núm. 190) de la Organización Internacional del Trabajo mediante el refuerzo de sanciones (Comisión Europea, 2021).

Además, la violencia tiene consecuencias importantes sobre los profesionales (Galian-Muñoz *et al.*, 2016; Liu *et al.*, 2019; Llor-Esteban *et al.*, 2017). Las principales que se han identificado son tanto físicas (como resultado de la propia agresión: patadas, puñetazos, mordiscos o golpes), como otras, a mas a largo plazo, de tipo psicológico: depresión, somatización, ansiedad, estrés laboral, estrés postraumático, insatisfacción, agotamiento, despersonalización, falta de sentido de seguridad y angustia emocional que incluye ira, humillación, miedo y culpa (Galian-Muñoz *et al.*, 2012; Galian-Muñoz *et al.*, 2018; Nowrouzi-Kia *et al.*, 2019; Ruiz-Hernández *et al.*, 2016).

En Europa, el Informe del Observatorio Europeo de Riesgos (2009) reveló que los sectores con mayores índices de estrés laboral eran el de la educación y el de la salud (EU-OSHA; 2009). Asimismo, la carga excesiva de trabajo y las condiciones que rodean el trabajo pueden desarrollar altos índices de estrés (violencia, problemas entre compañeros o jefes, tipo de horario, etc.) (OIT, 2016).

Destaca con especial interés el Síndrome de Burnout como otra de las consecuencias psicológicas por su alta prevalencia en España (Juliá-Sanchis *et al.*, 2019). Este síndrome se ha convertido en un fenómeno generalizado y extendido sobre todo entre el personal sanitario, particularmente el personal de enfermería. Se caracteriza por ser una patología con afectación psicológica y emocional (agotamiento emocional) como respuesta al estrés crónico laboral. Las manifestaciones mas comunes en el personal se han descrito como desgaste afectivo, deterioro cognitivo y actitudes o conductas negativas como pueden ser: cinismo, falta de implicación, despersona-

lización e ineficacia (Ávila Toscano *et al.*, 2010; Casa *et al.*, 2012). Son diversos los factores que influyen en la aparición del síndrome de Burnout, pero en rasgos generales se asocian a variables de carácter individual (autoestima o empatía) y laboral. La continua relación con el paciente y sus familiares hacen del personal sanitario una profesión de riesgo para el Síndrome de Burnout (Galian-Muñoz *et al.*, 2012; Molero Jurado *et al.*, 2018; Pérez-Fuentes *et al.*, 2018; Pérez-Fuentes *et al.*, 2019).

La violencia laboral en el ámbito sanitario se ha relacionado con el grado de satisfacción laboral (Galian-Muñoz *et al.*, 2018; Pérez-Fuentes *et al.*, 2020). Un estudio reciente entre el personal de enfermería muestra que el *bullying* y la violencia realizada por usuarios, familiares y violencia lateral tiene un efecto negativo de forma directa en la satisfacción laboral tanto interna como externa, aunque los resultados del grado de satisfacción pueden verse amortiguados por un mayor apoyo social (Pérez-Fuentes *et al.*, 2020).

1.3.2. Consecuencias individuales de la violencia sobre el usuario

En la presencia de ambientes sanitarios violentos también se ve afectado el propio usuario. Estas situaciones afectan a la seguridad del paciente y este manifiesta sentirse con poca sensación de seguridad (Salyers *et al.*, 2017). En relación con lo anterior, Gudde *et al.* (2015), en su revisión sistemática sobre la influencia de las

situaciones agresivas en las salas psiquiátricas, evidencia que el ambiente vivido en las salas era fundamental para el desarrollo de conductas agresivas. Sin embargo, otros estudios no muestran diferencias significativas sobre el estado de ansiedad de los mismos en presencia o no de situaciones colectivas, aunque los participantes prefieran que los perpetradores sean aislados y sacados de las salas de espera (Lim *et al.*, 2011).

Algunas de las consecuencias laborales como el desgaste profesional, la insatisfacción y el Síndrome de Burnout que sufren los profesionales conllevan repercusiones en la relación profesional-usuario. El usuario reclama el buen trato como un derecho y la importancia de recibir por parte del profesional respeto, empatía, saludo inicial, contacto visual o amabilidad, tanto para su recuperación como para aumentar el grado de satisfacción del trato recibido (Dois-Castellón y Bravo-Valenzuela., 2019). Mejorar las condiciones de trabajo del profesional y aumentar su grado de satisfacción posiblemente redundaría en una mejor atención al paciente (Galian-Muñoz *et al.*, 2018).

1.3.3. Consecuencias en la prestación de los servicios

Las organizaciones sanitarias tienen el reto de conseguir ambientes laborales seguros (Somani *et al.*, 2021). La violencia sanitaria repercute y tiene efectos sobre la organización del propio sistema como, por ejemplo, la disminución en la calidad asistencial (Altemir y Arteaga, 2018; Salyers *et al.*, 2017), la falta de seguridad

(Nowrouzi-Kia *et al.*, 2019), el empeoramiento en la relación con el paciente (Altemir y Arteaga, 2018; Galian-Muñoz *et al.*, 2018), el deterioro del ambiente laboral por disminución del compromiso (Chang *et al.*, 2019), un mayor absentismo (Kvas y Seljak, 2014), una menor productividad y eficiencia, mayores índices de movilidad laboral (abandono o cambios de destino) (Altemir y Arteaga, 2018; Pérez-Fuentes *et al.*, 2019), lo que conlleva un aumento de costes para la administración (Cantera *et al.*, 2008), un aumento de los accidentes trabajo (Sabbath *et al.*, 2014) y, por lo tanto, un aumento del riesgo a errores diagnósticos (Schmidt *et al.*, 2017).

A modo de ejemplo, en la figura 1.7 pueden verse los datos relacionados con el absentismo, esta gráfica muestra el porcentaje de lesiones, según el autor, que causaron días de ausencia laboral en Estados Unidos en el año 2001, el porcentaje de bajas provocadas por usuarios del sistema de salud fue del 34 % (Chappell y Di Martino, 2006).

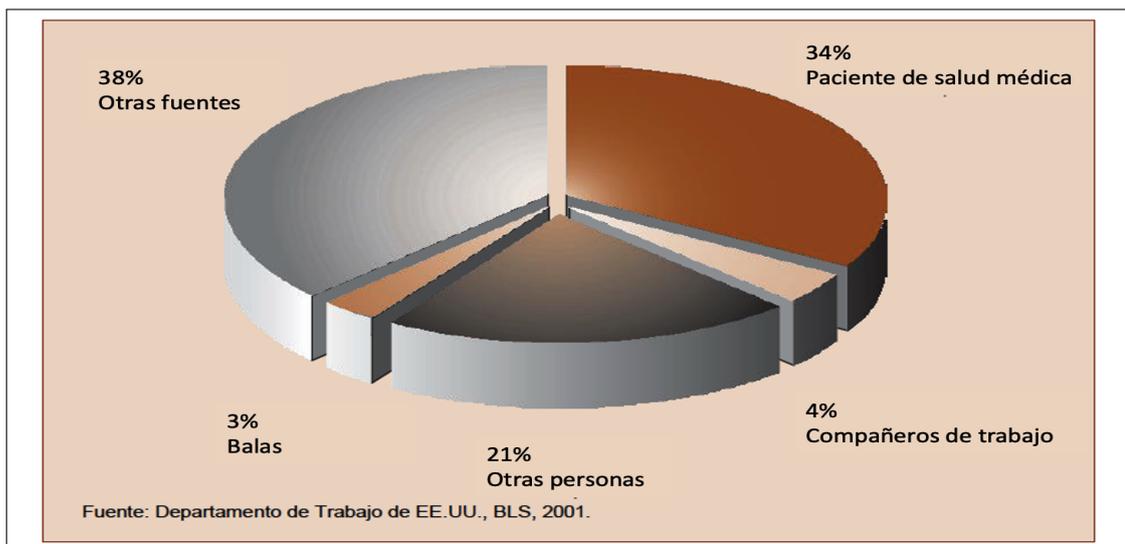


Figura 1.7: Lesiones y tipo de perpetrador que causaron ausencia laboral. Fuente: Departamento de Trabajo de EE. UU, BLS, 2001. Adaptado de Violence at Work por Chapell y Di Martino, (2006) con permiso de los autores.

1.4. Medidas preventivas dirigidas a la violencia laboral sanitaria

1.4.1. Aspectos conceptuales en programas de prevención

El interés de la investigación sobre programas de prevención en violencia sanitaria ha crecido en los últimos tiempos. Explorar algunas de las revisiones sistemáticas más recientes nos acerca al estado actual de la temática (Geoffrion *et al.*, 2020; Raveel y Schoenmakers, 2019; Somani *et al.*, 2021; Spelten *et al.*, 2020).

A modo de ejemplo, entre las revisiones más recientes podemos destacar la de Altemir y Arteaga (2018), que a través de su búsqueda presenta un procedimiento de actuaciones dirigidas a disminuir la agresión y a cómo intervenir en situaciones de conflicto. Seguidamente, la de Raveel y Schoenmakers (2019), que centran su investigación en programas de intervención para prevenir la agresión en el personal de medicina, incluyendo como resultados 44 estudios tanto cualitativos como cuantitativos. En Spelten *et al.* (2020) se recogen 7 estudios en referente a la efectividad de las intervenciones de tipo organizacional para prevenir y minimizar la agresión por parte de pacientes y o sus familiares. En su revisión sistemática, Geoffrion *et al.* (2020) evalúan el grado de efectividad y buscan aquellos estudios que incluyan intervenciones en educación y capacitación dirigidas al personal. Encontraron 9 estudios en los que estaban incluidos como participantes trabajadores de la salud en general. La efectividad de las intervenciones centradas en el personal de enfermería

es analizada por Somani *et al.* (2021) mediante los 26 estudios resultantes de su revisión sistemática.

1.4.2. Modelos de prevención

Debido al origen multifactorial y polifacético de la violencia, la OMS (OMS, 2002) propone un abordaje a distintos niveles y dirigido a múltiples sectores simultáneamente. Esta propuesta se basa en el modelo ecológico que se divide en estrategias de tipo individual (fomento de actitudes y comportamientos saludables en niño y jóvenes), estrategias relacionales (influir en las relaciones intrafamiliares, de compañeros...), estrategias dirigidas a nivel de comunidades (concienciar a la población y promover acciones) y, por último, las dirigidas a la sociedad (factores culturales, sociales y económicos). Apuestan por medidas preventivas prolongadas evitando las de corto plazo; su propuesta es que sean aplicadas en las escuelas, lugares de trabajo y sistema de justicia.

Más tarde, Chappell y Di Martino (2006) elaboran un nuevo modelo de prevención de la violencia. En la figura 1.8 se puede observar dicha propuesta para la gestión de la violencia en el trabajo. Principalmente, identifican una secuencia de acciones divididas en tres áreas:

1. Prevención primaria: recoge aquellas cuestiones organizativas que pretenden evitar la violencia antes de que se produzca.
2. Prevención secundaria: engloba las respuestas más inmediatas que se deben

abordar tras el acto conflictivo, como servicios de emergencia, tratamiento médico e interrogatorio.

- Prevencción terciaria: abarca medidas de acción a largo plazo, como las acciones de reintegración, rehabilitación y reducción del trauma.

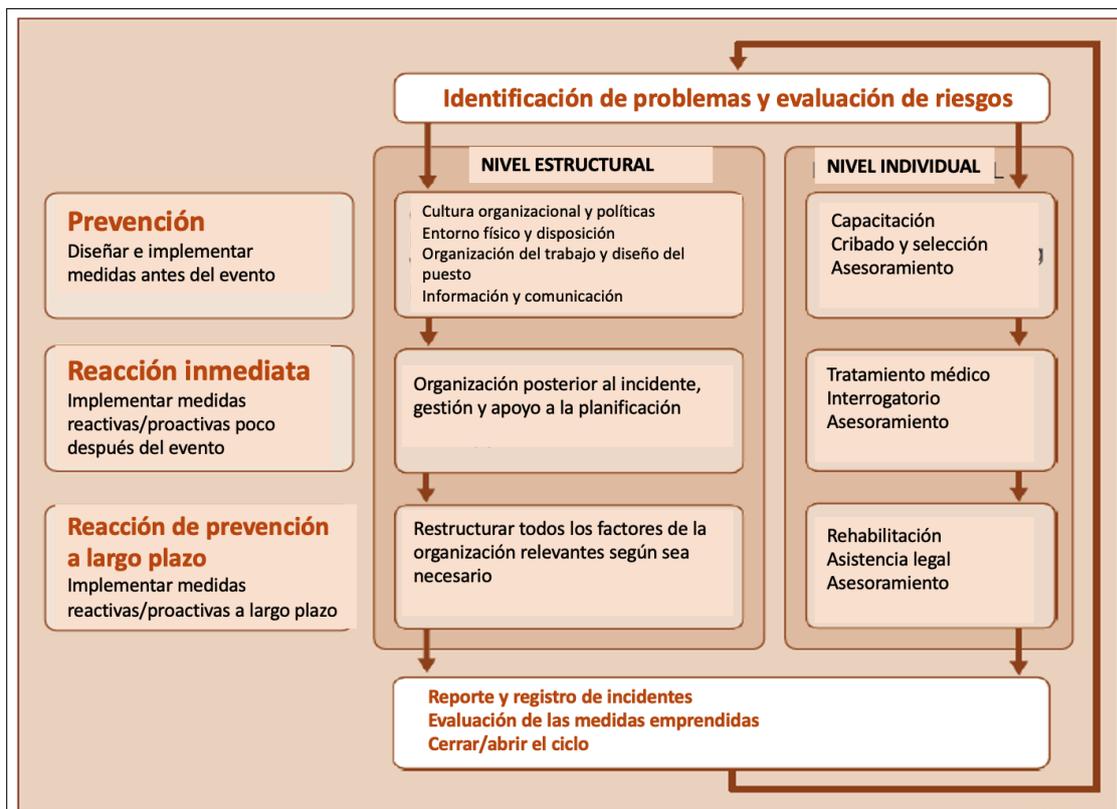


Figura 1.8: Modelo Di Martino para la gestión de la violencia laboral. Adaptado de *Violence at Work* por Chappell y Di Martino (2006).

En relación con lo anterior, en 2002, la OIT, CIE, OMS y el ISP (OIT, CIE, OMS, ISP, 2002), proponen igualmente un abordaje multifactorial para la violencia sanitaria y establecen unas recomendaciones mínimas de trabajo seguro y libre de violencia. En ellas se trabaja sobre las medidas que se deben realizar dentro de las organizaciones, desde acciones políticas, intervenciones del entorno, intervenciones

individuales y las realizadas tras el incidente violento:

a) Condiciones previas:

1. Desarrollar una cultura de trabajo centrada en lo humano. Deben existir condiciones de igualdad, seguridad y dignidad, basadas en la no discriminación y la tolerancia. Las propuestas para conseguir dicho objetivo son: jefes o directivos comprometidos con el tema, fomento del dialogo, entornos sociales positivos, resolución de conflictos en grupo o reconocimiento de iniciativas individuales.
2. Publicar declaraciones políticas explícitas. Compromisos para luchar contra la violencia. Deben establecerse definiciones claras sobre la violencia, compromisos de prioridades para la temática, apoyos a medidas contra la violencia, avisos de tolerancia cero, facilidades para las denuncias o reclamaciones.
3. Aumentar la concienciación. Campañas sobre las consecuencias que provoca la violencia, tanto a nivel personal como en el trabajo. Deberían ir dirigidas a directores, supervisores, personal, pacientes, clientes, proveedores y comunidades. La población debe ser conocedora de las consecuencias.

b) Intervenciones en las organizaciones. Proponen trabajar desde las organizaciones en medidas de intervención dirigidas a:

1. Dotaciones personales. Asegurar que haya un personal adecuado, en

cuanto a formación y número, sobre todo en los periodos de mayor actividad, en traslados de pacientes, situaciones de emergencia, en turnos nocturnos, en unidades complicadas (admisión, urgencias y cuidados intensivos) y en la asistencia a pacientes con antecedentes violentos.

2. Estilo de dirección. Hacer de la dirección un punto referente en cuanto a ser un modelo a seguir dentro de los lugares de trabajo, fomentando del dialogo, la comunicación, el respeto, la dignidad, etc.
3. Fomento de la información y la comunicación. Tanto entre la dirección y las unidades de trabajo (sesiones informativas, reuniones con el personal, debates de grupo, equipos multidisciplinarios. . .), como con los pacientes y el público (comunicación de derechos y obligaciones, comunicar las posibles sanciones a actos violentos), y también para aquellos trabajadores que corren riesgos especiales (existencia de protocolos, informar de los riesgos, etc.)
4. Prácticas Laborales. Adoptar medidas eficaces para mejorar la práctica de trabajo, como mejorar la planificación de citas, evitar aglomeraciones, disminuir los tiempos de espera, facilitar el transporte a los turnos nocturnos, proteger las visitas a domicilio, etc.
5. Diseño del puesto de trabajo. Diseñar los puestos de trabajo lo mas eficientemente posible, evitando ritmos y sobrecargas excesivas, trabajos repetitivos, etc.
6. Horario de trabajo. Evitar horarios prolongados, planificar tiempos de

descanso, evitar horas extraordinarias, etc.

c) Intervenciones en el entorno. Cuidar el entorno y el contexto laboral en los programas de prevención ayudaría a disminuir los focos de conflicto. Deben tenerse en cuenta:

1. Entorno físico: niveles de ruido, los colores, malos olores, temperatura, humedad, mobiliario, limpieza, etc.
2. Diseño del lugar de trabajo: que sea de fácil acceso, espacioso, con salas de espera cómodas, que cuente con medidas de seguridad, que mantenga la privacidad, que disponga sistemas de alarma y vigilancia.

d) Intervenciones dirigidas a las personas. Se deberían trabajar e incluir medidas preventivas relacionadas con:

1. Formación en cuanto a violencia y gestión del conflicto, auto seguridad, autoconfianza, formación para el puesto de trabajo, autodefensa etc.
2. Asistencia y asesoramiento para paciente conflictivos.
3. Promoción del bienestar. Promocionar el cuidado personal tanto a nivel físico (ejercicio físico, hábitos saludables, alimentación) como psicológico.

e) Intervenciones a posteriori. Se debería facilitar, en todo lo posible, el seguimiento de las consecuencias de la agresión y minimizar el riesgo de reincidencia. Esto podría conseguirse mediante:

1. Elaboración de protocolos de respuesta.

2. Confección de planes de información.
3. Registro de los incidentes.
4. Asistencia médica inmediata.
5. Información a posteriori. Seguimiento del caso mediante apoyo continuado.
6. Asesoramiento.
7. Apoyo de la dirección.
8. Representación y ayuda jurídica.
9. Procedimientos de queja.
10. Proporcionar rehabilitación.

1.4.3. Eficacia de los planes de intervención. ¿Qué está fallando?

En general, la efectividad de los programas de intervención para prevenir la agresión fue de baja a moderada o incierta (Raveel y Schoenmakers, 2019; Somani *et al.*, 2021; Spelten *et al.*, 2020).

Estos resultados, según nos cuentan Geoffrion *et al.* (2020) y Somani *et al.* (2021) en el análisis de sus revisiones sobre la temática, pueden deberse a diversos factores. En primer lugar, algunas intervenciones pueden aumentar el conocimiento de la agresión, aunque por ello la medición de su eficacia en cuanto a reducción

de la violencia quede incierta y no sea la deseada. El personal sanitario es más consciente y denuncia más. Además, al recibir la formación específica para gestionar la agresión, el personal se siente más capacitado y, en vez de evitarlas, se enfrenta a ellas.

Por otra parte, algunos autores indican que un inconveniente al que se enfrenta el análisis de la eficacia puede ser el carácter heterogéneo de las intervenciones, lo cual dificulta su análisis y su comparación, así como la calidad de su evidencia (Geoffrion *et al.*, 2020). A estos factores se suma la dificultad de algunas técnicas de prevención aplicadas y la falta de experiencia del personal que las lleva a cabo, lo cual hace que puedan tener éxito dependiendo de quién las aplique (Raveel y Schoenmakers, 2019).

El tipo de intervención llevada a cabo puede influir en el éxito del plan de prevención. Por un lado, algunas intervenciones pueden estar en conflicto con el respeto al paciente (señalar a los pacientes con antecedentes) o pueden afectar la relación médico-paciente (presencia de barreras físicas o guardias de seguridad), entrando en una espiral y aumentando de forma secundaria el riesgo a violencia (Raveel y Schoenmakers, 2019).

Por otra parte, en su mayoría se centran en educación o herramientas de capacitación dirigidas al personal (Geoffrion *et al.*, 2020; Kinoshita y Shimosato, 2022; Somani *et al.*, 2021; Raveel y Schoenmakers, 2019) y en cambios políticos o ambientales (Raveel y Schoenmakers, 2019; Somani *et al.*, 2021; Spelten *et al.*, 2020). Las

intervenciones de capacitación tienen efectos sobre la actitud positiva del personal hacia la violencia, aumentan su autoconfianza y sus estrategias de afrontamiento (Maagerø *et al.*, 2020b; Jeong y Lee, 2020; Kinoshita y Shimosato, 2022), pero como afirma Somani *et al.*, (2021) en su mayor parte se olvidan de incluir al usuario y de tratar las reacciones iniciales que en ellos las provocan. Este tipo de intervenciones no tienen efecto directo sobre los comportamientos de los usuarios o familiares; no actúan sobre el comportamiento de los mismos. Es por ello que, posiblemente, las intervenciones de tipo estructural y ambientales ayuden a disminuir la violencia en una mayor medida.

1.4.4. Componentes claves de planes de intervención

En relación al punto anterior y a los modelos propuestos de prevención para la violencia sanitaria, se han identificado a través de las investigaciones los puntos clave más destacados a trabajar e incluir en futuros planes de prevención-intervención para un mayor éxito de las mismas.

La bibliografía destaca la necesidad de actuar frente a la falta de mecanismos de denuncias para derrotar el subregistro mediante el apoyo de mecanismos de acción por parte de las administraciones (Altemir y Arteaga, 2018; Pérez-Fuentes *et al.*, 2020; Raveel y Schoenmakers, 2019; Somani *et al.*, 2021). A su vez, propone la necesidad de fomentar la existencia de políticas claras de prevención en los lugares de trabajo (Barranco *et al.*, 2022; Somani, *et al.*, 2021).

Respecto a las características de las medidas preventivas, los estudios previos apuestan por la necesidad de incluir intervenciones de carácter multicomponente (Altemir y Arteaga, 2018; OIT, OMS, ISP y CIE, 2002; Somani *et al.*, 2021) y estrategias o medidas para reestablecer relaciones de confianza entre el profesional y el usuario si se quieren crear ambientes sanitarios libres de violencia (Altemir y Arteaga, 2018; Dois-Castellón y Bravo-Valenzuela, 2019; OIT, OMS, ISP y CIE, 2002; Pina *et al.*, 2022; Ramacciati *et al.*, 2016; Somani *et al.*, 2021).

A nivel nacional, relacionado con las medidas preventivas, cabe destacar el trabajo realizado por Altemir y Arteaga (2018) en el que se recogen, a través de su revisión bibliográfica, los principales protocolos que se han llevado a cabo hasta el momento y se propone un diseño de plan de prevención y actuación sanitaria dirigida al personal ante el conflicto (figura 1.9). En este estudio se abordan tanto pautas para prevenirlas y aspectos a evitar, como la gestión de la hostilidad, herramientas para detectarla, abordarla y controlarla. Se aportan también aspectos a evitar y cómo actuar ante una agresión.

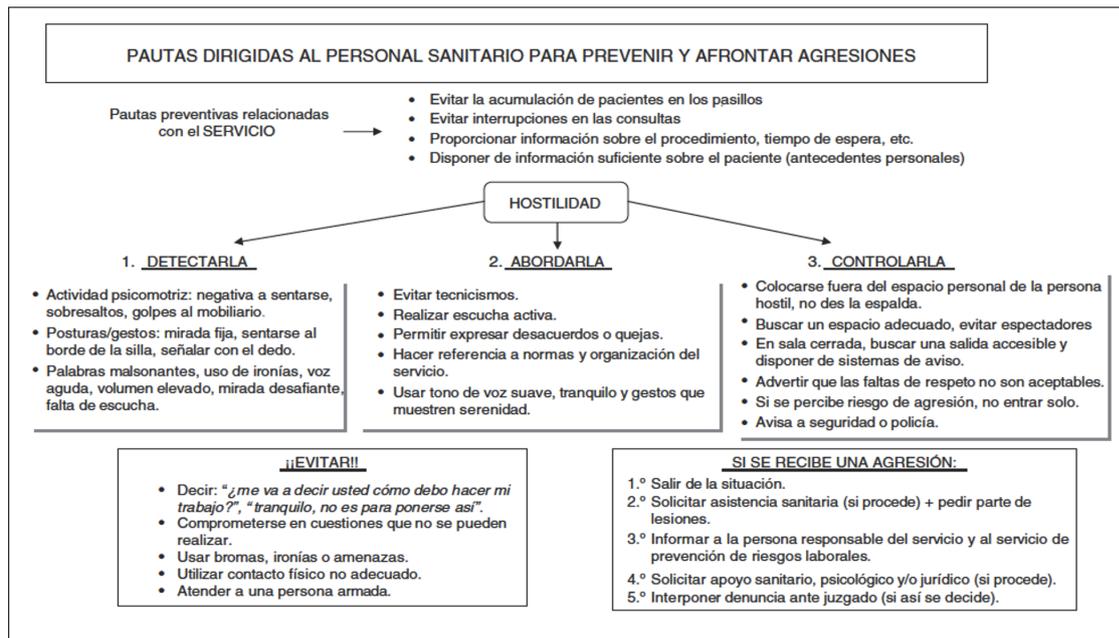


Figura 1.9: Propuesta de un diseño de prevención y actuación dirigido al personal sanitario. Extraído del Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario, por Altemir y Arteaga (2018). Enfermería clínica. Con permiso de los autores.

Según los estudios más recientes, la clave del éxito de futuras intervenciones y, en ocasiones, el fracaso de los planes de prevención previos radica en el fomento de la implicación de todas las partes mediante la información y la formación. Esto implica que deberían existir medidas dirigidas al profesional, medidas dirigidas al usuario y medidas con cambios en el propio sistema de tipo organizacional y ambiental (Altemir y Arteaga, 2018; OIT, OMS, ISP y CIE, 2002; Pina *et al.*, 2022; Ramacciati *et al.*, 2016; Somani *et al.*, 2021). La presente tesis aborda y estudia aquellas medidas dirigidas al usuario como propuesta para incluir en futuros planes de prevención de carácter multicomponente y con implicación de todas las partes implicadas dentro de la violencia laboral sanitaria en la AP.

1.4.5. Antecedentes de medidas preventivas para la Atención Primaria

La alta prevalencia del personal de los centros de AP referenciada anteriormente y el análisis de puntos conflictivos y carencias asistenciales, hacen de la AP un interesante y necesario campo de actuación en cuanto a medidas preventivas se refiere. Con el fin de crear ambientes sanitarios libres de violencia, se requiere apoyo administrativo, legal, profesional y de protección hacia los mismos. Se precisa, asimismo, una implicación de las autoridades y direcciones de las instituciones hacia la mejora de la AP (Jatic *et al.*, 2019). Los puntos clave que la bibliografía ha abordado en referente a medidas preventivas de violencia tipo II en los servicios de AP abarcan diferentes acciones, desde mejoras en la comunicación hasta incluso cambios de tipo estructural y de gestión.

Mejora en las habilidades de comunicación

La habilidad en la comunicación, además de ser fundamental en la calidad de la asistencia en la práctica clínica, es una de las herramientas más efectiva de prevención hacia la agresividad (Altemir y Arteaga, 2018). Esta también ha sido estudiada dentro de la AP. Pina *et al.* (2022), tras el análisis cualitativo de focos de conflicto en los centros de AP bajo el punto de vista del profesional, recoge algunas propuestas y actividades para la mejora de la comunicación centradas en una mejor comunicación intrasistema e intersistema. Los profesionales proponen fomentar

reuniones y actividades enfocadas en la uniformidad en los cuidados entre el personal, crear y comunicar protocolos de seguridad hacia el personal, trabajar sobre las definiciones de la agresión, así como los reglamentos que la rigen, y comunicar las sanciones a la población, elaborar planes de acogida hacia nuevos miembros, mejorar la comunicación hacia el usuario de los tiempos de espera, educar en derechos y deberes y, por último, establecer vías para comunicarse con la comunidad.

Trabajar sobre las habilidades de comunicación y el uso del lenguaje comprensible y pertinente hacia el usuario ayuda en la toma de decisiones e implicación del mismo sobre sus tratamientos. Es necesario abandonar actitudes de tratamiento paternalistas. Algunos estudios proponen la mejora de la comunicación por parte del profesional. A menudo, el usuario se queja del uso del lenguaje y, en ocasiones, el profesional se sorprende por ello, pues cree hacerlo correctamente. Debe trabajarse para mejorar la comunicación entre ambos (Altemir y Arteaga, 2018; Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019).

Una estrategia básica y estudiada en numerosos estudios recientes de AP, en cuanto habilidades de comunicación se refiere, es la empatía (Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019; Gutiérrez-Fernández, 2017; López-García *et al.*, 2018). La empatía previene el malestar psicológico en los profesionales de la AP (López-García *et al.*, 2018).

Formación continuada

La investigación propone trabajar de forma continuada para la mejora de los aspectos anteriormente expuestos y conseguir una mejora de las habilidades de comunicación. Por eso la formación continuada es muy importante en los profesionales sanitarios y ha sido evidenciada por la bibliografía en estudios sobre la AP (Landoll *et al.*, 2019; López-García *et al.*, 2018; Pina *et al.*, 2022; Savage *et al.*, 2019).

Los profesionales que no reciben formación continuada presentan puntuaciones más altas de violencia no física. La formación capacita de mayores recursos de afrontamiento, de medidas mediadoras y capacidad para resolver los conflictos al profesional (López-García *et al.*, 2018). Pina *et al.* (2022) propone reforzar, como medidas de formación, actividades relacionadas con la autoseguridad, formación específica para determinados puestos de trabajo, formación con terapias de grupo, formación en habilidades de psicología, en empoderamiento y autocuidados, en mediación, formación para prevenir el burnout, en habilidades de comunicación, en desmedicalización y la realización de talleres de casos tipo.

Modelos biopsicosociales

Otro punto de reflexión importante es la implantación de modelos biopsicosociales en la asistencia en AP. Este aspecto también ha sido estudiado y propuesto como medida preventiva hacia una mejora de la salud y trato sanitario por diversos

autores que han profundizado en estudios sobre los centros de salud (Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019; Landoll *et al.*, 2019; Pina *et al.*, 2022). La revisión sistemática realizada por Landoll *et al.* (2019) sobre estudios mayoritariamente en centros de salud, con programas de intervención que incluían modelos biopsicosociales, atención basada en equipos y mediante un formador conductual (mayoritariamente psicólogos), concluye en la existencia de una brecha entre la teoría y los desafíos de la práctica. Refuerza la idea de la necesidad de la formación continuada específica citada anteriormente, la capacitación y recomienda dicha formación desde los inicios estudiantiles para un mayor éxito de aplicación de modelos biopsicosociales. El trabajo en equipo es fundamental para el tratamiento del paciente; el personal de medicina y el de psicología deberían trabajar conjuntamente.

Para facilitar la puesta en marcha de estos nuevos modelos reclamados por profesionales de la AP, Pina *et al.* (2022) propone cambios en la gerencia mediante la contratación de personal específico como psicólogos, nutricionistas y trabajadores sociales.

Humanización de la Atención Primaria

Unido al concepto de modelos biopsicosociales y de formación surge la necesidad de humanizar y personalizar la asistencia sanitaria. Como hemos comentado en el punto anterior, la carencia de trato humano es manifestada por los propios profesionales e incluso en los escasos estudios de usuarios. Por eso la bibliografía reporta y la propone como una medida de intervención para mejorar el trato de salud en

la AP hacia un trato mas digno y respetuoso (Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019; Gutiérrez-Fernández, 2017; Pina *et al.*, 2022). Ha de trabajarse y esforzarse por parte de profesionales y gerencias en reforzar el trato recibido y aplicar actitudes que mejoren la relación y humanicen el trato diario con el usuario. A veces se percibe un trato frío y distante que, sumado a la condición de vulnerabilidad con la que acude el paciente a los centros de salud, supone un foco de conflicto. En la asistencia diaria debería apostarse por acciones y actitudes como mirar a la cara, hablar directamente al usuario, saludar, sonreír, escuchar, mostrar signos de empatía, comprensión y sensibilidad, atender personalmente, tratar dignamente al paciente, evitar paternalismos, atender a las necesidades, procurar un trato igualitario y utilizar un lenguaje comprensible (Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019; Gutiérrez-Fernández, 2017).

Medidas en los servicios de urgencias

Uno de los puntos de desacuerdo comúnmente conocido tanto a nivel asistencial como por las investigaciones se centra en los servicios de urgencias. La AP recibe un número de consultas sin cita que requieren ser resueltas por la vía urgente y no siempre son de la satisfacción del usuario o no siempre se consideran urgentes por parte de los profesionales, considerando dicha consulta como un abuso. Savage *et al.* (2019) pone en marcha un programa para la mejora en las urgencias de la AP llamado “See-and-Treat”. Consiste en una evaluación rápida médica y en una autoevaluación por parte del paciente. El programa resulto ser eficaz y se produjo

una disminución de las visitas y contactos telefónicos. Mejoro la satisfacción y la atención, tanto del personal como de los usuarios.

Con el fin de resolver los abusos por parte de los usuarios, Pina *et al.* (2022) propone la liberación de un medico triador. Los usuarios que acudan a tal servicio deberán pasar un triaje al igual que se realiza en hospitales, y según la patología deberá ser atendido con mayor o menor rapidez. Esta medida también aportaría beneficios al personal de administración, pues lo descargaría de atender a las urgencias y, por otro lado, respetaría la intimidad del paciente que se ve obligado a contar su historial clínico en el mostrador

Refuerzo en las visitas a domicilio

El refuerzo en las medidas cuando se realizan las visitas a domicilio debe también tenerse en cuenta en el paquete de prevenciones dirigidas a la AP (Ifediora, 2015; Raveel y Schoenmakers, 2019). Los médicos y médicas de cabecera y el personal de enfermería debe tomar medidas para la asistencia domiciliaria. Estas medidas pueden ir desde visitas compartidas, sistema de seguimiento, personal de seguridad o apoyo adicional cuando sea requerido (Ifediora, 2015; Raveel y Schoenmakers, 2019).

Cambios en las infraestructuras

Muchas de las medidas propuestas no pueden ser viables sin cambios de infraestructura o sin cambios desde la gestión. Deberían mejorarse los espacios, pues algunos centros de salud son muy antiguos y pueden influir en el grado de confort del usuario y por tanto sumar un plus a su malestar. Debería mejorarse la distribución y habilitar espacios para los grupos de trabajo mencionados. Las gerencias sanitarias deben apostar por realizar cambios en la distribución del personal, mejorar los tiempos de consulta y la gestión de las quejas, cubrir eficazmente las bajas de los profesionales, realizar propuestas para incluir grupos de apoyo a usuarios y equipos de gestión para los conflictos, establecer rotaciones del personal de seguridad, crear nuevas figuras y contratar personal específico para ello (Pina *et al.*, 2022).

A pesar de todos los esfuerzos por parte de los investigadores para reducir los actos violentos en la AP, los resultados de la eficacia tampoco tienen el éxito deseado (Raveel y Schoenmakers, 2019). Nuevamente, esto puede ser debido, por un lado, a la falta de estudios que midan eficacia de programas específicos en la AP y, por otro, a la falta de programas que incluyan medidas multicomponentes y que incluyan cambios dirigidos hacia todas las partes componentes del conflicto (usuarios, profesionales y gerencias). Los mayores esfuerzos se han derivado a trabajar con el profesional y se ha quedado olvidado el usuario (Somani *et al.*, 2021).

La contribución de esta investigación explorará el punto de vista del usuario en

los conflictos de la asistencia de la AP y se espera que suponga un avance hacia la mejora para la elaboración de nuevos planes de prevención.

1.5. Justificación y objetivos

1.5.1. Justificación

La violencia en el lugar de trabajo puede generar altos índices de estrés, afectando tanto a trabajadores como a su entorno. Como hemos citado anteriormente, puede resultar como consecuencia de determinados condicionantes: factores de riesgo psicosociales, trabajos estresantes, ambigüedad en el conflicto de roles, escaso nivel de control, carga excesiva de trabajo, trabajos monótonos, cambios organizativos y escasa gestión de conflictos (OIT, 2016; OMS, 2010).

Para cumplir los objetivos propuestos por la Comisión Europea en su informe “Marco estratégico de la Unión Europea en materia de salud y seguridad del trabajo 2021-2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación” (Comisión Europea, 2021) sobre tolerancia cero de violencia y acoso o discriminación en el lugar de trabajo, parece indispensable el abordaje de la violencia en el ambiente laboral por parte de la investigación. En esta también incluimos al sector sanitario que no queda inmune a este tipo de violencia, aunque se da en todos los sectores y categorías profesionales, este casi ocupa una cuarta parte del total de la violencia laboral (OIT/CIE/OMS/ISP; 2002).

Tras lo expuesto anteriormente y dados los índices de violencia dentro de la AP, todo parece indicar que el personal sanitario presenta una alta probabilidad de sufrir las consecuencias tanto físicas como psicológicas derivadas de su actividad profesional. A pesar de la evidencia acumulada de violencia laboral en centros de AP, son escasos los estudios que han valorado la eficacia de programas de intervención para mejorar el clima y la convivencia entre profesionales y usuarios. Y casi inexistentes, aquellos que incluyen el punto de vista del usuario y lo implican en las medidas de prevención dirigidas a este sector. Por ello, surge la necesidad de recopilar datos sobre los riesgos y los factores psicosociales que puedan afectar a los trabajadores sanitarios, así como conocer los factores predisponentes y los focos de conflicto desde el punto de vista del usuario; implicarlo en el proceso de prevención ayudará a elaborar planes de prevención mas eficaces y completos (Somani *et al.*, 2021).

1.5.2. Objetivos

El objetivo principal que se persigue con esta tesis doctoral es la evaluación de los focos de conflicto entre usuarios y profesionales en la AP y analizar cómo dichos focos pueden ser reducidos o eliminados según la bibliografía y los propios usuarios. Para ello, esta tesis doctoral se ha estructurado en tres bloques.

En el primer estudio (Pina *et al.*, 2021), el objetivo se centra en identificar los focos de conflicto, así como sus propuestas de solución por parte de los usuarios per-

tenecientes al SMS. Para ello, se ha elaborado un estudio de estructura cualitativa con 80 participantes.

En el segundo bloque, el objetivo ha sido revisar toda la literatura científica sobre violencia laboral sanitaria publicada hasta la fecha, por medio de una revisión sistemática, en busca de medidas o propuestas de medidas preventivas dirigidas al usuario (que lo impliquen o provoquen un cambio de actitud en el mismo).

La identificación de las medidas existentes en la literatura y los focos de conflicto, con sus propuestas de soluciones por parte de los usuarios, da paso a la tercera parte de la presente tesis.

El objetivo de esta tercera parte ha sido la elaboración de un paquete de medidas de intervención en base a los datos recogidos en los dos estudios anteriores y conocer la opinión de los usuarios sobre cada una de las medidas diseñadas, así como sus propuestas de mejoras. Esto se lleva a cabo, nuevamente, a través de un estudio cualitativo de valoración de programas a usuarios pertenecientes al SMS.

Parte II

Marco Empírico

Estudio 1. Percepción de los usuarios sobre la violencia y los conflictos con los profesionales en los centros de atención primaria antes y durante el COVID-19. Un estudio cualitativo

Referencia:

Pina, D., López-Ros, P., Luna-Maldonado, A., Luna Ruiz-Caballero, A., Llor-Esteban, B., Ruiz-Hernández, J.A., García-Jiménez, J.J., Puente-López, E. y Martínez-Jarreta, B. (2021). Users' Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study. *Frontiers Public Health*, 9:810014. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014>

Este estudio ha sido publicado en International Frontiers in Public Health, en el año 2021. El último indicador disponible sobre esta revista se puede localizar en el listado JCR teniendo un impacto de 6.461 (Q1 en Salud Pública, ambiental y ocupacional).

E1.1. Resumen

Antecedentes

La violencia laboral es una problemática social de especial interés tanto en intervención como en investigación. De entre los sectores que más perciben este tipo de violencia, destacan los profesionales sanitarios. La violencia más común para este grupo profesional es aquella que ejercen los propios usuarios o pacientes. Se ha señalado que uno de cada cuatro actos violentos en el entorno laboral se produce en el ámbito sanitario. Dentro del sector salud, los servicios de Salud Mental, Urgencias y AP han sido ampliamente señalados como uno de los más vulnerables, siendo la AP la menos abordada de los tres. Aunque la bibliografía disponible es amplia, apenas existen estudios que exploren, con una perspectiva cualitativa, cuáles son los focos de conflicto en este sector desde la perspectiva de los propios usuarios, siendo lo más común trabajar con profesionales.

Objetivo

El presente estudio tiene como objetivo examinar, desde la perspectiva de los usuarios, aquellos aspectos derivados de la organización, el profesional o el propio usuario de AP que generan situaciones violentas y cómo creen que éstas se podrían evitar.

Método

La muestra consta de 80 usuarios de los servicios de AP del Servicio Murciano de Salud. Para la recogida de datos, se realiza un estudio cualitativo mediante 10 grupos focales y un posterior análisis temático de los datos.

Resultados

Los resultados nos han permitido identificar que, desde el punto de vista organizacional, la incertidumbre en los tiempos de espera, la necesidad de adaptar la cita telemática o telefónica a los distintos tipos de usuarios o la gestión de las urgencias en AP son los aspectos que más conflictos generan entre usuarios y profesionales. En este sentido, las propuestas de mejora están orientadas a proporcionar información en la aplicación móvil actualizada sobre los horarios de atención o mantenimiento de la cita telefónica para aquellos que lo necesiten o soliciten, entre otras muchas. En cuanto a los profesionales, los usuarios señalan que el personal de medicina es percibido como distante y que en ocasiones no facilita información suficiente sobre el estado de salud de los usuarios. Otro grupo profesional ampliamente abordado en los grupos focales fue el personal de administración, siendo calificado como falto de habilidades de comunicación, asertividad o empatía. Desde la perspectiva de los usuarios, se reconoce la existencia de un perfil de usuario demandante/agresivo que hace un uso instrumental de la violencia para conseguir privilegios frente a usuarios normativos. También se ha identificado el perfil del usuario que, en realidad, hace

un uso de la AP como forma de socializar o gestionar conflictos de carácter socio-emocional. Como propuestas para este bloque temático, los usuarios proponen la realización de terapias de grupo, el uso de material audiovisual complementario a la información de los profesionales o intervenciones comunitarias en psicoeducación.

Conclusión

El presente estudio permite explorar los conflictos entre usuarios y profesionales desde la perspectiva de los pacientes de AP. Nuestros resultados son complementarios a la evidencia disponible que ha utilizado el enfoque del profesional para el estudio del fenómeno de la violencia laboral. La identificación de focos de conflicto y la valoración y aportación de los usuarios sobre posibles vías de mejora pueden servir de base para el diseño de planes de prevención e intervención que mejoren el clima laboral de los centros de AP.

E1.2. Metodología

E1.2.1. Participantes. Reclutamiento de pacientes

El estudio se desarrolló en el sureste de España. Los participantes potencialmente seleccionables para el estudio eran aquellos que hacían un uso regular (varias veces al año) de los centros de AP. Las entrevistas se llevaron a cabo entre Junio de 2021 y Julio de 2021. Se invitaron a un total de 100 usuarios de los que finalmente

participaron 80 (63.75 % mujeres). La edad media de los participantes fue de 48.92 (DT = 14.95) y un rango de edad entre 18 y 75 años. El 100 % eran de nacionalidad española, la mayoría estaba en situación laboral activa (57.5 %), casados/as o con pareja de hecho (48.75 %) y visitaban los centros de AP entre 0 y 1 vez al mes (85 %). No se exigió a los participantes que hubieran sido participes en algún incidente de violencia en un centro de AP, sin embargo, el 38.75 % reconoce haber tenido algún conflicto en su centro asignado y el 71.24 % reconoce haber presenciado un conflicto entre otro usuario y un profesional. En la tabla E1.1 se pueden observar las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla E1.1

Características sociodemográficas de la muestra

Característica sociodemográfica	N	%
Sexo		
Hombre	29	36.25
Mujer	51	63.75
Nacionalidad		
Española	80	100
Situación laboral		
Activo	46	57.50
Jubilado	16	20
Baja laboral	2	2.5
Otros	15	18.75
Perdidos	1	1.25
Estado civil		
Soltero/a	25	31.25
Casado/a o pareja de hecho	39	48.75
Separado/a o divorciado/a	12	15
Otros	4	5

Característica sociodemográfica	N	%
Frecuencia en la que acude al centro de Atención Primaria al mes		
0-1	68	85
2-3	6	7.5
4 o más	6	7.5
¿Ha tenido algún conflicto en su centro de Atención Primaria con algún miembro del personal?		
Nunca	48	60
En alguna ocasión	31	38.75
Perdidos	1	1.25
¿Ha presenciado usted algún conflicto con algún miembro del personal en su centro de Atención Primaria?		
Nunca	23	28.75
En alguna ocasión	57	71.25

E1.2.2. Procedimiento

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la universidad de procedencia de los autores (ID: 3555/2021-Anexo II) y realizado siguiendo las recomendaciones de la guía COREQ para grupos focales (Tong *et al.*, 2007). El reclutamiento se realizó mediante bola de nieve entre usuarios a los que el personal investigador tenía acceso. En todos los casos, se facilitó una hoja informativa acompañada de una explicación verbal de los objetivos del estudio. Previo a la realización de los grupos focales se facilitó un consentimiento informado que fue completado por el 100 % de los participantes. En él se facilitaba la aceptación explícita de participación y para la grabación en audio de los grupos focales (Anexo III).

Debido a los problemas derivados de la COVID-19, para la realización de los grupos focales se dieron dos alternativas. Por un lado, se realizaron grupos focales presenciales en una sala amplia y ventilada que permitiera cumplir con las medidas sanitarias impuestas en el momento de su realización. Por otro lado, para aquellos usuarios que mostraron su rechazo a una reunión social física (por las restricciones de la COVID-19) se les planteó la realización del grupo focal mediante videollamada. Entre ambas opciones se realizaron un total de 10 grupos focales con una duración entre 60 y 70 minutos y con aproximadamente 8 participantes por grupo. Previo a la realización de los grupos focales se les volvió a solicitar a los usuarios el consentimiento verbal antes de comenzar la grabación en audio. Además, se les recordó que dicho registro de audio sería destruido después de su transcripción. En el archivo de texto cualquier dato aportado que pudiera identificar al participante u otra persona fue sustituido por un código.

Los criterios de inclusión utilizados para la selección de participantes fueron (a) ser usuario de AP en Salud Pública y (b) ser mayor de edad. Los criterios de exclusión fueron (a) ser principalmente usuarios de Salud Privada, (b) no firmar el consentimiento informado, y (c) contar con algún tipo de discapacidad que impida la comprensión o expresión verbal.

Se animó a los entrevistados a proporcionar toda la información que conocían, ya fuera propia o de algún conocido, evitando centrarse exclusivamente en sus propias experiencias.

E1.2.3. Recopilación de datos

Se optó por la realización de grupos focales por su amplia utilización en investigación. Para la recolección de datos se diseñó un guion basado en estudios previos y en la experiencia profesional de los investigadores y otros colaboradores (Anexo III). El guion se complementó con mapas conceptuales en un grupo formado por expertos y entrevistas con informadores clave. Finalmente, el guion fue probado con un grupo de usuarios no incluidos en los resultados de este estudio (Morales, 2016). Para el diseño y desarrollo de los grupos se siguieron las recomendaciones de Krueger (1991), agrupando a personas con unas características comunes que tienen relación con el tema o pregunta de investigación (usuarios de AP).

Los grupos focales fueron dirigidos por el primer autor y segundo autor con la asistencia del resto de autores, sin nadie más presente en la sala excepto los entrevistados. Los autores tienen demostrable formación y experiencia en la creación y extracción de datos a través de grupos focales con varios estudios que aplican esta metodología. Antes de comenzar la grabación, dedicaron entre 5 y 10 minutos a generar rapport con los asistentes a través de preguntas triviales. Tras esto, se les habló de las funciones, objetivos y la importancia del estudio de violencia sanitaria. Los entrevistadores adoptaron una actitud neutral, alejada de sesgos, suposiciones o muestras de interés por los resultados. El resto de los autores se turnaron para apoyar durante los distintos grupos focales con la misma actitud neutral, tomando notas y complementando las entrevistas.

A los entrevistados se les animó a aportar toda la información que conocieran, ya fuera propia o de algún conocido/a evitando centrarse exclusivamente en sus propias experiencias.

E1.2.4. Contenido de las entrevistas

A todos los participantes se les hicieron preguntas relacionadas con situaciones violentas en centros de AP. Estas preguntas se realizaron en tres bloques. En primer lugar, se exploraron fuentes de conflicto relacionadas con la propia organización o sistema de AP. En segundo lugar, se exploraron los conflictos que implicaban a los propios profesionales. Finalmente, fueron preguntados por los conflictos generados por los propios usuarios. En todos los casos, se exploraron también aspectos que podrían mejorar la convivencia y posibles soluciones a los conflictos planteados. Además, se exploró la percepción de los usuarios respecto a los cambios vividos en la AP desde la aparición del COVID-19. En la tabla E1.2 se puede observar el guion elaborado del contenido de las entrevistas por parte del equipo de investigadores.

Tabla E1.2Guion del contenido de las entrevistas Pina *et al.* (2021).

TEMA	EJEMPLO
Bienvenida y presentación de los miembros del equipo investigador	Agradecimiento y bienvenida Presentación de los miembros del equipo
Objetivo de la sesión	Conocer cuales son los posibles motivos de conflicto y/o agresiones en la relación usuario con el personal sanitario.
Contenidos fundamentales de la sesión	Os hemos juntado todos ya que nos interesa conocer vuestra experiencia, la de de cada uno de vosotros y vosotras. Por nuestra parte, haremos preguntas generales relacionadas con tres aspectos fundamentales. (1) Que genera conflicto (2) Que hace el profesional para generar el conflicto (3) Que comportamientos han visto de otros usuarios que puedan generar conflicto.
Duración y pausa	La sesión tendrá una duración de aproximadamente 60 minutos.
Necesidades de la investigación: el registro	Ya que esto es una investigación de la universidad, con vuestro permiso vamos a grabar lo que nos contéis para poder analizarlo después.
Énfasis en la confidencialidad y necesidad de sinceridad	Todo lo que digamos en la reunión será confidencial y anónimo. Por eso os pedimos que seáis sinceros y honestos en todo lo que nos contéis. Por favor, es importante que os sintáis libres para expresar sus opiniones abiertamente ya que nos interesa conocer la realidad. Sería una pena que por cortesía o vergüenza no nos contarais las cosas más importantes.

TEMA	EJEMPLO
	<p>No hay respuestas correctas ni equivocadas, si no diferentes puntos de vista. Por favor contad vuestro punto de vista aunque sea diferente al de los demás.</p> <p>Estamos igual de interesados en las cosas negativas como positivas; todas pueden ser útiles.</p>
<p>Normas básicas de interacción en el grupo</p>	<p>Antes de comenzar, os vamos a contar algunas normas generales:</p> <p>Tratad de hablar de uno en uno, porque no queremos perdernos ninguno de vuestros comentarios, y si hay varias personas hablando al mismo tiempo puede suponer un problema</p> <p>Contestarán a las cuestiones teniendo en cuenta sus propias experiencia y la de vuestros conocidos y conocidas</p> <p>Seguimiento de las indicaciones del entrevistador.</p>
<p>Nuevo agradecimiento y presentación de los participantes de la sesión</p>	<p>De nuevo queremos daros las gracias por participar en la sesión y ayudarnos en la investigación sobre que puede generar conflicto en los usuarios en relación con el personal sanitario.</p> <p>Antes de comenzar, es conveniente que se presenten brevemente, digan su nombre y profesión.</p> <p>Muchas gracias por todo.</p>
<p>Bloques a desarrollar</p>	<p>Cuales pueden ser los motivos, desde el punto de vista de la organización, coordinación, características del propio sistema, clima. . . que hagan que genere conflicto entre el usuario y el personal sanitario dentro del sistema de salud, ¿cómo los percibís cada uno de vosotros?</p>

TEMA	EJEMPLO
Aspectos a explorar	<p>Que comportamientos y actitudes creéis que puede tener o ha tenido el personal sanitario y que os haya generado conflicto en algún momento de vuestra asistencia sanitaria. ¿cómo lo percibís cada uno de vosotros?</p> <p>Que comportamientos, actitudes o cualquier acción habéis visto de otros usuarios que hagan que genere conflicto entre el usuario y el personal sanitario dentro del sistema de salud, ¿cómo los percibís cada uno de vosotros?</p> <p>Relación con el personal sanitario.</p> <p>Motivos conflictivos derivados del propio sistema.</p> <p>Motivos conflictivos derivados de la propia organización/coordinación.</p> <p>Comportamientos conflictivos del personal sanitario.</p> <p>Comportamientos conflictivos entre los propios usuarios.</p>

E1.2.5. Análisis de datos

Los datos fueron analizados con un enfoque inductivo y construccionista mediante análisis temático siguiendo la propuesta de Braun y Clarke (2006). Este método permite analizar los datos en seis fases. En una primera fase, se realiza una familiarización con los resultados a través de la transcripción de las grabaciones de los grupos. En esta fase, los investigadores toman notas y marcan ideas que puedan ayudar en fases posteriores. En la segunda fase, se generan y discuten por pares los códigos iniciales. Estos códigos son generados mediante un método inductivo o ascendente para identificar los datos, sin pretender encajar estos en un marco teórico

preexistente. Cuando no existía consenso de propuso codificación múltiple. En la tercera fase, se plantearon temas y subtemas agrupando estos códigos elaborando mapas y tablas. Para la generación de temas se exploraron los temas latentes mediante una perspectiva constructivista evitando basarse en una simple descripción de los datos. En la cuarta fase, los distintos investigadores revisan y debaten los temas generados. Finalmente, en las dos últimas fases, se definieron y nombraron definitivamente los temas, discutiendo sobre la saturación de datos y produciendo un informe.

E1.3. Resultados

Del análisis temático de los grupos focales se han observado 4 bloques temáticos interrelacionados entre si que identifican focos de conflicto en los centros de AP desde la perspectiva de los usuarios. Estos son 1.a) Conflictos generados por déficits organizacionales, 1.b) Conflictos generados por una actitud inadecuada de los profesionales y usuarios, 1.c) Conflictos derivados por un déficit en la atención sanitaria y 1.d) Conflictos derivados por los cambios realizados tras la COVID-19. Además, se identifican otros 5 bloques temáticos que engloban las posibles soluciones a estos conflictos según los propios usuarios. Estos son 2.a) Propuestas de mejora a nivel organizacional, 2.b) Fomento de la información y formación, 2.c) Mejoras en la calidad asistencial, 2.d) Medidas específicas ante la violencia en los centros de AP y, 2.e) Mejoras detectadas desde la aparición de la COVID-19. En

las Figuras E1.1 y E1.2 se puede ver un cuadro resumen de los principales focos de conflicto y soluciones clasificados en temas y subtemas propuestos por los usuarios.

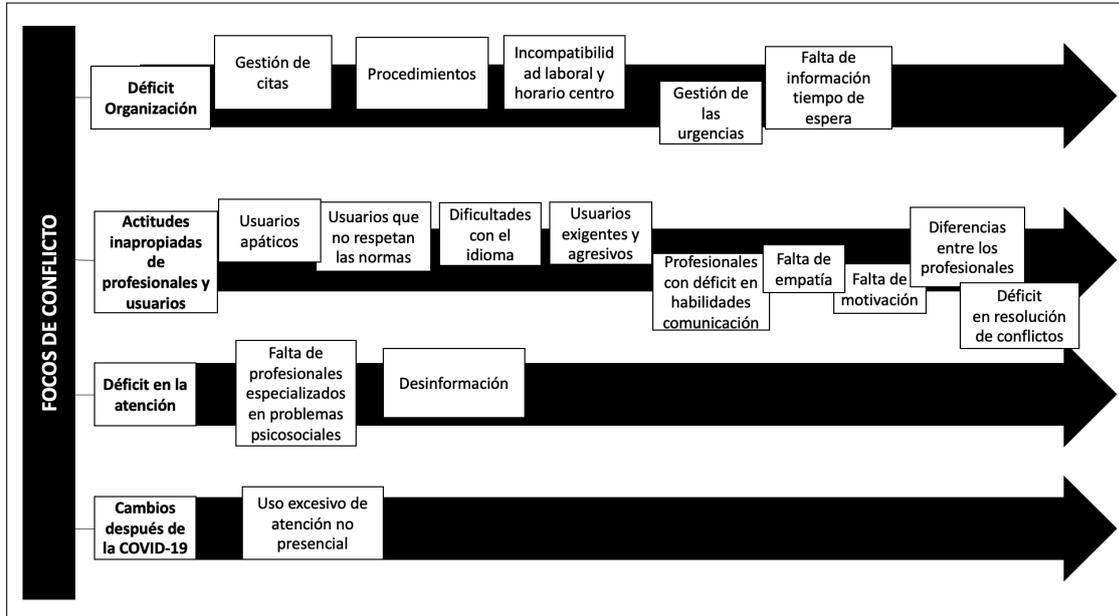


Figura E1.1: Focos de conflicto en la Atención Primaria desde el punto de vista de los usuarios: temas y subtemas.

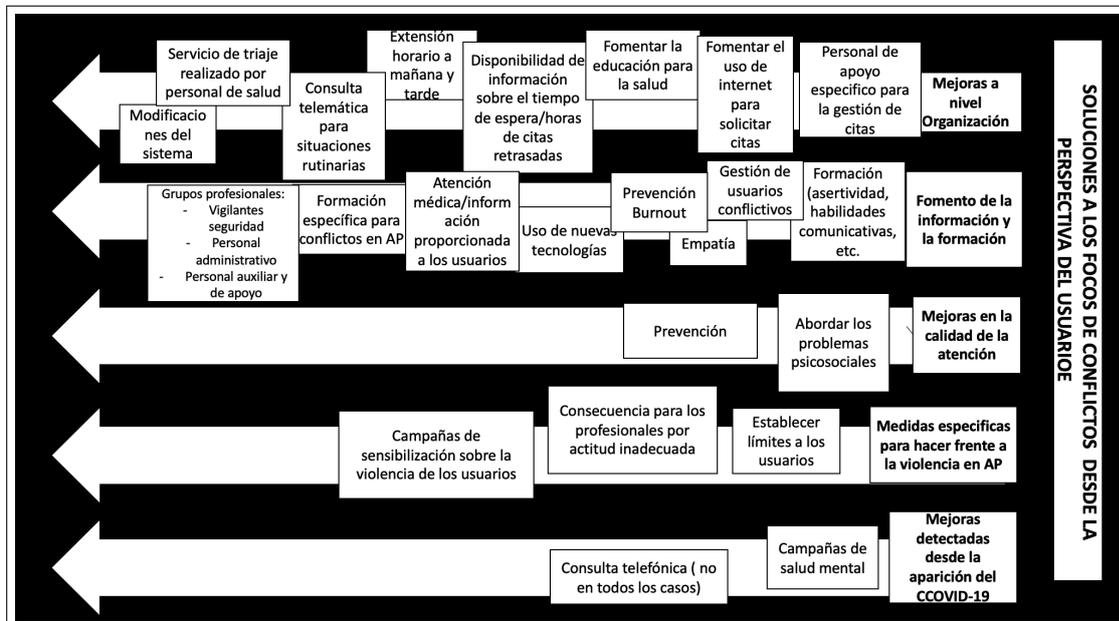


Figura E1.2: Soluciones en la Atención Primaria desde el punto de vista de los usuarios a los temas de conflicto: temas y subtemas.

E1.3.1. Conflictos generados por déficits organizacionales

En todos los grupos focales se afirma que uno de los principales focos de conflicto que derivan en violencia en los centros de AP son los propios problemas de organización del sistema. En este sentido, la gestión de la cita es un tema recurrente generando sentimientos de frustración o enfado en los usuarios. Algunos de estos problemas parecen ser compartidos por todos los grupos destacando cuatro de ellos. En primer lugar, la gestión de la cita médica por teléfono refiriendo grandes dificultades para ser atendidos. La cita online no parece ser una alternativa apta para todos los usuarios, siendo difícil usar esta vía tanto para usuarios con bajos recursos como para personas de avanzada edad. Independientemente de la vía utilizada, los usuarios consideran que un foco de enfado y frustración importante es la demora existente entre la solicitud y la consulta con el profesional sanitario.

“Yo creo que deben mejorar la atención telefónica, porque por ejemplo para las personas que no sepan sacar cita online porque son mayores o lo que sea, tienen que ir sí o sí. Porque el teléfono es difícil que te lo cojan en el centro de salud”

“A una persona mayor le cuesta mucho trabajo el tema de pedir cita por teléfono. No te permiten ir al centro, también ahora por la situación COVID. Eso ya hace que la persona vaya con una predisposición de enfado hacia el centro de salud hacia su médico. Luego cuando llega allí le dan una hora y esa hora nunca se cumple, con lo cual ya llega con un poquito más de enfado”

“Yo he pedido cita para 10 días y te dan cita dentro de 15. Cualquier consulta, mínimo 15 días”

Al margen de la solicitud de cita, los usuarios afirman que se encuentran otras dificultades cuando pretenden hacer gestiones en el centro de AP. En esta línea, se ha señalado dos gestiones frustrantes para el usuario. Por un lado, estaría la necesidad de realizar ciertas gestiones presencialmente cuando éstas podrían ser telemáticas (e.g. solicitud de alta laboral, cambiar datos tarjeta sanitaria o justificantes de asistencia); y por otro lado las dificultades para formalizar quejas y reclamaciones en los centros, tal y como se puede observar en el siguiente extracto:

“Las reclamaciones yo también siento que no, que no se toman en cuenta [...] cuando pasas a algún otro tipo de acto, como una denuncia, el problema es que normalmente no hay testigos, porque tú pasas solo, y es su palabra contra la tuya entonces, si la atención no ha sido adecuada es muy difícil de demostrar el sentimiento. Normalmente se escudan en que el trato técnico es correcto”.

La conciliación entre la vida laboral y la atención sanitaria en AP es, en ocasiones, un foco de conflicto para los usuarios. En esta línea, la incompatibilidad horaria entre la jornada laboral común y el horario de asistencia ha supuesto problemas para los usuarios que pueden desencadenar en conflictos en los centros. Además, se describe la gestión de la baja laboral como un potencial foco de conflicto cuando ésta no es concedida y el usuario no está de acuerdo con esta decisión, tal y como se observa en el siguiente dialogo:

“El médico jamás estaba en la consulta cuando le tocaba. Entonces me enfada porque yo tengo que estar a una hora en el trabajo, se supone que ellos también deberían estar a una hora. Por lo cual eso te hace estar molesta porque luego no da tiempo ni a lo que iba a hacer porque tenía prisa. Eso provoca en toda la gente un malestar y cada vez peor, sobre todo en la gente que tiene cosas que hacer, que tiene su horario de trabajo”

Se ha observado que la gestión de las urgencias en AP es percibida como un foco de conflicto y violencia por casi la totalidad de participantes en el estudio. En este sentido, critican que el triaje en este servicio sea realizado por personal de administración no sanitario, además en un contexto de baja intimidad o falta de confidencialidad, lo que genera múltiples conflictos y frustración generalizada como se observa en el siguiente ejemplo:

“El triaje no lo puede hacer un administrativo, y no debe contar las cosas en el mostrador la gente”.

Además, afirman que este servicio de urgencias está colapsado por una falta de control sobre el mismo, que hace que los mismos usuarios se aprovechen de la situación mediante un uso abusivo para evitar la espera entre la solicitud de cita y la atención en consulta.

“Hay muchas personas que necesitan continuamente ir al médico y por eso abusan de las urgencias, pero de eso habrá siempre y ha habido siempre, sobre todo en personas adultas, perdón mayores o niños, padres histéricos que llevan mucho a los niños al médico”

“Me voy de urgencias directamente y así me atienden y me lo hacen todo, de golpe, porque si no tengo que ir al médico, luego me tiene que mandar las pruebas, que tarda un montón, luego no sé qué no sé cuánto, pues todo eso me lo hago de golpe y ya está”

Finalmente, en este bloque es especialmente relevante el enfado que puede generar en el usuario la falta de información sobre el tiempo de espera en las consultas. En este sentido, los usuarios aseguran que, a pesar de tener una hora de atención, es frecuente que no se cumpla y no se les informa del tiempo de espera adicional. Una variante de esto también sucede en las consultas telemáticas, no teniendo certeza de cuándo se va a recibir la llamada. Además, una vez atendidos, aseguran que el tiempo de consulta es excesivamente breve por lo que sienten que no se les atiende e informa con la calidad suficiente.

“Me sorprendió, porque en el médico de cabecera, no hay vez que vaya y tarde 1 hora, hora y media e incluso 2 horas en esperar a que me atienda la doctora”

“Mi madre estos últimos meses ha estado pidiendo citas médicas por llamada y el médico te asignaba, por ejemplo, a las doce y media, pero luego la llamaba a las dos y media. O sea, que tampoco se respetaba el horario de llamada. Que te dan una cita, pero al final el médico pues te llamaba cuando podía. Que no se respetaba tampoco”.

“Al final se ciñe en el tiempo que tienen para atenderte, si al final yo vi... yo pienso que es eso... es el tiempo que tiene para poder atender porque no creo que ningún medico quiera en 5 minutos como hacen algunos, algunos lo hacen más detenido y por eso tienes que esperar dos horas”.

E1.3.2. Conflictos generados por una actitud inadecuada de los profesionales y usuarios

La relación usuario-profesional es percibida por los participantes como uno de los aspectos más determinantes en la aparición o no de situaciones violentas en los centros de AP. En esta línea, en ocasiones el clima de los centros puede ser percibido como “desagradable” y esto puede llegar a estar desencadenado tanto por los propios usuarios como por los mismos profesionales. Respecto a los usuarios, se ha señalado la apatía, pacientes que no respetan las normas, demandantes, agresivos y usuarios que no entienden bien el idioma como los principales focos de conflicto.

“Y el usuario puede tener una paciencia infinita, un talante maravilloso y puede saber gestionar los conflictos, pero cuando es continuado, cuando ves una injusticia tras otra, en casos así bastante difíciles médicamente hablando, el paciente al final explota pues porque no te están dando el trato mínimo que necesita un paciente”

“Hay un tipo de paciente que cuando va a los servicios de urgencia o su centro de salud se piensa que él es el primero en ser atendido, que él decide sobre la medicación y las pruebas que se les van a mandar”.

“Yo he visto en sala de espera gente que quería entrar cuando le da la gana, que no permiten el fallo del profesional, todo ese tipo de cosas”.

“Y el problema es que tenemos una sociedad que infantilizada, es decir, yo tengo derecho a todo. Y si no, al final, pues sacaremos el de ‘es que yo te pago el sueldo”.

Por parte de los profesionales, los entrevistados señalan un déficit en habilidades de comunicación, resolución de problemas, empatía y cierta desmotivación. Además, señalan que existen diferencias entre los distintos profesionales, especialmente entre el personal de administración, de enfermería y de medicina tal y como se observa en los siguientes ejemplos:

“Otra de las cosas que yo veo es la, el simple hecho de que por tener una bata blanca se creen con autoridad [...] Y entonces adquieren ese, ese tono paternalista, ese que no se puede hablar, si no es lo que ellos te dicen no hay alternativa posible”.

“Los médicos van con muy poco tiempo, pero a veces decir una palabra amable, una palabra que te haga sentir bien, eso te ayuda, te ayuda a decirte algo más duro, a tener un poco más de empatía con la otra persona, yo creo que todo eso es muy importante.”

“Las personas que hay en el mostrador no son nada empáticas con la gente que vamos con un problema”

“Algunas veces son los de seguridad los que provocan esas situaciones difíciles también.”

E1.3.3. Conflictos derivados por un déficit en la atención sanitaria

Los participantes en los grupos focales ejemplificaron diversos déficits en la atención sanitaria ofrecida por los servicios de AP. De entre todos, destaca una necesidad de incorporar profesionales especializados en problemas psicosociales ya que muchos usuarios hacen uso de la AP por estos motivos (sentimientos de soledad, problemas laborales, etc.) y, generalmente, la única alternativa que se les propone es la medicalización.

“No hay manera de pedir cita al psicólogo por Atención Primaria, madre mía, lo mismo tarda 7 años en darte la cita, tema de apoyo psicosociales fundamentales”

“También hay gente que tiene problemas de salud Mental y a lo mejor no es la solución la farmacología sino otro tipo o de enfoque”.

“Los asistentes sociales son necesarios porque te dan un consejo, tienen una atención diferente a la del médico o de las enfermeras.”

Por otro lado, se ha observado un sentimiento de desinformación generalizado. Los usuarios entrevistados creen que no se les facilita suficiente información sobre los tiempos de espera para consulta o su proceso terapéutico.

“Yo creo que la fase de información o la percepción de falta de información por parte del usuario puede generar cabreo, sensación de que algo está pasando y no te estás enterando, insatisfacción.”

“Lo que falta es que el profesional, el facultativo en el ejercicio de su profesión, aparte de la humanidad, que es lo que se ha reclamado, lo que tiene que tener claro es que su obligación en este caso es informar al paciente y, en su caso la familia si la hubiera, de cuáles son las opciones terapéuticas que tiene el paciente, de acuerdo, incluso la edad, de las consecuencias que pueden haber de utilizar unas opciones o no, y respetar el derecho del paciente, en este caso, a decidir si por su edad y por las consecuencias que puedan tener las opciones terapéuticas las quiere aceptar o no las quiere aceptar.”

E1.3.4. Conflictos derivados por los cambios realizados tras la COVID-19

Finalmente, alguno de los conflictos observados por los participantes de este estudio están derivados concretamente de los cambios vividos en la AP desde la aparición de la COVID-19. En términos generales, los usuarios consideran que el sistema no se ha adaptado adecuadamente. Se ha señalado un uso excesivo de la no presencialidad, generando una sensación de atención insuficiente.

“Yo creo que se han acomodado también, porque mi madre por ejemplo, le salió así como una herida en el pie y digo mamá ve al médico y dice pero es que sólo me dan cita por teléfono.”

“Es que hay gente que necesita consulta presencial y no se le está dando, por este... Por el hecho de la existencia de la consulta telefónica y la vía telemática, y realmente necesitan una consulta presencial.”

E1.3.5. Propuestas de mejora a nivel organizacional

En los grupos focales realizados también se propusieron alternativas que los usuarios consideran oportunas para solventar algunos de los conflictos mencionados anteriormente. En este sentido, proponen incorporar personal de apoyo específico para la gestión de la cita, descargando el servicio de administración. Además, proponen que se fomente la solicitud de cita telemática ampliando esto a otros

servicios, pero teniendo en cuenta que algunos usuarios (especialmente los de más edad) tienen dificultades y deben realizarse campañas al respecto. Finalmente, hacen hincapié en el fomento de la educación para la salud con el objetivo de descender la solicitud de citas a través de los autocuidados.

“Yo lo veo muy cómodo, porque puedes sacarla, puedes elegir día, puedes hacerlo cuando quieras y yo creo que estaría bien también, incluso que se extendiera por ejemplo cuando te derivan a hacerte una citología o una radiografía o algo así que ya sí que tienes que ir al mostrador y tienes que hacer un montón de cola; también estaría bien que se pudiese hacer de forma online”.

“La cita por internet es muy anterior al covid, pero, vamos, yo lo veo muy bien. Siempre y cuando que todo el mundo tenga un medio, porque muchísima gente no lo tiene. Entonces, tienes que tener el teléfono, o lo que sea. La alternativa para el abuelete que no maneja el móvil.”

En lo referente a la propia consulta, los usuarios solicitan que esté disponible información sobre el tiempo de espera/retraso en el horario de su cita, ya sea a través de la aplicación, de un mensaje o en la misma sala de espera, así como la ampliación a horario de mañana y de tarde. Solicitan que se fomente la consulta telemática especialmente para situaciones rutinarias (gestiones administrativas) o de baja gravedad subjetiva. La presencialidad, según los usuarios, es esencial, pero debería reservarse para consultas en las que sea realmente necesario. En esta misma línea, alaban el uso de la receta electrónica y recomiendan que se forme y se fomente

el uso de esta.

“Una cosa increíble y entonces digo la verdad que sí que te manda un mensaje, oye hasta dentro de dos horas no vas a entrar, por ejemplo, sería genial, sería buenísimo está regulado por el estatuto de los trabajadores. Cada x horas hay quince minutos de descanso, que se regule, pues no sé si estará regulado o no en el caso médico, pero tampoco lo veo descabellado”.

“Lo que a mí me ha encantado es la consulta telefónica. para cosas muy poco urgentes. pues hablas con el médico por teléfono y te hace la recomendación por teléfono y está muy bien”.

Los usuarios entrevistados consideran que una solución necesaria para los conflictos mencionados en urgencias de AP sería incorporar un servicio de triaje realizado por personal sanitario.

“No obviamente la administración no es su labor desde mi punto de vista. Es decir, ni enfermería teniendo más conocimiento, un triaje efectivo sería médico lógicamente.”

Finalmente, en este bloque los usuarios proponen algunas modificaciones en el sistema. Consideran que es necesario mejorar las vías de comunicación con los altos cargos, el aumento de recursos humanos, que los horarios de atención y descanso de los profesionales sean públicos que se incluya la atención sanitaria por grupos de apoyo para usuarios con la misma patología.

“Creo que el problema también está en que los horarios que tiene el centro de salud, si solamente tiene horarios por la mañana pues hay gente que no puede faltar al trabajo y va a ir por la tarde de urgencia.”

Yo creo que cuanto más controlado esté todo el sistema, cuanto más estandarizado y se haga una evaluación.

“Que fomenten grupos para estas personas... un par de días a la semana tienen unas sesiones donde se les enseña a respirar, se les enseña a relajarse, se les enseña a tranquilizarse. Porque yo eso lo veo muy complicado que, en tu casa sola, sin haber hecho eso antes lo puedas hacer”.

E1.3.6. Fomento de la información y formación

La actitud del profesional ante el usuario ha sido señalada anteriormente como un foco de conflicto. En esta línea, los entrevistados consideran que debe facilitarse formación a profesionales en el trato con el paciente (asertividad, habilidades de comunicación, etc.), gestión de usuarios conflictivos, empatía y prevención del burnout. Además, consideran que es necesario formar en la utilización de las nuevas tecnologías disponibles en el servicio y la mejora de la atención/información médica facilitada al usuario.

“Entonces si te coge una enfermera o una doctora que ella de por sí es más empática pues tienes suerte, y si no pues no, cuando es algo, todo este tipo de competencias y de habilidades es algo desarrollable fácilmente con incluir en la formación y, tanto continua porque, tener en cuenta que los profesionales de la salud, por el hecho de estar continuamente viendo problemas de salud y viendo pacientes, generan una especie de capa en la que se distancian de ver a la persona como persona.”

“Yo soy administrativo en la comunidad autónoma y hago cursos para mejorar reciclar y todo, pues ellos igual hacer cursos para atender mejor a la gente.”

“Entonces también habrá que hacer cursillos desde arriba para que se trabaje la inteligencia emocional y la empatía, y se rebaje el síndrome de burnout, que es el síndrome este de estar quemado, que los profesionales, sobre todo en enfermería el nivel que llevan de burnout es muchísimo.”

Por grupos profesionales, los entrevistados consideran que el personal de seguridad debe tener formación específica para los conflictos de AP. Este tipo de personal es bien percibido por los usuarios, pero en ocasiones puede aumentar la tensión de los conflictos al no tener las habilidades necesarias como se observa en el siguiente ejemplo:

“Yo no digo que no tenga que estar la figura, pero a lo mejor yo creo que tiene que ser gente que esté... pues capacitada, que se hagan evaluaciones psicológicas y luego informes de calidad, del trato. Que también tengan cierta supervisión.”

Este déficit de formación también ha sido señalado para el personal de administración, en el que se considera que no tienen las competencias necesarias para algunas de sus funciones actuales, como la gestión de las urgencias. Finalmente, solicitan personal auxiliar y de apoyo. Este personal podría ayudar a personas mayores a solicitar citas telemáticas u orientar a la gente dentro del centro, entre otras funciones.

“Sí, yo eso por ejemplo ahora, con el tema del Covid, lo he visto mejorado con la persona que está en la puerta. Por ejemplo, en mi centro de salud ahora hay una persona que cuando llegas a la puerta te pregunta qué es lo que necesitas y te dice pues mira tu consulta está en el sitio tal, los análisis te los haces aquí a la vuelta, si necesitas el bote yo te lo doy.”

E1.3.7. Propuesta de mejora en la calidad asistencial

Para la mejora de la calidad asistencial, los participantes consideran que es necesario que los centros de AP aborden problemas psicosociales. Para esto, solicitan tanto la incorporación de personal especializado como la creación de grupos de

apoyo. Estos grupos de apoyo deberían ir enfocados a reducir la medicalización de algunas patologías según los entrevistados. Algunos de los grupos propuestos fueron orientados a técnicas de relajación, autoayuda, yoga o personas con sentimientos de soledad.

“Un grupo de apoyo me encantaría. Hay muchas cosas que realmente no necesitan consultan, necesitan apoyo y tú vas, vas al médico, al médico, al médico porque te sientes muy solo, muy incomprendido.”

En términos generales, los usuarios consideran que debe cambiarse el foco a la prevención, pudiendo derivar esto en menos demanda del servicio y menos conflictos. Solicitan que cuando sea necesario un tratamiento este sea ofrecido con otras alternativas, siempre que sea posible, solicitando que se amplíe el paradigma existente a una medicina más integradora y que tenga en cuenta la variedad de profesionales de la salud disponibles actualmente.

“Lo que falta es que el profesional, el facultativo en el ejercicio de su profesión, aparte de la humanidad, que es lo que se ha reclamado, lo que tiene que tener claro es que su obligación en este caso es informar al paciente y, en su caso la familia si la hubiera, de cuáles son las opciones terapéuticas que tiene el paciente, de acuerdo, incluso la edad, de las consecuencias que pueden haber de utilizar unas opciones o no, y respetar el derecho del paciente, en este caso, a decidir si por su edad y por las consecuencias que puedan tener las opciones terapéuticas las quiere aceptar o no las quiere aceptar.”

E1.3.8. Medidas específicas ante la violencia en los centros de Atención Primaria

Específicamente para los casos de violencia, los entrevistados han señalado diversas medidas que consideran “poco efectivas” y que, bajo su perspectiva, no deberían de implementarse. En esta línea, en lo que respecta al usuario conflictivo, consideran que no se le debe castigar, ni cambiar de profesional de referencia ya que esto no sería una solución real a la problemática. Como alternativa, proponen que el sistema ponga límites a estos usuarios evitando que sea beneficiado por su propia conducta violenta pudiendo realizar “llamadas de atención” sin necesidad de castigar.

“Yo creo que la persona lo necesita debería ser atendida, y que el sistema se reestructure para que cada persona tenga la atención que necesita, y no tenga que utilizar la urgencia porque no se le atiende de AP. No creo que haya que castigar a nadie, el castigo creo que no es una buena alternativa.”

Al igual que se proponen medidas contra usuarios conflictivos, los entrevistados consideran que los profesionales deben tener consecuencias cuando no desempeñan un rol cordial con el usuario. En esta línea hablan de implementar medidas de satisfacción del usuario poniendo a disposición del profesional los resultados obtenidos.

“Cuando he salido de estas consultas es por qué no se les hace un seguimiento de satisfacción de los pacientes. Preguntar nuestro grado de satisfacción, cómo nos sentimos, si nos sentimos bien después de haber recibido la atención, de alguna manera para medir y poder mejorar su trabajo o por lo menos ponerlo entela de juicio. La sensación que tengo es como que están un poco acomodados.”

Los usuarios también hablan de la necesidad de implementar campañas de concienciación en violencia de usuarios, pero éstas deben ir más allá de la cartelería que, en ocasiones, es ineficaz por si sola. Junto a esto, proponen la unificación de criterios ante la actuación en estos casos con la publicación de un protocolo de actuación ante pacientes conflictivos.

“Es que las campañas de difusión, de sensibilización no están muy bien pensadas, osea los folletos no los lee nadie, los carteles en las paredes no los lee nadie, yo creo que tiene que ver más con la cultura y eso a nivel social es muy como a largo plazo.”

E1.3.9. Mejoras detectadas en Atención Primaria desde la aparición de la COVID-19

Finalmente, en los grupos focales se señaló la importancia de mejorar algunos aspectos que no han sido del todo positivos en la AP desde la aparición de la

COVID-19. Los usuarios consideran que no se están realizando campañas de salud mental por parte de los centros:

“La salud mental a nivel de Atención Primaria es la gran olvidada, incluso con la COVID. Y cuando pides cita te dan cita para septiembre octubre cuando ya han pasado un montonazo de meses. Y la salud mental también es importante. Ahí voy. Que también hay gente que tiene problemas de ese tipo y a lo mejor sería la solución, no la solución farmacológica sino la de otro tipo o de enfoque.”

Además, estiman que la consulta telefónica, aunque ha sido un avance para muchas cosas, debe permanecer, pero no en todos los casos. En este sentido, hablan de la necesidad de las personas mayores o con necesidades especiales de ser atendidas presencialmente, remarcando la necesidad de ofrecer una u otra en función del tipo de usuario.

“Que por teléfono no considero que el médico pueda... Hay algunas que sí. Pero hay otras que no. Pues... en el ámbito, no sé, ahora como en Atención Primaria se trata casi todo, en principio, pues yo pienso que hay algunas citas que no deberían ser por teléfono, que tendrían que ser presenciales.”

Que haya un filtro para qué tú llames al médico y entonces el médico te diga vale sí ven mañana o ven en una hora.”

Estudio 2. Medidas de prevención e intervención en violencia de usuarios para prevenir y minimizar la agresión hacia trabajadores de la salud: Una Revisión Sistemática

E2.1. Resumen

Antecedentes

En las últimas décadas, la violencia laboral en el ámbito sanitario es una problemática social de gran interés tanto a nivel asistencial como en investigación. El tipo de violencia más común es el que se da del usuario hacia el profesional. Si bien la bibliografía recoge múltiples acciones preventivas enfocadas en el trabajo con profesionales, apenas existen estudios que exploren y recojan acciones dirigidas al usuario.

Objetivo

El objetivo de este estudio es analizar los resultados de la literatura para proveer una visión general de la evidencia actual. Específicamente, se pretende describir las distintas estrategias o intervenciones dirigidas al usuario orientadas a reducir la violencia en el lugar de trabajo vivida por los profesionales dentro del sector de la salud.

Método

Se realizó una revisión sistemática siguiendo la metodología PRISMA de las publicaciones realizadas hasta diciembre de 2021 en las principales bases de datos. Se identificaron los estudios que cumplían los criterios de elegibilidad previamente establecidos. Se realizó una revisión por pares del riesgo de sesgo y se extrajeron los datos a partir de una plantilla previamente elaborada.

Resultados

La búsqueda arrojó 9073 artículos de los cuales 7 fueron finalmente incluidos en la revisión. De estos, 3 tenían un diseño cuantitativo y 4 un diseño cualitativo. De ellos se recopilaron 30 medidas o acciones dirigidas al usuario agrupadas en cuatro bloques según el objetivo actitudinal perseguido: mejora de la comunicación y creación de vínculos, implicación del usuario en sus tratamientos y medidas preventivas, informar y formar al usuario y otras propuestas independientes.

Conclusiones

Este estudio permite explorar las acciones dirigidas a usuarios con el objetivo de reducir la violencia hacia profesionales de la salud. Nuestros resultados señalan que las acciones y medidas sobre el usuario tienen impactos y resultados de efectividad positivos. El usuario recuerda mejor las medidas en las que se siente implicado. Aun así, estos resultados no deben tomarse como medidas aisladas, ya que para combatir eficazmente la violencia laboral sanitaria debe tenerse en cuenta planes de prevención múltiples de varios componentes involucrando a todas las partes interesadas, usuario, profesional y organizaciones del propio sistema.

E2.2. Metodología

Se hizo una revisión sistemática de la evidencia científica siguiendo las indicaciones de la guía PRISMA (Page *et al.*, 2021). Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de los autores asignado el Código de la Oficina de Investigación Responsable (COIR) con ref. 220426115743 (Anexo IV).

E2.2.1. Criterios de selección

Se incluyeron estudios que:

- a) incluyeran programas y/o estrategias de intervención y/o prevención, destinados a disminuir la violencia laboral de los usuarios, o sus familiares, hacia los profesionales del sector sanitario
- b) incluyeran programas o estrategias enfocadas hacia el usuario del sector sanitario
- c) utilizaran como diseño de investigación ensayos controlados aleatorios (ECA), ensayos controlados aleatorios grupales (CRCT), estudios controlados antes y después (CBA) y/o estudios cualitativos
- d) tuvieran disponible el texto completo.

Por otro lado, se excluyeron aquellos estudios que:

- a) evaluaban frecuencia, latencia, duración o reincidencia de la violencia, pero no plantean planes de intervención o prevención
- b) artículos que incluyan medidas de intervención o prevención en trabajadores y usuarios de ámbitos no sanitarios.

Las estrategias de intervención que se han incluido en el presente estudio, abarcan estrategias o intervenciones que sean obligatorias o voluntarias, en una sola sesión

o en varias, cara a cara, en línea o en forma combinada, igualmente se incluyeron componentes sincrónicos o asincrónicos, se incluyeron las intervenciones o estrategias realizadas en centros sanitarios o externas a ellos, también programas y/o estrategias de intervención y/o prevención destinados a disminuir la violencia laboral de los usuarios con o sin medidas de resultado y se tuvo en cuenta programas independientes, o aquellos realizados junto a otras intervenciones dirigidas hacia el personal sanitario.

E2.2.2. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura publicada hasta diciembre de 2021 en las siguientes bases de datos:

- EBSCOhost (Academic Search Premier, Psychology and behavioral science collection, APA Psycharticles, APA PsychInfo, Medline, Education Source, ERIC, Violence and Abuse Abstracts y PsicoDOC)
- The core collection of Web of Science
- ProQuest Central (PubMed, Social Services Abstracts y Sociological Abstracts)
- Cochrane Library Plus (CENTRAL)(Embase , NIOSHTIC/NIOSH-2, HSELINE, ISDOC, Scielo, Dialnet, CUIDEN, CINAHL, Scopus y Science Direct).

Los términos de búsqueda fueron términos relacionados con la profesión sanitaria, las unidades, agresión e intervenciones. Las estrategias completas de búsqueda seguidas en cada una de las bases de datos se pueden observar en la tabla E2.1. Además, se consultaron las referencias de los estudios incluidos con el fin de obtener artículos adicionales e incluirlos como bibliografía incidental. De igual manera, se verificaron las listas de referencias de todos los estudios primarios y artículos en busca de referencias adicionales, además se preguntó a expertos en el campo para identificar materiales adicionales no publicados.

No se encontró ninguna revisión sistemática previa enfocada exclusivamente en medidas con los usuarios por lo que no se establece ninguna restricción en los años para su búsqueda al igual que no se ha establecido restricción por idioma. Con el fin de reducir la duplicación no planificada de comentarios y proporcionar transparencia al proceso de revisión, así como para minimizar el sesgo de información (Booth *et al.*, 2013), este estudio se registró en PROSPERO (Registro Internacional Prospectivo de Revisiones Sistemáticas en Curso, <http://www.crd.york.ac.uk/prospero>) desde su inicio (N^o de registro: CRD42022290030).

-

Tabla E2.1

Descriptores de búsqueda utilizados en las distintas bases de datos.

DESCRIPTORES	
	(Health occupations or health profession* or health personnel or health person* or health care worker or health care workers or health care worker* or health care personnel or health care person* or health providers or health provider* or health care providers or health care provider* or health staff or healthcare staff or health care staff or health professionals or health professional* or healthcare professional* or health care professional* or health workers or health worker* or medical staff or medical personnel or medical person* or medical professionals or medical professional* or medical workers or medical worker* or medical providers or medical provider* or clinician or nurs* or nursing staff or nursing assistant or patients or user or general practitioner or physician or primary health care professional* OR Profesiones sanitarias or personal sanitario or trabajador sanitario or trabajadores sanitarios or profesionales sanitarios or trabajadores de la salud or personal médico or profesionales médicos or médico or enfermer* or personal de enfermería or auxiliar de enfermería or pacientes or usuarios and Primary care or Primary health care or Primary healthcare or Health system or Emergency servic* or Mental Health or Intensive Care or ward clerk* or ward receptionist* or clinical assistant* or patient service assistant* or porter* or volunteer* or security ward* or security person* or security officer* or safety staff or health care security officer* or Admin* staff or admin* personnel or infraestructur* or Facilit* or Manag* or hospital staff OR Atención Primaria or Sistema sanitario or Servicios de Emergencia or Urgencias or Salud Mental or Cuidados Intensivos or Administración or Infraestructuras or Gestión or personal del hospital or seguridad or celador* or personal de limpieza or voluntario*)
AND AB	user violence or user aggression or violencia de usuario or agresión del usuario

DESCRIPTORES

AND AB

(Workplac* violence or violen* or aggression or aggression* or agres* or Hostility or hostil or inappropriate behaviour or harass* or disrupt* or incivility or abus* or assault* or emotional abuse or emotional violence or verbal abuse or verbal violence or sexual abuse or sexual violence or physical agres* or physical abuse or stress disorder or gender violence or disrupt* behaviour or patient agres* or workplac* agres* or work-related violen* or injury or Violen* en el trabajo or violen* agresión o agresion* or agres* or hostilidad or hostilidad* hostilidad or conducta inapropiada or acoso or incivilidad or abus* or asalto or abuso emocional-verbal or abuso emocional or violencia emocional or abuso verbal or violencia verbal or abuso sexual or violencia sexual or agresión física or abuso físico or estrés or violencia de género or conducta disruptiva or agresión del paciente or agresión en el trabajo or violencia relacionada con el trabajo)

NOT TI

(“Intimate partner violence” NOT “dating violence” NOT batter* NOT “violencia de género” NOT “violencia de pareja” NOT “violencia en el noviazgo”)

AND AB

(Organizational policy or policy or interven* policies or management or prevention or control or intervention plan* or interven* program* or prevent* plan or prevent* program or prevent* program* or prevent*strateg* or system chang* or plan or protocol or train* or safety measur* or risk assesment or risk* management or agres* management or course or formation or education program* or bio-psycho-social program* or biopsychosocial program* or bio-psycho-social model or biopsychosocial model or bio-psycho-social stand point perspective or biopsychosocial perspective or biopsychosocial approach or bio-psycho-social approach or biopsychosocial intervention* or bio-psycho-social intervention* or Política organizacional or política or política de interven*or manejo or administración or prevención or control or plan* de interven*or program* de interven* or plan* de preven*or program* de preven* or estrategia* de prevención or cambio* del sistema or plan or protocol*or formación or medid*de seguridad or curso or entrenamiento or formación or educación or educación biopsicosocial)

E2.2.3. Selección de los estudios

La selección de los estudios se realizó por dos miembros del equipo investigador que trabajaron por duplicado de forma independiente siguiendo los criterios de elegibilidad. En primer lugar, se revisaron los títulos y resúmenes, eliminando los que claramente no eran elegibles. Estos fueron codificados como “seleccionado” (elegible, potencialmente elegible o incierto) o “no seleccionado”, pasando a la segunda fase solo los que mostraban potencial para la selección. En caso de desacuerdo, se debatió hasta llegar a un acuerdo. En la segunda fase, dos miembros del equipo leyeron y examinaron de manera independiente los textos completos de los artículos para decidir qué estudios se incluirían. Los duplicados se eliminaron manualmente tanto en esta fase como en la anterior. Nuevamente, fueron codificados como “seleccionado” (elegible, potencialmente elegible o incierto) o “no seleccionado”. Los desacuerdos se resolvieron por consenso o mediante la consulta de una tercera persona del equipo. Se llevaron a cabo el registro del motivo de los trabajos “no seleccionados”. Los autores a cargo de esta revisión cuentan con una amplia experiencia en el campo de violencia sanitaria. Cada estudio excluido fue revisado por otro subgrupo de autores con experiencia en el campo para garantizar su fiabilidad.

E2.2.4. Evaluación del riesgo de sesgo

Dado que los estudios incluidos tienen unas particularidades que no contemplan ninguna de las guías de análisis de sesgo existentes, se realizó una de elaboración propia tomando como ejemplo la declaración de la iniciativa STROBE para estudios observacionales (von Elm *et al.*, 2007). Esta herramienta ad-hoc está compuesta por 12 ítems valorados con un “cumple los criterios” a los que se les asignará un signo positivo (+), “no cumple los criterios” a los que se les asignará un signo negativo (-) o en caso de duda se asignó un NS (Anexo V).

Los resultados del riesgo de sesgo fueron de una puntuación de entre 7 y 10 (1 puntuación más baja y 12 puntuación máxima). No se excluyó ningún artículo en función a la puntuación obtenida en dicha herramienta. Los resultados del análisis de sesgo se pueden observar en la tablas E2.2, E2.3 y E2.4. El acuerdo interjueces obtenido en este análisis fue de 0.81.

Tabla E2.2

Resultados del revisor 1

Estudio	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12
2009-Views of service and providers on join crisis plan	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0
2011-Violence in health work: analysis of basic health units in Belo Horizonte, Minas Gerais	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1
2018-Violence towards Emergency Nurses. The Italian National Survey 2016: A qualitative study	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
2019-Consumer perspectives of safewards impact in acute inpatient mental health wards in Victoria, Australia	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
2020-Quality improvement in forensic mental health: the East London forensic violence reduction collaborative	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
2021-Social inclusion and violence prevention in psychiatric inpatient care. A qualitative interview study with service users, staff members and managers	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1
2021-Users' Perception of Violence and Conflicts with Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A qualitative study	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1
Total	7	6	7	3	6	5	3	5	6	1	6	6

Tabla E2.3

Resultados del revisor 2

Estudio	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12
2009-Views of service and providers on join crisis plan	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
2011-Violence in health work: analysis of basic health units in Belo Horizonte, Minas Gerais	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1
2018-Violence towards Emergency Nurses. The Italian National Survey 2016: A qualitative study	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1
2019-Consumer perspectives of safewards impact in acute inpatient mental health wards in Victoria, Australia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
2020-Quality improvement in forensic mental health: the East London forensic violence reduction collaborative	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
2021-Social inclusion and violence prevention in psychiatric inpatient care. A qualitative interview study with service users, staff members and managers	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1
2021-Users' Perception of Violence and Conflicts with Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A qualitative study	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1
Total	7	7	7	3	7	6	2	6	5	0	6	6

Tabla E2.4

Resultados Kappa

Ítems	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	Promedio
Kappa	1	0,95	1	0,46	0,95	0,6	0,7	0,6	0,6	0,95	1	1	0,8175

E2.2.5. Tabulación y análisis de datos

Los estudios incluidos finalmente en la revisión sistemática fueron codificados en una base de datos de Excel por el primer autor. La codificación fue revisada por dos miembros del equipo de investigación, y las dudas se resolvieron mediante discusión entre todos los autores. Se incluyeron información acerca de las características del estudio (autores, fecha publicación, título, nombre de la revista, volumen, edición y páginas), características del método (diseño del estudio, ubicación, muestreo, participantes, número participantes, edad media y sexo de los participantes), detalles de la intervención (descripción de la intervención, conocimientos específicos,

actitudes o habilidades, comparaciones, duración, intensidad, número comenzado, número completado y condiciones), datos sobre los resultados (específicos y recopilados, instrumentos de medición, estado de validación, duración del seguimiento y momento en el que se recopilaron los datos), principales conclusiones, información específica de los resultados (limitaciones de los estudios, posible sesgo de publicación e imprecisión de las estimaciones del efecto) y, por último, financiación y conflicto de intereses posibles.

E2.3. Resultados

En la figura E2.1 se muestra un diagrama PRISMA que detalla el proceso de selección de estudios. La búsqueda electrónica arrojó 9063 artículos. Se le sumaron 10 registros por bibliografía incidental, haciendo un total de 9073 artículos. Tras analizar el título y abstract, se excluyeron 133 publicaciones por no cumplir los criterios de inclusión. En la revisión a texto completo de los 140 artículos restantes resultaron en la inclusión de 7 estudios en esta revisión sistemática de los que se obtuvieron 30 estrategias o propuestas de intervención dirigidas al usuario orientadas a reducir la violencia en el lugar de trabajo por parte de los usuarios o sus familias hacia los profesionales dentro del sector de la salud.

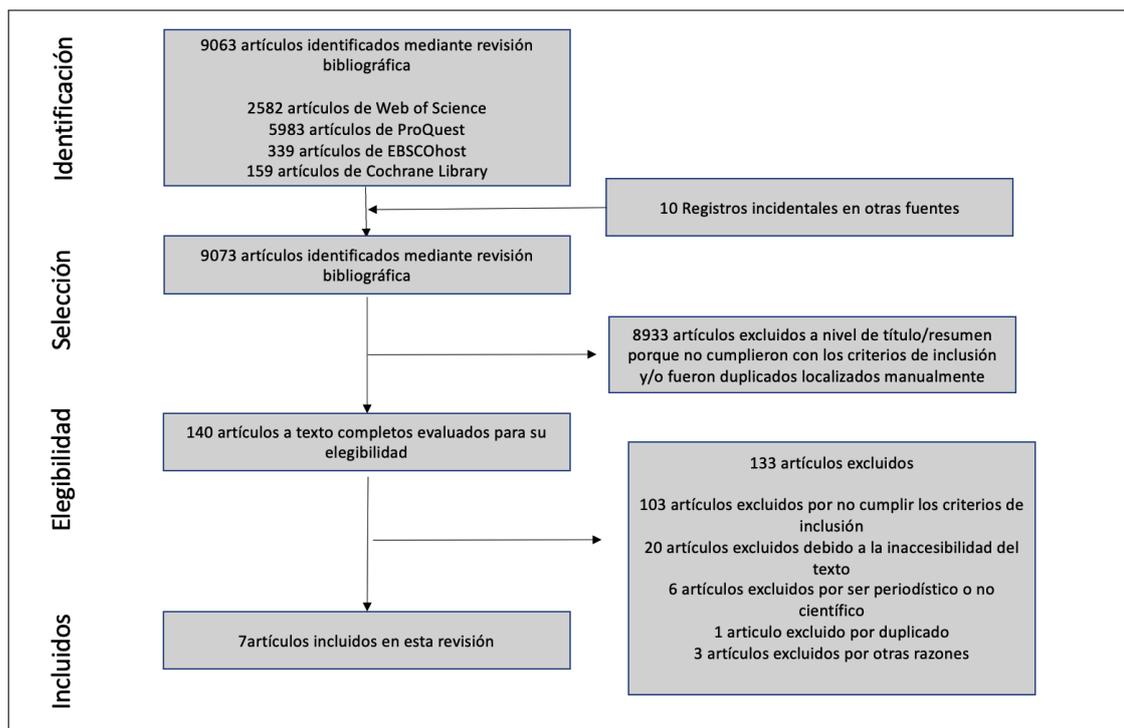


Figura E2.1: Diagrama PRISMA

E2.3.1. Características generales de los estudios

Las características de los estudios se describen en la tabla E2.5. De los siete estudios localizados, tres de ellos eran estudios cualitativos (Batista *et al.*, 2011; Pelto-Piri y Kjellin, 2021; Pina *et al.*, 2021), otros tres eran ensayos controlados aleatorios (Fletcher *et al.*, 2019; Henderson *et al.*, 2009; O'Sullivan *et al.*, 2020) y uno de ellos se trataba de una encuesta transversal (Ramacciati *et al.*, 2018). La mayoría de estudios procedían del continente europeo (71 %): Italia, Reino Unido, Suecia y España (Henderson *et al.*, 2009; O'Sullivan *et al.*, 2020; Pelto-Piri y Kjellin, 2021; Pina *et al.*, 2021; Ramacciati *et al.*, 2018). El resto se llevó a cabo en Brasil y Australia (Batista *et al.*, 2011; Fletcher *et al.*, 2019).

Cuatro de los siete estudios incluían como participantes a usuarios pertenecientes a unidades de psiquiatría (n=57%) (Fletcher *et al.*, 2019; Henderson *et al.*, 2009; O'Sullivan *et al.*, 2020; Pelto-Piri and Kjellin, 2021), en el mismo porcentaje se incluían como participantes en los estudios a profesionales del sector sanitario (Batista *et al.*, 2011; O'Sullivan *et al.*, 2020; Pelto-Piri and Kjellin, 2021 Ramacciati *et al.*, 2018). Tres de los estudios incluían como participantes a ambos sectores, tanto a usuarios como trabajadores (Batista *et al.*, 2011; O'Sullivan *et al.*, 2020; Pelto-Piri and Kjellin, 2021). Sin embargo, en uno, los participantes eran en su totalidad personal de enfermería (Ramacciati *et al.*, 2018) y en tres de los estudios los participantes eran en su totalidad usuarios (Fletcher *et al.*, 2019; Henderson *et al.*, 2009; Pina *et al.*, 2021).

La edad media de los participantes no se pudo recoger en la totalidad de los estudios. Aquellos en los que sí se recogió (n= 57,1%) oscila entre los 40 y los 48,92 años de edad. Casi todos los estudios incluían tanto hombres como mujeres, pero la representación femenina era ligeramente mayor (n=55,48%). En uno de los estudios no se especificaba el sexo de los participantes (Henderson *et al.*, 2009). El número de participantes fue al menos de 33 como mínimo y de 1100 como máximo.

Tabla E2.5

Características de los estudios seleccionados

ESTUDIO	DISEÑO ESTUDIO	UBICACIÓN	PARTICIPANTES	EDAD MEDIA	SEXO
Batista <i>et al.</i> , (2011)	Cualitativo. Descriptiva-exploratoria. Recoge datos cualitativos.	Belo Horizonte Minas Gerais (Brasil)	Unidades Básicas de Salud. Total de 12 grupos: promedio de 7 personas por grupo (enfermeras, doctores, gerentes, directores de distrito, asistentes sociales, psicólogos, psiquiatra, odontólogos, técnico en higiene dental, auxiliares, técnicos de enfermería, administrativos, porteros, asistentes generales y usuarios.)	No especifica	La mayoría de ellos son mujeres.
Fletcher <i>et al.</i> , (2019)	Estudio de encuesta transversal. ECA. Recoge datos cualitativos y cuantitativos.	Victoria, Australia	72 consumidores de servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en planta de psiquiatría.	En promedio, 40 años de edad.	52% (31) mujeres 48% (29) hombres
Henderson <i>et al.</i> , (2009)	Ensayo controlado aleatorio simple ciego. Recoge datos cuantitativos.	Londres, Reino Unido.	80 participantes con Psicosis o trastorno bipolar	No especifica	No especifica
O'Sullivan <i>et al.</i> , (2020)	ECA . Recoge datos cualitativos y cuantitativos.	London	Los participantes del estudio fueron los trabajadores y usuarios de servicios psiquiátricos forenses hospitalizados de 8 distritos o salas.	No especifica	No especifica pero hombres y mujeres.
Pelto-Piri and Kjellin, (2021)	Cualitativo	Suecia	3 grupos focales. 33 participantes de Psiquiatría: usuarios de servicios, miembros del personal y directores de sala	Mediana 47 años y media 46,7 años	17 mujeres y 16 hombres
Pina <i>et al.</i> , (2021)	Cualitativo	España	10 grupos focales: Usuarios del servicio público de salud.	Edad media: 48.92 años (DT = 14.95 años)	(63.7% mujeres) (36.3% hombres)
Ramacciati <i>et al.</i> , (2018)	Encuesta Nacional Italiana 2016. Recoge datos cuantitativos y cualitativos.	Italia. 20 regiones de Italia.	1100 Enfermeras de Emergencias.	Edad promedio 42 ± 9 años	Hubo 144 mujeres, 119 hombres, 2 no declarados

E2.3.2. Duración de las intervenciones y las entrevistas

De los resultados obtenidos, tres de los estudios fueron intervenciones con larga duración, oscilando entre los 9 y 15 meses (Fletcher *et al.* 2019; Henderson *et al.*, 2009; O'Sullivan *et al.*, 2020). En cuanto a la recogida de datos en los estudios cualitativos, la duración de las entrevistas osciló entre 50 minutos como mínimo y 150 minutos como máximo (Batista *et al.*, 2011; Pina *et al.*, 2021). Los resultados de la encuesta en línea del trabajo de Ramacciati *et al.* (2018) fueron recogidos durante un periodo de tiempo prolongado (8 meses). Para el estudio cualitativo de Peltó-Piri y Kjellin (2021) no se pudo determinar el tiempo que llevaba puesta en marcha las medidas de inserción social cuando se produjo la recogida de datos.

E2.3.3. Estudios presenciales con evaluación final de larga duración

Para el estudio de Henderson *et al.* (2009) se elaboró un plan con las preferencias de tratamiento entre usuarios del servicio de Salud mental y profesionales de forma conjunta. Con el permiso de los usuarios, tras su revisión y aprobación por ambas partes y un personal externo a modo de mediador, se distribuyó entre los servicios de urgencia a los que el usuario pudiera acudir y así seguir las preferencias del usuario en las situaciones en las que tiene dificultad para expresarlas. Esta toma de decisiones compartida tuvo un seguimiento inmediato y otro a los 15 meses desde su implantación a todos los implicados, tanto de usuarios como de profesionales.

La implantación de Safewards es tanto un modelo como un conjunto de intervenciones diseñadas para mejorar la seguridad de los consumidores y el personal, este método fue empleado por el estudio de Fletcher *et al.* (2019). Se realizó una encuesta tras la intervención a los pacientes, estos llevaban entre una 1 y 4 semanas hospitalizados en el servicio, aunque las medidas de Safewards habían empezado a implantarse entre 9 y 12 meses antes. Los datos fueron recogidos durante 3 meses. Algunas de las medidas implantadas dentro del paquete de Safewards, fueron recogidas para esta revisión y tenían como objetivo fortalecer el sentido de comunidad compartida, el sentido de humanidad común, la confianza y las habilidades frente a la angustia y generar esperanza.

E2.3.4. Estudios presenciales con evaluación continuada de larga duración

Uno de los artículos incluidos tuvo un seguimiento de la intervención de forma continuada a largo plazo. La intervención utilizada por O'Sullivan *et al.* (2020) consistió en un paquete de mejoras que incluía la identificación del problema, analizar sus causas y crear una teoría de cambio, planificar-hacer-estudiar-actuar. Esta consistió en ir probando ideas y evaluando su impacto en el sistema a intervalos regulares, de tal forma que, si las medidas implantadas tenían éxito, se incorporaban al programa y si no, se quitaban del mismo. Estas ideas eran recogidas a través de reuniones conjuntas por todos los implicados y, a su vez, de los resultados de los datos obtenidos durante 15 meses. Buscó fomentar una cultura de apertura

dentro de la organización en torno a la violencia y ayudar a los usuarios y al personal del servicio a trabajar juntos para comprenderla y abordarla. Esta innovación buscó empoderar a los usuarios del servicio para que se apropien y participen más activamente en la reducción de la violencia y la agresión en las salas.

E2.3.5. Estudios cualitativos de corta duración

Fueron tres los estudios que optaron por una metodología mediante grupos focales guiados por expertos. Batista *et al.* (2011) buscó investigar y comprender la violencia vivida en las Unidades Básicas de Salud (UBS) desde la perspectiva de los procesos de trabajo. Las entrevistas tanto a profesionales como a usuarios tuvieron una duración de entre 90-150 minutos. Se analizaron algunas medidas de intervención como el Proyecto Caixa Paz y los vínculos con la comunidad.

Los participantes, usuarios y personal, de la investigación de Peltó-Piri y Kjellin (2021), también fueron sometidos a análisis mediante grupos focales cuyo objetivo fue analizar la violencia entorno a la inclusión social mediante el análisis de tres valores: participación, reciprocidad y justicia social. Las entrevistas de los usuarios duraron 50 min aproximadamente. Las entrevistas al personal y gerentes duraron entre 60-90 min. La pregunta principal para los usuarios fue sobre las percepciones sobre sentirse seguros o inseguros en la sala y las preguntas principales para el personal y directivos fueron sobre valores en el trabajo en la interacción con el usuario, preguntas de seguridad general y el manejo de situaciones que fueron

violentas o que presentaran riesgo de violencia.

Como se ha descrito anteriormente, la duración de los grupos focales para el estudio de Pina *et al.* (2021) fue de entre 60-70 minutos para analizar los focos de conflicto existentes en los centros de AP y sus posibles soluciones desde el punto de vista del usuario en exclusiva. A todos los participantes se les hicieron preguntas relacionadas con situaciones violentas en centros de AP. Estas preguntas se realizaron en tres bloques: relacionados con la propia organización, relacionados con los profesionales y los generados por los propios usuarios. seguidamente se les preguntó también que soluciones aportaban a estos conflictos y la percepción de los usuarios respecto a los cambios tras la aparición de la COVID-19.

E2.3.6. Estudios en línea

Ramacciati *et al.* (2018) distribuyó, entre los trabajadores del departamento de accidentes y emergencias, un cuestionario en línea único validado de 39 ítems sobre la violencia en el lugar de trabajo. Dentro de dicha encuesta, se hizo una pregunta de tipo cualitativo abierta sobre percepciones de la violencia verbal y física en el lugar de trabajo, donde los participantes propusieron algunas medidas tomadas en cuenta en esta investigación. El cuestionario se mantuvo en línea durante 8 meses.

E2.3.7. Medidas de resultados

Las medidas de resultado para los diferentes trabajos varían según fueran datos cuantitativos o de tipo cualitativo, o incluso la combinación de ambos.

En el estudio de Henderson *et al.* (2009), se hizo un seguimiento inmediato y otro a los 15 meses tras la puesta en marcha del plan de intervención. Se hicieron las mismas preguntas tanto a usuarios como a trabajadores en ambos casos. En el seguimiento inmediato recogieron los datos cuantitativos mediante una escala Likert de 5 puntos y texto libre, mientras que en el seguimiento a largo plazo se realizó un cuestionario de 8 preguntas mediante escala Likert.

Fueron varios los estudios que analizaron datos de manera tanto cuantitativa como cualitativa simultáneamente. (Fletcher *et al.*, 2019; O'Sullivan *et al.*, 2020; Ramacciati *et al.*, 2018) aunque no siguieron los mismos métodos de análisis.

O'Sullivan *et al.* (2020) analiza sus datos cuantitativos recogidos teniendo en cuenta como medida de resultado la tasa de incidencia de violencia y agresión de pacientes hospitalizados por 1000 días-camas ocupadas. Los cualitativos se recogieron en las reuniones habituales y se empleó una metodología de "Modelo de mejora" establecida (Langley *et al.*, 2009).

Para los otros dos estudios, los datos fueron recogidos mediante análisis cuantitativo a través de una encuesta y cualitativo mediante pregunta abierta recogida en el cuestionario (Fletcher *et al.*, 2019; Ramacciati *et al.*, 2018). Para el trabajo de

Ramacciati *et al.* (2018), se realizó una encuesta en línea de 38 ítems mediante un cuestionario QuIN16VIPs (Ramacciati *et al.*, 2016). Los datos cualitativos fueron analizados mediante análisis inductivo (Langley *et al.*, 2009), que han sido de interés para esta investigación. Se hizo un análisis descriptivo en Fletcher *et al.* (2019) y los datos cualitativos fueron analizados con un enfoque inductivo y constructivista mediante análisis temático de seis pasos esbozado por Braun y Clarke (2006). Este último análisis de datos fue también compartido por el trabajo de Pina *et al.* (2021) para su estudio cualitativo. En el estudio Peltó-Priri and Kjellin (2021) se utilizó el método Framework (Gale *et al.*, 2013).

En el trabajo de Batista *et al.* (2011), se realizó la recogida de resultados tras 12 meses de puesta en marcha de algunas medidas preventivas. Los resultados también fueron analizados mediante análisis cualitativo según el método propuesto por Bardín (1977). Las respuestas a la pregunta abierta se analizaron mediante el método de Van-Kaam (1984). A su vez sirvió para recoger futuras propuestas que también se han tenido en cuenta como resultados en esta revisión.

E2.3.8. Intervenciones o propuestas recogidas

Dado que los objetivos de esta revisión era recoger tanto las intervenciones como las propuestas dirigidas al usuario, los resultados muestran que, de los 7 artículos incluidos en esta revisión, 5 pusieron en marcha medidas o intervenciones encaminadas a la reducción de la violencia (Batista *et al.*, 2011; Fletcher *et al.*, 2019;

Henderson *et al.*, 2009; O'Sullivan *et al.*, 2020; Pelto-Piri and Kjellin, 2021) y 2 proponían medidas futuras con este mismo objetivo (Pina *et al.*, 2021; Ramacciatía *et al.*, 2018).

En el trabajo de Henderson *et al.* (2009) se recogieron la totalidad de las propuestas planteadas en el estudio. Para el estudio de Batista *et al.* (2011) fueron identificadas un total de cuatro categorías: estrategias individuales frente a la violencia, respuestas institucionales y mecanismos de apoyo, consecuencias e impactos de la violencia y acciones preventivas. De todas estas, y acorde con los objetivos de esta revisión, fueron registradas en nuestro estudio cuatro medidas. De la investigación de Ramaccitía *et al.*, (2018) sugirieron 27 temas que fueron agrupados en cuatro bloques principales, percepción de la agresión, factores desencadenantes, consecuencias y soluciones. De este último bloque fueron seleccionadas 2 medidas de interés para la presente revisión.

El paquete de medidas implantadas en el programa de Saferwards, constaba de 10 intervenciones diferentes, se identificaron como elegibles 4 de ellas (Fletcher *et al.*, 2019). La intervención inicial de O'Sullivan *et al.* (2020) constaba de un paquete de cambios con tres intervenciones: grupos de seguridad, discusiones semanales y cruces de seguridad. En el transcurso del aprendizaje colaborativo se sumó las reuniones dirigidas por los propios usuarios. Tan solo fue descartada una por no ir dirigida al usuario, lo que hicieron un total de 3 medidas acordes a nuestros objetivos. Pelto-Piri y Kjellin (2021) en su estudio cualitativo recopilaron 5 temas principales: "participación del paciente en el tratamiento y la atención", "sentido

de comunidad”, “nosotros y ellos”, “acceso a una buena atención” y “calidad de la atención”. Fueron de interés 6 de las medidas propuesta. La investigación cualitativa a usuario de Pina *et al.* (2021) consiguió registrar un total de 4 bloques temáticos para la identificación de conflictos y 5 bloques temáticos para la propuesta de las soluciones a los mismos. De todas las propuestas, 10 se consideraron dirigidas al usuario.

Todos los estudios incluidos en esta revisión adoptaron diferentes enfoques para combatir la violencia en el lugar de trabajo, sin embargo, los diferentes enfoques se pueden agrupar en diferentes categorías según los objetivos perseguidos: mejorar la comunicación y la creación de vínculos entre usuarios y profesionales, mejora de la información y la formación al usuario, implicar al usuario en las decisiones de sus tratamientos o trato de su patología como medida de prevención, y otro tipo de objetivos de carácter individual.

Por tanto, se recogieron un total de 30 intervenciones y/o propuestas de intervención dirigidas al usuario cuya finalidad es reducir la violencia y/o mejorar la relación ente el usuario y los profesionales del sector de la salud. En la tabla E2.6 se muestra el listado de resultados más detallados según objetivos. De manera general, 12 de las medidas tenían como objetivo mejorar la comunicación y la creación de vínculos entre usuarios y profesionales a través de: “intercambio de Tickets entre trabajadores y usuarios”, “mejorar las estrategias de comunicación”, “representantes comunitarios en los centros de salud” (Batista *et al.*, 2011), dentro del programa “salas seguras” las “reuniones y ayuda al paciente” y “conozca el uno

al otro” (Fletcher *et al.*, 2019) , “cruces de seguridad”, “reuniones semanales con la comunidad” (O’Sullivan *et al.*, 2020), “crear un mayor sentido de comunidad”, “nosotros y ellos”, “mejora en la calidad de la atención” “participación del paciente en el cuidado y tratamiento” y “mejorar el sentido de comunidad” (Pelto-Piri and Kjellin, 2021).

Ocho de las propuestas apostaban por una mejora de la información y la formación al usuario: “informar y formar a la población” (Batista *et al.*,2011), “campañas informativas y educativas para usuarios” (Ramacciatia *et al.* 2018), “fomento de la educación para la salud”, “formar en la utilización de nuevas tecnologías” y la “atención/información facilitada al usuario”, “información sobre el tiempo de espera/retraso en el horario de su cita”, “campañas al usuario de concienciación” y “campañas al usuario de salud mental” (Pina *et al.*, 2021).

Por otro lado, cuatro de las 30 propuestas, decidieron implicar al usuario en las decisiones de sus tratamientos o trato de su patología como medida de prevención: “plan conjunto de Crisis” (Henderson *et al.*, 2009), “mutuo claro de expectativas” (Fletcher *et al.*, 2019), “potenciar la participación del paciente en el cuidado y tratamiento” (Pelto-Piri and Kjellin, 2021) y “reuniones de seguridad dirigidas por usuarios del servicio” (O’Sullivan *et al.*, 2020). Así mismo, dos propuestas defendían la creación de grupos de apoyo por parte de los usuarios: “atención sanitaria mediante grupos de apoyo” y “apoyo psicosocial” (Pina *et al.*, 2021).

Y por último cuatro, se plantearon o se pusieron en marcha de forma aislada sin

ser compartida por el resto de estudios: “mejorar la imagen del personal sanitario” (Ramacciatia *et al.* 2016), “mejorar la comunicación entre usuarios mediante la descarga de mensajes dentro del programa de salas seguras”, (Fletcher *et al.*, 2019) “potenciar las medidas preventivas” y “poner límites al usuario” (Pina *et al.*, 2021).

Tabla E2.6

Listado de intervenciones según objetivos

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	REFERENCIAS
Mejorar la comunicación y la creación de vínculos entre usuarios y profesionales	
Intercambio de tickets entre trabajadores y usuarios.	(Batista <i>et al.</i> ,2011)
Mejorar las estrategias de comunicación.	(Batista <i>et al.</i> ,2011)
Crear un mayor sentido de comunidad.	(Pelto-Piri and Kjellin, 2021)
Participación del paciente en el cuidado y tratamiento.	(Pelto-Piri and Kjellin, 2021)
Mejorar el sentido de comunidad.	(Pelto-Piri and Kjellin, 2021)
Nosotros y ellos.	(Pelto-Piri and Kjellin, 2021)
Mejora en la calidad de la atención.	(Pelto-Piri and Kjellin, 2021)
Programa “salas seguras”: reuniones y ayuda al paciente.	(Fletcher <i>et al.</i> , 2019)
Programa: “salas seguras”: conozca cada uno al otro.	(Fletcher <i>et al.</i> , 2019)
Cruces de seguridad.	(O’Sullivan <i>et al.</i> , 2020)
Reuniones semanales con la comunidad.	(O’Sullivan <i>et al.</i> , 2020)
Representantes comunitarios en los centros de salud.	(Batista <i>et al.</i> ,2011)

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	REFERENCIAS
Mejora de la información y la formación al usuario	
Campañas al usuario de concienciación.	(Pina <i>et al.</i> , 2021)
Campañas al usuario de salud mental.	(Pina <i>et al.</i> , 2021)
Campañas informativas y educativas para usuarios.	(Ramacciatia <i>et al.</i> 2016)
Fomento de la educación para la salud.	(Pina <i>et al.</i> , 2021)
Información sobre el tiempo de espera/retraso en el horario de su cita,.	(Pina <i>et al.</i> , 2021)
Formar en la utilización de las nuevas tecnologías.	(Pina <i>et al.</i> , 2021)
Atención/información médica facilitada al usuario.	(Pina <i>et al.</i> , 2021)
Informar y formar a la población.	(Batista <i>et al.</i> ,2011)
Implicar al usuario, en las decisiones de sus tratamientos o trato de su patología como medida de prevención.	
Potenciar la participación del paciente en el cuidado y tratamiento.	(Pelto-Piri and Kjellin, 2021)
Plan conjunto de crisis.	(Henderson <i>et al.</i> , 2009)
Programa “salas seguras “: mutuo claro de expectativas.	(Fletcher <i>et al.</i> , 2019)
Reuniones de seguridad dirigidas por los usuarios del servicio.	(O’Sullivan <i>et al.</i> , 2020)
Creación de grupos de apoyo por parte de los usuarios	
Atención sanitaria por grupos de apoyo.	(Pina <i>et al.</i> ,2021)
Apoyo Psicosocial.	(Pina <i>et al.</i> , 2021)

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	REFERENCIAS
Propuestas aisladas	
Medidas preventivas.	(Pina <i>et al.</i> , 2021)
Mejorar la imagen mediante prensa del personal de enfermería.	(Ramacciatia <i>et al.</i> 2016)
Programa “salas seguras”: descarga de mensajes.	(Fletcher <i>et al.</i> , 2019)
Poner límites.	(Pina <i>et al.</i> , 2021)

E2.3.9. Efectividad de las propuestas o intervenciones

Respecto a las medidas de efectividad, tres de los trabajos muestran datos cuantitativos de la efectividad de los planes de intervención (Fletcher *et al.*, 2019; Henderson *et al.*, 2009; O’Sullivan *et al.*, 2020), dos estudios muestran datos cualitativos tras la puesta en marcha de alguna medida preventiva (Batista *et al.*, 2011; Pelto-Piri y Kjellin, 2021) y el resto se trataban de estudios que proponían medidas recogidas como resultado de su estudio cualitativo (Pina *et al.*, 2021) o como resultado de encuestas (Ramacciatía *et al.*, 2018) sin llegar a medir efectividad.

De las 30 propuestas o medidas de intervención recogidas, 14 de ellas son propuestas y no presentan medidas de efectividad: “intercambio de tickets entre trabajadores y usuarios”, ‘informar y formar a la población’ (Batista *et al.*, 2011), “mejorar la imagen mediante prensa del personal de enfermería”, “campañas informativas y educativas para usuarios” (Ramacciatia *et al.* 2018), ‘fomento de la educación para la salud’, “información sobre el tiempo de espera/retraso en el hora-

rio de su cita”, “atención sanitaria por grupos de apoyo”, “formar en la utilización de las nuevas tecnologías”, “atención/información médica facilitada al usuario”, “apoyo psicosocial”, “medidas preventivas”, “poner límites”, “campañas al usuario de concienciación” y “campañas al usuario de salud mental” (Pina *et al.*, 2021).

Para cuatro de las medidas restantes se evaluó la efectividad cuándo los usuarios llevaban un periodo corto de tiempo sometidos al programa (entre 1 y 4 semanas): “reuniones y ayuda al paciente”, “conozca el uno al otro”, “mutuo claro de expectativas” y “descarga de mensajes” (Fletcher *et al.*, 2019). Tres de las medidas fueron analizadas a largo plazo al terminar el plan de intervención: “plan conjunto de Crisis” (Henderson *et al.*, 2009), “mejorar las estrategias de comunicación” y “representantes comunitarios en los centros de salud” (Batista *et al.*, 2011), y la efectividad de las últimas tres: “cruces de seguridad”, “reuniones semanales con la comunidad” y “reuniones de seguridad dirigidas por el usuario del servicio” (O’Sullivan *et al.*, 2020) fue analizada a largo plazo de manera continuada, durante la intervención, mientras se mantenía el programa.

En seis de las intervenciones no se pudo determinar cuánto tiempo llevaban en marcha cuando se produjo la recogida de datos, pero median efectividad de un estudio mediante datos cualitativos: “potenciar la participación del paciente en el cuidado y tratamiento”, “crear un mayor sentido de comunidad”, “participación del paciente en el cuidado y tratamiento”, “mejora el sentido de comunidad”, “nosotros y ellos” y “mejora en la calidad de la atención” (Pelto-Piri and Kjellin, 2021). La Tabla E2.7 refleja las características de las medidas mencionadas.

Tabla E2.7

Resumen características o planes de intervención

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	REFERENCIAS	EN QUÉ CONSISTE LA INTERVENCIÓN	POBLACIÓN	EFFECTIVIDAD
Plan conjunto de crisis.	Henderson <i>et al.</i> , (2009)	Toma de decisiones compartida, involucrar al paciente en la toma de decisiones de su tratamiento y en situación de crisis. Seguimiento inmediato y a los 15 meses:	Paciente psiquiátrico	Datos cuantitativos. Cambios en la mejora de la relación (46 % en el inmediato y 24 % a los 15 meses), sensación de un mejor conocimiento sobre su patología, (71 % en el inmediato y un 56 % a los 15 meses) mejora de los sentimientos del titular sobre si mismo. (67 % en el inmediato y 48 % a los 15 meses); No siempre resolvió los desacuerdos. Probabilidad de seguir con el tratamiento fue estadísticamente significativa del 36 % al 3 %. Pero los usuarios lo recomiendan a otros usuarios. (90 % al 82 %)
Intercambio de tickets entre trabajadores y usuarios	Batista <i>et al.</i> , (2011)	Crear un espacio para que las personas registren sus opiniones, demandas y reclamos, Tal iniciativa solo es efectiva si las críticas discutidas en equipo y, cuando sea necesario, con la comunidad.	En unidades básicas de salud: trabajadores comunitarios, personal sanitarios, usuarios, trabajadores Psicosociales, gerentes y administrativos.	Propuesta del resultado del grupo de discusión.
Mejorar las estrategias de comunicación	Batista <i>et al.</i> , (2011)	Reuniones locales con la comunidad. Se hizo el cualitativo después de 1 año	En unidades básicas de salud: trabajadores comunitarios, personal sanitarios, usuarios, trabajadores Psicosociales, gerentes y administrativos.	Se consiguió una relación más cercana con la comunidad y fortalecen el vínculo y la construcción conjunta de alternativas ante la violencia.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	REFERENCIAS	EN QUÉ CONSISTE LA INTERVENCIÓN	LA POBLACIÓN	EFFECTIVIDAD
Representantes comunitarios en los centros de salud	Batista <i>et al.</i> ,(2011)	Representantes comunitarios en el centro de salud, para posibilitar la formación de vínculos	En unidades básicas de salud: trabajadores comunitarios, personal sanitarios, usuarios, trabajadores Psicosociales, gerentes y administrativos.	Se hizo el cualitativo después de 1 año teniendo un representante: “ cuando escuchas a la comunidad, llegan cosas que no nos llegaban, así, de manera objetiva”.
Informar y formar a la población	Batista <i>et al.</i> ,(2011)	Información de la población sobre el funcionamiento del Sistema Único de Salud y la Estrategia Programa de Salud de la Familia.	En unidades básicas de salud: trabajadores comunitarios, personal sanitarios, usuarios, trabajadores Psicosociales, gerentes y administrativos.	Propuesta del resultado del grupo de discusión.
Mejorar la imagen mediante prensa del personal de enfermería	Ramacciatia <i>et al.</i> (2016)	Imagen de Enfermeros de Urgencias y Accidentes en la prensa para mejorar la imagen de los mismos.	Enfermeros titulados estatales que trabajaban en el servicio de Accidentes y Emergencias	Propuestas de la pregunta cualitativa a enfermeras: "Nunca hablan de nuestras historias de éxito, solo negligencia médica y nuestros errores."
Campañas informativas y educativas para usuarios	Ramacciatia <i>et al.</i> (2016)	Debemos educar a los ciudadanos sobre cómo utilizar correctamente el Departamento de Accidentes y Emergencias.	Enfermeros titulados estatales que trabajaban en el servicio de Accidentes y Emergencias	Propuestas de la pregunta cualitativa a enfermeras.
Programa “salas seguras”: reuniones y ayuda al paciente.	Fletcher <i>et al.</i> , (2019)	En las reuniones diarias de los profesionales, encuentros diarios compartidos, acude el usuario y se le da la opción de solicitar o demandar ayuda. Recogida entre 1 semana y 3 meses en sala.	Salas de salud mental para pacientes hospitalizados agudos	Tuvo un recuerdo y aceptación del 81 %. Aceptación de la aplicabilidad 61 %. 48 comentarios: 37 positivos, 6 negativos y 5 neutrales. Reducción de casi el 15% de eventos conflictivos tras la implementación del programa “salas seguras”. Mayor reconocimiento y respeto. Mayor sentido comunidad.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	REFERENCIAS	EN QUÉ CONSISTE LA INTERVENCIÓN	LA POBLACIÓN	EFECTIVIDAD
Programa: “salas seguras”: conozca cada uno al otro	Fletcher <i>et al.</i> , (2019)	Crea una relación, conexión y sentido de humanidad común: Los pacientes y el personal comparten algunos intereses e ideas personales entre sí. Se recogieron los datos cuando los pacientes llevaban entre 1 semana y 3 meses en sala.	Salas de salud mental para pacientes hospitalizados agudos	Tuvo un recuerdo y aceptabilidad del 67 %. Aceptación de la aplicabilidad del 59 %. 37 comentarios: 27 positivos, 6 negativos y 4 neutrales. Reducción de casi el 15 % de eventos conflictivos tras la implementación del programa “salas seguras .
Programa “salas seguras “: Expectativas mutuos Claras	Fletcher <i>et al.</i> , (2019)	Los pacientes y el personal trabajan juntos para crear aspiraciones mutuamente acordadas que se apliquen a ambos grupos por igual. ”. Se recogieron los datos cuando los pacientes llevaban entre 1 semana y 3 meses en sala.	Salas de salud mental para pacientes hospitalizados agudos	Tuvo un recuerdo y aceptación del 33 % . 36 comentarios: 24 positivos, 6 negativos y 8 neutrales. Aceptación de aplicabilidad del 49 %. Reducción de casi el 15 % de eventos conflictivos tras “salas seguras. Variabilidad entre los diferentes miembros del personal. Destacaron expectativas mas justas y mayor respeto.
Programa “salas seguras”: descarga de mensajes.	Fletcher <i>et al.</i> ,(2019)	Antes del alta, los pacientes dejan mensajes de esperanza para otros pacientes en una pantalla de la unidad. Se recogieron los datos cuando los pacientes llevaban entre 1 semana y 3 meses en sala.	Salas de salud mental para pacientes hospitalizados agudos	Tuvo un recuerdo y aceptabilidad del 68 % . Aceptación de aplicabilidad del 55 %. 45 comentarios : 30 positivos, 1 negativo y 14 neutrales. Reducción de casi el 15 % de eventos conflictivos tras la implementación del programa “salas seguras . Sentimientos de esperanza. Dificultad para expresarse.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	REFERENCIAS	EN QUÉ CONSISTE LA INTERVENCIÓN	LA POBLACIÓN	EFFECTIVIDAD
Cruces de seguridad	O'Sullivan <i>et al.</i> , (2020)	El personal aplicó puntos adhesivos de colores (según días libres de violencia o el tipo de incidente) sobre una especie de calendario visible por TODOS (usuarios y personal) para representar si una hora o turno estuvo libre de incidentes (verde). Duración 15 meses.	Los participantes del estudio fueron los trabajadores y usuarios de servicios psiquiátricos forenses hospitalizados.	Datos tanto cuantitativos como cualitativos. se logró y mantuvo una reducción del 8% en los incidentes de violencia física y del 16.6% en la violencia no física por cada 1000 días-cama ocupados Ayudo a celebrar conjuntamente los logros y mantener el entusiasmo y el impulso.
Reuniones semanales con la comunidad	O'Sullivan <i>et al.</i> , (2020)	Se animó a los usuarios del servicio a discutir con referencia a los datos cruzados de seguridad. El personal se aseguró de que las discusiones no fueran críticas. Se pidió a los usuarios del servicio que reflexionaran sobre el impacto emocional de tales eventos. Duración 15 meses.	Los participantes del estudio fueron los trabajadores y usuarios de servicios psiquiátricos forenses hospitalizados	Datos tanto cuantitativos como cualitativos. se logró y mantuvo una reducción del 8% en los incidentes de violencia física y del 16.6% en la violencia no física por cada 1000 días-cama ocupados. Ayudaron a identificar frustraciones y conflictos, analizar las causas y antecedentes de la violencia, comprender factores ambientales y adaptarlas al contexto.
Reuniones de seguridad dirigidas por los usuarios del servicio	O'Sullivan <i>et al.</i> , (2020)	Reuniones dirigidas por los propios usuarios con el fin de empoderar a los usuarios del servicio para que se apropien y participen más activamente en la reducción de la violencia y la agresión en las salas. Duración 15 meses.	Los participantes del estudio fueron los trabajadores y usuarios de servicios psiquiátricos forenses hospitalizados	Datos tanto cuantitativos como cualitativos. se logró y mantuvo una reducción del 8% en los incidentes de violencia física y del 16.6% en la violencia no física por cada 1000 días-cama ocupados

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	REFERENCIAS	EN QUÉ CONSISTE LA INTERVENCIÓN	LA POBLACIÓN	EFFECTIVIDAD
Potenciar la participación del paciente en el cuidado y tratamiento	Pelto-Piri and Kjellin, (2021)	Involucrar a los pacientes en la atención y el tratamiento	Psiquiátrico: usuarios de servicios, miembros del personal y directores de sala	Resultados del estudio cualitativo expresan: tenían dificultades para involucrar a los pacientes sobre todo si llevaban mucho tiempo en el servicio. Establecer planes conjuntos y escuchar al usuario parece ser motivador.
Crear un mayor sentido de comunidad	Pelto-Piri and Kjellin, (2021)	Potenciar la sala como lugar de encuentro.	Psiquiátrico: usuarios de servicios, miembros del personal y directores de sala	Resultados del estudio cualitativo expresan: formar relaciones entre el personal y el usuario del servicio permite que el personal reconozca las relaciones de los usuarios mejor y el usuario protege al personal si ve que no se puede controlar. Otras veces los usuarios no percibieron el acercamiento por parte del personal.
Participación del paciente en el cuidado y tratamiento	Pelto-Piri and Kjellin, (2021)	Potenciar una comunicación sensata entre los pacientes y el personal.	Psiquiátrico: usuarios de servicios, miembros del personal y directores de sala	Resultados del estudio cualitativo expresan: Tanto el personal como los usuarios notaron mejoría tras intentar escuchar al usuario y tener en cuenta sus preferencias.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	REFERENCIAS	EN QUÉ CONSISTE LA INTERVENCIÓN	LA POBLACIÓN	EFFECTIVIDAD
Mejorar el sentido de comunidad	Pelto-Piri and Kje-llin, (2021)	La comunidad de pacientes como recurso: fomentar que los usuarios se ayuden entre si.	Psiquiatrico: usuarios de servicios, miembros del personal y directores de sala	Resultados del estudio cualitativo expresan: Fomentar que los usuarios se ayuden entre si parece tener una buena acogida aunque también comentan que en ocasiones ciertos usuarios pueden provocar ansiedad a los demás.
Nosotros y ellos	Pelto-Piri and Kje-llin, (2021)	La jerarquía sanitaria, La jerga dura. Mejorar la forma de relacionarse, mas cercana, mejorar el lenguaje.	Psiquiatrico: usuarios de servicios, miembros del personal y directores de sala	Resultados del estudio cualitativo expresan: Se percibía una alta tolerancia a las amenazas verbales, era importante para todos que tanto el personal como los usuarios no usaran lenguaje que no tolere la sociedad. Todos las partes implicadas pensaron que la psiquiatría estaba evolucionando hacia la dirección correcta: mas hacia actitudes humanas y menos hacia la jerarquización.
Mejora en la calidad de la atención	Pelto-Piri and Kje-llin, (2021)	Minimizar la coerción, la violencia y las lesiones y mejorar la comunicación.	Psiquiatrico: usuarios de servicios, miembros del personal y directores de sala	Resultados del estudio cualitativo expresan: Notificaron que a raíz de la comunicación minimizaron las medidas coercitivas. Notaron mejoras para manejar incidentes difíciles lo que redujo las lesiones tanto del personal como del usuario.
Fomento de la educación para la salud.	Pina <i>et al.</i> , (2021)	Fomento de la educación para la salud con el objetivo de descender la solicitud de citas a través de los autocuidados	Usuarios de Atención Primaria	No existe medidas de efectividad. Es una propuesta de un estudio cualitativo a usuarios.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	REFERENCIAS	EN QUÉ CONSISTE LA INTERVENCIÓN	POBLACIÓN	EFFECTIVIDAD
Información sobre el tiempo de espera/retraso en el horario de su cita,	Pina <i>et al.</i> , (2021)	Informar al paciente del tiempo real de consulta, ya sea a través de una aplicación, de un mensaje o en la misma sala de espera	Usuarios de Atención Primaria	No existe medidas de efectividad. Es una propuesta de un estudio cualitativo a usuarios.
Atención sanitaria por grupos de apoyo	Pina <i>et al.</i> , (2021)	Atención sanitaria mediante grupos de apoyo para usuarios con la misma patología para mejorar tiempos de atención.	Usuarios de Atención Primaria	No existe medidas de efectividad. Es una propuesta de un estudio cualitativo a usuarios.
Formar en la utilización de las nuevas tecnologías	Pina <i>et al.</i> , (2021)	Formar al usuario en la utilización de las nuevas tecnologías disponibles en el servicio	Usuarios de Atención Primaria	No existe medidas de efectividad. Es una propuesta de un estudio cualitativo a usuarios.
Atención/información médica facilitada al usuario	Pina <i>et al.</i> , (2021)	Mejora de la atención/información médica facilitada al usuario por parte de los profesionales.	Usuarios de Atención Primaria	No existe medidas de efectividad. Es una propuesta de un estudio cualitativo a usuarios.
Apoyo psicosocial	Pina <i>et al.</i> , (2021)	Creación de grupos de apoyo para resolver problemas psicosociales: técnicas de relajación y gestión emocional.	Usuarios de Atención Primaria	No existe medidas de efectividad. Es una propuesta de un estudio cualitativo a usuarios.
Medidas preventivas	Pina <i>et al.</i> , (2021)	Aumentar las medidas preventivas enfocadas hacia una medicina mas integradora	Usuarios de Atención Primaria	No existe medidas de efectividad. Es una propuesta de un estudio cualitativo a usuarios.
Poner límites	Pina <i>et al.</i> , (2021)	Poner límites al usuario conflictivo sin castigos, que tenga consecuencias	Usuarios de Atención Primaria	No existe medidas de efectividad. Es una propuesta de un estudio cualitativo a usuarios.
Campañas al usuario de concienciación	Pina <i>et al.</i> , (2021)	Campañas de concienciación dirigidas al usuario sobre la violencia usando redes sociales y demás	Usuarios de Atención Primaria	No existe medidas de efectividad. Es una propuesta de un estudio cualitativo a usuarios.
Campañas al usuario de salud mental	Pina <i>et al.</i> , (2021)	Campañas de salud mental dirigidas al usuario tras la pandemia.	Usuarios de Atención Primaria	No existe medidas de efectividad. Es una propuesta de un estudio cualitativo a usuarios.

E2.3.10. Efectos positivos de las intervenciones

La tabla E2.7 muestra los efectos positivos de las distintas medidas. De todos los datos recogidos tras la puesta en marcha del plan de intervención, se puede observar que, en aquellos cuya finalidad era mejorar la comunicación y la creación de vínculos entre usuarios y profesionales, hubo una notable mejora en la relación usuario-profesional, que se consiguieron crear mejores vínculos entre ambos (Battista *et al.*, 2011) y se establecieron vínculos protectores por ambas partes (Pelto-Piri y Kjellin, 2021). Según este estudio, el personal, al conocer las preferencias tras su escucha, respeta más al usuario, lo que lleva consigo la disminución de los actos violentos al potenciar la comunicación entre usuarios. Asimismo, tras mejorar la comunicación, se utilizan menos medidas coercitivas, así como una sensación de que la psiquiatría evolucionaba hacia actitudes más humanas y menos a la jerarquización. Los datos cualitativos de la recogida de las reuniones semanales demostraron que el aprendizaje colaborativo fue una fortaleza del proyecto, ayudando a identificar las frustraciones y focos de conflicto, identificar las causas y los antecedentes a la violencia permitiendo ir adaptándolos al contexto (O'Sullivan *et al.*, 2020), lo que influyó en la reducción de lesiones tanto del personal como del usuario, ya que se mejoraron la habilidad para manejar incidentes violentos. Igualmente los datos cuantitativos, recogidos de los diferentes estudios, expresan que se consiguió la reducción de casi un 15% de actos violentos tras la implantación del conjunto de medidas (Fletcher *et al.*, 2019) y una reducción del 8% en incidentes de violencia física y del 16.6% en la violencia no física (O'Sullivan *et al.*, 2020). De forma

individual, los datos recogidos dentro de este bloque de mejora de la comunicación, tuvieron 37 comentarios positivos y una aceptación de aplicabilidad del 61 % así como un recuerdo y aceptación del 81 % para la medida de “reuniones y ayuda al paciente” y en el caso de “conozca al otro” obtuvieron 27 comentarios positivos, aceptabilidad y recuerdo del 67 % y aplicabilidad del 59 %.

Aquellas intervenciones que tenían como objetivo implicar al usuario en las decisiones de sus tratamientos o trato de su patología como medida de prevención, no siempre resultaron exitosas. La elaboración de un “plan conjunto de crisis” tuvo mayor acogida entre los profesionales que entre los usuarios. Los participantes afirman que no fueron capaces de resolver los desacuerdos, pero, en cambio, consideran que tuvo buena acogida. Es decir, los usuarios se mostraron dispuestos a recomendar a otros usuarios del servicio el uso del mismo, esta opinión apenas sufrió cambios del seguimiento inmediato (90 %) al tardío a los 15 meses (82 %) (Henderson *et al.*, 2009). Sin embargo, en otras medidas si tuvieron mejor éxito. La medida “expectativas mutuas claras”, perteneciente al programa de “salas segura” de Fletcher *et al.* (2019), tuvo muy buena acogida con 24 comentarios positivos de los usuarios, destacando que eran expectativas mas justas y con un mayor nivel de respeto hacia el usuario. Además, tuvo una aceptación entre los usuarios de aplicabilidad del 49 % y era una medida recordada por el 33 %. También se suman de forma positiva los comentarios del estudio de Pelto-Piri and Kjellin (2021), cuyos resultados aportan que tras la medida de “potenciar la participación del paciente en el cuidado y en el tratamiento” parece ser un elemento motivador para el usuario,

al igual que escuchar al usuario lo es para el personal.

De forma general, los resultados cuantitativos de Fletcher *et al.* (2019), sobre el recuerdo de los participantes y la percepción de aceptabilidad, demuestran que se recordaban mejor aquellas intervenciones que involucraban directamente al usuario. Tras la implementación de “salas seguras”, los datos cuantitativos demuestran que el 95 % manifestó sentirse más seguro, el 85 % sentirse más conectado con el personal y el 70 % expreso haber mejorado la “posición equilibrio” entre personal y usuarios. Los datos cualitativos obtenidos informan que la mayoría de las intervenciones consiguió una experiencia positiva, con cambios en la relación usuario-profesional, entre los propios usuarios y mejoras en las expectativas sobre la realidad. No se pudo determinar, los efectos positivos para dos de los objetivos y algunas medidas aisladas, mejora de la información y la formación al usuario, (Batista *et al.*, 2011; Pina *et al.*, 2021; Ramacciatia *et al.*, 2018) y la creación de grupos de apoyo por parte de los usuarios, (Pina *et al.*, 2021) ya que no median eficacia y solo eran propuestas.

E2.3.11. Efectos negativos de las intervenciones

Se registraron también desacuerdos o dificultades en la puesta en marcha de las diferentes medidas o intervenciones. En relación a la medida de “potenciar la participación del paciente en el cuidado y tratamiento” (Batista *et al.*, 2011), los usuarios expresan ciertas dificultades para involucrar a aquellos pacientes que lleva-

ban mucho tiempo en el servicio. También hubo desacuerdos con la implementación de “crear un mayor sentido de la comunidad”, pues ciertos usuarios manifestaron que no percibieron por parte del personal cambio en el acercamiento. Igualmente, en la “mejora del sentido de comunidad”, la ayuda de usuarios entre sí puede provocar cierta ansiedad en determinadas ocasiones (Pelto-Piri y Kjellin, 2021).

En la elaboración de un “plan conjunto de crisis” muchos usuarios no tuvieron la oportunidad de ponerlo en marcha mientras duró la intervención, al no encontrarse bajo una situación de crisis. Como alternativa, se propone elaborarlo para situaciones diarias. Algunos de los que sí, manifiestan que no siempre se consiguió resolver los desacuerdos y que en algunas ocasiones no se tuvo en cuenta sus preferencias por indicaciones médicas. Las valoraciones fueron mayores en el seguimiento inmediato que a los 15 meses. La probabilidad de los usuarios de continuar con el tratamiento fue estadísticamente significativa del 36 % al 3 % a los 15 meses (Henderson *et al.*, 2009).

Batista *et al.* (2011) manifiesta la dificultad en ocasiones para resolver conflictos por la gran carga asistencial. Para el trabajo de Fletcher *et al.* (2019), algunos participantes sintieron que no todas las intervenciones son adecuadas y respetuosas con los consumidores. En esta línea, en 6 de los 37 comentarios recibidos sobre las “reuniones de ayuda mutua”, los participantes expresaban no ver resultados y parecerles infantiles, por lo que dudaban de su utilidad. Asimismo, para la medida de “expectativas mutuas claras”, algunos de los usuarios manifestaron la variabilidad según los miembros del personal, teniendo mayor éxito aquellos profesionales a

tiempo completo. También influyó el personal para la medida de “conocerse el uno al otro”, ya que no todos estaban dispuestos a participar y algunos participantes expresaron la incomodidad por perder su privacidad.

En uno de los centros, tras la implementación de las medidas propuestas por O’Sullivan (2020), se observó una reducción inicial de la violencia, pero seguida de un aumento. Esto podría deberse al ingreso de pacientes especialmente desafiantes y agresivos. También se vio afectado por los cambios de personal y su poca familiarización con el paquete de cambios, éste cuestionaba su efectividad y podría influir sobre los esfuerzos y compromiso del resto.

Estudio 3. Valoración cualitativa de medidas de prevención e intervención en conflictividad con usuarios en los servicios de Atención Primaria

E3.1. Resumen

Antecedentes

La preocupación por perseguir entornos sanitarios mas seguros y libres de violencia laboral sanitaria ha crecido en los últimos tiempos tanto a nivel de investigación como a nivel institucional. Una cuarta parte de la violencia laboral se produce en el ambiente sanitario. La AP no está exenta de ataques violentos y ocupa uno de los sectores mas vulnerables, sin embargo ha sido menos abordada por la literatura. El tipo de violencia mas común es la provocada por los usuarios y/o sus familiares hacia el personal sanitario. Se han puesto en marcha numerosos planes de preven-

ción para atacar esta temática e impactar sobre los índices de violencia, pero en su mayoría están dirigidos al personal y queda olvidada la perspectiva del usuario y su implicación en los mismos.

Objetivos

El presente estudio tiene como objetivos, por un lado, la elaboración de un paquete de propuestas de prevención e intervención que impliquen al usuario y vayan dirigidas a minimizar y prevenir la agresión hacia el personal sanitario por parte de los usuarios y/o sus familiares en entornos de AP y seguidamente conocer la opinión de los propios usuarios sobre dicho paquete de medidas. Método: el presente estudio es de carácter cualitativo, en un primer paso se elaboró un guion consensuado por parte del equipo investigación para la valoración del programa y se realizaron un total de 5 grupos focales. Estos estaban compuestos de entre 6-8 participantes. La muestra total de usuarios de AP y pertenecientes al Servicio Murciano de Salud fue de 38 participantes.

Resultados

En la primera medida de resultados, las intervenciones se agruparon en 4 bloques: medidas enfocadas a mejorar la comunicación, medidas orientadas a la reducción de la carga de trabajo, medidas orientadas a la creación de nuevas competencias y crecimiento personal/profesional. Una vez agrupadas, los usuarios las evaluaron

en función de sus aspectos positivos (comentarios afirmativos sobre las propuestas y beneficios obtenidos), en función de sus aspectos negativos y en función de las características de la puesta en marcha de la intervención.

Conclusiones

Los usuarios de los servicios de AP han aportado comentarios de afirmación y aceptación sobre las intervenciones planteadas, beneficios que creen podrían obtenerse tras la implantación, aspectos negativos que no comparten con las propuestas, características que creían necesarias aclarar y posibles alternativas a tener en cuenta para un mayor éxito en su puesta en marcha. Dentro de todas las propuestas expuestas, las de mayor preferencia y de mayor prioridad entre los usuarios fueron, la contratación del personal administrativo para informar al usuario, la contratación de personal especializado, la incorporación de la asistencia por la tarde, comunicación de los tiempos de espera y la formación del personal en empatía. También, y aunque no fue una medida propuesta, el usuario reclama mas tiempo en la consulta diaria. Los usuarios también comentaron a pesar de considerar medidas necesarias, los impedimentos por la falta de recursos para la puesta en marcha de algunas medidas, la poca aceptación que creen que tendrían por parte del personal y la dificultades técnicas de otras.

E3.2. Metodología

E3.2.1. Justificación

Siguiendo lo planteado en trabajos anteriores el interés por el bienestar de los profesionales sanitarios ha ido en aumento en las últimas décadas. Según el informe presentado por la Comisión Europea en el “Marco estratégico de la Unión Europea en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación” (Comisión Europea, 2021), es necesario nuevas medidas y enfoques en los lugares de trabajo para conseguir ambientes laborales seguros.

Dada la alta incidencia de violencia sanitaria, esta no queda exenta de la necesidad de estas nuevas medidas (Liu *et al.*, 2019). Particularmente, las unidades de mayor riesgo son las Prehospitalarias, las de Emergencias, Salud Mental y AP.

La bibliografía apunta que los nuevos modelos de prevención e intervención en violencia de usuario hacia el personal sanitario con mayor éxito son aquellos que incluyen paquetes de medidas de acciones múltiples y con la implicación de todas las partes: cambios en el sistema, propuestas de trabajo con el profesional y propuestas de trabajo con los usuarios (Somani *et al.*, 2021). La perspectiva del profesional ha sido abordada en numerosas ocasiones y existe una diversidad de estudios cualitativos basados en el personal sanitario que aportan información relevante sobre sus experiencias, sus necesidades, sus sentimientos, sus percepciones y su formación

(Dafny y Beccaria, 2020; Maagerø-Bangstad *et al.*, 2020b; Ramacciati *et al.*, 2018; Tucker *et al.*, 2020). Sin embargo y a pesar de que en estudios previos demuestran que el usuario recuerda mejor las intervenciones en las que se siente partícipe, las investigaciones no han indagado mucho en este terreno y la implicación del mismo ha quedado olvidado en muchas ocasiones (Fletcher *et al.*, 2019; Somani *et al.*, 2021).

Los estudios que aborden programas de intervención en AP son escasos y en su mayoría desde una investigación cuantitativa y profesional (Galían-Muñoz *et al.*, 2018; López-García *et al.*, 2018). Por eso, tras lo expuesto anteriormente, conocer la perspectiva de los propios usuarios e implicarlo en la propuesta del paquete de medidas preventivas y de intervención sobre el uso del Servicio de AP y el trato recibido por sus trabajadores, ha sido una de las claves de nuestras investigaciones.

E3.2.2. Objetivos

Para el planteamiento de los objetivos del presente estudio se ha tenido en cuenta estudios previos del equipo de investigación, la revisión sistemática específica de medidas a usuarios (López-Ros *et al.*, in press), el estudio de Pina *et al.* (2021) y por último un estudio cualitativo a profesionales de Pina *et al.* (2022). Teniendo en cuenta esto, proponemos tres objetivos principales:

- Objetivo General 1. Extraer de los estudios cualitativos a profesionales y usuarios así como de las revisiones sistemáticas aquellas medidas potencial-

mente elegibles para nuestro estudio.

- Objetivo General 2. Elaborar un paquete de medidas de intervención o prevención que impliquen al usuario y vayan dirigidas a minimizar y prevenir la agresión hacia el personal sanitario por parte de los usuarios y/o sus familiares en entornos de AP.
- Objetivo General 3. Conocer la opinión de los usuarios sobre la propuesta de medidas seleccionadas.

E3.2.3. Muestra

El estudio cualitativo se desarrolló con usuarios de la Región de Murcia. El reclutamiento de los participantes se llevo a cabo mediante bola de nieve a los que los miembros del equipo tenían acceso. Los participantes seleccionables para el estudio eran aquellos que hacían un uso de varias veces al año de los centros de AP y pertenecían al Servicio Murciano de Salud.

Los criterios de elegibilidad utilizados para la selección de pacientes fueron:

- a) ser usuario de AP en Salud Pública
- b) ser mayor de edad.

Los criterios de exclusión fueron:

- a) no firmar el consentimiento informado

- b) ser principalmente usuarios de Salud Privada
- c) contar con algún tipo de discapacidad que impida la comprensión o expresión verbal
- d) haber participado en el anterior grupo focal a usuarios.

Las entrevistas se realizaron durante el mes de marzo de 2022. Fueron contactados primeramente un total de 50 usuarios de los que finalmente participaron 38 (84.2% mujeres). No se exigió a los participantes que hubieran participado en algún incidente de violencia en un centro de AP, sin embargo, el 37.8% reconoce haber tenido algún conflicto y el 68.5% reconoce haber presenciado un conflicto entre otro usuario y un profesional. La mayor parte eran estudiantes universitarios (35.1%) o se encontraban en situación laboral activa (35.1%), solteros (50%) y visitaban los centros de AP entre 0 y 1 vez al mes (83.8%). La edad media de los participantes fue de 40.8 (DT = 19.23) y un rango de edad entre 20 y 76 años. En la tabla E3.1 se puede observar las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla E3.1

Características sociodemográficas de la muestra. Estudio 3

Característica sociodemográfica	N	%
Sexo		
Hombre	6	15.79
Mujer	32	84.21
Situación laboral		
Activo	13	34.21
Jubilado	8	21.05
Baja laboral	3	7.90
Otros	13	34.21
Perdidos	1	2.63
Estado civil		
Soltero/a	19	50
Casado/a o pareja de hecho	8	21.05
Separado/a o divorciado/a	7	18.42
Otros	4	10.53
Frecuencia en la que acude al centro de Atención Primaria al mes		
0-1	31	81.6
2-3	3	7.9
4 o más	3	7.9
Perdidos	1	2.6
Ha tenido algún conflicto en su centro de Atención Primaria con algún miembro del personal?		
Nunca	23	60.5
En alguna ocasión	14	36.9
Perdidos	1	2.6
¿Ha presenciado usted algún conflicto con algún miembro del personal en su centro de Atención Primaria?		
Nunca	12	31.58
En alguna ocasión	18	47.37
A menudo	8	21.05

E3.3. Procedimiento

En la figura E3.1 se puede observar las distintas fases y estudios del proceso llevadas a cabo para la obtención del paquete de medidas con implicación del usuario.

En primer lugar, a través del trabajo de Pina *et al.* (2021) a usuarios de AP, se identificaron 5 bloques temáticos respecto a las propuestas de soluciones o medidas aportadas por los propios usuarios a los conflictos en los centros de salud (Fase 1: estudio 1 de la presente tesis)

Posteriormente, se realizaron diversas revisiones de la literatura en busca de medidas de prevención de violencia laboral sanitaria de usuarios hacia profesionales dirigidas a todas las partes implicadas, en las que fueron identificados 32 artículos. Específicamente, en lo que a medidas dirigidas a usuarios se refiere, 7 estudios recogían medidas o acciones que implicaban al usuario (López-Ros *et al.*, in press), extrayéndose de ellos 30 propuestas (Fase 2: estudio 2 de la presente tesis).

Para el proceso de extracción de medidas se ha tenido también en cuenta el estudio de Pina *et al.* (2022); un estudio cualitativo de análisis de focos de conflicto y sus propuestas de solución a profesionales y cuya publicación es posterior a la revisión sistemática. De todo este proceso y con el fin de concluir la fase 3, fueron extraídas aquellas medidas potencialmente elegibles mediante una puesta en común de todos los investigadores implicados en el proceso relacionadas con el interés de esta investigación. En todas ellas debía abordarse la violencia de usuarios y/o sus

familiares hacia el personal sanitario y no sanitario dentro de la AP y que implicaran al usuario.

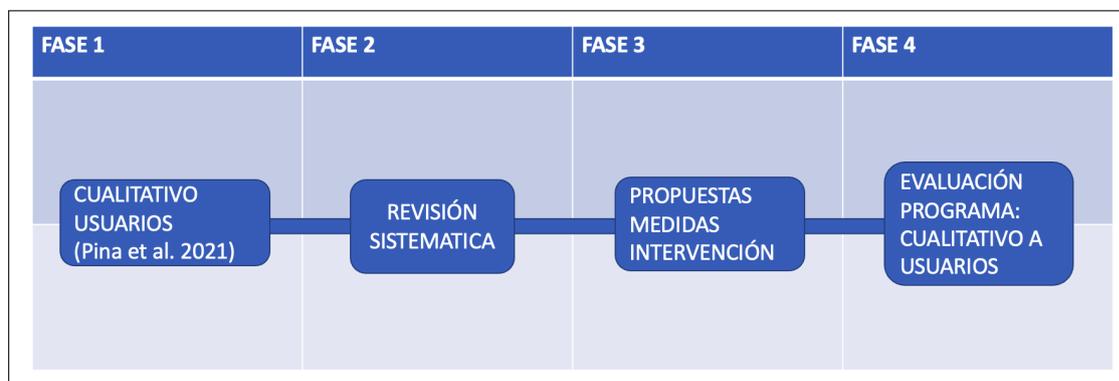


Figura E3.1: Fases del proceso de investigación.

Con el fin de alcanzar el objetivo 3 propuesto en el presente estudio, como último paso se realizó un estudio cualitativo para la evaluación del programa (fase 4), este siguió las recomendaciones de la guía COREQ para grupos focales (Tong *et al.*, 2007).

Tras el reclutamiento de pacientes y firma del consentimiento, se llevaron a cabo un total de 5 grupos focales con una duración de entre 80 y 90 minutos y entre 6-8 participantes por grupo. Las reuniones se realizaron por videollamada debido a la situación actual de la COVID-19. Los participantes volvieron a dar su consentimiento verbal para la grabación y posterior transcripción, se les recordó también el tratamiento de los datos, cualquier dato que pudiera identificar al participantes u otra persona fue sustituido por un código. Así mismo la grabación fue destruida tras la transcripción.

E3.3.1. Recopilación de datos

La metodología aplicada en el estudio de López-Ros *et al.* (in press) y Pina *et al.* (2021) ha sido descrita con anterioridad por lo que en esta sección se describirá la utilizada para la selección de medidas y el estudio cualitativo.

En una primera fase, se elaboró un conjunto de medidas de prevención para la resolución de los principales focos de conflicto recogidos en los centros de AP y basadas en las aportaciones de los cualitativos y la revisión. Seguidamente, se estableció como criterio de selección para su inclusión en el estudio cualitativo, aquellas medidas dirigidas al usuario o destinadas a provocar un cambio de actitud en el mismo.

Para el estudio cualitativo, y con el fin de obtener la mayor información sobre la opinión de los usuarios, se recogieron los datos por medio de la realización de grupos focales. Para ello, los investigadores elaboraron previamente un guion informativo, el cual podemos observar en la tabla E3.2. Un grupo de expertos aprobó el guion elaborado y fue complementado a través de mapas conceptuales. Finalmente un grupo de usuarios no pertenecientes en este estudio, aprobó dicho documento (Morales, 2016), durante las entrevistas fue transmitido de forma verbal por parte de los investigadores en todos los grupos focales.

Seguidamente, tras recibir la información pertinente del funcionamiento y desarrollo de las sesiones, todos los participantes firmaron el consentimiento informado aceptando su participación y la grabación de las reuniones (Anexo III).

Al igual que en el estudio cualitativo anterior, Pina *et al.* (2021) se siguieron todas las recomendaciones según la bibliografía para la realización de grupos focales respecto a tiempo, número de participantes, actitud de los investigadores, responsabilidades de los mismos, interacciones con los entrevistados etc.

E3.3.2. Contenido de las entrevistas

El contenido de la entrevista fue marcado por la propuestas de prevención e intervención dirigidas al usuario relacionadas con la mejora del clima en los centros de AP. Se preguntó, en todos los casos, a los participantes su opinión sobre las mismas, su viabilidad sobre la puesta en marcha y la opinión sobre la acogida por parte de los usuarios. Las propuestas fueron divididas en varios bloques: medidas enfocadas para la mejora de la comunicación, medidas enfocadas para la reducción de trabajo o presión asistencial y la medidas relacionadas con la creación de nuevas competencias. Por último, y de manera general, también se preguntó, su opinión sobre la necesidad de crecimiento personal y profesional a los trabajadores así como de las medidas propuestas cuales creían mas necesaria. De manera esquemática podemos observar el contenido de las entrevista seguido en todos los grupos focales en el guion elaborado por el grupo de expertos (tabla E3.2).

Tabla E3.2

Guion para grupos focales y contenido de las entrevistas a usuarios sobre medidas de AP.

TEMA	EJEMPLO
Bienvenida y presentación de los miembros del equipo investigador	Agradecimiento y bienvenida Presentación de los miembros del equipo
Objetivo de la sesión	Conocer la opinión de los usuarios del Servicio Murciano de Salud sobre las propuestas de intervención indicadas para la mejora de la relación profesional-usuario en la Atención Primaria.
Contenidos fundamentales de la sesión	Os hemos juntado todos ya que nos interesa conocer vuestra experiencia, la de de cada uno de vosotros y vosotras sobre las medidas de intervención que os iremos comentando durante la sesión. Por nuestra parte, haremos preguntas generales relacionadas con tres aspectos fundamentales: (1) Propuestas para mejorar la comunicación, (2) Propuestas enfocadas para reducir la carga asistencial o presión asistencial, (3) Medidas preventivas que implican generar nuevas competencias y (4) Formación del profesional en habilidades de comunicación.
Duración y pausa	La sesión tendrá una duración de aproximadamente 90 minutos. Le dedicaremos aproximadamente unos 10 minutos por propuesta.
Necesidades de la investigación: el registro	Ya que esto es una investigación de la universidad, con vuestro permiso vamos a grabar lo que nos contéis para poder analizarlo después.

TEMA	EJEMPLO
Énfasis en la confidencialidad y necesidad de sinceridad	<p>Todo lo que digamos en la reunión será confidencial y anónima. Por eso os pedimos que seáis sinceros y honestos en todo lo que nos contéis.</p> <p>Por favor es importante que os sintáis libres para expresar sus opiniones abiertamente ya que nos interesa conocer la realidad. Sería una pena que por cortesía o vergüenza no nos contarais las cosas más importantes.</p> <p>No hay respuestas correctas ni equivocadas, si no diferentes puntos de vista. Por favor contad vuestro punto de vista aunque sea diferente al de los demás.</p> <p>Estamos igual de interesados en las cosas negativas como positivas, todos pueden ser útiles</p>
Normas básicas de interacción en el grupo	<p>Antes de comenzar, os vamos a contar algunas normas generales:</p> <p>Tratad de hablar de uno en uno, porque no queremos perdernos ninguno de vuestros comentarios, y si hay varias personas hablando al mismo tiempo puede suponer un problema</p> <p>Contestarán a las cuestiones teniendo en cuenta sus propias experiencia y la de vuestros conocidos y conocidas</p> <p>Seguimiento de las indicaciones del entrevistador.</p>
Nuevo agradecimiento y presentación de los participantes de la sesión	<p>De nuevo queremos daros las gracias por participar en la sesión y ayudarnos en la investigación sobre que puede generar conflicto en los usuarios en relación con el personal sanitario.</p> <p>Antes de comenzar, es conveniente que se presenten brevemente, digan su nombre.</p> <p>Muchas gracias por todo.</p>

TEMA	EJEMPLO
Estructura. Introducción General	<p>Esta investigación forma parte de una investigación mas amplia y estamos en la fase 2</p> <p>Anteriormente se recogieron los principales focos de conflicto desde varios puntos de vista incluyendo usuarios y profesionales con estudios similares.</p> <p>Vuestro papel ahora es dar vuestra opinión sobre dichas propuestas.</p> <p>Las vamos a dividir en los cuatro grandes bloques citados anteriormente (1) Propuestas para mejorar la comunicación(2) Propuestas enfocadas para reducir la carga asistencial o presión asistencial (3) Medidas preventivas que implican generar nuevas competencias (4) Formación del profesional en habilidades de comunicación.</p>
Aspectos a valorar	<p>Lo que necesitamos saber sobre cada una de las intervenciones o conjunto de actividades propuestas, es vuestra opinión sincera sobre las mismas y si creéis que su puesta en marcha tendría una buena acogida por parte de los usuarios y mejoraría la relación profesional-usuario.</p>
Agradecimientos y despedida	<p>Os vuelvo a dar las gracias a todos por vuestra participación, la información recogida será de gran ayuda para nuestro trabajo y para la investigación sobre la violencia sanitaria y sus medidas de prevención.</p> <p>Antes de despedirnos recordaros rellenar la encuesta con la recogida de algunos datos demográficos.</p> <p>Os recuerdo que toda la información será confidencial y guardara en todo momento el anonimato.</p> <p>Gracias por vuestra colaboración.</p>

E3.3.3. Análisis de datos

Para el análisis de datos se siguió la propuesta de Braun y Clarke (2006). Se realizó mediante 6 fases y análisis temático con un enfoque inductivo constructivista. Este método consta de 6 fases. En una primera fase se realizó la transcripción de las grabaciones por grupos, tomando notas para recoger ideas por parte de los investigadores y ayudar en las siguientes fases.

En una segunda fase, los resultados son codificados mediante códigos iniciales y se discuten por pares, cuando no existió consenso se propuso una codificación múltiple. Los códigos fueron generados mediante un método inductivo o ascendente para identificar datos sin pretender encajar estos en un marco teórico preexistente.

Posteriormente, en una tercera fase, se plantearon subtemas agrupando estos códigos construyendo mapas y tablas. Fueron revisados y debatidos por los distintos investigadores los temas generados en una cuarta fase. Posteriormente, se definieron y nombraron los temas y se discutió sobre la saturación de datos. Finalmente en la sexta fase, se realizó el informe final.

E3.4. Resultados

E3.4.1. Resultados sobre las medidas propuestas

Para la elaboración de las medidas de intervención, de forma general, se ha tenido en cuenta, por un lado, cubrir los puntos claves a trabajar en base a los resultados de los estudios anteriores (Pina *et al.*, 2021; Pina *et al.*, 2022), como pueden ser los déficit a nivel de organización, los déficit de actitud, los déficit de atención, problemas en la relación profesional-paciente, déficit en educación-formación, etc. Por otro lado, las propuestas de intervención como resultado de los cualitativos, de la revisión sistemática y de la literatura (Pina *et al.*, 2021; Pina *et al.*, 2022; López-Ros *et al.*, in press): cambios en la gestión, mas formación, mas comunicación, implicación del usuario, mayores vínculos, etc. Otro factor condicionante para la elaboración de las medidas fue el coste económico. Se dio preferencia a aquellas medidas de menor coste económico en comparación a las de mayor coste.

Igualmente, se ha tenido en cuenta para la planificación de los trabajos, que los nuevos modelos de prevención e intervención en violencia de usuario hacia el personal sanitario con mayor éxito son aquellos que incluyen paquetes de medidas de acciones múltiples y con la implicación de todas las partes: cambios en el sistema, propuestas de trabajo con el profesional y propuestas de trabajo con los usuarios (Somani *et al.*, 2021).

Específicamente, en respuesta al primer objetivo planteado “Extraer de los estu-

dios cualitativos a profesionales y usuarios, así como de las revisiones sistemáticas, aquellas medidas potencialmente elegibles para minimizar o prevenir la agresión sanitaria”, en una primera fase se extrajeron medidas dirigidas a todas las partes implicadas. A modo de ilustración, en la E3.3 podemos observar el resumen de los resultados de las propuestas realizadas por los usuarios y los profesionales (Pina *et al.*, 2021; Pina *et al.*, 2022). Se recopilaron un total de treinta y dos medidas de intervención. Algunas de ellas estaban propuestas por los usuarios, otras por los profesionales y en otras fueron propuestas por los dos grupos indistintamente.

Tabla E3.3

Extracción de las propuestas de los grupos focales a usuarios y a profesionales.

PROPUESTA	GRUPO QUE LO PROPONE
Ampliar la cita online para todas las consultas, pero no como única opción	Usuarios
Accesibilidad para contactar con la gerencia por parte de los usuarios	Usuarios
Facilitar información de los tiempos de espera	Usuarios + Profesionales
Necesidad de descanso del personal establecido en los horarios	Usuarios + Profesionales
Consulta telefónica, telemática o presencial a elegir por el usuario	Usuarios
Normas y protocolos comunes para todos los profesionales y para todos los centros de Salud	Usuarios + Profesionales
Digitalizar el servicio, dar a conocer el portal del paciente y quitar tarjeta sanitaria	Usuarios

PROPUESTA	GRUPO QUE LO PROPONE
Grupos de apoyo para determinadas patologías que tienen características en común	Usuarios + Profesionales
Personal de apoyo específica solamente para coger el teléfono para dar cita	Usuarios
Fomentar la retroalimentación de los profesionales mediante encuestas de satisfacción	Usuarios
Contratación de personal para reducir tiempo espera consulta y/o ampliar tiempo de consulta	Usuarios
Personal específico que realice tareas de promoción de la salud	Usuarios + Profesionales
Instaurar figura polivalente y liberado para la gestión de las Urgencias	Usuarios + Profesionales
Alternativas en los tratamientos. El usuario debería implicarse en la decisión de sus tratamientos	Usuarios + Profesionales
Disponibilidad de horarios para compatibilidad de la vida laboral y escolar: horario de mañana y tarde	Usuarios
Personal sanitario destinado exclusivamente a las urgencias	Usuarios + Profesionales
Campañas de salud mental para tratar temas psicosociales creados por la pandemia	Usuarios
Fomentar los grupos de apoyo para los tratamientos de problemas psicosociales	Usuarios + Profesionales
Campañas informativas de uso de tecnologías tanto a usuarios como a trabajadores	Usuarios
Formación en autoseguridad para profesionales	Profesionales
Formación específica para el profesional Administrativo	Profesionales

PROPUESTA	GRUPO QUE LO PROPONE
Terapia de grupo como solución para descongestionar la demora asistencial	Profesionales
Formación práctica o aplicada ante situaciones conflictivas para profesionales	Profesionales
Formación en habilidades como el asertividad, la empatía, la gestión de la frustración, etc.	Usuarios + Profesionales
Formación en mediación en conflictos	Profesionales
Fomentar habilidades de comunicación	Profesionales
Formación en abordaje psicosocial de casos y desmedicalización	Usuarios + Profesionales
Talleres enfocados a las tipologías de pacientes conflictivos	Profesionales
Cohesión grupal: eliminación de jerarquías, fomentando el respeto y la igualdad entre profesionales	Profesionales
Fomentar grupos de trabajo, vías de comunicación y consensuar ciertos procedimientos	Profesionales
Reuniones organizativas y motivacionales	Profesionales
Fomento de actividades que mejoren el clima laboral.	Profesionales

Asímismo, en la tabla E3.4, se puede observar, a modo de resumen, los resultados de las propuestas extraídas de las distintas revisiones bibliográficas tanto específicas de medidas a usuarios (López-Ros *et al.*, in press) como dirigidas a profesionales o de cambios en el sistema aplicables a la AP.

Tabla E3.4

Resultados de propuestas extraídas de las revisiones.

PROPUESTAS	REFERENCIAS
Plan conjunto de Crisis: Toma de decisiones compartida, involucrar al paciente en la toma de decisiones de su tratamiento y en situación de crisis	(Henderson <i>et al.</i> , 2009)
Intercambio de tickets entre trabajadores y usuarios. Registro de opiniones, demandas y reclamaciones	(Batista <i>et al.</i> , 2011)
Reuniones locales con la comunidad de usuarios	(Batista <i>et al.</i> , 2011)
Representantes comunitarios en los centros de salud	(Batista <i>et al.</i> , 2011)
Informar y formar a la población sobre el funcionamiento del Sistema Único de Salud y la Estrategia Programa de Salud de la Familia	(Batista <i>et al.</i> , 2011)
Fomento de la Imagen de Enfermeros de Urgencias y Accidentes en la prensa	(Ramacciati <i>et al.</i> , 2018)
Campañas informativas y educativas para usuarios	(Ramacciati <i>et al.</i> , 2018)
Encuentros diarios para ofrecer y recibir ayuda y apoyo mutuos compartido (programa “salas seguras”)	(Fletcher <i>et al.</i> , 2019)
Conozca cada uno al Otro: Los pacientes y el personal comparten algunos intereses e ideas personales entre sí, que muestran en las áreas comunes de la unidad	(Fletcher <i>et al.</i> , 2019)
Trabajo entre pacientes y el personal para crear aspiraciones mutuamente acordadas que se apliquen a ambos grupos por igual	(Fletcher <i>et al.</i> , 2019)

PROPUESTAS**REFERENCIAS**

Antes del alta, los pacientes dejan mensajes de esperanza para otros pacientes en una pantalla de la unidad	(Fletcher <i>et al.</i> , 2019)
Comunicación activa y visible a toda la comunidad sobre la incidencia de vasos de violencia de usuarios	(O'Sullivan <i>et al.</i> , 2020)
Reuniones semanales con la comunidad	(O'Sullivan <i>et al.</i> , 2020)
Formación previa al personal de nueva contratación: protocolo de acogida	(Batista <i>et al.</i> , 2011)
Formación para aumentar las habilidades de comunicación y resolución de conflictos	(Jeong y Lee, 2020)
Formación orientada a que el propio profesional se sienta mejor	(Lantta <i>et al.</i> , 2020; Maagerø-Bangstad <i>et al.</i> , 2020)
Reuniones periódicas entre profesionales incluyendo de forma puntual al usuario para intercambio de conocimientos experimentales y evaluar incidentes en el trabajo	(Gamme y Eriksson, 2018; Maagerø-Bangstad <i>et al.</i> , 2020; O'Sullivan <i>et al.</i> , 2020)
Uniformidad en los cuidados	(Gamme y Eriksson, 2018; Maagerø-Bangstad <i>et al.</i> , 2020; O'Sullivan <i>et al.</i> , 2020)
Realizar las consultas domiciliarias en equipo cuando son pacientes conflictivos	(Gamme y Eriksson, 2018)
Ampliación de la asistencia sanitaria a horario de mañana y tarde como opción para la conciliación familiar/ laboral del usuario	(Oliva y Oliva, 2017)
Figura polivalente o de prevención del conflicto como mediadora o forma de intervención en situaciones de violencia en AP	(Landoll <i>et al.</i> , 2019)
Médico triador o "liberado de Urgencias" como modo de descongestión de los servicios	(Elsi y Novera, 2019)

Posteriormente, los resultados obtenidos se agruparon en cuatro líneas de intervención según el objetivo de actuación perseguido, acorde a los principales focos de conflicto detectados y necesidades dentro de la AP. En primer lugar, se agrupan aquellas medidas centradas en la mejora de la comunicación. En segundo lugar, se exponen aquellas medidas orientadas a reducir la carga asistencial. En tercer lugar, se proponen medidas para facilitar competencias en los profesionales. Por último, se agrupan medidas centradas en el crecimiento personal y profesional del personal de AP. Se pueden observar más detalladamente y a modo de ilustración en la figura E3.2.

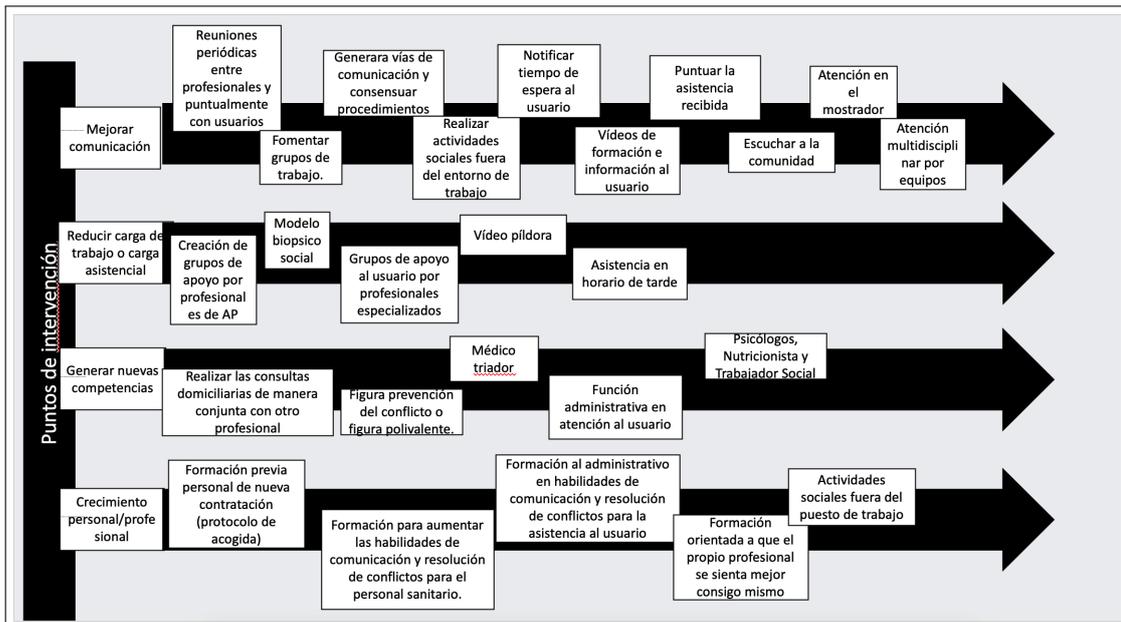


Figura E3.2: Resultados de la extracción de medidas conjuntas a partir de los cualitativos y revisiones sistemáticas aplicables a AP dirigidas a todas las partes implicadas.

Finalmente se seleccionaron 12 medidas, que podemos observar en la figura E3.3 a modo de resumen, a incluir en el cualitativo. Su nexo de unión es que tienen en

común la implicación del usuario en las mismas o que estén enfocadas a provocar un cambio en su actitud para mejorar la violencia sanitaria tipo II en la AP.

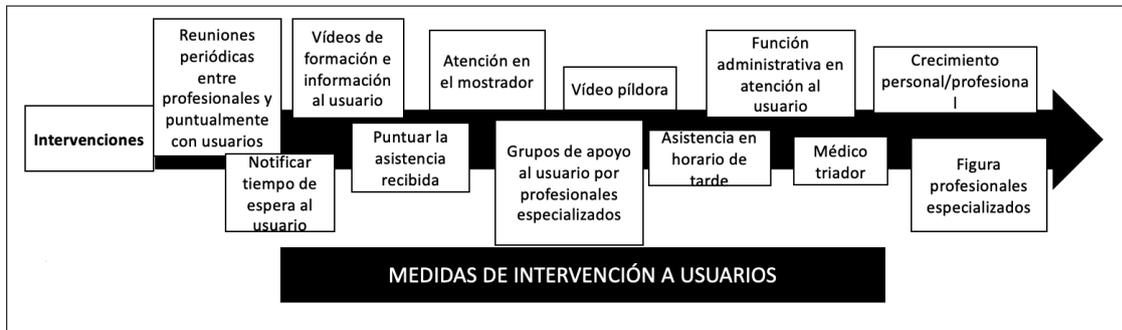


Figura E3.3: Resultado de las medidas propuestas a los participantes.

Medidas orientadas a mejorar la comunicación

a) Reuniones periódicas entre profesionales donde incluir al usuario de forma puntual:

Escuchar a la comunidad

Si se quiere mejorar la relación entre usuarios-profesional, la comunicación entre ambos debe potenciarse. Por eso se propone incluir al usuario en algunas de las reuniones del equipo, de cada uno de los centros de Salud mediante un representante comunitario para tratar los temas mas conflictivos, escuchar las deficiencias por ambas partes y proponer medidas para una posible solución. El papel del representante comunitario sería fundamental, este tendría la función de escuchar y recoger los conflictos en la relación usuario-profesional por parte de los usuarios y mediar buscando soluciones teniendo en cuenta ambas partes. Los centros de AP tendrían una mayor información de las necesidades de su comunidad, una mayor comunicación y un aumento de la sensación de trabajo en equipo (Batista *et al.*,

2011; Fletcher *et al.*, 2019 ; O'Sullivan *et al.*, 2020).

Para facilitar que el usuario pueda hacer llegar sus experiencias, pueden utilizarse diferentes vías de comunicación, asociaciones de vecinos, buzones en los centros de salud o incluso a través de correo electrónicos. Las aportaciones de los usuarios recopiladas serán transmitidas por un usuario representante en las reuniones con el equipo de profesionales. No hay que olvidar que si queremos que sea una medida eficaz, el usuario habitual de los centros de salud, debe ser conocedor de esta nueva figura, por ello se propone una vez mas su máxima difusión mediante cartelera, App o videos informativos en las salas de espera.

b) Notificación de los tiempos de espera

Uno de los puntos mas conflictivos y de continúa tensión entre los usuarios, se produce en los tiempos de espera previos a las consultas causados por los retrasos asistenciales. Esto provoca inquietud, nerviosismo y dificultades a la hora de la compatibilidad de la vida laboral del usuario (Galían-Muñoz *et al.*, 2018; Ruiz-Hernández *et al.*, 2019).

Para disminuir estos conflictos, se propone la notificación a tiempo real del turno de asistencia, con el fin de disminuir los conflictos causados por los tiempos de espera en las salas y facilitar la compatibilidad de la vida laboral con la AP. Facilita la organización del usuario en activo y la gestión de su tiempo. Como vías de comunicación se proponen varias alternativas con el fin de poder llegar al máximo de usuarios: en la propia App para evitar los traslados a las salas de espera

antes de tiempo, mediante mensaje y en pantalla ubicadas en las salas de espera de cada consulta médica. Es importante ofrecer varias alternativas de comunicación destinadas a aquellos usuarios que no manejen bien las nuevas tecnologías, que no tengan acceso a ellas y los ya desplazados al centro (Pina *et al.*, 2021).

c) Vídeos de formación e información al usuario

La falta de información puede generar un uso inadecuado del sistema y como consecuencia un foco de conflicto. Por eso se hace necesario reforzar las vías de información al usuario sobre el uso y los distintos recursos del propio sistema sanitario (Ramacciati *et al.*, 2018; Vezyridis *et al.*, 2015). Los principales puntos de información que deben reforzarse podrían ser: Vías activas de pedir cita y como usarlas(pedir cita mediante la App, pedir cita por teléfono y pedir cita por vía telemática), tipos de consultas existentes y cuándo y como usarlas (la consulta telefónica, la presencial o la telemática), uso del portal del paciente (dar a conocer su existencia, facilitar el alta e informar de su uso y sus beneficios), donde dirigirse para resolver dudas, uso de las urgencias (cuándo se debe acudir a urgencias y alternativas que tiene el usuario), como gestionar una baja en caso necesario, y por último se hace evidente que el usuario al igual que conozca sus derechos también sea conocedor de sus obligaciones (Batista *et al.*, 2011).

Por otra parte, también es necesario trabajar hacia un cambio de actitud del usuario, por lo que se necesita formar a este mediante la creación de campañas en temas relacionados con la violencia sanitaria: que podemos hacer para evitarla

y como actuar ante una situación de conflicto (Maagerø-Bangstad *et al.*, 2020a; de Souza *et al.*, 2020; Raveel y Schoenmakers, 2019). Otra difícil tarea a la que debe enfrentarse el profesional y en la que también se hace necesarias campañas de formación, es el acceso a información poco fiables con fines de autodiagnóstico y autotratamiento. Esto puede generar continuos desacuerdos entre la valía del profesional y la información que dispone el usuario. Debe reforzarse la confianza en el profesional si queremos disminuir estas acciones.

La propuesta para reforzar la información y formación del usuario, sería mediante la distribución de videos cortos y sencillos a través de la App, a través de pantallas en las salas de espera y a través del portal del paciente sobre los temas citados anteriormente (Pina *et al.*, 2021). Creemos que se pueden obtener diversos beneficios a parte de disminuir los conflictos por la falta de información, también podría ayudar a disminuir las listas de espera al dar a conocer otras vías alternativas de asistencia (uso de nuevas tecnologías), un mejor uso del sistema, aumentar las vías de comunicación mejorando la sensación de mejor asistencia, disminuir el autodiagnóstico, disminuir el autotratamiento y una mayor concienciación de la problemática.

d) Puntuar la asistencia recibida

La comunicación y expresión del usuario sobre la atención recibida puede generar diversos beneficios sobre la reducción del conflicto y mejorar la calidad de la asistencia. El conocimiento de la puntuación recibida por parte del usuario hacia

el profesional favorece el feedback entre ambos. De forma colateral, esta acción también puede beneficiar al profesional mediante el refuerzo positivo de su trabajo y prevenir el síndrome de burnout.

Se propone poner al alcance del usuario cuestionarios sencillos de ejecución rápida que abarquen de manera amplia cuestiones básicas de la asistencia sanitaria. Se propone como método de respuesta mediante emoticonos o del 1-10 según el grado de acuerdo o desacuerdo. Algunas de las cuestiones a explorar pueden ser: puntuación sobre el trato recibido, puntuación de la asistencia médica recibida, puntuación sobre las condiciones del sistema y por último puntuación sobre el grado de confianza percibido.

- *“¿se ha sentido comprendido por el profesional?”*
- *“¿La asistencia sanitaria recibida ha cumplido con sus expectativas?”*
- *“¿Los medios y el tiempo de espera han sido adecuados?”*
- *“¿se ha sentido cómodo y respetado durante la consulta?”*

Las vías para llevar a cabo esta puntuación pueden ser varias de manera que estén accesibles para todos, pueden ser mediante la App o cuestionarios físicos que puedan ser entregados en administración durante o a lo largo del día que se ha llevado a cabo la asistencia en el Centro de Salud. Proponemos que se realicen de manera individual y la puntuación no sea colectiva, de tal manera que cada profesional sepa su propia puntuación (Pina *et al.*, 2021).

e) Atención al usuario en mostrador preservando la intimidad

Realizar la atención del mostrador por parte de los administrativos en mesas individuales y separadas con el fin de respetar la privacidad y dar un trato mas cercano al usuario. Esta medida esta orientada a disminuir los conflictos generados por la incomodidad del paciente y el derecho a su intimidad y su historia clínica (Pina *et al.*, 2021; Pina *et al.*, 2022).

Medidas orientadas a la reducción de la carga de trabajo.

a) Grupos de apoyo al usuario por profesionales especializados

Tanto el escaso tiempo de consulta como la falta de personal específico puede reflejar ciertas carencias asistenciales para determinados problemas de salud. El usuario reclama mas asistencia para abarcar problemas psicosociales, educación en hábitos saludables y asesoramientos de ayudas sociales.

Se propone la realización de “grupos de apoyo” agrupando usuarios que tengan en común la misma patología (Bastida *et al.*, 2011; Fletcher, 2019). Los grupos citados pueden emplearse en aquellas patologías mas frecuentes y mas comunes en los centros de salud donde los pacientes podrían ser derivados por el médico de cabecera correspondiente. Esta propuesta repercute tanto directa como indirectamente en varios de los focos de conflicto actuales en la AP, el exceso de medicalización, la falta de tiempo, la falta de recursos (Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019; Gamme y Eriksson, 2018; Landoll *et al.*, 2019). Por un lado al realizar sesiones

comunes a varios usuarios un solo profesional abarcaría mas a la vez, aumentando el tiempo dedicado a cada uno de los usuarios y ofreciendo un abanico asistencial mas amplio de cuidados y otras formas de tratamientos. Esperamos que así, se vea disminuida la medicalización, los tiempos y las listas de espera y los conflictos por falta de alternativas médicas.

La evidencia muestra que los equipos coordinados en AP en Prevención y Promoción de la Salud evitan números ingresos hospitalarios de emergencia mediante un enfoque centrado asistencia sanitaria preventiva y mejorar la calidad de vida (Kasteridis *et al.*, 2015; Landoll *et al.*, 2019; Straßner *et al.*, 2018).

Entre los temas que mas demanda el usuario y que proponemos abarquen estos grupos de apoyo podrían ser: apoyo psicosocial (terapias de relajación, técnicas de autoayuda, apoyo a la soledad, gestión de la ansiedad), fomento de la salud (alimentación y guía actividad física) y asesoramiento de ayudas sociales. Para una asistencia de calidad se hace necesario la contratación de personal cualificado como psicólogos, nutricionistas, especialistas en ciencias del deporte y trabajadores sociales.

b) Vídeos “Píldora”

Cada vez más es el propio usuario el que demanda mas información acerca de los procesos patológicos que atraviesa Debido fundamentalmente al tiempo limitado de las consultas en AP, el usuario para compensar esta falta de información busca alternativas que cumplimenten esta falta de información en medios dudo-

samente fiables. Por eso proponemos ofrecer al usuario una información adicional complementaria a la consulta llamados videos “píldora” explicativos, creados por profesionales, sobre información específica, alternativas de tratamiento saludable y fomento de la salud. Se trata de crear una serie de videos de información de las patologías mas frecuentes o información mas usual útiles para el usuarios enfocados en mejorar su salud (Pina *et al.*, 2021).

Una vez que el usuario asista a consulta, el propio médico de cabecera puede facilitar esta información adicional, mediante correo electrónico o mediante enlaces desde su área personal. Debe quedar claro que no se trata de sustituir, si no de ampliar la información recibida. Al estar realizado por los propios miembros del equipo de AP, sería una información mucho mas veraz que la consultada por otras vías. A su vez debe mantenerse dentro de la confianza usuario- profesional, sería información facilitada de forma individual y no de acceso libre.

De forma indirecta también se evitan las consultas tipo “paternalista” y se implica al usuario en su propio proceso curativo ofreciéndole alternativas, información y recomendaciones (Gilburt *et al.*, 2008; Gudde *et al.*, 2015; Maagerø-Bangstad *et al.*, 2020b)

c) Asistencia en horario de tarde

Ampliar la asistencia en horario de tarde para la AP con el fin de una mayor conciliación de la vida laboral/escolar del usuario y disminuir los abusos en las urgencias y los conflictos laborales. En muchas ocasiones la vida laboral y escolar

no es compatible con la asistencia sanitaria en AP, ambas hacen uso de horario de mañanas. Como alternativa a este conflicto en muchas ocasiones los usuarios terminan haciendo un uso inadecuado de las urgencias para poder recibir la asistencia sanitaria sin ser casos urgentes (Pina *et al.*, 2022). Esto ocurre tanto para adultos como para los niños, grades demandantes de la asistencia sanitaria en cuanto a revisiones, seguimientos de evolución, vacunas... Esto supone una carga a los padres incompatible con algunas vidas laborales. Abrir los centros de salud en horario de tarde podría suponer una solución a esta problemática y descargar a su vez el uso inapropiado de las urgencias (Oliva y Oliva, 2017).

Medidas orientadas a generar nuevas competencias

a) Función administrativa en atención del usuario

Se trata de crear un profesional específico de asistencia al usuario para ayuda a este. El usuario a veces se siente confuso y perdido tras la implantación de nuevas vías y plataformas de gestión de citas, teleasistencia, cita telefónica, etc. Este profesional se encargaría de atender, de forma exclusiva, dudas telefónicas del usuario entre las que se encuentran: (i) el manejo de las nuevas plataformas web, (ii) resolver problemas en la gestión y solicitud de citas médicas o de enfermería, o qué tipo de cita (presencial o telefónica) escoger para cada tipo de problema de salud, (iii) prevenir errores en la solicitud de cita como duplicaciones o ausencia de la misma, (iv) aclarar temas de actualidad.

b) Función triadora, médico triador “liberado de urgencias”

Se propone la creación de una figura nueva, un médico específico para atender las urgencias en AP que las valore y las trate. Esto puede evitar el abuso y favorecer la descarga. Esta función la desempeñaría un médico de AP que valoraría cada paciente y determinaría si es necesaria la asistencia inmediata o no requiere servicio de urgencia (Elsi y Novera, 2019; Pina *et al.*, 2021; Pina *et al.*, 2022).

Este mismo profesional sería el encargado de atender las urgencias, mediante la exploración física, tratamientos adecuados o derivación a otros servicios. Se pretende la educación al usuario a nivel del uso de las urgencias y disminuir la carga asistencial que a veces suponen estas visitas al profesional, sobre todo a última hora de la mañana.

c) Figura de profesionales especializados

Incorporación de profesionales específicos, como psicólogos, trabajadores sociales o nutricionistas, para darle un nuevo enfoque al tratamiento de las patologías desde modelos más bio-psico-sociales. Hoy en día estas carencias asistenciales son cubiertas de forma precaria por profesionales no especializados en la materia.

Se pretende con esta medida, conseguir un mayor enfoque biopsicosocial del paciente, educarlo en más aspectos referentes a temas de salud y descargar la asistencia sanitaria al fomentar la educación para la salud (Pina *et al.*, 2021; Pina *et al.*, 2022).

Crecimiento personal/profesional

De manera general, y aunque no eran medidas que impliquen directamente al usuario se aprovecharon los grupos focales y se preguntó también a los usuarios si veían necesario que el personal reciba formación encaminada a mejorar las habilidades de comunicación y resolución de conflictos así como la empatía, asertividad... y de todas las propuestas cuál pensaban que era más necesario.

E3.4.2. Resultados del estudio cualitativo

Los resultados del estudio cualitativo se pueden agrupar en tres grandes bloques para cada uno de los grupos de propuestas. Los entrevistados aportaron comentarios sobre los aspectos positivos de las mismas, aspectos negativos y características, bajo su punto de vista, de la puesta en marcha .

Resultados de las medidas orientadas a la mejora de la comunicación

a) Aspectos positivos sobre las medidas orientadas a mejorar la comunicación

En todos los grupos focales se destacaron aspectos positivos sobre la implementación de reuniones periódicas con los centros de AP, en los que incluir a un representante de los usuarios para favorecer las vías de comunicación y fortalecer los vínculos entre ambas partes. Dentro de esta propuesta, se destacaron principalmente dos beneficios entre todos los entrevistados relacionados con: descarga-beneficios

al profesional y la mejora en la relación con el profesional. En primer lugar, esta propuesta tuvo buena acogida por la mayoría de los participantes de todos los grupos repitiéndose de forma recurrente los comentarios de aceptación. El usuario apoya la necesidad de incluir personas a las que acudir y hacer participe en las decisiones para la resolución de conflictos en los centros de AP.

“El buzón yo creo que no es buena idea porque ya estamos cansados de buzones, de que te llamen por teléfono... yo quiero una persona. Ya nos van faltando personas a las que hablar y mirar a los ojos”

“Es muy buena idea, debemos tener alguien formado al que acudir y que nos represente desde nuestro punto de vista”

Al margen de la buena acogida de la propuesta, se destacó los beneficios que tendría este representante no solamente para el usuario si no también para los propios trabajadores, descargándoles de asumir dicha tarea y de asumir la responsabilidad de gestionar soluciones a los conflictos. Comentan que incluir una tercera persona para la gestión del conflicto puede mejorar la relación entre usuario y profesional.

“Yo entiendo que tendría que ser una persona que estuviera presencial en los centros y que, en el caso como lo que dice mi compañera, pues que el médico, que también sería descargarlo de responsabilidad”

“Yo pienso que puede ser buena idea porque, al fin y al cabo, siempre hay... bueno, siempre hay personas que no se quedan conformes con la forma que tienen algunos profesionales de tratar, entonces se los van guardado y siempre se quejan y entonces incluso puede haber gente que sienta como rechazo o algo a la hora de tratar con estos profesionales”

La falta de información sobre los tiempos de espera supone uno de los principales focos de conflicto, la hora de la atención en numerosas ocasiones no coincide con la hora real de consulta, ni presencialmente ni en la consulta telefónica, generando de manera secundaria conflictos laborales. Independientemente del tiempo de espera, el usuario manifiesta que no es informado del retraso y eso dificulta la gestión de su tiempo. La notificación de los tiempos de espera, genero comentarios positivos por parte de los usuarios, aunque también provocó bastante incertidumbre sobre su puesta en marcha.

Igualmente, se destacaron beneficios en su supuesta implantación: disminución de los conflictos laborales, una mejor gestión del tiempo, evitar contagios y la posibilidad de la realización de estadísticas reales para mayor conciencia pública. La conciliación entre la vida laboral y la atención sanitaria se hace compleja debido a la impuntualidad de la asistencia sanitaria. El usuario comparte la idea, de que conocer el tiempo real de consulta a través de la App o en pantallas presenciales, reduciría los conflictos laborales y ayudaría a la gestión de su tiempo de una manera mas eficiente.

“Sí es buena idea, es una mejora, porque cuando vuelves a tu puesto de trabajo ha tardado tanto tiempo algunas veces ni se lo creen, piensan que has pasado por tu casa, y más si vives cerca como es mi caso, hay veces que no se lo han creído que he tardado tanto tiempo”

“Pero incluso si en el móvil no, pero con pantalla allí en el centro de salud, que sepa, oye me falta un cuarto de hora, pues yo que vivo cerca incluso puedo salir a mi casa porque me he dejado algo tal encendido, cualquier cosa, o sea una necesidad urgente y dices algo bueno muchas veces allí esperando y estás pensando pues me he dejado el perrico fuera, o salir corriendo, y yo que sé que sepamos lo que nos queda porque algunas veces es mucho tiempo”

“Ayuda a optimizar el tiempo que uno consume y uno gasta”

La puesta en marcha de esta medida supondría una mejor gestión del tiempo del usuario pero, este también opina que ayudaría a evitar aglomeraciones y evitar contagios:

“Yo estoy de acuerdo, yo creo que sería una medida muy buena; también evitaría formar aglomeración, ¿no? en las salas de espera porque puede salir a la puerta el tiempo que sea necesario para esperar a tu turno, entonces también el caso de cuando vas al pediatra que vas con niños más enfermos con otros críos que no están enfermos, al final pues también ayuda a evitar algún tipo de contagio”

Finalmente, en este bloque los entrevistados destacaron la importancia de hacer

públicos los tiempos de espera con una doble finalidad: mejorar la gestión del tiempo por parte del usuario y recoger datos sobre el tiempo real de consulta y los retrasos. Los datos recogidos podrían servir para elaborar un análisis estadístico y evitar abusos por parte del trabajador.

“Queda constancia de registro de los horarios y de la prestación del servicio y, a su vez, de ahí a registrarlo solo hay un paso, y eso es fundamental para la estadística. Llego se puede medir la efectividad del servicio; son datos muy útiles”

“De manera pública saber qué está funcionando desde las 9 hasta las 2, por poner un ejemplo y si su consulta se apunte a las 10, es evidente que no ha estado el médico a las 9 por x motivo y no está pasando consulta, el problema es, que como yo sé que esto a veces, no es por una cuestión de atención al paciente, sino simplemente tienes cosas personales”

Se les propuso a los usuarios, la distribución de vídeos explicativos, con la idea de formar e informar a la población y disminuir los conflictos causados por la falta de información. Obtuvimos comentarios afirmativos sobre la propuesta. El usuario considera que las vías de administración propuestas para estos vídeos son las adecuadas y cómodas para ellos: presencial mediante pantallas en las salas de espera, en la App y en el portal del paciente.

“Yo creo que el ponerlo en las pantallas estas que se anunciaría también el tiempo de espera, eso sí que me parece mejor, porque si estas aburrida en la sala de espera no te queda otra que mirar a la pantalla. Entonces eso sí que me parece bastante buena idea”

“Por supuesto en el portal del paciente también ,porque no tienes que ir al centro ya desde casa puedes consultar alguna duda eso es también fundamental. A mí todavía me cuesta consultar algunas cosas pero sé que hay mucha gente detrás de mí que eso es lo que quieren, que es que esté en el portal del paciente y no en las en la sala de espera”

Los beneficios que los usuarios consideran, como consecuencia de mejorar las vías de comunicación, son principalmente una disminución de los conflictos, mayor accesibilidad a todo tipo de población y una disminución de la inseguridad. La ansiedad que genera el desconocimiento, sobre todo del funcionamiento del sistema, y el hecho de enfrentarse a situaciones nuevas puede alterar en algunas ocasiones a determinados usuarios y generar situaciones conflictivas.

“Muchos conflictos son por desconocimiento y la gente tampoco sabe dónde encontrar esa información porque va a preguntarla y no tienen tiempo para decírselo, entonces, el hecho de facilitar estos vídeos... si se hace bien, sobre todo, por la gente mayor que lo tiene menos accesible, yo creo que puede ayudar mucho”

“Entonces una forma de que mueran aquellas que no son realmente legítimas (las quejas) es tener acceso a esa información y que haya una persona que pueda canalizarlas”

“Si el usuario cuando va a buscar una información, cuando va a intentar informarse de algo, se mete y lo entiende, en vez de sentirse un poco que quiere traducir lo que le están diciendo, pues también hace que tu relación, ósea, cuando tú vas al centro de salud, no vayas de la misma manera, o sea, no te suponga el mismo estrés”

“Lo de los videos sería muy interesante porque puedes abarcar a mucha población, a los jóvenes también porque a veces no tienen ni idea, ... cuándo empiezan a ir solos, si tienen esos video pueden ver como funciona el sistema, y lo podrían ver de manera mas rápida y quitarían carga de trabajo”

La posibilidad del profesional de conocer por parte del usuario aspectos derivados de la atención sanitaria, tanto del trato personal, como de la atención médica mediante un sistema de valoración, no parece encajar al 100 % en todos los grupos de discusión. Aún así, recibió comentarios positivos entre algunos de los entrevistados y se recogieron algunos beneficios. Estos indican que es necesario conocer la realidad de la asistencia por parte del profesional para provocar cambios en la relación usuario-profesional. Le ayudaría a detectar la raíz de muchos conflictos, comprender los puntos a mejorar respecto al trato y poder trabajar para mejorarlos.

“Sería una forma de ponerse un poquito también las pilas, y atender a la gente como lo necesita”

“Que esa herramienta le va a hacer más fácil el trabajo también a ella y le va a quitar le va a permitir detectar muchas de lo de la raíz de los conflictos que acaban teniendo”

La atención en el mostrador ha sido identificada como un foco de conflicto recurrente. Para mejorar el trato respetando la intimidad y privacidad del usuario se propuso, eliminar el mostrador y realizar la atención en mesas individuales. El usuario acogió de forma positiva en la mayoría de los grupos focales esta propuesta y los beneficios de los participantes se recogieron en relación a la mejora de la privacidad, mejora de la comunicación y disminución del conflicto.

Cambiando el mostrador por una atención en mesas individuales es visto por el usuario como una medida necesaria para algunos participantes inherente a un derecho de la privacidad, el historial médico de cada paciente es privado y así debe mantenerse en todos los casos.

“Ya no es por vergüenza; es que el historial médico debería ser privado. Es una cuestión de derecho de la privacidad de la persona y no se tiene en cuenta por cuestiones operativas, pero creo que haciendo un pequeño esfuerzo,... Habrá sitios en los que sea profundamente imposible por el espacio, por cuestiones arquitectónicas, pero creo que la mayoría de las veces se puede adaptar”

“Me hace gracia que no se pueda poner las listas en la puerta de los pacientes pero luego en el mostrador cuentas todo tu historial médico”

“Psicológicamente hablando, notas que hay mas cercanía que si esta detrás del mostrador y sentado y sí que da un poco más de intimidad porque, me ha salido una cosa rara y no quiero que se entere nadie, entonces sí que es importante la privacidad; sí sería importante”

Por otro lado, aseguran que la comunicación se vería beneficiada gracias al trato mas cercano e individual.

“Yo creo que sí, que sería ideal porque igual que en cualquier otra administración. Estoy totalmente de acuerdo y que no haya una gran barrera psicológica ni física y además una insonorización absoluta porque tienes solamente la persona”

“Mi abuela está sola y muchas veces le cuesta mucho entenderse con la gente del mostrador por eso mismo, porque si encima hay gente hay gente de fondo hablando como que le cuesta mucho tener esa comunicación”

Mejorando el trato en el mostrador con esta atención individualizada, el usuario comenta que podría existir una disminución de conflictos posteriores al aumentar el sentimiento de acogida.

“Si hay recursos, sí se puede hacer. No llego a ver el punto negativo porque al fin y al cabo vas a tener esa sensación de individualidad, teniendo en cuenta que es la primera toma de contacto en el momento en el que llegas al centro de salud seguro que facilitaría la experiencia posterior esa tensión que se genera a lo largo de la espera”

b) Comentarios negativos sobre las medidas orientadas a mejorar la comunicación

En referente a las reuniones periódicas entre profesionales donde incluir al usuario de forma puntual, los comentarios negativos que destacaron los usuarios iban encaminados hacia la dificultad que puede tener el usuario para adaptarse al representante comunitario y que no resolviera en sí el conflicto, sino que simplemente se trasladase.

“Sí, porque puede generar confusión. Yo he ido al médico que no me atiende y entonces voy a este señor que está ahí para atenderme y escuchar mi problema y entonces le cuento lo que el médico no me ha podido atender y claro eso también puede crear un conflicto enorme. O sea que es una situación que hay que estudiarla muy bien y dejar muy claro qué es para lo que está esa persona si estuviera”

Las principales pegas que detecto el usuario para la notificación de los tiempos de espera, fue el cálculo del tiempo exacto y que esta medida significase en realidad un parche al problema real: el poco tiempo de consulta.

El usuario expreso la dificultad de calcular el tiempo estimado del retraso, ya sea por que falten los pacientes o por acumulo de consultas cortas, y su miedo a la posibilidad de perder su cita por ello.

“Claro eso es complicado, porque cuando vayas y digas que se te ha pasado la hora nadie sabe si es porque no te ha dado la gana o si realmente no lo has mirado. Yo también puedo llegar a la hora que quiera y decir es que se me ha pasado la hora porque habéis ido muy rápido y a lo mejor es que yo he tardado más de la cuenta porque me he confiado, no sé eso es complicado”.

“Porque a veces tampoco es cuántas personas tengo delante sino cuánto tiempo van a estar con cada persona, es que eso es complicado porque a veces yo iba al médico y tenía uno delante y han tardado, yo que sé, tres cuartos de hora y otras veces pues va más rápido”

“Ya sé que tampoco vamos a conseguir ahora solucionar la infra financiación del sistema y tal, y en esa parte da mucha pena porque es como soluciones para parchear las decisiones que no se están tomando realmente.”

Evaluar la asistencia recibida por parte del usuario fue una de las medidas con mayor número de comentarios negativos. No porque el usuario pensará que no fuese necesaria y, como hemos comentado en los aspectos positivos, imprescindible para que el profesional conozca la realidad del trato, sino porque opinan que en los profesionales no tendría buena acogida, ya que se sentirían juzgados y no serviría para nada, pues las quejas normalmente no tienen consecuencias. Y por otro lado manifiestan que podría ser injusto para ellos, pues la causa de los conflictos en de-

terminadas ocasiones es responsabilidad del sistema y no del profesional. El usuario podría descargar su enfado en esa evaluación y responsabilizar al trabajador.

“Por lo médico fatal, seguro ya te lo digo seguro que le sentaría muy mal, por el usuario muy bien es una ventaja porque tienes una posibilidad de manifestar las insatisfacción con el servicio”

“Clasificar y juzgar me parece muchísimo peor. No es la solución”

“Y luego, ¿qué consecuencias tendría esa medida? porque imagínate que sale una valoración muy negativa de un médico. Ese médico es un profesional que tiene su plaza ahí fija, nadie ni lo va a echar, ni va a tener ninguna repercusión. Va a ser peor, va a estar incluso, vaya pues vaya pacientes que tengo, ahora voy a despacharlos hasta más rápidamente. Creo que al final hasta puede llegar a ser negativo”

La atención individualizada no recibió muchos comentarios en contra. El único inconveniente a destacar por algunos usuarios fue que lo veían una medida innecesaria por el gasto que genera. Destacaron que lo que realmente se necesita es una mejor atención del personal en el mostrador.

“Yo creo que en el sistema de Murcia de salud, quizás sería más fácil poner que repasen la atención en el mostrador , qué cosas no deben de decir si no son imprescindibles , o si es algo más personal, oye por favor entonces aislarlo un momento y esa persona se explique, y no allí con todos alrededor, creo que es un coste más barato y más posible”

c) Características de la puesta en marcha según los usuarios sobre las medidas orientadas a mejorar la comunicación

Los entrevistados proponen que el representante comunitario debe ser un usuario, especialista en mediación con horario amplio y con asistencia tanto de manera presencial y como por escrito.

Hubo un consenso de opiniones en referente a la formación en mediación que debería tener el representante comunitario. Escuchar los conflictos a los que se enfrenta el usuario y mediar con los profesionales, lo posiciona en una difícil tarea, por eso manifiestan que la formación es muy importante para poder llegar a resultados.

“Una persona que esté preparada en habilidades sociales y que los sepa escuchar, que tenga el arte de la escucha y que sepa ponerse un poco en el lugar de cada usuario ”

“Sería una persona que ponga la administración, formada, preparada con habilidades de comunicación para estar preparada de sostener y luego aportar, que no sé si la economía lo permite. Tiene que tener muchísimas habilidades porque no es fácil, hay gente que sí lo es, pero otra no, que van a venir con mucho enfado y hay que estar preparado para sostener esos enfados”

Otra de las preocupaciones era el sentirse realmente representado desde su punto de vista, por eso proponen en su mayoría, que debe ser un usuario, elegido por ellos mismos y que experimente de primera mano los conflictos y vivencias de la AP.

“Da confianza, da más confianza que la elijan los usuarios”

“Yo también estoy de acuerdo en que tendría que ser un usuario, porque la representación de otra persona transversal no sé hasta qué punto podría defender los derechos del usuario porque no lo vive directamente como usuario”

La alternativa que creen viable al representante comunitario es la recogida de información a través de las asociaciones de vecinos. Creen que esto favorece a la población y sería un buen vehículo de transmisión. Sustituir el representante comunitario por un representante sanitario que acuda a reuniones de las asociaciones de vecinos donde se traten los conflictos de la atención sanitaria.

“Reuniones en las asociaciones de vecinos que acudan representantes sanitarios del centro de Salud”

“Yo lo que digo es que también a lo mejor esas asociaciones el que vaya a ser el enlace, podría haber también un enlace de sanitario que también oyese en directo a los vecinos”

Se recogió una característica y una alternativa como resultado de las entrevistas de los grupos focales para la notificación de tiempos de espera. El tema de la no asistencia cuando el usuario se retrase por culpa de un mal cálculo en los retrasos de las consultas, es un miedo recurrente por parte de los usuarios. Por eso proponen que una de las características de esta medida es la no penalización por un retraso del usuario. Como alternativa a la comunicación mediante la App y en las pantallas presenciales, y con la intención de favorecer a toda la población, propusieron

también la posibilidad de un SMS o un llamada de teléfono desde el momento en que se conoce el retraso.

“Si tú tienes cita a las doce y el médico desde las diez sabe que ya lleva cuarenta y cinco minutos de retraso podrían, por ejemplo, mandar un mensaje por la aplicación, o en el caso de las personas que hayan comunicado que no la tienen, mandar un SMS o una llamada en el sentido de “oye, que sepas que ahora mismo hay una lista de espera de cuarenta y cinco minutos”. O sea, al final sería mucho más fácil por el tema de la aplicación pero también se podría ver cómo incluir a las personas que no sepan emplearla... pues me espero cuarenta y cinco minutos en mi casa y llegaré de menos malhumor allí”

Se agruparon tres características y una propuesta respecto a los vídeos de formación e información al usuario. Las características principales que deben recoger estos vídeos de formación e información, según los entrevistados, son: vídeos accesibles, fáciles de entender y distribuidos por diferentes vías (presencial en pantallas, App y de manera online)

“Digamos que tiene que ser más sencillo, que el que de la información la de más sencilla que tampoco es tan complicado hacerla accesible”

“Es un peregrinaje total, ósea, incluso aunque sea nativo digital, los códigos que utiliza para algunas cosas la administración son como muy internos y sí que es un problema”

Se apuntó una propuesta complementaria con la distribución de los videos. Expusieron la posibilidad de realizar cursos presenciales para la población donde formarles e informarles, piensan que esto favorecería la resolución de dudas, aportaría los beneficios de tú a tú e incluso llegaría aún mas a toda la población.

“Yo pienso que si iría mucha gente, la que se vea que le cuesta yo pienso que iría a informarse de todo eso y a saber, mucha gente que no trabaja y cosas de esas iría para que luego les sea más fácil”

“En el sentido de que es una de las grandes demandas y, sobre todo es que creo que es una responsabilidad como sociedad, es no abandonar a los adultos. Y llegar a la vejez con esa indefensión ante lo más básico y siendo precisamente un derecho universal como el acceso a la sanidad. Me parece que si la forma de llegar al ciudadano, incluso en la empresa privada se tiene claro que es con la presencialidad y nos echamos las manos a la cabeza. Creo que dentro de los servicios públicos es que es súper esencial”

En la puntuación de la asistencia recibida se destacaron dos características y tres alternativas a la propuesta inicial. Entre las características comentadas, destacamos primeramente que esta evaluación debería ser de forma ocasional para no caer en una rutina sistemática y producir un sesgo de valoración, y en segundo lugar los usuarios piensan que a las vías propuestas de realizar está evaluación, debería sumarse también la forma escrita, con el fin de favorecer a todos los usuarios.

“Teniendo en cuenta que, pues yo al menos lo considero que la mayor parte de la gente que vaya es gente mayor, no creo que se desenvuelva con emoticonos; o sea, a lo mejor, un crío de 15 años, de 20 años... sí que le ponen un emoticono y se expresa bien; o sea, entiende todo perfectamente, pero una señora de 80 años dudo mucho que un emoticono diga «me representa esto».”

“Había pensado que sea lo mejor era por un dispositivo móvil o algo. A lo mejor, como la mayoría son personas mayores, pues entonces a lo mejor no disponen de tantos dispositivos móviles y a lo mejor la efectividad puede ser dudosa, pero si también se hace de forma escrita y se le ofrece pues me parece... , me parece bien”

Se aportó como alternativa la evaluación cualitativa en lugar de la cuantitativa. Los entrevistados piensan que el tipo de opiniones que recoge esta sería de mayor utilidad, pues los profesionales se sentirían menos juzgados y le permitiría saber en qué mejorar. En referente a las consecuencias que deberían tener los resultados de las valoraciones, existieron opiniones diversas. Por una parte, algunos usuarios opinaban que aquellos profesionales cuyas valoraciones fueran negativas deberían tener consecuencias, refiriéndose a la obligatoriedad de cursos de formación y gestión emocional. Otro grupo de usuarios, en cambio, propuso que solo se “premiase” a las valoraciones positivas, beneficiando de algún modo a aquellos trabajadores que obtuvieran mejores puntuaciones. Por último, los usuarios manifiestan que si conocieran las valoraciones, si fueran públicas, podrían usarlas como reseñas y tener la posibilidad de elegir al profesional en función de ellas.

“Que se implantará alguna especie de consecuencia como, por ejemplo, un curso de formación en empatía o bueno se le obligara o que se le sugiriera”

“Creo que sería importante no hacerlo cuantitativo en sentido desde 1 a 5 (5 muy bien, 1 muy mal) sino de explicar exactamente por qué y dar un poco más de feedback para que realmente no es “me ha tratado mal, punto, ¿sabes? que no sabes cuál es el clima realmente”

“Tener el refuerzo positivo, pero que le permita pues días de libre disposición o lo que sea, cada 200 caras un día libre de disposición”

En la sustitución de un mostrador por mesas independientes, los participantes opinan que como alternativa complementaria debería dejarse al menos un mostrador que se usará como “cola rápida” para poder resolver cuestiones menos importantes

“Sería como pasar tu Artículo por la caja rápida pero ya sabes que si quieres un poco más de tiempo y yo que lo veo lo veo súper necesario porque habrá gente a la que le da igual pero claro”

Resultados de las medidas orientadas a la reducción de carga asistencial

a) Aspectos positivos sobre las medidas orientadas a la reducción de la carga de trabajo o presión asistencial

La puesta en marcha de grupos de apoyo como tratamiento complementario

dirigido por profesionales especializados fue cuestionada en alguno de los grupos, pero en general los comentarios positivos fueron numerosos.

“Me parece muy buena idea porque la enfermedad no solo es biológica, sino que también tiene un punto de cómo lo ve el paciente, y entonces, a lo mejor, el hecho de compartirlo con otras personas que también tienen tu misma patología pues me parece muy buena idea porque, a lo mejor, lo ponen en común y entonces pues se apoyan mutuamente o dicen su experiencia y entonces, a lo mejor, lo que le funciona a uno le puede funcionar al otro”.

En esta línea, opinan que invertir en Salud Pública mediante estos grupos de apoyo, supondría grandes beneficios tanto para el usuario como para el sistema:

“La salud pública, eso sí que es dinero bien gastado, entonces claro, muchísimo ... sería súper ideal”

Los beneficios que creen que aportaría a la asistencia sanitaria en su mayoría están en sintonía con la importancia de recibir apoyo emocional, pero también se destacaron otros como una mayor información sobre los procesos patológicos que atraviesa, obtendría mejoras en la calidad de vida, mejoras en las medidas preventivas y por tanto en conjunto supondría una reducción de la carga asistencial a medio-largo plazo.

“Solo el hecho de compartirlo también con otras personas que tienen lo mismo que tú, pues les puede ayudar psicológicamente y no solo eso dentro del ámbito terapéutico porque al final es un poco como terapia”

“También que aprenden más acerca de la enfermedad porque hay veces que tenemos mucha ignorancia sobre las enfermedades y así el compartir cosas con otras personas pues hace que tenga más información sobre esa enfermedad y sepas más por dónde agarrar, por dónde cogerlo”

“Si nos centramos en condiciones psicosociales a nivel psicológico, es que hay evidencia empírica de que hay ciertas patologías en las que los grupos de trabajo comunes de la atención en grupo, tiene más beneficios incluso de lo que es la terapia clínica privada solamente con la persona, porque es que muchas veces también son personas de los que sufren de la falta de redes de apoyo, de la falta de habilidades sociales, de ciertas estrategias que se desarrollan poniéndola en práctica y estando en contacto con la gente lo veo súper necesario”

Las aportaciones sobre la reducción de la carga asistencial mediante estos grupos fue discutida durante las entrevistas, aunque no fue apoyada por todos los usuarios. Una parte de ellos opinan que aumentaría la carga asistencial, sin embargo los comentarios que presentamos a continuación reflejan la opinión de otros entrevistados en referente a el efecto que tendría sobre la reducción de la carga asistencial a un medio-largo plazo.

“En el medio plazo sí puede reducir la carga asistencial porque si alguien tiene un problema de ansiedad y necesita que lo traten a nivel individualizado, pero asiste además como forma complementaria a estas sesiones, directamente que es más fácil que su pronóstico sea mejor y que a medio plazo descargue. Entonces, a lo mejor, en un primer momento, es un sobreesfuerzo pero en el medio plazo, una vez se haya instaurado y una vez el grupo estén operativo y sobre todo la gente conozca sus beneficios, sí que va a mejorar pero muchísimo en un montón de cosas”

“Los grupos de apoyo son súper necesarios y también descargar a esa gente que tiene enfermedades crónicas, gente que tiene enfermedades raras, gente que comparte un duelo el afrontar una enfermedad terminal, en afrontar que lo esté padeciendo un familiar. Todo ese tipo de cosas necesitan mucho apoyo y la mayoría de personas que comparten dolencias de ese tipo suelen decir que lo que más les ha ayudado es estar con gente que sabía perfectamente cómo se había sentido y que podía acompañarlo porque sabían cuál era el proceso y que a veces estar con alguien que le quiera y le cuide le podía ayudar hasta cierto punto, porque ese nivel de comprensión no lo podían alcanzar. Entonces es que yo sí lo veo súper necesario y creo que en el medio plazo sí podría descargar y sobre todo mejorar la experiencia de los pacientes”

Otra de las medidas propuestas enfocadas para reducir la carga de trabajo o presión asistencial, fue la creación de vídeos “píldora”. Debido al escaso tiempo que en ocasiones dispone el profesional en la consulta diaria, la información que

recibe el usuario puede resultar incompleta, repercutiendo tanto en el beneficio de su salud como en focos de conflicto por insatisfacción. Como consecuencia, el usuario reclama mas asistencia y busca información por otros medios menos fiables, como pueden ser las consultas en internet. Los entrevistados señalan que los vídeos “píldora” son una buena propuesta y aportarían numerosos beneficios: completar la información en referente a su salud y a su enfermedad, les daría mas información fiable y una mayor formación en salud.

“Yo pienso que es buena idea porque muchas veces, cuando te dicen algo, lo primero que haces es buscar en internet y las fuentes que hay en internet puede que no sean buenas y como que tenga mucha información falsa. Y que el médico tenga información que sepas que está bien y te diga dónde buscar como que pueda ayudarte mucho”

“Yo también lo veo buena idea porque hay veces que los médicos por falta de tiempo o cualquier otra cosa no informan del todo bien a los pacientes y entonces los usuarios que se quedan como un poco así de que a lo mejor “me han mandado un tipo de pastillas, pero yo quiero saber más sobre esto”

“No te dicen nada más; o sea, no te dicen ni qué tienes ni... simplemente diciendo “tómame esta pastilla” o... “échate esta crema” y ya está; entonces es verdad que, bueno, el vídeo estaría muy bien, obviamente, explicándote un poquillo también”

“Sí yo creo y mucho mejor que el consultar Google. Al final o estas embarazado o tienes cáncer. Incluso antes de tener la propia patología para formar en salud y ciertos hábitos, ya no hace falta que aparezca la patología para hacerlo pero es verdad que hay mucho desconocimiento de cómo trata cierta patología”

La amplitud en el horario asistencial por la tarde respecto al actual, fue admitida como positiva, en todos los grupos focales. En la actualidad, el servicio de la AP en exclusivo por la mañana genera conflictos de tipo laboral y asistencial. Los entrevistados comparten la idea de implantar el horario de tardes para facilitar la conciliación de la vida laboral y la atención sanitaria.

“Si puedes ir por la tarde es una liberación porque tú o incluso en pediatría, que los padres no pueden llevar a los hijos por la mañana, se tienen que salir del trabajo”

“Sí que es necesario porque claramente reduciría el número de gente que se acumula en un breve tiempo y, por ejemplo, para las personas que estudiamos o trabajan y por la mañana se le hace imposible”

“Desde el punto de vista del usuario no le puedo ver pegas. El problema es que hay ciertas patologías que no requieren ir una vez al centro de salud sean, por ejemplo, curas de heridas que se requieren estar yendo sistemáticamente durante 10 días seguidos. Por la mañana es totalmente incompatible con cualquier actividad laboral si la quieres hacer de manera adecuada, diría yo, pero entonces sería una ventaja”

b) Comentarios negativos de las medidas orientadas a la reducción de la carga de trabajo o presión asistencial

Los principales conflictos que creen los entrevistados que puede ocasionar la creación de grupos de apoyo surgen de la falta de privacidad, del miedo a que se

entienda como un recurso que sustituya a la asistencia individualizada y de que esta medida provoque un aumento de carga asistencial a los profesionales.

“Yo creo que a lo mejor sí que se pueden encontrar algunas personas... que lo pueden sentir como algo incómodo hablar de eso, porque lo sienten como algo muy íntimo y sí, te puedes encontrar con gente que no... que no le gusta mucho la idea”

“Es que luego la gente, si tiene ansiedad, a lo mejor no quiere ir a que vean que tienes ansiedad - ¿Dónde está la privacidad en eso?”

“Es complementario. Aún así, tú necesitarías asistencia individualizada entonces, realmente a lo mejor, realmente no disminuye esa carga asistencial porque el usuario requeriría igualmente esa asistencia individual”

Los aspectos negativos recogidos de las entrevistas en referente a los vídeos “píldora” están relacionados con las dudas respecto a su poca efectividad que pueda tener para las personas mayores, la importancia de no sustituir al médico presencial, la transmisión de información impersonal y con el aumento de la carga asistencial al sumar un trabajo extra por parte del profesional. De igual modo, el usuario piensa que no se verían reducidas las consultas a internet con la implantación de esta medida.

“La capacidad, creo yo, de responder a las preguntas, tú lo que quieres es preguntar, si te dan una información desde pronto te han dicho que tienes una enfermedad o que no sea grave . . . , pero un video no puede responder a las preguntas, ¿voy a poder fumar? ¿voy poder hacer vida normal?”

“La gente necesita esa explicación pero acompañada de sentimiento”

“Pero solo le faltaba el médico que tiene ochenta pacientes, mandar luego el vídeo al paciente “

Específicamente, para la propuesta de asistencia en horario de tarde, los entrevistados han señalado diversos aspectos que consideran “conflictivos”. Bajo su perspectiva, consideran que con la falta de profesionales no habría suficiente personal para cubrir el turno de tarde. Por otro lado, cuestionan si los profesionales estarían dispuestos a aceptar esta propuesta, mucho de los trabajadores compaginan su actividad privada con su actividad pública .Y por último creen que aún ofreciendo turno de tarde seguiría sin resolverse la falta de recursos que hay en la AP.

“Lo importante no es que me abren los centros de salud por la tarde, sino que haya médicos para cubrir la consulta de la tarde o como cuando sonó que se abrían los quirófanos por la tarde pero ¿hay cirujanos para operar por la tarde? porque si no... “

“Yo creo que el problema de que en el servicio público se trabaje por la tarde. . . al fin y al cabo, a los trabajadores no le haría mucha ilusión, no por nada, es que muchos de los trabajadores que trabajan por la mañana por las tardes suelen encontrarse en clínicas privadas en las cuales puede suponerse la idea de «mira, tengo dos opciones: trabajar por la tarde en mi mismo trabajo como un turno partido, digamos, y al fin y al cabo cobrar lo mismo o el de irme a una clínica privada, trabajar 2-3 h y a lo mejor tener un. . . sueldo que es mucho mayor que si trabajas en la sanidad pública». Entonces. . . al final hay contradicción, pero por el lado del trabajador”

c) Características de la puesta en marcha de las medidas orientadas a la reducción de la carga de trabajo o presión asistencial

Para el éxito de los grupos de apoyo, los usuarios opinan que deberían ser voluntarios, realizarse bajo recomendación médica y que el usuario conociera sus beneficios con anterioridad para garantizar una buena aceptación. Uno de los aspectos negativos comentados anteriormente fue la poca aceptación que podrían tener por parte de los usuarios recibir terapia en grupo. Por eso, hicieron hincapié en que debería explicarse al usuario que este tipo de terapia aporta numerosos beneficios e incluso, en ocasiones, funciona mejor que la terapia individual.

“Yo es que creo que sí, pero además es que depende mucho de cómo se comunica al usuario”

Como alternativa a los grupos de apoyo y siguiendo los mismos objetivos, se planteó la idea de realizar charlas habituales en los centros de salud sobre determinadas patologías, darlas a conocer y que el usuario asista de manera voluntaria

“A ver, una cosa es que se dijera “en los centros de salud, cada día va a haber un curso en el que se explique, por ejemplo, a personas diabéticas que quieran ver, qué dieta pueden seguir, qué alimentación, qué tipo de ejercicios, qué no se cuántos...”, bueno pues como si fuera una charla o algo de eso que te encamine a una cosa así”

“Que eso venga bien cada x tiempo “oye pues mira las personas que tengan esta patología, van a dar unos tips, como se dice ahora, de nutrición y no se cuántos y si alguien está muy interesado va a ser muy interesante...”, pues si, es algo, que te podría proponer el médico, te lo podría proponer tu propio médico “oye pues si, está interesante puedes asistir””

En términos generales, los entrevistados opinan que los videos deberían tratar temas generales, las cuestiones de enfermedades específicas deben ser notificadas y explicadas por un profesional. Si se usan para temas mas amplios si tendría buena acogida entre la población. En ningún caso deben sustituir al médico, que debe estar presente para resolver las dudas que se le puedan plantear al usuario. Con el fin de complementar esta medida, proponen como alternativa usar los grupos de apoyo para proyectar estos videos píldora y darles presencialidad. No se planteó ninguna alternativa complementaria para esta intervención.

“Había que poner un poco el límite de qué tipo de enfermedades, qué tipo de vídeos se pueden mandar y qué cosa es mejor intentar enterarse ... creo que un vídeo no podría plasmar o incluso podría a lo mejor poner más lisa a la persona. A ver, si se explican cosas generales en el video”

La característica mas recurrente para la asistencia en horario de tarde está relacionada con las preferencias de elección de dicho horario entre los usuarios. Prácticamente todos los grupos afirmaron que los usuarios laboralmente activos deberían tener preferencias sobre el horario de tarde para evitar conflictos laborales y como un derecho de acceso a la salud. No se aportó ninguna alternativa complementaria para esta medida.

“Pero tienen que estar por delante aquellos usuarios que realmente son cuestiones de trabajo. A lo mejor trabajan fuera de la ciudad y desplazarse no es solamente desplazarse del centro de trabajo o estudio. Entonces, creo que sería importante también arbitrar que haya una preferencia para esos huecos de la tarde”

“Además que eso llegue a las personas que más lo necesitan, suelen ser las personas más precarizada porque hay gente que no puede perder de trabajar porque ... supón que trabaja en el campo y sabe que el capataz no se lo va a permitir..., es que ya una cuestión de derecho de acceso a la salud, habría que tener en cuenta a las personas que mas lo necesitan.

Resultados de las medidas orientadas a generar nuevas competencias

a) Aspectos positivos sobre las medidas orientadas a generar nuevas competencias

Se propone la figura de un personal específico en atención al usuario de forma presencial, para informar y formar a la población con el objetivo de facilitar la atención y reducir los conflictos. Esta propuesta resulto acogida positivamente entre los usuarios, fue de las medidas mas votadas. Los beneficios que creen que supondría en la AP están relacionados con la descarga del personal administrativo, mejora del trato humano y mejora en la información.

El usuario señala que el personal administrativo del mostrador descargaría su presión asistencial con la implantación de esta nueva figura al ocuparse de la resolución de dudas y otras gestiones de atención al usuario.

“Esa persona que se dedica a ayudar también al mostrador administrativo, que a lo mejor puede ser más ágil en las transacciones que realmente son necesarias como dar una cita para un especialista o lo que sea, porque no está dando la explicación de cómo se coge el teléfono porque hay otra persona donde se puede canalizar todo eso”

En los siguientes ejemplos podemos observar como los entrevistados comentan la buena acogida de esta nueva competencia y sus beneficios en un mejor trato humano.

“Bueno pues para eso están, y sería estupendo, sería todo mucho más humano”

Por último, mencionan que mejoraría también el sentimiento de desinformación generalizado sobre el funcionamiento del sistema, la falta de atención y la ansiedad que les provoca.

“Sobre todo presencial, claro porque hay veces que vas con tu duda, la explica y ya lo sabes para siempre. Cuando vas al mostrador o cuando vas a lo otro, tú ya sabes lo que tienes que hacer estar informada del protocolo que ellos tienen y no te causa a ti la angustia de decir y esto ¿cómo será?, pues si ya vas con la duda y sabes que hay una persona que te va a informar sin tener la angustia de ver que está el otro mirándote porque está perdiendo el tiempo”

“Tanto para unos como para otros, todo lo que relajara la sensación esa de no verte atendido, de ver al otro que está ¡ay por Dios! este hombre que está, que dicen mil veces lo mismo y lo mismo, pero claro al final son 1000 pacientes distintos, y el que está diciéndolo la resolución es siempre el mismo, y se cansa, si aprendemos también con una persona cuando tu estás yendo sabemos que vamos a tal sitio y tenemos la solución de ciertos problemas que llegamos y nos lo explica, bueno no damos el follón a nadie más”

La función triadora, médico triador “libreado de urgencias”, fue una de las más cuestionadas entre los entrevistados. No hubo un consenso en sus comentarios afirmativos sobre su puesta en marcha, sin embargo algunos de los usuarios entre-

vistados consideran que la creación de un médico triador en las urgencias de AP podría ser una solución necesaria para los conflictos de las urgencias. Exponen que podría servir como una especie de filtro para evitar abusos del sistema por parte de algunos usuarios.

“Cosas se colarían. pero quizás pudiera ser un filtro. Pues mire usted, lo que le pasa a usted verdaderamente no es de urgencias pida cita y eso. Claro no se si la cita te la van a dar al mes y volvemos al punto de salida”

Implantar figuras de profesionales especializados en la AP tuvo muy buena acogida por parte de los entrevistados. Por eso son varios los aspectos positivos y los beneficios que surgieron de esta propuesta. En primer lugar, en todos los grupos focales destacan los comentarios sobre el éxito de la medida:

“En la Atención Primaria hace mucha falta, todo lo que has nombrado, profesionales como los demás e incluso a lo mejor más necesarios porque son cuestiones que se dan mucho”

Por otra parte, el usuario recogió diferentes beneficios en diversos campos como la reducción de carga hospitalaria al reducir listas de espera, una mejora en la atención personalizada y una mayor sensación de asistencia.

“Nos ayudaría mucho y mejoraría el conflicto y la lista de espera”

“Eso en la Atención Primaria, y en la otra ya hay muchísimos meses de espera incluso para poderte dar cita con un nutricionista, con un psicólogo, bueno tardan meses o sea que la Atención Primaria comenzar por ahí y evitaría mucho luego irse a un hospital.”

“Me sentí un poco como que me faltaba atención, como que... o sea, yo no puedo coger y decir “vale, he comido esto, he almorzado esto, tal” para saber lo que me sienta mal; o sea, yo en ese momento... hombre, pues yo no te digo que vaya al nutricionista directamente, pero sí es verdad que si me dan cita con un nutricionista y es más... profesionalizado en ese sentido, no habría estado tan frustrado de pensar “es que esta persona no sabe realmente, obviamente; o sea, no es su campo de trabajo”.

Otro tema de continuo debate, dentro de los comentarios positivos, fue la importancia de trabajar dentro de un equipo multidisciplinar. Al incorporar nuevas competencias con profesionales especializados sería mas viable dentro de la AP.

“Hacen falta muchísimos más psicólogos que médicos, trabajadores sociales, que como equipo multidisciplinar creo que sería muy interesante que se trabajará de forma conjunta”

Dentro de este equipo, aunque el profesional necesario mas nombrado fue el psicólogo, también se recogieron comentarios sobre la necesidad de incluir otro tipo de profesionales como nutricionistas y trabajadores sociales.

“Hay un porcentaje muy alto de lo que atiende el médico que es más de psicólogo que de medicina, el médico hace mucho de psicólogo muchas de las patologías que traen las personas mayores y que van simplemente a que se les escuche a contarle con cualquier excusa y esto es una realidad que se vive dentro de los centros de salud, ¿no? entonces sí que sería necesario esa figura para poder atender a toda esa población que necesitarán”

“Necesitamos mas psicólogos y menos médicos, si meten psicólogos en la Atención Primaria, no necesitaríamos tanto al médico”

“Con más profesionales la asistencia está más repartida, que ahí hay menos aglomeración; entonces... y también ahí tú... cuando vas tú a consulta es todo más personalizado porque, a lo mejor, tú vas al médico de cabecera por un tipo de problema y el médico de cabecera no sabe muy bien qué hacer contigo, porque no sabe si es muy grave como para mandarte al nutricionista, o si es tal, y claro, tú te vas a lo mejor un poco ahí... pues que estás en el limbo. Entonces, yo creo que sí que sería... que sí que reduciría”

b) Comentarios negativos sobre las medidas orientadas a generar nuevas competencias

Al igual que la medida anterior, el usuario comparte que la falta de recursos es el principal inconveniente para la puesta en marcha de un personal administrativo exclusivo para la atención al usuario.

“Faltan recursos, siempre es un tema de recursos, es lo que estamos diciendo, te lo resumo, faltan recursos, falta tiempo con el médico, que me atiendan bien, que tenga una mesica bonita, faltan recursos”

Los grupos focales señalaron tres inconvenientes fundamentales de la creación de un médico triador exclusivo en las urgencias de AP. Nuevamente aparece la falta de recursos como punto de conflicto, pero también se sumo los conflictos que creen, puede generar ciertos usuarios exigentes y no acepten ser atendidos. El mayor miedo que expresa el usuario es la dificultad para identificar una urgencia verdadera de otra que no lo sea, quién determina y que criterios se establecen para catalogar la patología de urgencia. Manifiestan que el usuario puede sentir que lo suyo es una urgencia pero en cambio el médico triador no lo considere.

“Pues yo pienso que en vez de cargar las urgencias y los médicos y más médicos en urgencias, que tendrían que haber más consultas, más médicos y con más consultas en primaria, y eso liberaría la todas casi todas las urgencias”

“Hay gente que abusa y no le va a gustar que le digan que no puede entrar, la única forma de educar al usuarios es ponerle límites y quizás no dejarle abusar de la urgencias”

“Que yo llego, y que para a mí, que me duela la cabeza dos días me aterroriza porque así empezó una enfermedad cercana y que tu digas “mira, eso es una jaqueca no es una urgencia”, y va xxx que se ha torcido el tobillo y si es una urgencia. Entonces yo me voy a enfadar porque yo estoy muy asustada porque a mí me lleva doliendo dos días la cabeza mucho, entonces creo que sería un punto de conflicto, va a ser un punto de conflicto seguro”

c) Características de la puesta en marcha sobre las medidas orientadas a generar nuevas competencias

También existe consenso entre todos los entrevistados respecto a las características comunes que debería cumplir el administrativo de ayuda al usuario: visible, accesible y con asistencia tanto presencial como telefónica. Una de las preocupaciones eran los costes que esto supondría para la administración, por lo que proponen, como alternativa, que un administrativo podría encargarse de varios centros.

“Que también por teléfono lo puedes dejar, dejar las dudas o llamarte después por teléfono, el caso es que como has dicho que te atiendan de alguna manera”

“Y también que se haga visible, porque hay mucha gente tiene recursos que no sabe que están en su centro de salud; entonces, a la hora de ponerlo habría que hacerlo visible porque imagino... por ejemplo, mis abuelos y no se enteran de nada y eso, que hay que hacerlo visible para que sepan que tienen ese recurso ahí también”

La necesidad de poner límites al usuario, como parte de la educación sobre el conocimiento del sistema, fue comentado en varias ocasiones cuando se planteó la propuesta de la creación de función triadora

“Y la gente tiene que convivir con los límites, porque si no, estamos en la guerra. Porque los problemas los causan las personas, entonces hay personas que necesitan llevar un abogado metido en la mochila porque son personas conflictivas, y a donde van causan un conflicto. Entonces, con esas personas, no hay ninguna medida que valga, solamente vale un límite, ya está”

Uno de los aspectos negativos destacados fue el miedo del usuario a no ser atendido por el médico si este consideraba que no era una urgencia. La alternativa que se propuso fue establecer, de forma pública, el orden de preferencia de las urgencias para el conocimiento previo de los usuarios y, de igual medida usar un sistema de triaje para el turno de asistencia.

“Yo creo que igual una manera de conseguir educar al usuario y a la vez no crear ese conflicto sería, por ejemplo, poner orden de prioridad según las urgencias que entren y hacer saber al usuario. Por ejemplo, si vienes por algo que puede ser atendido mañana o pasado en el centro de salud y no en urgencias como tal decirte: «mira los que hay», un orden de lista según las patologías que con las que te presentas ... y no te lo digo yo, lo dice según como estaba ordenado urgencias, es una manera de no crear un conflicto”

Entre los usuarios tuvo muy buena acogida la incorporación de personal especializado, y aunque se hizo referencia a diferentes tipos de profesiones y la importancia de formar un equipo multidisciplinar, si que prácticamente hubo un acuerdo en que el psicólogo debería ser uno de los principales para tratar los aquellos temas de salud

mental.

Se propuso también, alternativamente a la propuesta, que la atención podía ir incluso mas allá de la asistencia en el propio centro de salud. Los profesionales especializados podrían desplazarse y realizar campañas de salud dentro del propio barrio: en los colegios, en institutos, asociaciones de vecino, etc.

“Una atención psicológica por supuesto, y más en un mundo en el que vivimos absolutamente estresante”

“La salud mental sería importantísima que estuviera en el centro de salud”

Resultados de las medidas orientadas al crecimiento personal/profesional

Aunque la formación personal y profesional hacia los trabajadores no son medidas que impliquen directamente al usuario, si que fue un tema propuesto a debate e incluso en ocasiones surgió de manera espontánea desde los grupos de usuarios. En numerosas ocasiones, los entrevistados hacen mención a la necesidad de que el personal que trabaja en AP reciba formación en el trato del paciente (asertividad, habilidades de comunicación, etc.), gestión de usuarios conflictivos, empatía y prevención del burnout.

a) Aspectos positivos sobre medidas orientadas al crecimiento personal/profesional

Los beneficios que creen que pueden obtenerse van relacionados tanto con el usuario como con los propios trabajadores. Los participantes reflejan que sería una

tranquilidad para ellos y reduciría muchos de los conflictos generados por la actitud del profesional. De igual manera, opinan que el profesional puede beneficiarse personalmente y prevenir el síndrome de burnout.

“Hay que estar muy relacionado con el humano y el mismo aprovecharía su crecimiento, para entenderse a sí mismo y luego ya al otro, o sea que sería estupendo, para mí desde luego sería ideal pensar que voy con una persona que puede entender y que se entiende a sí mismo”

“Yo pienso que sí, que una formación continuada como muchos oficio tenemos una formación continuada de trato al paciente, es que además el trabajador cuándo sabe mas se siente mejor, porque sabes actuar mejor”

“Muchas veces y entran por una medida de protocolo a seguir y entonces hasta mucho incluso hasta ellos mismos no se sienten bien con la actuación que han tenido con un paciente pero es que a lo mejor es que no lo saben hacer de otra manera y entonces tener herramientas que sepan ellos como utilizarla en los momentos adecuados muy bien”

b) Aspectos negativos sobre el crecimiento personal/ profesional

Los comentarios negativos fueron muy escasos entre los participantes en lo que se refiere a la formación dirigida al profesional. No obstante, reflejan la dificultad del profesional a nivel comunicativo.

“No todos tenemos habilidades comunicativas y, precisamente, dentro del entorno de salud, creo que es muy complicado ser asertivo, sobre todo porque es que además tienes que hacerte responsable de muchas carencias que son sistémicas, es decir, que ellos no tienen culpa de cierto retraso, de ciertas falta de recurso, de ciertos problemas, y llega un momento en el que es fácil que también se les agoten las vías de comunicación y que no sepan ser asertivo”

c) Características de la puesta en marcha sobre las medidas de crecimiento personal/profesional

Los cursos de formación para profesionales, según los usuarios, deberían estar incluidos en su tiempo de trabajo y ser obligatorios, como una actividad laboral más. Los usuarios que no compartían la obligatoriedad de los mismos, comentan que podría incentivarse al personal mediante algún tipo de bonificación si hicieran los cursos.

“Yo obligatorio tal vez no, pero más que obligatorio porque le quitan como más puntos o algo que sea un incentivo de que no se ven en la obligación si no, pues si haces un curso de tal cosa tienes tantos pues a lo mejor para traslado”

La propuesta que también aporta el usuario, independientemente de la formación durante la vida laboral activa, es empezar esta formación incluso durante su actividad académica.

“Bueno yo creo que sería necesaria incluso en la carrera, estando ya en la carrera por lo menos a nivel de psicológico, . . . yo creo que lo tendrían que ir aprendiendo, al menos como asignatura en la, porque es parte en su profesión”

Discusión y conclusiones generales

Los estudios presentados a través de la presente tesis se enmarcan dentro de un proyecto de investigación más amplio, cuya finalidad es la elaboración de un plan de prevención conjunto, con implicación de todas las partes comprometidas, enfocado a los centros de AP y dirigido a disminuir la violencia del usuario o de sus familiares hacia el personal sanitario.

Como se ha mencionado anteriormente, en esta tesis nos centramos particularmente en el papel que tiene el usuario dentro de los planes de prevención mencionados. Para ello, se procedió, primeramente, a investigar la situación actual de la temática en la AP mediante la identificación de focos de conflicto y de sus posibles soluciones. Este estudio se realizó desde el punto de vista del usuario a través de un análisis cualitativo (Pina *et al.*, 2021). A continuación, se procedió a realizar una revisión sistemática a través de una búsqueda bibliográfica de aquellos trabajos descritos por la literatura con intervenciones, estrategias o propuestas que impliquen al usuario dentro de la temática citada. Bajo los resultados de los dos trabajos anteriores, se construyeron medidas de prevención dirigidas al usuario relacionadas con los focos de conflicto detectados. Nuevamente, se volvió a preguntar al usuario

la opinión de dicha propuesta a través de un nuevo estudio cualitativo con una muestra diferente.

Focos de conflictos y sus propuestas de solución

Los usuarios de los servicios de AP consideran que la violencia laboral percibida en estos servicios está derivada de déficits organizacionales, de problemas de actitud de profesionales y usuarios y de déficits en la atención sanitaria recibida. Para mejorar este clima laboral, estos mismos usuarios consideran que deben hacerse mejoras a nivel organizacional, fomentar la información y formación de usuarios y profesionales, mejorar la calidad asistencial y plantear medidas específicas ante la violencia en los centros de AP. Finalmente, se detectaron tanto cambios positivos en la AP desde la aparición de la COVID-19 como negativos que empeoraron el clima de estos centros. Estos resultados aportan evidencia sobre situaciones que el usuario es capaz de identificar y percibir, las cuales podrían actuar de desencadenantes para una agresión usuario-profesional dentro de la AP. Algunos de los focos identificados parecen estar en línea con estudios recientes realizados dentro de la AP, tanto desde la perspectiva del usuario (Bastida *et al.*, 2011; Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019; Paredes y Paravic-Klijn, 2006) como la perspectiva de los profesionales (Bastida *et al.*, 2011; Landoll *et al.*, 2019; López-García *et al.*, 2018; Pina *et al.*, 2022; Savage *et al.*, 2019). Cabe destacar que algunos de estos focos de conflicto parecen no ser específicos de la AP estando presente en otros campos de asistencia sanitaria (Galían-Muñoz *et al.*, 2018 Ramacciati *et al.*, 2018;

Ruiz-Hernández *et al.*, 2019).

Específicamente, desde la perspectiva de la organización de la AP, se observó que la demora asistencial o en la gestión de la cita genera un gran malestar en el usuario. Esto ha sido reportado con anterioridad en la bibliografía (Galían-Muñoz *et al.*, 2018; Paredes y Paravic-Klijn, 2006; Ruiz-Hernández *et al.*, 2019). En esta línea, autores como Raveel y Schoenmakers (2019) proponen aumentar la información disponible para los usuarios, lo cual está en consonancia con lo recogido en la revisión de López-Ros *et al.* (in press). En este mismo sentido, los usuarios consideran que debe fortalecerse el uso de la vía telemática para aquellas cuestiones que no necesiten de la presencialidad, aunque esta vía debe proponerse de manera opcional, para no desfavorecer a aquellos colectivos con dificultades en el manejo de las nuevas tecnologías. Esto último podría ser de utilidad para la reducción del malestar de los usuarios laboralmente activos, los cuales en ocasiones encuentran dificultades para conciliar trabajo y asistencia sanitaria, tal y como se ha observado en nuestros resultados. La disponibilidad de horarios flexibles en los centros de atención podría aliviar esta problemática (Ramacciati *et al.*, 2018; Raveel y Schoenmakers, 2019).

En esta línea, estudios previos han reportado que, en ocasiones, los usuarios pueden llegar a hacer uso de los servicios de urgencias para recibir atención sanitaria sin perder actividad laboral, no presentando un problema urgente de salud (Paredes y Paravic-Klijn, 2006; Pina *et al.*, 2022; Ramacciati *et al.*, 2018). Los usuarios reconocen que el uso inadecuado de las urgencias es uno de los principa-

les desencadenantes de conflictos en los centros. Esto parece estar provocado por una aplicación inadecuada o inexistente del triaje sanitario (Pina *et al.*, 2022). Las alternativas planteadas por los entrevistados reflejan la necesidad de crear espacios específicos para el triaje sanitario y la disponibilidad de personal sanitario (en contraposición al personal de administración que en algunos casos cumple esta función actualmente). Este tipo de medidas pueden facilitar la experiencia del usuario, respetando su intimidad y evitando un colapso de las consultas ante usuarios que realmente no tienen un problema urgente (Elsi y Novera, 2019; Lamont y Brunero, 2018; Savage *et al.*, 2019).

Aliviar la carga asistencial de los profesionales de AP para mejorar la calidad de la atención parece ser un punto muy relevante para los usuarios. Encontrar un equilibrio entre reducir la carga asistencial y mejorar el trato al paciente, entendido este como un aumento del tiempo dedicado, no parece sencillo de conjugar. Sin embargo, en este estudio se han observado interesantes alternativas en este sentido. Así, los usuarios consideran importante reforzar las vías de información al usuario y favorecer la educación de este para establecer los criterios de un uso adecuado del sistema (Ramacciati *et al.*, 2018; Vezyridis *et al.*, 2015). Además, la creación de grupos de apoyo accesibles a la población supondría alternativas a algunos de los focos de conflicto citados hasta ahora (Pina *et al.*, 2022).

Esta última propuesta es compartida tanto por los encuestados como por algunas de las medidas recogidas con anterioridad en el estudio de López-Ros *et al.* (in press). Aunque no se ha experimentado en la AP, se ha utilizado en otros ámbitos

sanitarios con buenos resultados sobre la salud, reducción de la violencia y buena acogida por el usuario (Bastida *et al.*, 2011; Fletcher, 2019).

Se proponen grupos de apoyo dentro de la AP de carácter informativo dirigidos a la población acerca del uso del sistema, de determinadas patologías frecuentes (diabetes, hipertensión, tabaquismo...) e incluso de problemas psicosociales. De este modo, los usuarios proponen una forma de reducir tiempos de espera, mejorar la comunicación entre el usuario y el centro, ampliar la información del funcionamiento y mejorar la educación para la salud.

Una gran parte de la información aportada por los participantes de este estudio hace referencia a estos déficits de comunicación en la atención al usuario. Como eje principal de estos comentarios se localiza la percepción de los usuarios de una actitud inadecuada de los profesionales. Hacen referencia a la falta de un saludo inicial, trato despersonalizado, falta de colaboración para resolver conflictos, escaso contacto visual, sensación de no ser escuchados con atención, uso de un lenguaje excesivamente técnico o ausencia de información detallada sobre el proceso terapéutico. Estos y otros aspectos han sido señalados con anterioridad en la bibliografía, concluyendo que la empatía, la asertividad, un lenguaje amable, la cortesía y la cordialidad por parte de los profesionales son actuaciones capaces de prevenir y reducir los conflictos (Bastida *et al.*, 2011; Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019; Husum *et al.*, 2019; Kontio *et al.*, 2014; Paredes y Paravic-Klijn, 2006; Ramacciati *et al.*, 2018).

Los déficits de información mencionados anteriormente están asociados con la percepción de los usuarios de una actitud paternalista de ciertos profesionales. Esta actitud paternalista parece estar definida por una falta de información médica recibida, falta de escucha y poca participación del usuario en las decisiones de su propio tratamiento. Los cambios reclamados por los usuarios de nuestro estudio están acordes a lo hallado en otros trabajos, donde se pide al personal de los centros sanitarios un cambio de actitud profesional que permita al usuario ser parte activa de su propia salud (Gilburt *et al.*, 2008; Gudde *et al.*, 2015; Maagerø-Bangstad *et al.*, 2020a).

Concretamente en AP, López-García *et al.* (2018) afirman que la formación del profesional en estos aspectos está asociada a una menor frecuencia de violencia de usuarios hacia personal sanitario. A nuestro entender, la formación específica y continuada a los profesionales en estos temas, como parte de su dinámica laboral, parece ser la vía adecuada para favorecer la relación usuario-profesional, pudiendo ser una cuestión para tratar de forma más intensa desde la formación base en las facultades. Múltiples estudios previos defienden que este tipo de formación es un factor importante para mejorar el clima laboral en el sector sanitario. Entre las propuestas realizadas destacan, entre otras, la formación guiada por psicólogos profesionales, formación práctica con simulación de pacientes, técnicas que persiguen el empoderamiento, técnicas de comunicación y empatía o prevención de burnout (Cheung *et al.*, 2017; Fida *et al.*, 2018; Jeong y Lee, 2020; Maagerø-Bangstad *et al.*, 2020a; Mento *et al.*, 2020; Ramacciati *et al.*, 2018; Tölli *et al.*, 2021). De nuestros

resultados también se extrae una propuesta que pretende implementar medidas de satisfacción del usuario. Estas medidas podrían ser un complemento adecuado para la formación de los profesionales al tratarse de una valoración directa sobre su trato al paciente e incluso sobre la percepción de su competencia profesional. Los déficits en la atención recibida no hacen referencia únicamente al trato del profesional sanitario. En nuestros resultados se observa la necesidad de una atención con un enfoque biopsicosocial (más centrada en la persona). Los usuarios consideran que los profesionales recurren a la medicalización por la falta de otros recursos que puedan cubrir las necesidades para problemas psicosociales, ya sea por falta de formación, por falta de personal especializado o por falta de tiempo en las consultas. Percepciones similares han sido observadas en estudios previos (Gamme y Eriksson, 2018; Landoll *et al.*, 2019). Además, se ha indicado que esta misma idea es compartida por los profesionales, señalándose la necesidad de brindar una atención centrada en el usuario de forma integral, mediante un enfoque multi-causal, con perspectiva biopsicosocial, y prestando atención a sus condiciones familiares (Pina *et al.*, 2022).

Según nuestros resultados, los usuarios consideran que la medicalización puede generar dependencia, por lo que el sistema precisaría de un cambio de paradigma en el que se inviertan recursos y se facilite alternativas a los usuarios para que se impliquen en su propio proceso terapéutico. Así, una propuesta de los participantes del presente estudio es la puesta en marcha de grupos de apoyo para problemas psicosociales. Según los usuarios, en estos grupos se podrían facilitar estrategias

de gestión emocional, psicoeducación y realizar promoción en salud. La evidencia muestra que los equipos coordinados en AP en prevención y promoción de la salud evitan numerosos ingresos hospitalarios de urgencias mediante un enfoque centrado en la asistencia sanitaria preventiva y en mejorar la calidad de vida (Kasteridis *et al.*, 2015; Landoll *et al.*, 2019; Straßner *et al.*, 2018). Esta propuesta debería estar desarrollada por profesionales formados en estos aspectos, como psicólogos y trabajadores sociales. Complementariamente, los usuarios consideran que este tipo de oferta, además de aliviar algunos déficits asistenciales, aliviarían las listas de espera, la demanda de cierto tipo de usuarios o la dependencia asistencial, entre otros aspectos.

Los problemas derivados de la interacción usuario-profesional también pueden estar desencadenados por los propios usuarios. Los participantes del presente estudio hacen referencia a usuarios demandantes o muy exigentes como causa principal. La bibliografía apunta que este tipo de comportamientos pueden ser consecuencia de altos niveles de estrés, déficits en habilidades de comunicación, edad avanzada, creer ser el único consumidor del servicio, problemas familiares o personales, dificultad para seguir las normas o signos de psicopatología grave (Bastida *et al.*, 2011; Maagerø-Bangstad *et al.*, 2020b; Paredes y Paravic-Klijn, 2006; Ramacciati *et al.*, 2018). La problemática principal de estos usuarios es que provocan malestar y frustración en otros pacientes. En ocasiones, al usuario demandante se le concede aquello que reclama para paliar la situación, pero esto es percibido por el resto como un trato de favor, facilitando así la generalización de estas conductas a otros

usuarios. En este sentido, y acorde con la bibliografía, se propone crear una cultura de “tolerancia cero”, establecer normas y protocolos de estricto cumplimiento que guíen la actuación del personal sanitario y no sanitario (Anderson *et al.*, 2010; Hassankhani y Soheili, 2017; Wei *et al.*, 2016). Sin embargo, los participantes consideran que este tipo de actuaciones inadecuadas no deberían conllevar castigos como multas o cambios de profesional o centro. Raveel y Schoenmakers (2019) concluyen, en su revisión sistemática, que las medidas de restricción de acceso a usuarios con antecedentes violentos no tienen evidencia científica para la reducción de la violencia laboral. En este sentido, parece que las propuestas que más apoyo tienen son la implementación de límites claros para pacientes y profesionales y el fomento de campañas de concienciación de la violencia en los centros de AP (Maagerø-Bangstad *et al.*, 2020a; de Souza *et al.*, 2020; Raveel y Schoenmakers, 2019). La creación de protocolos y la formación de los profesionales ha sido propuesta como una medida necesaria de reducción de violencia (Paredes y Paravic-Klijn, 2006; Raveel y Schoenmakers, 2019; Sainz *et al.*, 2011). Sin embargo, no se han hallado estudios previos que evalúen la efectividad de estos protocolos y programas.

Otro aspecto destacable de los resultados del presente estudio tiene que ver con algunas de las adaptaciones realizadas en la AP desde la aparición de la COVID-19. La falta de presencialidad en las consultas fue, sin duda, uno de los comentarios más recurrentes. El usuario describe el trato insuficiente e impersonal, sobre todo para patologías no relacionadas con la COVID-19. Afirman que la asistencia en su mayoría la han recibido vía telefónica sin opción a la presencialidad. A pesar de esto,

las opiniones respecto a la asistencia sanitaria vía telefónica no son concluyentes, ya que determinados usuarios apoyan la consulta telefónica por su comodidad y sobre todo para gestiones rutinarias. Este tipo de consulta agiliza el sistema y disminuye los tiempos de espera. No se han encontrado estudios previos que valoren este tipo de aspectos en AP. Como conclusión general, parece que los usuarios están satisfechos con la consulta telefónica siempre y cuando se les facilite la opción de elegir entre esta y la presencialidad.

Una variante de este tipo de consultas es la telemática a través del “portal del paciente”; un espacio online personal donde el usuario puede acceder a sus pruebas diagnósticas, informes clínicos, gestionar citas y tener un seguimiento sin esperas ni desplazamientos. Este espacio es previo a la COVID-19, pero parecía existir cierto desconocimiento sobre el mismo. El fomento de esta herramienta ha sido bien recibido por los participantes del estudio, considerando que es necesario realizar campañas de información para su uso tanto al usuario como al profesional.

Finalmente, los usuarios demandan mayores campañas que aborden el malestar psicológico que han sufrido durante los últimos meses, especialmente cuando estaban confinados. Estudios epidemiológicos en esta línea señalan que un tercio de la población necesitó atención por servicios de salud mental, principalmente por presentar trastornos de ansiedad, estrés postraumático y depresión (Ramírez-Ortiz *et al.*, 2020). En esta línea, los usuarios consideran que esto no ha sido tenido en cuenta suficientemente en la adaptación de la AP a la COVID-19.

Revisión sistemática

Aunque los estudios presentaron diferentes enfoques y englobaban varios sectores sanitarios, fue posible agruparlos según el objetivo perseguido. Por un lado, se agruparon todas las medidas que tenían como finalidad la mejora de la comunicación y creación de vínculos entre profesional y usuarios. Por otro lado, aquellas medidas destinadas a mejorar la información y la formación dirigida al usuario. Por último, se agruparon las medidas cuya finalidad era implicar al usuario en las decisiones de sus tratamientos o trato de su patología como medida de prevención. Además, también se recogieron varias medidas aisladas que van desde la creación de grupos de apoyo, poner más límites al usuario o fomentar la creación de vínculos entre los propios usuarios.

El refuerzo en la comunicación entre profesionales y usuarios, encaminada a favorecer mayores vínculos que beneficien la relación, agrupa la mayor temática de las medidas recogidas. Estas varían desde crear espacios para favorecer la comunicación entre ambos, como reuniones participativas, tableros de anuncios, esfuerzos centrados para aumentar las técnicas de comunicación tanto en la transmisión de tratamientos como en el trato personal, hasta otras medidas encaminadas a crear un mayor sentido de la comunidad. En 11 de las 12 intervenciones descritas en los resultados con propuestas de mejora en la comunicación y creación de vínculos, fue posible recoger datos tanto cuantitativos como cualitativos de efectividad. Estas medidas ayudaron a reducir los índices de violencia tanto física como verbal y consiguieron fortalecer los vínculos entre profesionales y usuarios gracias a la rela-

ción más cercana, fortalecer la escucha a la comunidad, aumentar la información y la comprensión de la misma. El usuario se sintió más respetado y escuchado y se comprendieron mejor los factores causantes de la agresión. Estos resultados van en consonancia con los resultados de Gudde *et al.* (2015), donde se investigó, a través de una revisión sistemática, la experiencia y puntos de vista de los usuarios sobre situaciones agresivas en el cuidado de la salud mental. Expresan la importancia de la buena comunicación y la existencia de la relación directa entre las situaciones agresivas y la forma en que el personal se dirige a los pacientes. El problema no son las reglas en sí mismas, sino la forma en que se aplican y se comunican a los pacientes (Gudde *et al.*, 2015), siendo el lenguaje una herramienta de refuerzo con un poderoso potencial (Vojak, 2009).

El déficit de comunicación ha sido recogido y expresado por parte de los usuarios en estudios previos. En este sentido, el usuario manifiesta la actitud inadecuada de algunos profesionales como foco de conflicto, destacando la falta de saludo inicial, escaso contacto visual, falta de colaboración para resolver conflictos, trato despersonalizado, uso de lenguaje excesivamente técnico, ausencia de información detallada sobre el proceso terapéutico y la sensación de falta de escucha. Estos aspectos destacados en la bibliografía promueven a centrar las medidas preventivas en mejorar la empatía, el lenguaje amable, la asertividad y la cortesía. Las intervenciones centradas en estos aspectos pueden prevenir y reducir los conflictos (Dois-Castellón y Bravo-Valenzuela, 2019; Husum *et al.*, 2019; Kontio *et al.*, 2014; Paredes y Paracvic-Klijn, 2006; Pina *et al.*, 2021).

Uno de los puntos fuertes de las medidas se centra en potenciar la información y la formación que recibe el usuario. Las diferentes propuestas recogidas en esta revisión están orientadas a la necesidad de mejorar la información y la formación a la población sobre el funcionamiento del sistema, sobre su uso correcto, sobre sus procesos patológicos, sobre la realización de campañas de concienciación sobre violencia y formación de crecimiento personal. En cambio, ninguna de las medidas recogidas en nuestro estudio midió efectividad respecto a estos objetivos. No obstante, muchas de las propuestas del estudio de Pina *et al.*, (2021) están relacionadas con la información y la formación, cuyas opiniones son exclusivas del usuario, poniendo de manifiesto esta necesidad.

En este sentido, trabajar sobre las reacciones iniciales relacionadas con la falta de información y formación puede tener mayores efectos en la reducción de la violencia laboral (Dois-Castellón y Bravo-Valenzuela, 2019, Lamont y Brunero, 2018). Somani *et al.* (2021), en su revisión sistemática, concluyen que se debe impactar sobre las situaciones y circunstancias que provocan estas reacciones iniciales. Las intervenciones de capacitación sobre prevención en violencia dirigidas hacia el personal provocan cambios positivos, aumentando la confianza y las habilidades de comunicación; sin embargo, son ineficaces para disminuir las tasas de violencia en el lugar de trabajo (Amstrong, 2017; Arbury *et al.*, 2017; Baig *et al.*, 2018; Geoffrion *et al.*, 2020; Jeong y Lee, 2020). Esto puede deberse a que cambiar los comportamientos del personal no consigue efectos sobre el comportamiento de los pacientes y de sus familiares. Esta última idea refuerza la inclusión de medidas dirigidas al

usuario enfocadas en la formación y la información para impactar los índices de violencia. La formación de todas las partes implicadas parece ser el camino correcto hacia la prevención de violencia laboral sanitaria (Kontio *et al.*, 2014).

En relación con lo anterior, la falta de información también está asociada con la percepción de los usuarios de una actitud paternalista de ciertos profesionales. Permitir al usuario ser administrador activo de su propia recuperación y permitirle formar parte activa de su salud tiene una buena acogida entre los usuarios (Gilburt *et al.*, 2008; Gudde *et al.*, 2015; Maagerø-Bangstad *et al.*, 2020b). En esta revisión se recogen varias medidas que comparten dicho objetivo. Los participantes recordaban mejor aquellas intervenciones en las que se sentían implicados que en las que no, permitiéndoles establecer medidas ante la violencia de manera compartida y conjunta entre profesionales y usuarios, respetando y teniendo en cuenta ambas partes y mejorando el conocimiento sobre su patología. Algunos estudios previos destacan, como un derecho, el acceso a participar en las decisiones vinculadas con su salud y el derecho a una información clara (Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019). La revisión sistemática realizada por Raveel y Schoenmakers (2019) identifica como un factor de riesgo para la agresión la discrepancia entre las expectativas del usuario y el tratamiento recibido. Implicar al usuario podría mejorar estas discrepancias.

La evidencia muestra que algunas de las medidas propuestas por los diferentes estudios cualitativos con el fin de prevenir la violencia, promocionar la salud y favorecer el apoyo psicosocial, podrían tener buenos resultados disminuyendo el

número de ingresos hospitalarios y una mejora de la calidad asistencial (Kasteridis *et al.*, 2015; Landoll *et al.*, 2019; Straßner *et al.*, 2018). Otra de las propuestas se centró en aumentar los límites al usuario. La bibliografía propone una cultura de “tolerancia cero”, creando normas y protocolos de estricto cumplimiento tanto por profesionales como por usuarios (Anderson *et al.*, 2010; Hassankhani y Soheili, 2017; Wei *et al.*, 2016).

Debido a las características de esta revisión y la diversidad de sus resultados, no se pudo establecer una relación adecuada entre el diseño de las intervenciones y la reducción de la violencia, aunque en revisiones similares recientes sobre el efecto de la educación y la información hacia profesionales no se encontraron pruebas sobre las diferencias en la efectividad de los programas en línea o presenciales, de corta a larga duración o de sesiones únicas a múltiples, por lo que comenzamos con el supuesto de que tienen el mismo efecto (Geoffrion *et al.*, 2020). Los estudios incluidos en esta revisión revelaron varias razones por la que la violencia en el lugar de trabajo sigue siendo elevada en los ambientes sanitarios, a pesar de las implementaciones de intervención. Aunque los resultados generales son positivos, la puesta en práctica de las propuestas también presenta, aunque en menor medida, inconvenientes o dificultades. Destacamos las dificultades que puedan percibir algunos usuarios al fortalecer el vínculo con la comunidad y aumentar las relaciones entre ellos: dificultad para involucrar a ciertos pacientes más conflictivos y de mayor tiempo en el servicio, la falta de implicación de algunos profesionales en respetar las nuevas normas, la dificultad del personal nuevo en adaptarse a los

nuevos cambios, inconvenientes que ha presentado en ocasiones el personal para poner en marcha las medidas decididas y la baja participación, en ocasiones, tanto del personal como del usuario. No siempre se resolvieron los desacuerdos entre el personal y el usuario.

Medidas de prevención en los servicios de Atención Primaria

En respuesta a los objetivos planteados, se extrajeron, se elaboraron y se recogieron las opiniones de todas las medidas propuestas agrupadas según el tipo de abordaje y acorde a los resultados de los estudios anteriores (Pina *et al.*, 2021 y López-Ros *et al.*, in press). Estas se ordenaron en 4 bloques con el fin de cubrir las necesidades encontradas y los focos de conflicto. Las más numerosas eran las medidas encaminadas hacia la mejora de la comunicación, seguidamente las medidas encaminadas hacia la disminución de la carga asistencial, las medidas encaminadas hacia la creación de nuevas competencias y, en el último bloque, las encaminadas hacia el crecimiento personal y profesional. Los usuarios de los servicios de AP han aportado comentarios de afirmación y aceptación sobre las intervenciones planteadas, beneficios que creen podrían obtenerse tras la implantación, aspectos negativos que no comparten con las propuestas, características que consideran necesarias aclarar y posibles alternativas a tener en cuenta para un mayor éxito de su puesta en marcha. A modo de resumen, dentro de todas las propuestas expuestas, las de mayor preferencia y de mayor prioridad entre los usuarios fueron: la contratación del personal administrativo para informar al usuario, la contratación de

personal especializado, la incorporación de la asistencia por la tarde, la comunicación de los tiempos de espera y la formación del personal en empatía. También, y aunque no fue una medida propuesta, el usuario reclama mas tiempo en la consulta diaria.

Existe sintonía en la elección de las intervenciones propuestas y las revisiones sistemáticas recientes sobre violencia laboral hacia profesionales tipo II que estudian los factores desencadenantes y vías de prevención. García-Pérez *et al.* (2021) concluyen la necesidad de realizar medidas preventivas orientadas a educar a la población, medidas dirigidas al cuidado de las salas e intervenciones que mejoren la capacitación del personal en habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento. La idea de intervenciones multicomponentes que incluyan al usuario se podría relacionar con un mayor éxito en cuanto a tasas de prevención de la violencia (Geoffrion *et al.* 2020; Somani *et al.* 2021). A su vez, algunos de los comentarios recogidos también parecen estar en línea con las preocupaciones de estudios recientes realizados a usuarios dentro de la AP (Dois-Catellón y Bravo-Valenzuela, 2019).

Las medidas enfocadas a la mejora de la comunicación entre los profesionales y los usuarios ya han sido propuestas previamente. Hemos podido observar en nuestros trabajos anteriores que es un tema recurrente entre nuestros resultados (López-Ros *et al.*, in press; Pina *et al.*, 2021). Gutiérrez-Fernández (2017) aborda la deshumanización y la despersonalización de la AP y su relación con la ausencia de una adecuada interrelación y comunicación entre los ámbitos personales del paciente y los miembros del equipo asistencial. En nuestro estudio, estas propuestas

también tuvieron muy buena acogida. El usuario piensa que la mayoría de propuestas ayudaría a la relación con los profesionales por ambas partes y disminuiría los conflictos derivados por la falta de información y de tipo laboral. La falta de información puede generar ansiedad, incertidumbre y estrés en el usuario, aumentando las posibilidades de confrontamiento.

Como hemos podido ver en los resultados de nuestra revisión (López-Ros *et al.*, in press), algunas de las medidas propuestas en referente a la mejora de las vías de comunicación ya han sido valoradas en otros ámbitos de la salud, obteniendo resultados de reducción en las tasas de incidentes violentos y buenas valoraciones entre los usuarios y aceptación entre los trabajadores. Los profesionales opinan que favoreciendo las vías de comunicación pueden conocer mejor la realidad de la asistencia (Batista *et al.*, 2011; Fletcher *et al.*, 2019; O'Sullivan *et al.* 2020; Pelto-Piri and Kjellin, 2021). Uno de los puntos más debatidos de este bloque fue “puntuar la asistencia recibida”. El usuario cuestiona esta propuesta por la poca aceptación que piensan tendría entre los trabajadores, relacionado con el sentimiento de sentirse juzgados. Sin embargo, podría tener una buena aceptación si se enfoca como una herramienta de ayuda al profesional que sirva para identificar las carencias y trabajar sobre ellas, dando recursos y formación en habilidades comunicativas. Esta idea va en consonancia con estudios previos de profesionales, en los que manifiestan la necesidad de implantar formación dirigida a aumentar las habilidades de comunicación y de resolución de conflicto (Pina *et al.*, 2022).

Esta propuesta va entrelazada con la necesidad de implantar formación de cre-

cimiento personal/profesional planteada en nuestro estudio. El usuario opina que sería imprescindible, obligatoria y debería estar incluida dentro de su jornada laboral e incluso desde la formación académica. Autores como Straßner *et al.* (2018) proponen la obligatoriedad de formación durante el postgrado. No se recogieron prácticamente comentarios negativos a esta propuesta. El profesional debería ser conocedor de que formarse en programas de prevención, comunicación, juego de roles, autoconfianza, empatía y medidas similares es eficaz para la resolución de conflictos y para que el propio profesional se sienta mejor (Jeong y Lee, 2020; Lantta *et al.*, 2020; Maagerø-Bangstad *et al.*, 2020b). Esto podría motivar la realización de los mismos e incluso desde sus estudios sanitarios.

Nuestros resultados recogen que las propuestas para la reducción de la carga asistencial tienen buena acogida de cara a cubrir la necesidad de información y la carencia de apoyo emocional de la sanidad actual. Pero sin embargo fue discutida su efectividad sobre la reducción de la carga asistencial. Tanto para los grupos de apoyo como para los videos “píldora”, los usuarios opinaban que quizás supondría un trabajo extra al profesional, por lo que se cuestiona su efectividad a medio-largo plazo. Sin embargo, diversos estudios muestran que fomentar la prevención y la promoción de la salud evitan numerosos ingresos hospitalarios de urgencias al igual que mejoran la calidad de vida (Kasteridis *et al.*, 2015; Landoll *et al.*, 2019; Straßner *et al.*, 2018). De forma indirecta, también se cubren las carencias detectadas en las consultas de tipo “paternalista” y se implica al usuario en su propio proceso curativo ofreciéndole alternativas, información y recomendaciones

(Gilburt *et al.*, 2008; Gudde *et al.*, 2015; Maagerø-Bangstad *et al.*, 2020b).

Se discutió sobre el respeto a la intimidad en los grupos de apoyo entre los participantes, aunque la bibliografía recoge sus numerosos beneficios. Hay evidencia empírica de que los grupos de trabajo tienen más beneficios que incluso la terapia individual para el tratamiento de ciertas patologías. Permiten potenciar el autococimiento a través de la comunicación, aportan referentes, ofrecen apoyo, aportan motivación para mejorar, manejo del dolor, mejora de la calidad de vida, estrategias de afrontamiento y técnicas de gestión emocional (Dutra *et al.*, 2008; Ibáñez, 2016; Ochoa *et al.*, 2010).

Aunque se puso en duda la acogida por parte de los profesionales de la asistencia en horario de tarde y la capacidad de recursos económicos para su puesta en marcha, sí que destacaron los beneficios sobre la conciliación de la vida laboral y la asistencia sanitaria, siempre y cuándo se le diera preferencia al usuario laboralmente activo. Los beneficios de la ampliación del horario asistencial sobre la reducción de la carga asistencial ya ha sido abordada por estudios previos en la AP, sobre todo en consulta pediátrica. Los niños y niñas son grandes demandantes de este servicio y los padres en situación laboral tienen dificultades de conciliación, recurriendo a los servicios de urgencia como recurso alternativo (Oliva y Oliva, 2017).

La incorporación de personal especializado en la AP se plantea como una medida imprescindible para cubrir las necesidades de atención biopsicosocial. Existe una brecha asistencial en algunas de las patologías más demandadas con base emocional

en la AP , los profesionales sanitarios ya sea por falta de tiempo o competencias se ven obligados a un exceso de medicalización. Este aspecto se encuentra entre uno de los focos de conflicto identificados previamente (Pina *et al.*, 2021; Pina *et al.*, 2022). Con el objetivo de cubrir esta necesidad, entre nuestros resultados se apoya la incorporación de personal especializado que agilice las listas de espera, la atención personalizada y la satisfacción del paciente. En este sentido, los profesionales mas demandados fueron psicólogos y trabajadores sociales. Esta idea parece estar en consonancia con estudios previos (Landoll *et al.*, 2019).

La viabilidad económica para llevar a cabo la mayoría de intervenciones estuvo presente durante casi todas las entrevistas y todos los grupos focales. El usuario pone en duda que la salud pública destine recursos a mejorar los aspectos reflejados. Los recortes económicos en la sanidad provocan rechazo social (Ruiz y Bayle, 2016).

Finalmente, salió a debate el desconocimiento sobre algunas funciones como pueden ser el manejo de nuevas tecnologías, gestión de solicitudes, citas con especialistas, pruebas complementaria y las consecuencias que esto conlleva. En ocasiones, generan ansiedad, nerviosismo y conflicto entre los usuarios. Por eso, la creación de un personal administrativo exclusivo para resolver cuestiones de ayuda al usuario fue la medida mas votada como de implantación urgente en nuestros resultados y apoyada, a su vez, por la bibliografía (Savage *et al.*, 2019).

Discusión general

El recorrido llevado a cabo a través de los diferentes estudios aporta evidencia sobre la importancia de identificar las situaciones causales de conflicto e intervenir en acciones preventivas con implicación del perpetrador, con el objetivo de mejorar el clima sanitario en la AP.

Más específicamente, la revisión sistemática nos permite actualizar a los lectores sobre la realidad histórica y más reciente en cuanto a medidas preventivas dirigidas al usuario se refiere. Hasta donde sabemos, es la primera revisión realizada con estos objetivos. La mayoría de las revisiones sistemáticas realizadas hasta la fecha se centran fundamentalmente en el personal sanitario, obviando en muchas ocasiones el trabajo directo con los usuarios. Estas revisiones suelen abordar de manera descriptiva las consecuencias de la agresión en el personal o exponen medidas de intervención y capacitación para prevenir y minimizar la agresión en el lugar de trabajo, pero se dirigen exclusivamente a los trabajadores de la salud (Edward *et al.*, 2014; Geoffrion *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Pariona-Cabrera *et al.*, 2020; Somani *et al.*, 2021; Spelten *et al.*, 2020; Vargas-Prada *et al.*, 2016).

Los resultados obtenidos en Pina *et al.* (2021) ponen de manifiesto las dificultades asistenciales y situaciones iniciales de conflicto que experimentan los consumidores de la AP. Como se recoge en otros estudios, es importante la identificación de los focos de conflicto para un abordaje de mayor éxito (Dois-Castellón y Bravo-Valenzuela, 2019, Lamont y Brunero, 2018; Somani *et al.*, 2021). Una de

las aportaciones innovadoras que proporciona el estudio de Pina *et al.* (2021) se centra en que, además de la relación entre el personal sanitario y los usuarios, se evalúen a otros profesionales, como el personal de seguridad o administrativo. Estos profesionales no han sido incluidos en la mayoría de estudios previos.

Encontramos que algunas de las propuestas de soluciones que los usuarios expresaron van en consonancia con los resultados de la revisión sistemática. Destacan las medidas centradas en proporcionar una mayor información y formación al usuario (Batista *et al.*, 2011; Ramacciatia *et al.*, 2018) y mejoras relacionadas con la comunicación y la creación de vínculos (Batista *et al.*, 2011; Fletcher *et al.*, 2019; Pelto-Piri and Kjellin, 2021; O'Sullivan *et al.*, 2020).

Aunque se abordaron diferentes temáticas en ambos estudios, uno de los puntos conflictivos detectados y de gran interés por los usuarios se basa en el trato humano recibido. No es común encontrar estudios que se atrevan a abordar esta temática. Una pequeña parte de la bibliografía también ha manifestado estar en consonancia por la necesidad de producir mejoras en este sentido como una necesidad básica y una condición indispensable de mejora del clima y la calidad de la asistencia, destacan los trabajos de Dois-Castellón y Bravo-Valenzuela (2019) y Gutiérrez-Fernández (2017).

Algunas de las medidas aportadas de comunicación, información y formación de forma conjunta podría mejorar el trato humano recibido. La formación en el personal sanitario como propuesta de medida de prevención también ha sido abor-

dada por revisiones recientes como, por ejemplo, en la revisión de Geoffrion *et al.* (2020) en la que se recogen las medidas de educación y capacitación para prevenir y minimizar la agresión en el lugar de trabajo dirigida a los trabajadores de la salud.

En menor medida también se han recogido estrategias que impliquen al usuario en las decisiones de sus tratamientos o trato de su patología y medidas de creación de grupos de apoyo.

Una vez identificados los elementos causales y el conocimiento científico sobre la temática, estuvimos en condiciones de trabajar sobre un plan de propuestas con mayor base científica. Por eso, el tercer trabajo presentado elabora una serie de propuesta de prevención con una mayor calidad científica en sintonía con los estudios anteriores. Tanto los resultados del análisis de los focos de conflicto del estudio de Pina *et al.* (2021) como los resultados de las medidas de prevención obtenidas de la revisión del estudio de López-Ros *et al.* (in press) ponen de manifiesto la necesidad de trabajar sobre medidas que refuercen la comunicación, la información y la formación del usuario. Así como medidas encaminadas hacia la reducción de la carga asistencial y la formación del profesional. Estos puntos claves de trabajo, nuevamente, están en sintonía con la opinión de los propios profesionales (Pina *et al.*, 2022). La acogida por parte del usuario se puede decir que fue, en términos generales, positiva. Aunque también se recogieron aspectos negativos en prácticamente todas las propuestas planteadas excepto en los “Videos de formación e información al usuario” y en la creación de “figura de profesionales especializados”. La mayor preocupación del usuario se centro en la viabilidad económica que

pensaba tendría la puesta en marcha de las mismas. Esto sin duda supone un reto para futuras puestas en marcha del programa. La literatura ha reflejado en alguna ocasión el impacto de los recortes sanitarios en España, el deterioro de los recursos y el rechazo social que esto provoca en el usuario (Ruiz y Bayle, 2016).

Las medidas elaboradas recogen los puntos principales de los nuevos modelos propuestos por Somani *et al.* (2021), así como cubrir algunas de las carencias de los planes de prevención hasta el momento. En su revisión sistemática encontró tan solo 5 de los 26 estudios identificados que cumplían los requisitos para un mayor éxito de eficacia. Los trabajos que incluyen intervenciones de componentes múltiples con cambios de política, cambios ambientales y capacitación han demostrado tener mayores tasas de éxito, en cuanto a la disminución de los índices de violencia se refiere, que aquellos que abordan solamente capacitaciones independientes. Las medidas expuestas a los usuarios incluyeron capacitación del personal, formación al usuario, una mayor implicación del mismo en los procesos de salud, mejoras en la comunicación y cambios en la gestión de los centros.

En términos de eficacia, los programas de intervención en estudios centrados en el personal y cambios en la organización han sido ampliamente estudiados recientemente por otras revisiones como, por ejemplo, en los trabajos de Somani *et al.* (2021) y Spelten *et al.* (2020). Pero, sin embargo, en nuestros resultados la eficacia de las intervenciones no se pudo determinar ni establecer con exactitud. Según nuestras conclusiones y los datos anteriormente aportados, la eficacia del programa, tras los cambios aportados por los usuarios, puede preverse a priori como exitosa

y cubrir parte de los focos de conflictos detectados. En este sentido, se hace necesario seguir trabajando sobre la mejora de planes de prevención y disminución de la violencia dirigidos a la AP.

Implicaciones para la práctica

Los resultados expuestos a lo largo de las investigaciones aportan múltiples implicaciones, tanto desde la perspectiva de la investigación como desde la perspectiva de la aplicación empírica. A través de la revisión sistemática se ha indagado desde un nuevo abordaje y una nueva visión para la investigación. La información recogida en esta revisión puede resultar de gran interés si se quiere crear nuevas medidas preventivas e intervenciones dirigidas a construir nuevos modelos de prevención orientadas a todas las partes implicadas influyentes en la relación usuario-profesional dentro del ámbito sanitario. De igual modo, el primer estudio presentado, Pina *et al.* (2021), aporta una nueva visión e identifica los focos de conflicto desde una perspectiva poco abordada por la literatura. Resulta de gran interés conocer, desde la visión del usuario, las situaciones o reacciones iniciales a las que se enfrenta el perpetrador en su asistencia diaria en los centros de salud. La identificación de las mismas ayuda a los profesionales a conocer la verdadera problemática asistencial del usuario, profundiza en los conflictos existentes desde otro punto de vista, mejora la relación y comunicación entre profesional-usuario y aporta nuevas vías sobre las que trabajar hacia ambientes sanitarios menos hostiles.

La otra aportación de este trabajo va en relación a las medidas propuestas por los propios usuarios. El tercer trabajo presentado capacita de mayores herramientas preevaluadas, poniéndolas a disposición tanto a profesionales interesados en hacer uso de ellas para su aplicación en la práctica como a la comunidad científica interesada en la violencia laboral sanitaria en la AP.

Resultaría interesante que los resultados de esta tesis sirvieran de base para la realización de futuros estudios similares en otros contextos y en otros países. Igualmente, para el seguimiento de nuevos estudios de carácter cuantitativo de tipo longitudinal que permitan conocer en profundidad la relación de las variables estudiadas con el fin de proponer modelos explicativos y por último, sería incuestionable su aplicación en futuros planes de prevención en los centros de AP así como la evaluación de los resultados una vez implantados.

Los resultados de estos estudios forman parte de un plan de prevención dirigido a la asistencia en la AP. En este, se incluye un paquete de medidas orientadas a todas las partes implicadas, tanto profesionales, usuarios y cambios en el sistema. El programa, en su conjunto, se ha puesto a disposición del Servicio Murciano de Salud.

Limitaciones

Los estudios incluidos en esta tesis no están exentos de limitaciones, por lo que en la valoración de los resultados debe tenerse en cuenta la afectación de las

mismas. Primeramente, para la revisión sistemática, a pesar del esfuerzo por parte del equipo investigador por identificar todos los estudios potencialmente elegibles a través de una amplia búsqueda en múltiples bases de datos y variedad de términos similares y relacionados, es posible que, especialmente en programas de intervención (o propuestas), existan estudios que no han sido publicados o los que no ha sido posible acceder por este equipo investigador. Además, algunos de los estudios recopilados no recogían la efectividad de sus intervenciones, por lo que no podemos determinar su efecto en la reducción de la violencia de usuario en el ámbito sanitario. Posteriormente, para los estudios cualitativos, los resultados de los mismos deben tomarse como una descripción y categorización de lo informado por los usuarios participantes de los grupos de discusión. Esto hace que no se pueden establecer inferencias causales entre las variables estudiadas y que la generalización de los resultados obtenidos deba hacerse con precaución.

Específicamente, pensamos que hay varios factores que podrían haber influido y deben tenerse en cuenta, como es la situación de pandemia mundial por la COVID-19 vivida en el momento de la recogida de la muestra. Por un lado, la percepción de la asistencia en la AP por parte del usuario podría cambiar en situaciones no pandémicas y, por otro, las medidas tomadas en respuesta al COVID-19 no fueron similares a nivel global. También pensamos que debe tenerse en cuenta la discrepancias existentes entre los sistemas de gestión de los centros de AP según su ubicación geográfica independientemente a la situación de pandemia vivida en la actualidad.

Estos inconvenientes nos mueven a proponer a la comunidad científica la realización de nuevos estudios similares, en otras condiciones y en otros contextos geográficos, para poder comparar los resultados. Sería interesante corroborar que la opinión de los usuarios podría ser compartida ya que las variables de los estudios son, en su mayoría, aspectos generales y equivalentes entre diferentes sistemas sanitarios.

Conclusión

En conclusión, y para alcanzar el objetivo inicial perseguido en esta tesis doctoral de evaluar los focos de conflicto entre usuarios y profesionales en la AP y analizar como dichos focos pueden ser reducidos o eliminados según la bibliografía y los propios usuarios se han realizado tres estudios: una revisión bibliográfica y dos estudios de carácter cualitativo. En general, los resultados de esta tesis indican que la violencia laboral sanitaria dentro del campo de la AP sigue siendo un fenómeno complejo, multifactorial y de abordaje a través de programas de prevención multicomponentes y conjuntos.

Es necesario introducir cambios que promuevan la comunicación, la seguridad, la confianza, la formación, la información y la implicación de los usuarios si queremos una atención sanitaria en entornos más seguros. Los cambios deben ir más allá del nivel individual e incluir un paquete de intervenciones exitosas que involucren a todas las partes interesadas: usuarios, profesionales y gerencia.

Muchas veces se descuida la implementación de medidas a nivel de usuario, y una de las finalidades de esta tesis es sensibilizar y trabajar para reducir la violencia con acciones que también lo involucren.

El usuario necesita ser escuchado. Este reclama positivamente su implicación en los planes de intervención o estrategias orientados a la mejora de la convivencia en ambientes sanitarios. Implicarlo favorece la convivencia y la relación. Aún así, es necesario seguir trabajando para mejorarlas y conocer su efectividad con mas profundidad. Se necesitan mas estudios que midan efectividad de programas conjuntos.

Los resultados aquí obtenidos ponen a disposición de los profesionales interesados en violencia sanitaria, especifica de AP, un paquete de medidas preventivas pre-evaluadas por parte del propio perpetrador y acordes a los focos de conflicto identificados y a los nuevos modelos de prevención, en los que se incluye al usuario. El fin último a perseguir es la creación de espacios sanitarios menos hostiles y libres de violencia para toda la comunidad, tanto para profesionales como parra usuarios. Por eso, tanto los trabajos aquí presentados como el doctorando, quedan a disposición de cualquier persona interesada en la temática.

Referencias

Referencias

- ACQUADRO MARAN, D., CORTESE, C.G., PAVANELLI, P., FORNERO, G. y GIANNINO, M.M. (2019). Gender differences in reporting workplace violence: a qualitative analysis of administrative records of violent episodes experienced by healthcare workers in a large public Italian hospital. *BMJ Open*, 9(11), e031546. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031546>
- ALIAGA, L., BAIXAULI, V.J., MURILLO, M.D. y SÁEZ, F.J. (2020). *COVID-19: problemas y soluciones en Atención Primaria y farmacia comunitaria*. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).
- ALTEMIR, M. y ARTEAGA, A. (2018). Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. *Enfermería Clínica*, 28 (2), 125-132, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.002>.
- AMARO, H., LARSON, M.J., GAMPEL, J., RICHARDSON, E., SAVAGE, A. y WAGLER, D. (2005). Racial/Ethnic differences in social vulnerability among women with co-occurring mental health and substance abuse disorders: implications for treatment services. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 495-511. <https://doi.org/10.1002/jcop.20065>
- ANDERSON, L., FITZGERALD, M. y LUCK, L. (2010). An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses.

Journal Clinical Nursing, 19(17-18), 2520–2530. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03144.x>

ANGLAND, S., DOWLING, M. y CASEY, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *International emergency nursing*, 22(3), 134-139. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.09.005>

ARBURY, S., HODGSON, M., ZANKOWSKI, D. y LIPSCOMB J. (2017). Workplace violence training programs for health care workers: an analysis of program elements. *Workplace Health & Safety*, 65(6), 266-272. <https://doi.org/10.1177/2165079916671534>

ARMSTRONG, N.E. (2017). A quality improvement project measuring the effect of an evidence-based civility training program on nursing workplace incivility in a rural hospital using quantitative methods. *Online journal of rural nursing and health care: the official journal of the Rural Nurse Organization*, 17(1), 100-137. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v17i1.438>

ÁVILA TOSCANO, J. H., GÓMEZ HERNÁNDEZ, L. T., y MONTIEL SALGADO, M. M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud [Demographic and occupational characteristics associated with burnout syndrome in health professionals]. *Pensamiento Psicológico*, 8, 39–52.

BAIG, L., TANZIL, S., SHAIKH, S., HASHMI, I., KHAN, M.A. y POLKOWSKI, M.

- (2018). Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in a public sector hospital of Karachi. *Pakistan Journal of Medical Sciences Quaterly*, 34(2), 294-299. <https://doi.org/10.12669/pjms.342.14432>
- BARDÍN L.(1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições.
- BARRANCO, L., FREIRE, K. y PAYNE, G.H. (2022). Moving evidence to action: A strategy to support the implementation of comprehensive Violence Prevention efforts. *Health Promotion Practitioner*, 23(5), 824-833. <https://doi.org/10.1177/15248399211028156>.
- BARRIOS CASAS,S. y PARAVIC KLIJN, T. (2011). Aplicación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. *Aquichan*, 11(1), 77-93.
- BATISTA, C.B., SOUZA, A., CARMO, J., y TORRES, V. (2011). Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Trabalho Educação e Saúde*, 9(2), 295-317. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200008>
- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal 2015.
- BOOTH, A., CLARKE, M., DOOLEY, G., GHERSI, D., MOHER, D., PETTICREW, M. y STEWART, L. (2013). PROSPERO at one year: an evaluation of its utility. *Systematic Review*, 2(1), 4. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-2-4>

- BRAUN, V. y CLARKE V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2):77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- CALA, M.J., TRIGO, M.E., y SAAVEDRA, F.J. (2016). Desvinculación de las mujeres Procesos judiciales por violencia de pareja: Variables sociodemográficas y psicológicas. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 8(1), 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2015.10.002>
- CÁNOVAS PALLARÉS, J.M., PINA LÓPEZ, D., RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A., GALIÁN-MUÑOZ, I., PARDO RÍOS, M., LLOR-ESTEBAN, B. y PUENTE-LÓPEZ, E. (2021). Violencia de usuarios hacia profesionales sanitarios y no sanitarios en Servicios de Urgencias Hospitalarias. Estudio transversal descriptivo-comparativo. *Revista Española de Salud Pública*, 95(1).
- CANTERA, L.M., CERVANTES, G. y BLANCH, J.M. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles de Psicología*, 29(1):49-58.
- CASA, P. P., RINCÓN, Y.Z., y VILA, R. (2012). Síndrome de burnout: enfermedad silenciosa [Burnout syndrome: silent disease]. *Enfermería Integral*, 100: 19–24.
- Comisiones Obreras (CCOO). Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios. (2011). Guía Básica de Riesgos Laborales específicos para el Sector Sanitario.
- CHANG, Y.-P., LEE, D.-C., CHANG, S.-C., LEE, Y.-H. y WANG, H.H-. (2019). Influence of work excitement and workplace violence on professional commitment and turnover intention among hospital nurses. *Journal of Clinical Nurses*, 28(11-12), 2171-2180. <https://doi.org/10.1111/jocn.14808>

- CHAPPELL, D., y DI MARTINO, V. (2006). *Violence at work*. 3^aed. International Labour Office.
- CHEUNG, T., LEE, P.H. y YIP, P.S.F. (2017). Workplace violence toward physicians and nurses: Prevalence and correlates in Macau. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080879>
- Comisión Europea (2021). Comunicación de la comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de las regiones. Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación. Comisión Europea.
- CONTRERAS, L. y CANO, M.C. (2016). Child-to-parent violence: The role of exposure to violence and its relationship to social-cognitive processing. *The European journal of psychology applied to legal context*, 8(2), 43-50. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2016.03.003>
- CUTCLIFFE, J.R. y RIAHI, S. (2013). Systemic perspective of violence and aggression in mental health care: towards a more comprehensive understanding and conceptualization: part 2. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 568–578. <https://doi.org/10.1111/inm.12028>
- DAFNY, H.A., BECCARIA, G. I. (2020). I do not even tell my partner: Nurses' perceptions of verbal and physical violence against nurses working

- in a regional hospital. *Journal of Clinical Nursing* 29(17-18), 3336–3348.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15362>
- DEMEUR V., DEVOS S. y JANS E. (2017). *Agressie tegen de huisarts: de arts in nood. Het profiel van de kwetsbare huisarts*. Ku Leuven.
- DEVI, S. (2020). COVID-19 exacerbates violence against health workers. *Lancet*, 396(10252),658. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31858-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31858-4)
- DOIS-CASTELLÓN, A.M. y BRAVO-VALENZUELA, P.F. (2019). Buen trato en Centros de Atención Primaria chilena ¿privilegio o derecho humano? *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4).
- DUTRA, L., STATHOPOULOU, G., BASDEN, S.L., LEYRO, T.M., POWERS, M.B. y OTTO, M.W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 165 (2), 179-187.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>
- EDMONDS, W.A. y KENNEDY, T.D. (2017). *An Applied Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. SAGE Publications, Inc.
<https://doi.org/10.4135/9781071802779>
- EDWARD, K.-L., OUSEY, K., WARELOW, P. y LUI, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 23(12), 653-659. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.12.653>
- EINARSEN, S., HOEL, H., ZAPF, D. y COOPER, C. L. (2011). The Concept of Bullying and Harassment at Work: The European Tradition. In S. Einarsen, H.

- Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice*. *Psychology*, 8(3), 3-39.
- ELSI, M. y NOVERA, I. (2019). Different triage categorization using Emergency Severity Index (ESI) method in emergency department. *Enfermería Clínica*, 29(1), 101–104. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.031>
- ELSTON, M.A. y GABE, J. (2016). Violence in general practice: a gendered risk?. *Sociology of Health & Illness*, 38(3), 426–441. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12373>
- FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, R., FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, M.J., FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M.C., PENA VETORET, R., MENÉNDEZ RODRÍGUEZ, M. y PÉREZ RODRÍGUEZ, R. (2012). *Violencia en el medio sanitario*. *Medicina General y de Familia*, 1(2),89-105.
- FIDA, R., LASCHINGER, H.K.S. y LEITER, M.P. (2018). The protective role of self-efficacy against workplace incivility and burnout in nursing: A time-lagged study. *Health Care Management Review*, 43(1), 21–29. <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000126>
- FISEKOVIC KREMIC, M. B., TERZIC-SUPIC, Z. J., SANTRIC-MILICEVIC, M. M. y TRAJKOVIC, G. Z. (2017). Encouraging employees to report verbal violence in primary health care in Serbia: A cross-sectional study. *Slovenian Journal of Public Health*, 56(1), 11-17. <https://doi.org/10.1515/sjph-2017-0002>
- FLETCHER, J., BUCHANAN-HAGEN, S., BROPHY, L., KINNER, S.A. y HAMIL-

- TON, B. (2019). Consumer perspectives of safeguards impact in acute inpatient mental health wards in Victoria, Australia. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 461. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00461>
- GALE, N.K., HEATH, G., CAMERON, E., RASHID, S. y REDWOOD, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multidisciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- GALIÁN-MUÑOZ, I., LLOR-ESTEBAN, B. y RUIZ-HERNÁNDEZ, J. A. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Revista Española de Salud Pública*, 86(1)m279–291.
- GALIÁN-MUÑOZ, I., LLOR-ZARAGOZA, L., RUIZ-HERNÁNDEZ, J. A. y JIMÉNEZ-BARBERO, J. A. (2018). Exposición a violencia de los usuarios y satisfacción laboral en el personal de enfermería de los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Anuario Del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(2), 181–189. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0310>
- GALIÁN-MUÑOZ, I., RUIZ-HERNÁNDEZ, J. A., LLOR-ESTEBAN, B. y LÓPEZ-GARCÍA, C. (2016). User violence and nursing staff burnout: The moderating role of job satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(2), 302-315. <https://doi.org/10.1177/0886260514555367>
- GAMME, M. y ERIKSSON, B.G. (2018). Promoting personal growth and balancing

- risk of violence in community-based mental health care: A professional perspective. *SAGE Open*, 8(2), 215824401878498. <https://doi.org/10.1177/2158244018784984>
- GARCÍA-PÉREZ, M.D., RIVERA-SEQUEIROS, A., SÁNCHEZ-ELÍAS, T.M. y LIMA-SERRANO, M. (2021). Agresiones laborales a profesionales sanitarios e infradeclaración: Caracterización y brechas en el conocimiento para su prevención. *Enfermería Clínica*, 31(6), 390-395. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.05.001>
- GATES, D.M. (2004). The epidemic of violence against healthcare workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(8), 649–650. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2004.014548>
- GEOFFRION, S., HILLS, D.J., ROSS, H.M., PICH, J., HILL, A.T., DALSBØ, T.K., RIAHI, S., MARTÍNEZ-JARRETA, B. y GUAY, S. (2020). Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD011860. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011860.pub2>
- GILBERT, H., ROSE, D. y SLADE, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(1), 92. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>
- GOFIN, J. y GOFIN, R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria.(2007). *Revista panamericana*

na de salud pública/Pan American journal of public health, 21(2-3), 177-185.

<https://doi.org/10.1590/s1020-49892007000200012>

GUDDÉ, C.B., OLSØ, T.M., WHITTINGTON, R. y VATNE, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 449-462. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S89486>

GUTIÉRREZ-FERNÁNDEZ, R. (2017). La humanización de la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38.

HASSANKHANI, H. y SOHEILI, A. (2017). Zero-tolerance policy: The last way to curb workplace violence against nurses in Iranian healthcare system. *Journal of Caring Sciences*, 6(1), 1-3. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.001>

HENDERSON, C., FLOOD, C., LEESE, M., THORNICROFT, G., SUTHERBY, K. y SZMUKLER, G. (2009). Views of service users and providers on joint crisis plans: Single blind randomized controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 44(5), 369-376.

HILLS, D.J., JOYCE, C.M. y HUMPHREYS, J.S. (2012). A national study of workplace aggression in Australian clinical medical practice. *The Medical Journal of Australia*, 197(6), 336-340. <https://doi.org/10.5694/mja12.10444>

HOCK, A. (2003). No tenemos por qué aceptar esto. La protección del personal del sector de salud británico. *Edición Obrera*, 4(133), 49-54.

- HUSUM, T.L., LEGERNES, E.Y. y PEDERSEN, R. (2019). “A plea for recognition” Users’ experience of humiliation during mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.11.004>
- IBÁÑEZ, E. (2016). Beneficio del apoyo psicosocial a la calidad de vida de niños y niñas enfermos de cáncer: Una revisión sistemática cualitativa. *Revista colombiana de enfermería*, 4(4), 125–145. <https://doi.org/10.18270/rce.v4i4.1417>
- IFEDIORA, C. (2015). Exploring the safety measures by doctors on after-hours house call services. *The Australasian Medical Journal*, 8(7), 239–246. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2015.2439>
- JATIC, Z., ERKOCEVIC, H., TRIFUNOVIC, N., TATEREVIC, E., KECO, A., SPORISEVIC, L. y HASANOVIC, E. (2019). Frequency and forms of workplace violence in primary health care. *Medical Archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 73(1), 6–10. <https://doi.org/10.5455/medarh.2019.73.6-10>
- JEONG, Y. y LEE, K. (2020). The development and effectiveness of a clinical training violence prevention program for nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4004. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114004>
- JULIÁ-SACHÍS, R., RICHART-MARTÍNEZ, M., GARCÍA-ARACIL, N., JOSÉ-ALCAIDE, L., PIRQUE-DONAT, T. y CASTEJÓN-DE-LA-ENCINA, M.E. (2019). Measuring the levels of burnout syndrome and empathy of Spanish emer-

- gency medical service professionals. *Australasian Emergency Care*, 22, 193–199.
<https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.04.003>
- KASTERIDIS, P., MASON, A.R., GODDARD, M.K., JACOBS, R., SANTOS, R. y MCGONIGAL, G. (2015). The influence of primary care quality on hospital admissions for people with dementia in England: A regression analysis. *PLoS ONE*, 10(3), e0121506. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121506>
- KINOSHITA, A. y SHIMOSATO, S. (2022). Effectiveness of an aggression management training program in japan: A quasi-experimental study. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(6), 543-551. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1999542>
- KONTIO, R., ANTTILA, M., LANTTA, T., KAUPPI, K., JOFFE, G. y VÄLIMÄKI, M. (2014). Toward a safer working environment on psychiatric wards: service users' delayed perspectives of aggression and violence-related situations and development ideas. *Perspective in Psychiatric Care*, 50(4), 271–279.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12054>
- KRUEGER, R.A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada [Focus groups: Practical guide for applied research]*. Pirámide.
- KVAS, A. y SELJAK, J. (2014). Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*, 61(3), 344-351. <http://doi.org/10.1111/inr.12106.29>
- LAMONT, S. y BRUNERO, S. (2018). The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: a quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 68, 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.008>

- LANDAU, S.F. y BENDALAK, Y. (2010). The role of individual, situational and interactional factors in violence: The case of personnel victimization in hospital emergency wards. *International Review of Victimology*, 17(1), 97–130. <https://doi.org/10.1177/026975801001700106>
- LANDOLL, R.R., MAGGIO, L.A., CERVERO, R.M. y QUINLAN, J.D. (2019). Training the doctors: A scoping review of interprofessional education in primary care behavioral health (PCBH). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(3), 243-258. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9582-7>
- LANGLEY, G.J., MOEN, R.D., NOLAN, K.M., NOLAN, T.W., NORMAN, C.L. y PROVOST, L.P. (2009). *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. John Wiley & Sons.
- LANTTA, T., VARPULA, J., CHEUNG, T., WONG, W.K., CHENG, P.Y.I, NG, T., NG, C.F., YAM, C.P., IP, G., BRESSINGTON, D. y VÄLIMÄKI, M. (2020). Prevention and management of aggressive behaviour in patients at psychiatric hospitals: a document analysis of clinical practice guidelines in Hong Kong. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1079-1091. <https://doi.org/10.1111/inm.12742>.
- LI, Y.-L., LI, R.-Q., QIU, D. y XIAO, S.-Y. (2020). Prevalence of workplace physical violence against health care professionals by patients and visitors: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 299. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010299>

- LIM, M., WEILAND, T., GERDTZ, M. y DENT, A. (2011). Expectations of care, perceived safety, and anxiety following acute behavioural disturbance in the emergency department. *Emergency Medicine International*, 2011, 165738. <https://doi.org/10.1155/2011/165738>
- LIU, J., GAN, Y., JIANG, H., LI, L., DWYER, R., LU, K., YAN, S., SAMPSON, O., XU, H., WANG, C., ZHU, Y., CHANG, Y., YANG, Y., YANG, T., CHEN, Y., SONG, F. y LU, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927-937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
- LLOR-ESTEBAN, B., GARCÍA-JIMÉNEZ, J. J., RUIZ-HERNÁNDEZ, J. A., y GODOY-FERNÁNDEZ, C. (2016). Profile of partner aggressors as a function of risk of recidivism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.05.004>
- LLOR-ESTEBAN, B., SÁNCHEZ-MUÑOZ, M., RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A. y JIMÉNEZ-BARBERO, J.A. (2017). User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2016.06.002>
- LÓPEZ-GARCÍA, C., RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A., LLOR-ZARAGOZA, L., LLOR-ZARAGOZA, P. y JIMÉNEZ-BARBERO, J. A. (2018). User violence and psychological well-being in primary health-care professionals. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(2), 57-63. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a6>

- MAAGERØ-BANGSTAD, E.R., SÆLØR, K.T., LILLEVIK, O.G y NESS, O. (2020a). Exploring staff conceptions of prevention and management practices in encounters with staff-directed aggression in supported housing following education and training. *International Journal of Mental Health System*, 14(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00387-2>
- MAAGERØ-BANGSTAD, E.R., SÆLØR, K.T. y NESS, O. (2020b). Managers' perceptions of competence and practice development following education in the prevention and management of staff-directed aggression: promoting person-centred practice. *International Practice Development Journal*, 10, 1–9. <https://doi.org/10.19043/ipdj.102.008>
- MAGNAVITA, N. y HEAPONIEMI, T. (2011). Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 203–210. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x>
- MENTO, C., SILVESTRI, M.C., BRUNO, A., MUSCATELLO, A., CEDRO, C., PANDOLFO, G. y ZOCCALI, R.A. (2020). Aggression and violent behavior workplace violence against healthcare professionals: a systematic review. *Aggression Violent Behavior*, 51, 101381. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>
- MOLERO JURADO, MD.M., PÉREZ-FUENTES M. DEL C., GÁZQUEZ LINARES, J.J. y BARRAGÁN MARTÍN, A.B. (2018). Burnout in health professionals according to their self-esteem, social support and empathy profile. *Frontiers in Psychology*, 9, 424. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00424>

- MORALES, P. (2016). *Medición de actitudes en psicología y educación [Measuring Attitudes in Psychology and Education]*. 3rd ed. University of Comillas.
- MORKEN, T., ALSAKER, K. y JOHANSEN, I.H. (2016). Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 17, 54. <http://doi.org/10.1186/s12875-016-0454-7>
- NORTON, P., COSTA, V., TEIXEIRA, J., AZEVEDO, A., ROMA-TORRES, A., AMARO, J. y CUNHA, L. (2017). Prevalence and determinants of bullying among health care workers in Portugal. *Workplace Health & Safety*, 65(5), 188-196. <https://doi.org/10.1177/2165079916666545>
- NOWROUZI-KIA, B., CHAI, E., USUBA, K., NOWROUZI-KIA, B. y CASOLE, J. (2019). Prevalence of type II and type III workplace violence against physicians: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 10(3), 99-110. <https://doi.org/10.15171/ijjoem.2019.1573>
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2004). *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers*. Recuperado el 19 de octubre de: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf>
- OCHOA, C., MATÉ, J., GIL, F., SUMALLA, E.C., CASTEJÓN, V., RODRÍGUEZ, A. y BLANCO, I. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una aten-

- ción psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120007A>
- OLIVA, S.A. y OLIVA, A.A. (2017). ¿Por qué acuden los niños a Urgencias?. *Nuberos científica*, 3(22), 35-40.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2016). *Estrés en el trabajo: Un reto colectivo*.
- Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud e Internacional de Servicios Públicos (OIT, CIE, OMS, ISP). (2002). *Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS).(2010). *Entornos Laborales saludables: Fundamento y modelo de la OMS. Contextualización, practicas y literatura de Apoyo*.
- O’SULLIVAN, O.P., CHANG, N.H., NJOVANA, D., BAKER, P. y SHAH, A. (2020). Quality improvement in forensic mental health: the East London forensic violence reduction collaborative. *BMJ Open Quality*, 9(3), e000803.
<https://doi.org/10.1136/bmjoq-2019-000803>
- PAGE, M.J., MOHER, D., BOSSUYT, P.M., BOUTRON, I., HOFFMANN, T.C., MULROW, C.D., SHAMSEER, L., TETZLAFF, J.M., AKL, E.A., BRENNAN, S.E., CHOU, R., GLANVILLE, J., GRIMSHAW, J.M., HRÓBJARTSSON, A., LALU, M.M., LI, T., LODER, E.W., MAYO-WILSON, E., McDONALD, S., MCGUIN-

- NESS, L.A., STEWART, L.A., THOMAS, J., TRICCO, A.C., WELCH, V.A., WHITING, P. y MCKENZIE, J.E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372, 1–36. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- PAREDES, L.A. y PARAVIC-KLIJN, T. (2006). Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 12(1), 39–51. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532006000100005>
- PARIONA-CABRERA, P., CAVANAGH, J. y BARTRAM, T. (2020). Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1581–1593. <https://doi.org/10.1111/jan.14352>
- PELTO-PIRI, V. y KJELLIN, L. (2021). Social inclusion and violence prevention in psychiatric inpatient care. A qualitative interview study with service users, staff members and ward managers. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1255. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07178-6>
- PEPLAU, H.E. (1991). *Interpersonal relations in Nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic Nursing*. New York. Springer.
- PÉREZ-FUENTES, M. DEL C., GÁZQUEZ, J.J., MOLERO JURADO, M.DEL M., OROPESA, N.F. y MARTOS, Á. (2020). Violence and job satisfaction of nurses:

- Importance of a support network in healthcare. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 13(1), 21-28. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2021a3>
- PÉREZ-FUENTES, M. DEL C., MOLERO JURADO, M. DEL M., GÁZQUEZ-LINARES, J.J. y SIMÓN-MÁRQUEZ, M DEL M. (2018). Analysis of burnout predictors in nursing: Risk and protective psychological factors. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(1). 33-40. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a13>
- PÉREZ-FUENTES, M. DEL C., MOLERO JURADO, M. DEL M., MARTOS MARTÍNEZ, A., y GÁZQUEZ LINARES, J.J. (2019). Analysis of the risk and protective roles of work-related and individual variables in burnout syndrome in nurses. *Sustainability*, 11(20), 5745. <https://doi.org/10.3390/su11205745>
- PINA, D., LÓPEZ-ROS, P., LUNA-MALDONADO, A., LUNA RUIZ-CABALLERO, A., LLOR-ESTEBAN, B., RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A., GARCÍA-JIMÉNEZ, J.J., PUENTE-LÓPEZ, E. y MARTÍNEZ-JARRETA, B. (2021). Users' perception of violence and conflicts with professionals in Primary Care centers before and during COVID-19. A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 9, 810014. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014>
- PINA, D., PEÑALVER-MONTEAGUDO, C.M., RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A., RABADÁN-GARCÍA, J.A., LÓPEZ-ROS, P. y MARTÍNEZ-JARRETA, B. (2022). Sources of conflict and prevention proposals in user violence toward Primary Care staff: A qualitative study of the perception of professionals. *Frontiers in Public Health*, 10, 862896. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.862896>

POYNER, B. y WARNER, C.A. (1988). *Preventing violence to staff*. HM Stationery Office.

PRICE, O., BAKER, J., BEE, P., GRUNDY, A., SCOTT, A., BUTLER, D., CREE, L. y LOVELL, K. (2018). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 614-625.
<https://doi.org/10.1111/jan.13488>

RAMACCIATI, N., BAMBI, S., MEZZETTI, A., LUMINI, E., GILI, A. y RASERO, L. (2016). Questionario per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso: studio di validazione. [Questionnaire for the 2016 National Survey on Violence toward Emergency Room Nurses: validation study]. *Scenario*, 33, 22-26.

RAMACCIATI, N., CECCAGNOLI, A., ADDEY, B. y RASERO, L. (2018). Violence towards emergency nurses. The Italian 649 National Survey 2016: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 21-29.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.017>

RAMÍREZ-ORTIZ, J., CASTRO-QUINTERO, D., LERMA-CÓRDOBA, C., YELACEBALLOS, F. y ESCOBAR-CÓRDOBA, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombia journal of anesthesiology*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

RAMZI, Z.S., FATAH, P.W. y DALVANDI, A. (2022). Prevalence of workpla-

- ce violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A Systematic Review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 896156. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896156>
- RAVEEL, A. y SCHOENMAKERS, B. (2019). Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. *British Medical Journal Open*, 9(9), e028465. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028465>
- RODRÍGUEZ, V.A. y PARAVIC, T.M. (2013). A model to investigate workplace violence in the health sector. *Revista gaucha de enfermagem*, 34(1), 196-200. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000100025>
<https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000100025>.
- RUIZ, S.F. y BAYLE, M.S. (2016). España: Grandes retrocesos en el Sistema Sanitario con algunas expectativas de mejora. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 10(1), 59-73. <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1870>
- RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A., LÓPEZ-GARCÍA, C., LLOR-ESTEBAN, B., GALIÁN-MUÑOZ, I. y BENAVENTE-RECHE, A.P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 295-305. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.06.001>
- RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A., SÁNCHEZ-MUÑOZ, M., JIMÉNEZ-BARBERO, J.A., PINA LÓPEZ, D., GALIÁN-MUÑOZ, I., LLOR-ESTEBAN, B., y LLOR-ZARAGOZA, L. (2019). User violence in mental health services: Adaptation of an ins-

trument. Healthcare-workers' Aggressive Behavior Scale-Users-Mental Health Version (HABS-U-MH). *Public Library of Science ONE*, 14(3), e0212742. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212742>

SABBATH, E.L., HURTADO, D.A., OKECHUKWU, C.A., TAMERS, S.L., NELSON, C., KIM, S.-S., WARNER, G. y SORENSON, G. (2014). Occupational injury among hospital patient-care workers: what is the association with workplace verbal abuse?. *American Journal Industrial Medicine*, 57(2), 222-232. <https://doi.org/10.1002/ajim.22271.28>

SABRI, B., ST VIL, N.M., CAMPBELL, J.C., FITZGERALD, S., KUB, J. y AGNEW, J. (2015). Racial and ethnic differences in factors related to workplace violence victimization. *Western Journal of Nursing Research*, 37(2), 180–196. <https://doi.org/10.1177/0193945914527177>

SAINZ, C., LÓPEZ, P.F., MAESTRE, M., BORDA, J., CABRERO, B. y RODRÍGUEZ, M.L. (2011). Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 5–14.

SALYERS, M.P., BONFILS, K.A., LUTHER, L., FIRMIN, R.L., WHITE, D.A., ADAMS, E.L., y ROLLINS, A.L. (2016). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 34(4),475–482. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>

DE-SAN-SEGUNDO, M., GRANIZO, J.J., CAMACHO, I., MARTÍNEZ-DE-

- ARAMAYONA, M.J., FERNÁNDEZ, M. y SÁNCHEZ-ÚRIZ, M.A. (2017). Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). *Semergen*, 43(2), 85-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.017>
- SAVAGE, C., BJESSMO, S., BORISENKO, O., LARSSON, H., KARLSSON, J. y MAZZOCATO, P. (2019). Translating 'See-and-Treat' to primary care: opening the gates does not cause a flood. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(7), 30-36. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy244>
- SCHMIDT, H.G., VAN GOG, T., SCHUIT, S.C., VAN DEN BERGE, K., VAN DAELE, P.L., BUEVING, H., VAN DER ZEE, T., VAN DEN BROEK, W., VAN SAASE, J.L. y MAMEDE, S. (2016). Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment. *BMJ Quality & Safety*, 26(1), 19-23. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004109>
- SERRANO VICENTE, M.I., FERNÁNDEZ RODRIGO, M.T., SATÚSTEGUI DORDÁ, P.J. y URCOLA PARDO, F. (2019). Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 93.
- SOMANI, R., MUNTANER, C., HILLAN, E., VELONIS, A.J., y SMITH, P. (2021). A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings. *Safety and Health at Work*, 12(3), 289-295. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.04.004>
- DE SOUZA, C., TREVISAN, J., QUINA, M.J. y RIBEIRO, R. (2020). Violence at

work in emergency care units: nurses' experiences. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 28, e3323. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3856.3323>

SPELTEN, E., THOMAS, B., O'MEARA, P.F., MAGUIRE, B.J., FITZGERALD, D. y BEGG, S.J. (2020). Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD012662. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>

STRASSNER, C., STEINHÄUSER, J., FREUND, T., SZECSENYI, J. y WENSING, M. (2018). German healthcare professionals' perspective on implementing recommendations about polypharmacy in general practice: a qualitative study. *Family Practice*, 35(4), 503–510. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz127>

TÖLLI, S., KONTIO, R., PARTANEN, P. y HÄGGMAN-LAITILA A. (2021). Conceptual framework for a comprehensive competence in managing challenging behaviour: The views of trained instructors. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 28(4), 692-705. <https://doi.org/10.1111/jpm.12722>.

TONG, A., SAINSBURY, P. y CRAIG, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

TRANCHE IPARRAGUIRRE, S., MARTÍN ÁLVAREZ, R. y PÁRRAGA MARTÍNEZ,

- I. (2021). The challenge of the COVID-19 pandemic for Primary Care. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), 85-92.
- TUCKER, J., WHITEHEAD, L., PALAMARA, P., ROSMAN, J.X. y SEAMAN, K. (2020). Recognition and management of agitation in acute mental health services: a qualitative evaluation of staff perceptions. *BMC Nursing*, 19(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00495-x>
- VAN-KAAM, A. (1984). *Application of the phenomenological method* (A. van Kaam, Ed.). University press of America.
- VARGAS-PRADA, S., DEMOU, E., LALLOO, D., PALENCIA, I., SANATI, K.A., SAMPERE, M., FREER, K., SERRA, C. y MACDONALD, E.B. (2016). Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42(4), 261-272. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3576>
- VEZYRIDIS, P., SAMOUTIS, A. y MAVRIKIOU, P.M. (2015). Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10), 1210-1222. <https://doi.org/10.1111/jocn.12660>
- VIDAL-ALVES, M.J., PINA, D., PUENTE-LÓPEZ, E., LUNA-MALDONADO, A., LUNA RUIZ-CABELLO, A., MAGALHÃES, T., PINA-LÓPEZ, Y., RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A. y JARRETA, B.M. (2021). Tough love lessons: Lateral violence among hos-

- pital nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9183. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179183>.
- VOJAK, C. (2009). Choosing language: Social service framing and social justice. *British Journal of Social Work*, 39(5), 936-949. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm144>
- VON ELM, E., ALTMAN, D., EGGER, M., POCKOCK, S.J., GØTZSCHE, P.C. y VANDENBROUCKE, J.P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. *PLoS Medicine*, 4(10), e296. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
- WASCHGLER, K., RUIZ-HERNANDEZ, J.A., LLOR-ESTEBAN, B. y JIMENEZ-BARBERO, J.A. (2013). Vertical and lateral workplace bullying in nursing: Development of the hospital aggressive behaviour scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(12), 2389–2412. <http://doi.org/f5c3hj>
- WEI, C.-Y., CHIOU, S.-T., CHIEN, L.-Y. y HUANG, N. (2016). Workplace violence against nurses—prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.012>

Índice de figuras

Introducción

Figura 1.1	Clasificación de la violencia laboral. Reproducido de OMS (2002) con permiso de los autores.	19
Figura 1.2	Número de artículos por año que incluyen el término “Violence and Healthcare workers” de la base de datos Scopus.	30
Figura 1.3	Número de publicaciones por países que incluyen el término “Violence and Healthcare workers” de la base de datos Scopus.	31
Figura 1.4	Modelo ecológico de violencia. Reproducido de OMS (2002) con permiso de los autores	35
Figura 1.5	La figura representa el nuevo modelo de Chappell y Di Martino para violencia laboral. Adaptado de Violence at Work por Chappell y Di Martino (2006).	36
Figura 1.6	Adaptación del Modelo Interactivo de Violencia en el lugar de trabajo a violencia sanitaria. Extraído de Aplicación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado por Barrios Casas y Paravic Klijn (2011). Aquichan. Con permiso de los autores.	39

- Figura 1.7 Lesiones y tipo de perpetrador que causaron ausencia laboral.
Fuente: Departamento de Trabajo de EE. UU, BLS, 2001. Adaptado de *Violence at Work* por Chapell y Di Martino, (2006) con permiso de los autores. 55
- Figura 1.8 Modelo Di Martino para la gestión de la violencia laboral.
Adaptado de *Violence at Work* por Chappell y Di Martino (2006). 58
- Figura 1.9 Propuesta de un diseño de prevención y actuación dirigido al personal sanitario. Extraído del Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario, por Altemir y Arteaga (2018). *Enfermería clínica*. Con permiso de los autores. 66

Estudio 1

- Figura E1.1 Focos de conflicto en la Atención Primaria desde el punto de vista de los usuarios: temas y subtemas. 92
- Figura E1.2 Soluciones en la Atención Primaria desde el punto de vista de los usuarios a los temas de conflicto: temas y subtemas. 92

Estudio 2

- Figura E2.1 Diagrama PRISMA 123

Estudio 3

- Figura E3.1 Fases del proceso de investigación. 160

Figura E3.2 Resultados de la extracción de medidas conjuntas a partir de los cualitativos y revisiones sistemáticas aplicables a AP dirigidas a todas las partes implicadas. 173

Figura E3.3 Resultado de las medidas propuestas a los participantes. . . 174

Índice de tablas

Estudio 1

Tabla E1.1 Características sociodemográficas de la muestra	83
Tabla E1.2 Guion del contenido de las entrevistas Pina <i>et al.</i> (2021).	88

Estudio 2

Tabla E2.1 Descriptores de búsqueda utilizados en las distintas bases de datos.	117
Tabla E2.2 Resultados del revisor 1	120
Tabla E2.3 Resultados del revisor 2	121
Tabla E2.4 Resultados Kappa	121
Tabla E2.5 Características de los estudios seleccionados	125
Tabla E2.6 Listado de intervenciones según objetivos	135
Tabla E2.7 Resumen características o planes de intervención	139

Estudio 3

Tabla E3.1 Características sociodemográficas de la muestra. Estudio 3 . . .	158
Tabla E3.2 Guion para grupos focales y contenido de las entrevistas a usuarios sobre medidas de AP.	163
Tabla E3.3 Extracción de las propuestas de los grupos focales a usuarios y a profesionales.	168
Tabla E3.4 Resultados de propuestas extraídas de las revisiones.	171

Parte III

Anexos

Anexo I.

Cartas de aceptación de los autores
del estudio 1

D/Dña. Jesús Javier García Jiménez , con D.N.I: 27463584-C como coautor/a del estudio titulado “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” , con doi <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014> y en lo referente a la tesis de la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

EXPONGO que,

- 1) Muestro mi conformidad como coautor/a de este estudio para que sea incluido en la tesis del doctorando.
- 2) Muestro mi compromiso de no presentar ni dar mi conformidad para q este estudio sea incluido como parte de otra tesis doctoral distinta.
- 3) Declaro la relevancia de la contribución del doctorando en el desarrollo del presente estudio cuyos resultados fueron plasmados en la publicación con su coautoría.

Por todo ello, SOLICITAN que

- 1) El estudio “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” sea considerado por la presente comisión pertinente para la formulación de la tesis en formato clásico por la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

Y para que conste a los efectos oportunos, firma:



D. Jesús Javier García Jiménez
Facultad de Psicología
Universidad de Murcia

D. Bartolomé Llor Esteban, con D.N.I. 22464130F, como coautor del estudio titulado “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study”, con doi <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014> y en lo referente a la tesis de la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

EXPONGO que,

- 1) Muestro mi conformidad como coautor de este estudio para que sea incluido en la tesis del doctorando.
- 2) Muestro mi compromiso de no presentar ni dar mi conformidad para que este estudio sea incluido como parte de otra tesis doctoral distinta.
- 3) Declaro la relevancia de la contribución del doctorando en el desarrollo del presente estudio cuyos resultados fueron plasmados en la publicación con su coautoría.

Por todo ello, SOLICITAN que

- 1) El estudio “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” sea considerado por la presente comisión pertinente para la formulación de la tesis en formato clásico por la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

Y para que conste a los efectos oportunos, firma:

D. Bartolomé Llor Esteban
Facultad de Enfermería
Universidad de Murcia

D/Dña. Aurelio Luna Maldonado , con D.N.I. 06935215w como coautor/a del estudio titulado “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” , con doi <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014> y en lo referente a la tesis de la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

EXPONGO que,

- 1) Muestro mi conformidad como coautor/a de este estudio para que sea incluido en la tesis del doctorando.
- 2) Muestro mi compromiso de no presentar ni dar mi conformidad para q este estudio sea incluido como parte de otra tesis doctoral distinta.
- 3) Declaro la relevancia de la contribución del doctorando en el desarrollo del presente estudio cuyos resultados fueron plasmados en la publicación con su coautoría.

Por todo ello, SOLICITAN que

- 1) El estudio “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” sea considerado por la presente comisión pertinente para la formulación de la tesis en formato clásico por la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

Y para que conste a los efectos oportunos, firma:

D. Aurelio Luna Maldonado
Facultad de Medicina
Universidad de Murcia



D/Dña. Aurelio Luna Ruiz-Cabello , con D.N.I...48480474Q como coautor del estudio titulado “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” , con doi <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014> y en lo referente a la tesis de la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

EXPONGO que,

- 1) Muestro mi conformidad como coautor/a de este estudio para que sea incluido en la tesis del doctorando.
- 2) Muestro mi compromiso de no presentar ni dar mi conformidad para q este estudio sea incluido como parte de otra tesis doctoral distinta.
- 3) Declaro la relevancia de la contribución del doctorando en el desarrollo del presente estudio cuyos resultados fueron plasmados en la publicación con su coautoría.

Por todo ello, SOLICITAN que

- 1) El estudio “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” sea considerado por la presente comisión pertinente para la formulación de la tesis en formato clásico por la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

Y para que conste a los efectos oportunos, firma:

Firmado por AURELIO
LUNA RUIZ CABELLO -
NIF:***8047** el
día 25/09/2022 con
un certificado
emitido por ACCVCA-
120

D. Aurelio Luna Ruiz-Cabello
Facultad de Psicología
Universidad de Murcia

D/Dña. Begoña Martínez Jarreta , con D.N.I 17213976V como coautor/a del estudio titulado “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” , con doi <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014> y en lo referente a la tesis de la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

EXPONGO que,

- 1) Muestro mi conformidad como coautor/a de este estudio para que sea incluido en la tesis del doctorando.
- 2) Muestro mi compromiso de no presentar ni dar mi conformidad para q este estudio sea incluido como parte de otra tesis doctoral distinta.
- 3) Declaro la relevancia de la contribución del doctorando en el desarrollo del presente estudio cuyos resultados fueron plasmados en la publicación con su coautoría.

Por todo ello, SOLICITAN que

- 1) El estudio “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” sea considerado por la presente comisión pertinente para la formulación de la tesis en formato clásico por la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

Y para que conste a los efectos oportunos, firma:

**MARTINEZ
JARRETA MARIA
BEGOÑA - DNI
17213976V**

Firmado digitalmente
por MARTINEZ JARRETA
MARIA BEGOÑA - DNI
17213976V
Fecha: 2022.09.19
21:04:50 +02'00'

Profa. Dra. Begoña Martínez Jarreta
Catedrática de la Universidad de Zaragoza

D/Dña. David Pina López, con D.N.I. 48524724z como coautor/a del estudio titulado “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study”, con doi <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014> y en lo referente a la tesis de la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

EXPONGO que,

- 1) Muestro mi conformidad como coautor/a de este estudio para que sea incluido en la tesis del doctorando.
- 2) Muestro mi compromiso de no presentar ni dar mi conformidad para q este estudio sea incluido como parte de otra tesis doctoral distinta.
- 3) Declaro la relevancia de la contribución del doctorando en el desarrollo del presente estudio cuyos resultados fueron plasmados en la publicación con su coautoría.

Por todo ello, SOLICITAN que

- 1) El estudio “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” sea considerado por la presente comisión pertinente para la formulación de la tesis en formato clásico por la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

Y para que conste a los efectos oportunos, firma:

D. David Pina López
Facultad de Psicología
Universidad de Murcia

D/Dña. Esteban Puentes López , con D.N.I, 76634517n como coautor/a del estudio titulado “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” , con doi <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014> y en lo referente a la tesis de la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

EXPONGO que,

- 1) Muestro mi conformidad como coautor/a de este estudio para que sea incluido en la tesis del doctorando.
- 2) Muestro mi compromiso de no presentar ni dar mi conformidad para q este estudio sea incluido como parte de otra tesis doctoral distinta.
- 3) Declaro la relevancia de la contribución del doctorando en el desarrollo del presente estudio cuyos resultados fueron plasmados en la publicación con su coautoría.

Por todo ello, SOLICITAN que

- 1) El estudio “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” sea considerado por la presente comisión pertinente para la formulación de la tesis en formato clásico por la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

Y para que conste a los efectos oportunos, firma:

**PUENTE
LOPEZ
ESTEBAN -
76634517N**

Firmado
digitalmente por
PUENTE LOPEZ
ESTEBAN -
76634517N
Fecha: 2022.09.16
12:30:19 +02'00'

D. Esteban Puentes López
*Facultad de Psicología
Universidad de Murcia*

D/Dña. José Antonio Ruiz Hernández , con D.N.I, 74358903H como coautor/a del estudio titulado “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” , con doi <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014> y en lo referente a la tesis de la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

EXPONGO que,

- 1) Muestro mi conformidad como coautor/a de este estudio para que sea incluido en la tesis del doctorando.
- 2) Muestro mi compromiso de no presentar ni dar mi conformidad para q este estudio sea incluido como parte de otra tesis doctoral distinta.
- 3) Declaro la relevancia de la contribución del doctorando en el desarrollo del presente estudio cuyos resultados fueron plasmados en la publicación con su coautoría.

Por todo ello, SOLICITAN que

- 1) El estudio “Users’ Perception of Violence and Conflicts With Professionals in Primary Care Centers Before and During COVID-19. A Qualitative Study” sea considerado por la presente comisión pertinente para la formulación de la tesis en formato clásico por la doctoranda Dña. Paloma López Ros, con D.N.I 34817421k

Y para que conste a los efectos oportunos, firma:

D. José Antonio Ruiz Hernández
Facultad de Psicología
Universidad de Murcia

Anexo II.

Informe de la Comisión de Ética de
Investigación de la Universidad de
Murcia de los estudios 1 y 3

INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia,

CERTIFICA:

Que D.^a Paloma López Ros ha presentado la memoria de trabajo de la Tesis Doctoral titulada "*Mejora de la convivencia entre usuario y profesionales en los centros de atención primaria*", dirigida por D. José Antonio Ruiz Hernández y D. Bartolomé Llor Esteban a la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día seis de octubre de dos mil veintiuno¹, por unanimidad, se emite INFORME FAVORABLE, desde el punto de vista ético de la investigación.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan firmo esta certificación con el visto bueno de la Presidenta de la Comisión.

V^o B^o
LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN
DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DE MURCIA

Fdo.: María Senena Corbalán García

ID: 3555/2021

¹A los efectos de lo establecido en el art. 19.5 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (B.O.E. 02-10), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación



Anexo III.

Hoja de recopilación de datos de
estudios cualitativos 1 y 3



Convivencia entre usuarios y profesionales de la Salud en los centros de Atención Primaria.

Instrucciones generales para contestar el cuestionario

Consideraciones éticas: el presente proyecto ha recibido informe favorable por la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

La **participación** en el mismo es **anónima, voluntaria** y la **confidencialidad personal y de los datos** está **garantizada** en todo momento, si entiende dicha afirmación marque la casilla posterior con una **X**:

Sí he sido informado(a) de que la participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La **información** que se recoja será **confidencial** y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. **Las aportaciones** que haga al grupo de discusión, serán **codificadas** usando un número de identificación y, por lo tanto, **serán anónimas** y mis datos serán tratados de manera confidencial y **sólo serán usados con fines docentes y de investigación**, estando protegidos por la Ley 15/1999 de 13 de diciembre (Ley de Protección de Datos).

Las sesiones serán grabadas para su posterior análisis por los miembros del equipo de investigación. Tanto los comentarios como los datos del cuestionario, serán revisados por los miembros del equipo de investigación, quienes asignarán **un código** a cada comentario/cuestionario para el análisis de los datos y mantener el anonimato en todo momento.

El tiempo estimado de duración del grupo de discusión es de 60 minutos.

Este cuestionario escrito se recogerá los datos sociodemográficos mas relevantes para la investigación. Su duración es de 5 minutos.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN E INTERÉS

POR FAVOR, CONTINÚE



No está permitida la copia y/o difusión del presente instrumento sin consentimiento del equipo de investigación responsable del presente proyecto.

Grupos de Investigación: Psicología Social (043-04) y Salud Laboral (063-01). Email: david.pina@um.es



En general, las preguntas que formulamos a continuación se contestan escogiendo entre las alternativas de respuesta propuesta. Por favor, indique aquella que más se ajuste a su caso particular marcando la opción (x) o con un círculo.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Año de nacimiento:

2. Sexo:

a. Chico _____

b. Chica _____

3. Nacionalidad:

a. Español _____

b. Comunitario _____

c. Extracomunitario _____

4. Situación laboral:

a. En activo _____

b. Baja laboral _____

c. Jubilado _____

d. Otros.....

5. Estado civil:

a. Soltero/a _____

b. Casado/a o pareja de hecho _____

c. Separado o divorciado _____

d. Otros.....

6. ¿Con que frecuencia media acude usted al centro de atención primaria al mes?

a. 0-1 _____

b. 2-3 _____

c. 4 o más _____

7. ¿Ha tenido usted algún conflicto en su centro de atención primaria con algún/a miembro del personal?

a. Nunca _____

c. En alguna ocasión _____

d. A menudo _____

e. Muchas veces _____

8. ¿Ha presenciado usted algún conflicto en su centro de atención primaria con algún/a miembro del personal?

a. Nunca _____

c. En alguna ocasión _____

d. A menudo _____

e. Muchas veces _____



POR FAVOR, CONTINÚE



Convivencia entre usuarios y profesionales de la Salud en los centros de Atención Primaria.

**MUCHAS GRACIAS POR
SU COLABORACIÓN**

Finalmente, tras la cumplimentación del presente cuestionario, **haga entrega de este al investigador colaborador que se lo ha facilitado**, para su posterior análisis y donde esperamos que sus respuestas contribuyan a mejorar sus condiciones de trabajo.

Recuerde complimentar la casilla de la página inicial, y si muestra su consentimiento para posterior procesamiento de los datos del presente cuestionario **aceptando las condiciones detalladas conjuntamente.**

Si desea contactar con nosotros podrá realizarlo dirigiéndose a la siguiente cuenta de correo electrónico:

David.pina@um.es

Plr17421@um.es

Anexo IV.

Autorización COIR de la

Universidad Miguel Hernández del

estudio 2

Dr. D. Paloma López Ros
Dpto/Instituto. Ciencias del comportamiento y salud

Investigador Principal	Paloma López Ros	
Tipo de actividad		
Título del proyecto	MEDIDAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE USUARIOS PARA MINIMIZAR Y PREVENIR LA AGRESIÓN HACIA TRABAJADORES DE LA SALUD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.	
Códigos GIS estancias donde se desarrolla la actividad		
Evaluación riesgos laborales	No procede	
Evaluación ética uso muestras biológicas humanas	No solicitado/No procede	
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede	
Evaluación ética animales	No solicitado/No procede	
Registro	220426115743	
Referencia	AUT.DCC.PLR.02.22	
Caducidad	5 años	

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

No se ha evaluado el uso de muestras biológicas humanas porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

No se ha evaluado el uso de animales en un proyecto de investigación porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

No se ha evaluado la participación de voluntarios humanos porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

Por todo lo anterior, el dictamen del CEII es **favorable**.

Atentamente,

Maria Yolanda Miralles López
Secretario CEII
Vicerrectorado Investigación

Domingo Orozco Beltrán
Presidente CEII
Vicerrectorado Investigación



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad esté financiada y se gestione a través del servicio SGI-OTRI de la UMH, le recordamos que, para poder llevar a cabo dicha actividad en las instalaciones de la UMH, además del dictamen de la OEP, es necesario contar con la autorización del representante institucional. Esta gestión se realiza a través de SGI-OTRI, quien gestiona las correspondientes prestaciones de servicio, contratos /convenios y proyectos de investigación.
- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización del proyecto debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

Anexo V.

Herramienta AD-HOC para el
análisis de sesgo

HERRAMIENTA AD-HOC

Puntuación:

Cuando el criterio se cumple → + (2)

Cuando no se cumple → - (1)

Cuando no está claro → NS (3)

Valoración del método:

1- Participantes:

- a. Estudios de cohortes: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el método de selección de los participantes. Especifique los métodos de seguimiento.
- b. Estudios de casos y controles: proporcione los criterios de elegibilidad así como las fuentes y el proceso diagnóstico de los casos y el de selección de los controles. Proporcione las razones para la elección de casos y controles.
- c. Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes.
- d. Estudios de cohortes: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de parejas y el número de participantes con y sin exposición.
- e. Estudios de casos y controles: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de las parejas y el número de controles por cada caso.

2- Las variables de interés están definidas claramente. Se explican además formato de respuesta, variables predictoras, confusoras y modificadoras del efecto.

3- Se proporcionan las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, se especifica para cada uno de ellos.

4- Se especifican si se han tomado medidas contra el sesgo.

5- Se especifica como se obtuvo el tamaño muestral.

6- Se explica cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué.

7- Métodos estadísticos:

- a. Especifica todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión.
- b. Especifica todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones
- c. Explica el tratamiento de los datos ausentes (missing data):
 - i. Estudio de cohortes: si procede, explica cómo se afrontan las pérdidas en el seguimiento.
 - ii. Estudios de casos y controles: si procede, explique cómo se aparearon casos y controles.
 - iii. Estudios transversales: si procede, especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo.
- d. Describa los análisis de sensibilidad.

Valoración resultados:

8- Participantes:

- i. Describe el número de participantes en cada fase del estudio; por ejemplo: cifras de los participantes potencialmente elegibles, los analizados para ser incluidos, los confirmados elegibles, los incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados.
- ii. Describe las razones de la pérdida de participantes en cada fase.
- b. Datos descriptivos:
 - i. Describe las características de los participantes en el estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión.
 - ii. Indica el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés
- c. Estudios de cohortes: resume el período de seguimiento (p. ej., promedio y total).

9- Variables de resultado:

- a. Estudios de cohortes: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen a lo largo del tiempo.
- b. Estudios de casos y controles: describa el número de participantes en cada categoría de exposición, o bien proporcione medidas resumen de exposición.
- c. Estudios transversales: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen.

10- Resultados principales:

- a. Proporciona estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (p. ej., intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por los que se ajusta y las razones para incluirlos .
- b. Si categoriza variables continuas, describe los límites de los intervalos.
- c. Si fuera pertinente, valora acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un período de tiempo relevante.

Valoración discusión

11- Se discuten las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Se razonan tanto sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo.

12- Fuentes de financiación especificadas y sin conflicto.