

# 17

## **Violencia de usuarios en Atención Primaria. Adaptación de un instrumento de medida**

Cecilia López García, Bartolomé Llor Esteban  
y José Antonio Ruiz Hernández

### **Introducción**

La salud y la seguridad en el trabajo son un pilar de toda política social y un componente esencial de la estrategia de promoción del trabajo decente preconizada por la OIT. No se trata solamente de crear empleos, es necesario también que esos empleos respondan a los criterios de decencia y de dignidad. Para ello, se hace necesario desarrollar un enfoque verdaderamente global e integrado de la salud y la seguridad en el trabajo que aborde los nuevos riesgos emergentes como, por ejemplo, la violencia en el trabajo<sup>1</sup>.

La violencia en el ámbito laboral es un problema más grave de lo que se cree ya que aún siguen sin comunicarse todos los actos violentos que se producen en este ámbito (se estima que cerca del 39% de los incidentes no son comunicados<sup>2</sup>).

Tal es la importancia de este fenómeno que organismos internacionales han tenido que acordar el abordaje de esta problemática. Para ello, la OIT, el CIE, la OMS y la OISP elaboraron un Programa destinado al sector salud y como resultado de ello, se creó una guía para conseguir instituciones sanitarias libres de violencia<sup>3</sup> en la cual se define la violencia laboral como “incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos los viajes de ida y vuelta a él - que

pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud"; y se manifiesta según los siguientes tipos: violencia física que es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos. Se incluyen en ella las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos; y violencia verbal o psicológica que hace referencia al uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas.

Debido a la compleja organización, las estrechas relaciones existentes entre los trabajadores y los usuarios, las peculiaridades de la atención primaria de salud (APS), y los cambios que se están produciendo en las relaciones entre profesionales sanitarios y usuarios (de una relación casi paterno-filial de mediados del siglo XX se ha pasado a una situación de exigencia de ser atendido de forma rápida, personalizada, etc. y exigencia de ser curado de cualquier mal o dolencia), las instituciones sanitarias parecen ser un medio más propicio que otros ámbitos laborales para que se produzcan actos de violencia con los usuarios<sup>4</sup>.

La importancia del estudio del fenómeno de la violencia laboral en ámbitos sanitarios viene determinada por características propias del grupo de profesionales que trabajan en ese entorno. El ámbito sanitario se caracteriza por ser mayoritariamente femenino y, bien es sabido, que la mujer es más propensa a sufrir violencia de diversa índole debido al fenómeno cultural patriarcal creado a lo largo de la historia según el cual la mujer se encuentra subordinada, sometida al hombre. Por tanto, este fenómeno puede ser tratado como un problema de género debido a la gran feminización de las profesiones sanitarias. El hecho de ser mujer y, además, realizar su labor profesional en ámbitos sanitarios (considerados de gran riesgo de violencia laboral por el contacto que se realiza con usuarios<sup>3</sup>) pueden ser considerados dos determinantes de salud (uno biológico y otro ambiental respectivamente) que podrían suponer un mayor riesgo de ser víctima de violencia laboral.

Otro punto relevante sobre el estudio de la violencia laboral en profesionales sanitarios se debe a la creencia tradicional de que los actos violentos son algo natural de las profesiones sanitarias y, por ello, los profesionales se han mostrado pasivos ante ellos<sup>5</sup>. Hasta hace poco tiempo se trataba de un problema prácti-

camente desconocido que permanecía en silencio por su escasa denuncia, pero, actualmente, y gracias al desarrollo de numerosas investigaciones realizadas, se está llegando a conocer la verdadera magnitud de este fenómeno. En el estudio realizado por Farias et al. (2012)<sup>6</sup> se obtuvo que el 41,2% de los participantes manifiestan que se presentan situaciones de violencia en la institución en la que trabajan ocasionalmente frente a un 12,1% que manifiesta que las conductas violentas no ocurren nunca en su lugar de trabajo (el 23,8% percibe violencia laboral rara vez y el 22,9% muy frecuentemente). Así, encontramos algunos estudios que evidencian, con sus resultados, como el profesional sanitario está tomando conciencia del fenómeno de la violencia y manifiestan la frecuencia de hostilidad que tienen en su lugar de trabajo: Gascón (2009)<sup>7</sup>, encontró que el 15% de los trabajadores sanitarios ha sido víctima de agresión física, 5% en más de una ocasión; 64% han sido víctima de comportamientos amenazantes, 34% han sufrido amenazas intimidación o insultos, 23,8% en forma repetida, y 35% ha recibido insultos, 24,3% repetidamente; en el estudio realizado por Moreno et al. (2005)<sup>8</sup>, el 58% de los médicos reconoció haber sufrido alguna agresión en el último año, de los cuales el 85% sufrió abusos verbales, el 67,5% amenazas y el 12,5% agresiones físicas. Resultados similares obtuvieron Paravic et al. (2004)<sup>9</sup> al realizar un estudio para conocer la percepción de violencia de los diferentes trabajadores de APS: las conductas violentas son prioritariamente de tipo psicológico (78%), presentándose conductas violentas de tipo físico en menor frecuencia (15%).

Villareal y Mur (2010)<sup>10</sup> realizaron un estudio de investigación para recoger el tipo de violencia y hostilidad que el trabajador manifiesta haber recibido a lo largo de su vida laboral. Ponen de manifiesto en su estudio como, del año 2006 al 2008, se pasa de tener al accidente biológico como rey indiscutible (en 2006 se registró un 61% y en 2008 un 14%) a ser la hostilidad laboral el motivo más importante de declaración de contingencia (de un 11% en 2006 a un 58% en 2008).

La importancia de la elaboración de un instrumento de medida de violencia laboral del ámbito sanitario radica en el hecho de que no es posible realizar una buena comparación de los resultados obtenidos en las investigaciones sobre la prevalencia de violencia laboral en profesiones sanitarias. Esto es debido a que los estudios realizados usan diferentes definiciones y clasificaciones para delimitar los conceptos; diferente metodología para recolectar y

procesar la información; la precisión utilizada para poder delimitar la naturaleza del incidente (qué es considerado un ataque físico o uno verbal) no es la misma y se usan diferentes criterios para evaluar la violencia laboral.

En materia de violencia en el medio sanitario, las investigaciones realizadas se han dirigido fundamentalmente a investigar las agresiones perpetradas en los servicios psiquiátricos y, muy particularmente, sobre aquellas de las que son objeto los profesionales de enfermería. Este estudio va más allá dado que ha tenido en cuenta a todo el espectro de profesiones que desempeñan su labor en APS (personal facultativo, personal no facultativo y personal no sanitario) con la finalidad de adaptar un instrumento de medida válido para todas las categorías profesionales que nos permita establecer comparaciones entre ellas y comprobar si, tal y como informa el CIE, los enfermeros son los que más riesgos corren<sup>11</sup>.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Conseguir un instrumento de medida de las conductas hostiles de usuarios hacia profesionales de APS.

### **Objetivos específicos:**

- a) Estudiar la violencia laboral percibida por profesionales sanitarios y no sanitarios de APS desde una perspectiva cualitativa; y
- b) Validar semánticamente y adaptar la escala HABS-U al ámbito de APS.

## **Material y método**

### **Participantes**

El presente estudio se llevó a cabo seleccionando a participantes con ciertas características en común (profesionales que desempeñan actualmente su labor en el ámbito de APS) las cuales le relacionan con el tema objeto de discusión.

Se realizaron 13 entrevistas individuales a profesionales que actualmente trabajan en Centros de APS de la Región de Murcia entre los meses de Enero y Febrero de 2012.

El perfil de la muestra se caracteriza por ser mujeres (61,5%, n=8), con una edad media de 48,8 años (moda=57años) y una antigüedad media en APS de los participantes de 11 años y 3 meses. Las entrevistas individuales se

realizaron a personal de la coordinación de enfermería (enfermeros y auxiliares de enfermería) (n=5), a personal de la coordinación médica (n=5) y a personal de apoyo (n=3) (auxiliares administrativos y celadores).

### Instrumento

La primera parte de las entrevistas individuales consistía en validar semánticamente la escala HABS. Dicha escala está formada por tres versiones, las cuales engloban las situaciones conflictivas que surgen con diversos focos potenciales de conflictos presentes en el puesto de trabajo del personal sanitario (*usuarios*, compañeros y superiores). Fue desarrollada a partir de un estudio sobre *Riesgos Psicosociales y Salud en Personal de Enfermería* realizado con una muestra de 1489 profesionales sanitarios que desempeñaban su labor en 11 hospitales públicos de la Región de Murcia.

La versión de la escala “usuarios” como foco de conflicto (HABS-U) consta de dos dimensiones: una dimensión que hace referencia a manifestaciones no físicas de la violencia (por ejemplo: “*los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial*”) y está compuesta por 7 ítems con una consistencia interna de .84 y una varianza explicada del 35.12%; y una dimensión referente a la violencia física (por ejemplo: “*los usuarios han llegado a empujarme, zarrandearme o escupirme*”) que está compuesta por 3 ítems con una consistencia interna de .76 y una varianza explicada de 22.01%<sup>12</sup>.

Los enunciados expresan situaciones conflictivas entre los profesionales de enfermería de los hospitales y los usuarios, familiares o acompañantes. Todos se miden mediante una escala de respuesta graduada tipo Likert, con 6 niveles de respuesta. La puntuación total de cada sujeto es la suma de todas las respuestas. A mayor puntuación, con más frecuencia se sufre violencia en el lugar de trabajo y una puntuación baja nos indica una presencia reducida de estas conductas hostiles.

La aplicación de la escala HABS-U obtuvo resultados altamente satisfactorios y demostró su eficacia en el ámbito de la atención especializada de salud, de manera que, mediante la revisión de lo que los profesionales de APS experimentan en su lugar de trabajo respecto a las situaciones conflictivas (análisis de las entrevistas en profundidad), se pretende realizar una validación de dicha escala para adaptarla, mediante la creación de nuevos ítems, al ámbito laboral a estudio.

## Procedimiento

Se han realizado entrevistas en profundidad como método cualitativo para obtener las percepciones y opiniones de los profesionales mediante la utilización de preguntas abiertas sobre el tema objeto de estudio. La elección de este tipo de metodología cualitativa permitió poder conectar con el profesional y descubrir, según su punto de vista, cómo veía la realidad referente a las situaciones conflictivas que se producen con pacientes, familiares y/o acompañantes en su lugar de trabajo para, con la información obtenida, poder elaborar un banco de ítems para añadir a la escala HABS-U y conseguir su adaptación al ámbito de APS.

Las fases del desarrollo del estudio han sido las siguientes:

1. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA: En primer lugar se realizó una revisión de la bibliografía existente para conocer en profundidad las situaciones conflictivas a las cuales se exponen los profesionales sanitarios en su lugar de trabajo. Dicha revisión ha dado lugar al desarrollo de la parte teórica del presente trabajo.
2. SESIONES *BRAINSTORM*: Se realizaron diversas sesiones de *brainstorm* con miembros de un equipo de investigación como herramienta grupal para facilitar el surgimiento de ideas para obtener una gama de posibles preguntas abiertas a realizar en las entrevistas individuales. Se obtuvo un gran listado de posibles preguntas y se seleccionaron las más relevantes.
3. ELABORACIÓN DE UN GUIÓN: Una vez obtenidas y diseñadas las preguntas abiertas a realizar a los participantes, se elaboró una propuesta de encuadre (ANEXO 1) y un guión para utilizarlo como recordatorio de los principales temas a tratar en las entrevistas individuales.
4. LOCALIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES: Para seleccionar la muestra para llevar a cabo el presente estudio se visitaron varios Centros de Salud pertenecientes al área I y II del Servicio Murciano de Salud. Una vez en ellos, en primer lugar nos dirigimos a los coordinadores médicos y de enfermería para darles información sobre el estudio y solicitarles los permisos pertinentes. Posteriormente, nos dirigimos directamente a los profesionales para pedir su participación. Varios de los entrevistados fueron seleccionados mediante la técnica de bola de nieve gracias a un

informante clave. Si los profesionales aceptaban participar en este estudio se concretaba una cita dentro de su horario laboral para evitar invadir el tiempo libre del participante.

5. REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES: Antes de realizar la entrevista individual se les entregó a los profesionales una hoja explicativa del trabajo y se les solicitó cumplimentar ciertos datos socio-demográficos (sexo y edad) y sociolaborales (profesión y antigüedad en APS). Además, se les comentaba la necesidad de grabar la entrevista para poder recordar todos los comentarios que proporcionasen poniendo énfasis en la confidencialidad de las experiencias aportadas (no se asociarían sus datos personales con ningún comentario redactado en el trabajo) y pidiéndoles que respondiesen con total sinceridad.

La primera parte de la entrevista individual consistía en validar la escala HABS-U. Para ello, los participantes debían valorar cada ítem que componen la escala en base a los siguientes parámetros:

- El ítem no es entendible (**claridad**).
- El ítem puede tener varias o diferentes interpretaciones (**ambigüedad**).
- El ítem manifiesta una premisa que ya está contenida en otro, se refieren a lo mismo o reflejan la misma idea (**solapamiento**).
- La situación que aparece en el ítem se va a dar siempre (**efecto techo**).
- La situación que aparece en el ítem no se va a dar nunca (**efecto suelo**).

La fase final de la entrevista consistía en aplicar el guión previamente elaborado que contenía preguntas que invitaban al entrevistado a comentar la falta de algún ítem que explorase situaciones no reflejadas en la anterior escala. Se comenzó con preguntas más generales (*¿cuáles son las situaciones conflictivas que pueden darse entre los trabajadores y usuarios?*) hasta llegar a preguntas más concretas (*¿de qué forma se manifiestan las conductas hostiles (tipos de conducta: verbal, física,...)?; ¿Qué actos protagoniza el paciente?*) en las cuales el profesional nos aportaba ejemplos de las situaciones conflictivas originadas por el usuario tras sugerirle que nos clarificaran la situación. La finalidad era que los profesionales narraran situaciones conflictivas basándose tanto en su propia experiencia como en la de los compañeros de trabajo.

Al finalizar la entrevista se agradeció su participación y su tiempo prestado para ello.

La duración de las entrevistas individuales osciló entre 25-40 minutos. El proceso de realización de entrevistas en profundidad se finalizó al conseguir saturación de la información.

6. **TRANSCRIPCIÓN:** La siguiente fase consistió en la transcripción de las grabaciones de audio para posteriormente realizar su análisis cualitativo. En esta fase también se llevó a cabo una modificación de la información para eliminar todas las referencias de identificación de personas y la información sobre los datos sociodemográficos y laborales de las entrevistas realizadas para evitar problemas de confidencialidad.
7. **ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES:** Tras la lectura de las transcripciones se seleccionaron las frases significativas, se realizó una agrupación de éstas según aspectos afines y así se resumieron los hallazgos obtenidos de las entrevistas individuales clasificando por temas las afirmaciones expresadas por los participantes.
8. **REDACCIÓN DE ÍTEMS:** A partir de dichas frases significativas se llevó a cabo una redacción de ítems de manera individual por parte de cada uno de los miembros del grupo de investigación y se realizó una primera sesión de puesta en común. Posteriormente, el grupo multidisciplinar (enfermeros, psicólogos y médicos) formado por 2 profesores universitarios, 2 alumnas de doctorado y 4 profesionales de enfermería se reunieron en varias sesiones para revisar de manera exhaustiva los ítems propuestos y se llevó a cabo la redacción de los nuevos ítems a incorporar en la escala HABS-U eliminando o reformulando aquellos que tenían problemas en su enunciado.
9. Como fase final de este estudio, los ítems fueron clasificados en relación con las dimensiones que componen el cuestionario original y fueron preparados para realizar su posterior proceso de validación mediante un estudio piloto.

## Resultados

Mediante el abordaje, desde una perspectiva cualitativa, del fenómeno de la violencia laboral se pretendía validar la escala HABS-U desarrollada para su divulgación en el medio de atención especializada de salud y, mediante la

exploración de las entrevistas realizadas a los profesionales, adaptar dicha escala al ámbito de APS con la creación de nuevos ítems que surjan como consecuencia del análisis de las entrevistas en profundidad. A lo largo del desarrollo de este apartado se muestran los resultados obtenidos en la fase de validación de la escala, en la categorización resultante del análisis cualitativo, la elección de cuantificación de los futuros ítems y en la fase de redacción de ítems.

### Validación de HABS-U

La primera fase de las entrevistas individuales consistía en validar la Escala de Comportamientos Agresivos de Usuarios en Hospitales (HABS-U) para poder comprobar si era útil en el ámbito de APS.

Todos los entrevistados coincidieron al indicar que la escala era entendible, no presentaba ambigüedad ni solapamiento de los ítems y no habían encontrado ningún ítem que ocurriera siempre o que no ocurriera nunca.

La no variabilidad de los participantes en cuanto a la validación del instrumento puede deberse al minucioso procedimiento realizado para obtener la escala para lo cual se realizaron 3 grupos de discusión con 21 participantes, 6 entrevistas en profundidad y diversas revisiones por expertos con amplia experiencia en la construcción de escalas. Todo esto ha proporcionado una mayor solidez a la escala y, con los resultados obtenidos en este estudio, podemos afirmar que se trata de una escala válida y fiable para medir la frecuencia de conductas hostiles en el ámbito de la atención especializada pero se hace necesario matizarla para adaptarla al ámbito de APS.

### Adaptación de HABS-U al ámbito de APS

- **Categorización**

La última fase de la entrevista es la que nos dio la posibilidad de elaborar un banco de ítems que nos permitirán adaptar la escala HABS-U al ámbito de APS.

Al realizar la transcripción y el análisis cualitativo de las entrevistas individuales realizadas se obtuvieron tres categorías que hacen referencia a la violencia que perciben los trabajadores de los Centros de APS por parte de los usuarios, las cuales se presentan a continuación con testimonios textuales facilitados por los participantes que avalan y ejemplifican la categorización realizada:

1. **Violencia verbal** la cual hace referencia a insultos, amenazas, quejas... por parte de los usuarios.

*"...si no les das lo que ellos quieren (partes de baja, recetas, análisis,...) te amenazan e insultan".*

*"Entran a la consulta quejándose del tiempo que has empleado con el anterior paciente".*

*"Un paciente comenzó a insultarme y amenazarme al negarme a atenderle sin cita".*

*"Cuando vas con retraso los pacientes se quejan por el tiempo que llevan esperando".*

En esta categoría se encuentran las amenazas administrativas: los usuarios cuentan con la posibilidad de poner reclamaciones en atención al cliente o denuncias judiciales si discrepan con el profesional que les ha atendido.

*"Un paciente llegó sin cita y le dije que no podía atenderle y él me contestó que si no le atendía me iba a poner una reclamación".*

*"... me amenazó con ponerme una denuncia".*

2. **Violencia física.** Esto tipo de violencia es la menos frecuente y con la que menos relatos hemos contado. Los profesionales entrevistados comentan que rara vez la han percibido pero que aún así han llegado a presenciar algún acto de este tipo.

*"...llegó a levantarme la mano como si fuese a pegarme..."*

En esta categoría también se incluye la violencia contra las instalaciones refiriéndonos a la descarga de la agresividad de un paciente contra los inmuebles del Centro de Salud.

*"...intentó abrirme la puerta de la consulta pero como estaba cerrada porque estaba realizando una cura, empezó a atiborrarme la puerta a golpes..."*

*"Me negué a darle una receta y salió de la consulta dándole un portazo a la puerta".*

3. **Violencia no verbal:** este tipo de violencia se manifiesta con conductas o actitudes desafiantes mediante las cuales el paciente muestra su enfado o disgusto sin emplear la fuerza física ni la palabra: miradas

de desprecio, muestras de rechazo, indiferencia,... con la finalidad de lastimar emocionalmente.

*“Si te retrasas en la atención te ponen malas caras”.*

*“Te interrumpen de mala manera si es su hora de atenderles”.*

En esta categoría también se han incluido manifestaciones que el paciente muestra cuando el profesional que les atiende no es de su agrado ya sea por su edad, género o nacionalidad.

*“Me han llegado a mirar mal por no ser española y, encima, mujer”.*

Con este primer análisis de las entrevistas fue posible realizar un acercamiento a la realidad expresada por los entrevistados. Se ha podido comprobar que en los Centro de APS se producen situaciones conflictivas que dan lugar a la expresión de comportamientos hostiles (lenguaje insultante y degradante, comportamientos intimidatorios y amenazas físicas) como resultado de la interacción de los profesionales y los usuarios. Estos comportamientos hostiles se caracterizan por ser previos a las conductas agresivas por lo que el profesional debe estar capacitado para saber actuar y no reaccionar ante ellos.

Las manifestaciones más frecuentes de los comportamientos hostiles en APS son de tipo verbal y no verbal ya que las físicas aparecen en rara ocasión y de manera puntual.

- **Cuantificación de los ítems**

Tras la realización de la categorización de las conductas que perciben los profesionales de APS, se prosiguió con la redacción de los ítems. Antes de comenzar con la elaboración de los ítems, se consideró la necesidad de llegar a un acuerdo para cuantificarlos.

Se decidió cuantificarlos según su frecuencia de ocurrencia por lo que todos los ítems debían ser redactados de manera que el futuro encuestado pudiese asignar a sus experiencias un cuantificador lingüístico de frecuencia y, para ello, se ha utilizado la escala de respuesta graduada tipo Likert con 6 niveles de respuesta que indican la frecuencia con la cual los profesionales se exponen a situaciones conflictivas con los usuarios: 1= *nunca*; 2= *anualmente*; 3= *trimestralmente*; 4= *mensualmente*; 5= *semanalmente*; 6= *a diario*.

Se evitó la utilización de escalas de respuesta de frecuencia cuyos cuantificadores no son del todo específicos, por ejemplo, “nunca”, “casi nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” o “muy frecuentemente”; utilizadas por múltiples escalas<sup>52, 53</sup> relacionadas con el fenómeno objeto de estudio, ya que pueden presentar diversas interpretaciones lo cual la diferencia de la escala escogida que contiene términos más concretos que no inducirán a varias interpretaciones por los futuros encuestados.

- **Redacción de ítems**

Durante las reuniones realizadas se llevaba a cabo la eliminación o reformulación de los ítems propuestos por los investigadores para lo cual se siguieron criterios operativos de redacción de ítems:

- Se revisaron todos los ítems para comprobar que el lenguaje utilizado en los enunciados era sencillo, claro, directo y comprensible para la población diana; y para detectar posibles fallos de expresión.
- Se evitaron los enunciados excesivamente profusos ya que podrían desmotivar su lectura: se intentó no utilizar más de 20 palabras por cada enunciado.
- Todos los ítems debían reflejar situaciones reales que se producen dentro del ámbito de APS.
- Los ítems que expresaban la misma idea pero de diferente modo tuvieron que ser unificados y reformulados. Por ejemplo, “*los usuarios me ponen malas caras si me retraso en mi trabajo*” y “*los usuarios me ponen malas caras cuando la consulta va retrasada*” se unificaron en un solo ítem ya que coinciden en la misma manifestación de hostilidad (*malas caras*) y en su atribución (retraso en las tareas).
- Todos los ítems debían ser relevantes y claramente relacionados con el tema de las situaciones conflictivas.
- Todos los ítems debían contener un componente hostil como respuesta a una situación concreta y dirigida a la persona. Por ello, el ítem “*los usuarios me responsabilizan exageradamente de no cumplir los horarios*” fue eliminado pues el componente hostil no es obvio. El ítem “*los usuarios me amenazan si no cumplo sus expectativas*”

fue modificado para clarificar cuales podían ser las expectativas del usuario obteniendo el siguiente ítem: *“los usuarios me amenazan si no cumpla sus expectativas (pruebas, recetas, análisis,...)”*. De igual manera, el ítem *“los usuarios interrumpen mi trabajo si consideran que es su turno”* fue modificado para añadirle el componente hostil *“los usuarios interrumpen mi trabajo con malas formas si consideran que es su turno”*.

- Todos los ítems debían expresar una conducta hostil intencionada e impulsiva. El ítem *“los usuarios expresan su enfado gritándome cuando no me ajusto al horario previsto”* fue sustituido por *“los usuarios expresan su enfado elevándome la voz cuando no me ajusto al horario previsto”*. En el ámbito de APS es común que los profesionales conozcan, en mayor o menor medida, cómo son los pacientes a los cuales atienden. Esto ayudará a diferenciar si el paciente está hablando con una voz elevada de manera intencionada o si es habitual que el paciente hable así. La intencionalidad aparecerá cuando el paciente eleve su tono de voz habitual.
- Hubo que matizar ítems que eran demasiado generales. El ítem *“los usuarios me amenazan con una demanda”* tuvo que ser matizado.
- Se evitó que en un mismo ítem hubiese más de un enunciado lógico ya que puede suceder que se esté de acuerdo con una de ellas pero no con las demás. Por ello, el ítem *“los usuarios me rechazan por mi nacionalidad, juventud y raza”* fue sustituido por 3 ítems. De la misma manera, el ítem *“los usuarios me gritan y me faltan al respeto cuando solicitan una actividad fuera de horario y es denegada”* fue eliminado por contener varias manifestaciones de hostilidad.
- En la elaboración de los ítems se evitó redactar enunciados que, de manera previsible, la mayoría de los encuestados contesten de la misma manera que un incidente es muy frecuente (para evitar el efecto techo) o un enunciado que la mayoría vaya a contestar que pasa de manera puntual o rara vez (para evitar el efecto suelo). Por ello, para evitar un posible efecto suelo, los ítems *“los usuarios me amenazan con una demanda”* y *“los usuarios me amenazan con una reclamación ante la dirección del centro”* se unificaron en un

solo ítem. De la misma manera se evitó redactar ítems que hiciesen referencia a las agresiones sexuales por la baja incidencia en el ámbito sanitario y, así, evitar el efecto suelo que presentarían esos ítems.

- Se evitó utilizar en la redacción negaciones o dobles negaciones para evitar posibles confusiones.
- Se revisaron los ítems para comprobar que ninguno contenía expresiones como siempre, nunca, a menudo,... debido a que la escala de respuesta utilizada hace referencia a la frecuencia de ocurrencia del incidente. El ítem "*Siempre que me retraso en mis tareas, los usuarios me ponen malas caras*" fue modificado para eliminar la expresión de frecuencia que contenía.

Tras realizar la reformulación y/o eliminación del primer listado de ítems (compuesto por 25 enunciados), se obtuvo como resultado la redacción de 13 ítems elaborados a partir de la conjugación de la propuesta teórica y de la información obtenida de las experiencias relatadas por los profesionales entrevistados.

De esta manera, el instrumento final sobre conductas violentas en APS entre profesionales y usuarios está formado por 21 ítems correspondientes a la base de la escala HABS-U obtenidos durante su elaboración (la escala final cuenta con tan solo 10 ítems) y por 13 ítems resultado del análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a lo largo del desarrollo de este trabajo. Estos 34 ítems (en la tabla 1 se muestran algunos ejemplos de ellos) han quedado preparados para un proceso de validación mediante un estudio piloto.

**Tabla 1: Ejemplos de los ítems propuestos para la escala de conductas violentas en APS**

Ítems de la escala HABS-U	Ítems redactados a partir de las entrevistas en profundidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los usuarios se quejan por mi forma de trabajar (trato).</li> <li>• Los usuarios cuestionan más decisiones.</li> <li>• Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia.</li> <li>• Los usuarios me hacen bromas irónicas.</li> <li>• Los usuarios se enfadan conmigo por la falta de información.</li> <li>• Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial.</li> <li>• Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio.</li> <li>• Los usuarios amenazan con agredirme.</li> <li>• Los usuarios me insinúan que debería dedicarme a otra cosa.</li> <li>• Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil.</li> <li>• Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones.</li> <li>• Los usuarios muestran su enfado contra mi dando golpes portazos,... al mobiliario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los usuarios me ponen malas caras si me retraso en mi trabajo.</li> <li>• Los usuarios interrumpen mi trabajo con malas formas si consideran que es su turno.</li> <li>• Los usuarios me amenazan si no se cumplen sus expectativas (pruebas, recetas, análisis,...)</li> <li>• Los usuarios me amenazan con una demanda por la demora asistencial.</li> <li>• Los usuarios se incomodan por mi nacionalidad o raza.</li> <li>• Los usuarios me rechazan por mi sexo.</li> <li>• Los usuarios me rehúyen por mi edad.</li> <li>• Los usuarios se mofan de mí.</li> <li>• Los usuarios intentan persuadirme con amenazas de denuncia o reclamación.</li> <li>• Los usuarios me acusan de no ajustarme al horario de consulta.</li> </ul>

### Discusión

Mediante el desarrollo de este trabajo se ha pretendido realizar una aproximación, desde una perspectiva cualitativa, al fenómeno de la violencia laboral de las instituciones sanitarias en el ámbito de APS lo cual ha permitido el desarrollo y adaptación de un instrumento de uso específico en ese ámbito. Un punto a favor en la realización de este trabajo se basa en que los ítems no han sido elaborados resumiendo los enunciados de otros instrumentos, sino que se han creado en el marco de un análisis cualitativo exhaustivo a partir de las afirmaciones expresadas por los participantes en las entrevistas en profundidad. De esta manera resultará más fácil la comprensión de los enunciados por los futuros encuestados.

Además, la metodología utilizada para llevar a cabo este trabajo ha sido la acertada ya que, según Krueger (1991)<sup>13</sup>, la consistencia interna de las entrevistas individuales es mayor que la de los grupos de discusión debido a que en estos grupos se produce una interacción de los participantes que puede conllevar la modificación en la posición de alguno de los encuestados. Esto es imposible que ocurra en las entrevistas en profundidad ya que el encuestado sólo podría interaccionar con el entrevistador pero éste mantiene en una posición neutra.

Los estudios internacionales sobre esta temática se han realizado sobre todo en centros psiquiátricos, o teniendo en cuenta una sola profesión (medicina, enfermería), en algunos no se especificaban las conductas violentas, confundiendo agresiones físicas con amenazas, o éstas con insultos. La relevancia y novedad de este trabajo viene determinada por la inclusión de los profesionales no sanitarios. Hasta el momento, la gran mayoría de las investigaciones realizadas tenían como objeto de estudio a aquellos profesionales que presentaban una mayor percepción de violencia (médicos y enfermeros) obviando al resto de profesionales que, aunque no pertenecen a la categoría sanitaria, desempeñan su labor dentro de este ámbito (auxiliares administrativos, celadores, trabajadores sociales,...) y, por tanto, también interaccionan con los pacientes que se encuentran ante situaciones difíciles. Esta incorporación nos permitirá comprobar los diferentes niveles de exposición a las conductas violentas de las diferentes categorías profesionales presentes en APS.

Con el análisis de las entrevistas en profundidad se han obtenido tres categorías de violencia laboral en el sector sanitario (violencia verbal, física y no verbal). Con los resultados de este estudio se indica que las manifestaciones de violencia más referidas que se producen en los centros de APS son las de tipo verbal y no verbal y que, de manera muy eventual, aparecen las manifestaciones de violencia física. Estos resultados son concordantes con los obtenidos en estudios cuantitativos sobre la violencia laboral en APS<sup>6,7,10</sup>.

La redacción y el análisis de los ítems han sido realizadas de manera muy exhaustiva y ha permitido la elaboración de 13 nuevos ítems a incorporar en la escala de medición de la frecuencia de la violencia laboral en profesionales sanitarios.

## Conclusiones

A continuación, se desarrollan, como respuesta a los objetivos y supuestos de trabajo planteados, las conclusiones finales tras la realización del presente trabajo:

- Mediante la realización de las entrevistas en profundidad ha sido posible validar la escala HABS-U al ámbito de APS.
- La adaptación de la escala HABS-U se ha conseguido mediante la redacción de nuevos ítems específicos del ámbito de APS.
- El banco de ítems resultante permitirá el estudio de las percepciones de violencia laboral de usuarios hacia profesionales sanitarios y no sanitarios del ámbito de APS.
- Como resultado final, se ha conseguido una escala que medirá los comportamientos violentos de los usuarios hacia los trabajadores de APS.

## Propuesta para futuras investigaciones

Tras haber realizado la validación y adaptación de la escala HABS-U al ámbito de APS, el siguiente paso consistirá en la evaluación de la aceptabilidad del nuevo cuestionario y el análisis de la validez y fiabilidad.

Tras todo ello, se conseguirá la validación consensuada del nuevo instrumento adaptado a la problemática laboral en materia de violencia percibida por el personal tanto sanitario como no sanitario al servicio de APS.

Posteriormente, se realizará un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de violencia laboral y sus manifestaciones en Centros de APS de la Región de Murcia. Dicho estudio será realizado en centros de salud de diferente tamaño y complejidad y tendrá en cuenta las diferentes categorías profesionales presentes en los centros de APS. De esta manera será posible obtener un mapa de la violencia laboral e identificar a aquellos centros que presentan una alta frecuencia de violencia entre sus trabajadores y los usuarios.

La identificación de las manifestaciones y la intensidad de violencia nos pueden ayudar para formar al personal sanitario en el manejo de estas situaciones, para proporcionar mejores estrategias de prevención, intervención y servicios de apoyo y para modificar y adaptar el entorno laboral y conseguir un lugar de trabajo libre de violencia.

## Bibliografía

1. Khalef A. *¿Es la violencia en el trabajo una fatalidad?*, Ed Obrera, 2003; 4 (133): 13-19.
2. Hock A. *No tenemos por qué aceptar esto. La protección del personal del sector de salud británico*, Ed Obrera, 2003; 4 (133): 49-54.
3. Domínguez L, Mijana J. *Violencia Laboral. Una visión desde Enfermería*. 2ª ed. Buenos Aires: El Auapiti; 2008.
4. Gascón Santos S, *Análisis médico-legal de la violencia en centros asistenciales: agresiones a profesionales [tesis doctoral]*. Repositorio de la Universidad de Zaragoza; 2006 [consultado el 22 de Marzo de 2012]. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/>
5. Comité Editorial, *Las agresiones al personal de enfermería en el puesto de trabajo*, Excel Enferm [en línea] 2005 [consultado el 22 de Marzo de 2012]; 2 (11). Disponible en: <http://www.ee.isics.es>
6. Farias A, Sanchez J, Acevedo G. *La violencia ocupacional en centros de atención primaria de la salud*, Rev. Salud Publica, 2012; 1:18-26.
7. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, Rueda MA. *Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments*, Int J Occup Environ Health, 2009; 15(1): 29-35.
8. Moreno Jiménez MA, Vico Ramírez F, Zerolo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serenab P, Mateios Salidoc MJ. *Análisis de la violencia del paciente en atención primaria*, Aten Primaria 2005; 36(3): 152-158. .
9. Paravic Kljin T, Valenzuela Suazo S, Burgos Moreno M. *Violencia percibida por trabajadores de Atención Primaria de Salud*, Cienc. enferm [en línea], 2004 [consultado el 4 de Abril de 2012]; 10(2): 53- 65. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532004000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000200007)
10. Villarreal D, Mur E M. *Violencia laboral en atención primaria*, Gestión Práctica de Riesgos Laborales. 2010; 72:14-22.
11. Consejo Internacional de Enfermería, *La violencia-epidemia mundial*, Boletín del CIE [en línea]; 1999 [consultado el 25 de Marzo de 2012]. Disponible en: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/19\\_k\\_FS-Violencia-Sp.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/19_k_FS-Violencia-Sp.pdf)

- 
- 
- 
12. Waschgler M K, Ruiz Hernández J A, Llor Esteban B. Patients' aggressive behaviours towards nurses: a scale development, JAN, 2013 Jun;69(6):1418-27.
  13. Krueger R A. El grupo de discusión. *Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide; 1991.

## Anexo I

### Propuesta de encuadre para la entrevista en profundidad con el personal sanitario

TEMA	EJEMPLO
Bienvenida y presentación de los miembros del equipo investigador Explicación somera de la investigación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agradecimiento y bienvenida.</li><li>• Presentación de los miembros del equipo.</li><li>• Fase de continuación de una investigación dirigida a conocer la realidad en el puesto de trabajo del personal sanitario respecto al estrés laboral en atención primaria de salud y así contribuir a la mejora de la calidad en el puesto de trabajo.</li></ul>
Contenidos fundamentales de la sesión	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se recoge la información cualitativa individual que vd. como profesional de APS nos pueda aportar al objeto de obtener una información independiente sobre la validez de cada uno de los ítems de que consta el instrumento para la aplicación en su medio laboral.</li><li>• Además nos interesa saber si, a su juicio, existe alguna situación específica derivada de su trabajo en atención primaria que no haya sido plasmada en las cuestiones de que consta el instrumento.</li></ul>
Duración y pausa	<ul style="list-style-type: none"><li>• La sesión tendrá una duración de aproximadamente unos 45 minutos.</li></ul>
Necesidades de la investigación: el registro	<ul style="list-style-type: none"><li>• Debido a que esta sesión se encuentra enmarcada en una investigación psicosocial necesitamos, con su permiso registrar lo que ustedes digan para su posterior análisis.</li></ul>

## TEMA

Énfasis en la confidencialidad y necesidad de sinceridad

## EJEMPLO

- Por supuesto garantizamos la más absoluta confidencialidad respecto a los datos que nos aporten, por lo que rogamos que sean sinceros y honestos en sus intervenciones.
- En ningún caso citaremos sus nombres asociados a comentario alguno en nuestro informe final.
- Por favor es importante que se sientan libres para expresar sus opiniones abiertamente ya que nos interesa conocer la realidad. Sería una pena que por cortesía no nos proporcionaran información veraz.

Normas básicas para el desarrollo

Antes de comenzar, permítanme que les de algunas normas generales:

- Le iré leyendo cada uno de los ítems y posteriormente nos dará su opinión puntuándolo según el baremo contenido en las instrucciones.
- Debe contestar a las cuestiones teniendo en cuenta sus propias experiencias y las del colectivo a quien representa.
- No dude en solicitarme cualquier aclaración que precise.

Nuevo agradecimiento

De nuevo quiero manifestarle nuestro agradecimiento por participar en esta sesión y contribuir al estudio e investigación del estrés laboral en el personal sanitario.