



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Violencia de Usuarios hacia los Profesionales
de Salud Mental**

**Dña. María Sánchez Muñoz
2017**



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Violencia de usuarios hacia los profesionales
de Salud Mental

Dña. María Sánchez Muñoz

2017

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**VIOLENCIA DE USUARIOS HACIA LOS
PROFESIONALES DE SALUD MENTAL**

POR

Dña. María Sánchez Muñoz

2017

**Violencia de usuarios hacia los
profesionales de Salud Mental**

TESIS DOCTORAL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Autora:

Dña. María Sánchez Muñoz

Dirigida por:

Dr. D. José Antonio Ruiz Hernández

Dr. D. Bartolomé Llor Esteban

Murcia, 2017



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. José Antonio Ruiz Hernández, Profesor Titular de Universidad, del Área de Psicología Social en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Social, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Violencia de usuarios hacia los profesionales de Salud Mental”, realizada por Dña. María Sánchez Muñoz bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctora por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 6 de abril de 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'José Antonio Ruiz Hernández', written over the date.



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Bartolomé Llor Esteban, Profesor Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Ciencias Sociosanitarias, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Violencia de usuarios hacia los profesionales de Salud Mental", realizada por Dña. María Sánchez Muñoz bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctora por la Universidad de Murcia.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M. Llor Esteban'.

En Murcia, a 6 de abril de 2017

Agradecimientos

A mis directores, José Antonio Ruiz Hernández y Bartolomé Llor Esteban, por su dedicación, paciencia e implicación, sin los cuales esta tesis nunca hubiera salido adelante. Por aguantar mis quejas y mis circunstancias a lo largo de estos años, siempre con buen humor.

A José Antonio Jiménez, por su amistad, su eficiencia y su rápida ayuda cada vez que lo he necesitado.

A todos los compañeros de Salud Mental de la Región de Murcia que se prestaron a colaborar como muestra, ofreciendo su visión y experiencia sobre la violencia en nuestro ámbito sanitario.

A José Ignacio, mi gran apoyo en los momentos difíciles, por confiar en mí más que yo misma.

Finalmente, a mis hijos, las personitas más importantes de mi vida. Durante el desarrollo de este trabajo, han crecido mientras yo luchaba con el sentimiento de culpa, que como madre, me generaba no dedicarles a ellos todo mi tiempo libre. Por ello, estoy agradecida de haber concluido y de volver a disfrutarlos plenamente, sin conflictos.

ÍNDICE

RESUMEN.....	19
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.....	29
1.1. Definición de violencia como riesgo laboral psicosocial.....	31
1.2. La violencia laboral en el sector sanitario.....	36
1.3. La violencia en los servicios de Salud Mental.....	40
1.4. Consecuencias de la exposición a la violencia.....	43
1.5. Modelos explicativos de la violencia.....	45
1.6. Medidas preventivas de la violencia laboral.....	48
1.7. La construcción de un instrumento psicométrico.....	52
1.8. Objetivos.....	57
1.8.1. Objetivo general.....	57
1.8.2. Objetivos específicos.....	58
CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO.....	61
2.1. Diseño.....	63
2.2. Participantes.....	64
2.3. Instrumentos.....	66

2.4. Procedimiento.....	72
2.5. Análisis de datos.....	77
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	81
3.1. Violencia percibida en el ámbito hospitalario.....	83
3.1.1. Características sociodemográficas y laborales de la muestra.....	83
3.1.2. Correlación entre las variables principales de la muestra.....	88
3.1.3. Estudio comparativo entre los distintos servicios hospitalarios.....	91
3.2. Violencia percibida en los servicios de Salud Mental.....	95
3.2.1. Fase cualitativa.....	95
3.2.2. Fase cuantitativa.....	101
3.2.2.1. Características sociodemográficas y laborales de la muestra.....	101
3.2.2.2. Propiedades psicométricas de la escala...104	
3.2.2.3. Estudio comparativo entre los servicios de Salud Mental y sus categorías profesionales.....	114
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN GENERAL.....	119
4.1. Discusión general.....	121
4.2. Limitaciones del estudio.....	135

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.....	137
5.1. Conclusiones.....	139
5.2. Propuestas para futuras investigaciones	142
BIBLIOGRAFÍA.....	145
ANEXOS.....	167

RESUMEN

RESUMEN

La presente tesis doctoral explora la violencia de usuarios percibida por los profesionales de Salud Mental de la Región de Murcia. El riesgo de violencia laboral presenta una especial importancia en este ámbito, tal y como reflejan diversos estudios (Llor Esteban, Sánchez Muñoz, Ruiz Hernández & Jiménez Barbero, 2017; Magnavita & Heponiemi, 2012; Piquero, Piquero, Craig & Clipper, 2013), por lo que nos pareció interesante profundizar en el tema.

Los objetivos de este estudio son conocer la exposición a manifestaciones hostiles de los usuarios hacia los profesionales de Salud Mental dependientes del Servicio Murciano de Salud (SMS), según variables sociodemográficas y laborales; analizar la relación entre dicha exposición a conductas hostiles y la presencia de posibles consecuencias, tales como variaciones en la satisfacción laboral, el burnout y el bienestar psicológico, adaptar la escala *Healthcare-workers' Aggressive Behaviour Scale-Users (HABS-U)*, desarrollada en el ámbito hospitalario, al contexto de Salud Mental, así como probar sus propiedades psicométricas; comparar la violencia percibida en ambos contextos, y por último, determinar el grupo profesional y el programa de intervención de Salud Mental que registra mayores niveles de violencia.

Para realizar el estudio se administró en una primera fase, un cuestionario autoaplicado y anónimo (HABS-U), a cuatro servicios hospitalarios (Psiquiatría, Urgencias, Materno-Infantil y Hospitalización Médica, siendo la población de estudio 518 enfermeros y auxiliares de enfermería provenientes de 4 hospitales públicos de la Región. En una segunda fase se llevó a cabo la adaptación de la escala mencionada a la población de Salud Mental. Empleando una metodología cualitativa y cuantitativa, el instrumento se aplicó a una muestra de 359 profesionales de Salud Mental, pertenecientes al SMS.

Los resultados de la adaptación del instrumento, concluyeron una escala (*Healthcare-workers' Aggressive Behaviour Scale-Users Version Mental Health [HABS-U-MH]*) compuesta por 10 ítems, distribuidos en dos factores (violencia no física y violencia física), que presenta una alta consistencia interna y una adecuada validez externa, obtenida mediante las correlaciones con las escalas de validación.

El análisis de las variables sociodemográficas y laborales, mostró que existen diferencias significativas en las agresiones recibidas según sexo, edad, antigüedad en el puesto y profesión, siendo los trabajadores de enfermería y los no sanitarios los que obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en la escala.

Respecto al tipo de servicio, una primera comparación entre los servicios hospitalarios reveló diferencias en cuanto a frecuencia y tipo de violencia, siendo las manifestaciones físicas más frecuentes en Psiquiatría y las no físicas en Urgencias. Una segunda comparación entre los programas de Salud Mental mostró que la mayor tasa de violencia se registra en las Unidades de Hospitalización Breve y de Media Estancia.

De estos resultados podemos concluir que la distribución del riesgo de exposición a violencia no es homogénea dentro del personal sanitario, siendo especialmente alta en Salud Mental, por lo que es fundamental establecer medidas preventivas en los grupos profesionales y servicios más expuestos. La escala adaptada a esta población se muestra útil para estudiar las diferentes manifestaciones hostiles de los usuarios, tanto físicas como no físicas.

Palabras clave: violencia laboral; Servicios de Salud Mental; profesionales sanitarios; factores psicosociales; salud laboral.

ABSTRACT

This Doctoral Thesis explore the users violence perceived by Mental Health staff in the *Región de Murcia*. The risk of workplace violence is especially relevant in the health sector, being one of the most affected ones, as reflected in various studies (Llor Esteban, Sánchez Muñoz, Ruiz Hernández & Jiménez Barbero, 2016; Magnavita & Heponiemi, 2012; Piquero, Piquero, Craig & Clipper, 2013), so we found it interesting to go deeper into the subject.

The objectives of this study are: to determine the exposure to hostile user demonstrations of the Mental Health staff of the *Servicio Murciano de Salud* (SMS; in English, Murcian Health Service), considering socio-demographic and work variables; also appraising the exposure to hostile behaviors according to socio-demographic and work variables, and including the presence of possible psychological consequences; to adapt y validate the *Healthcare-workers' Aggressive Behaviour Scale-Users (HABS-U)*, developed in hospitals for mental health population, and to test its psychometric properties; to compare perceived violence in both contexts, and finally, to determine which professional group is most exposed, as well as knowing the service with higher levels of violence in Mental Health Services.

For this purpose, a self-applied, anonymous questionnaire was administered to 4 hospital services: Mental Health, Emergency Units, Medical Hospitalization and Maternal-and-Child Units. A sample of 518 participants included two professional categories (nurses and auxiliary nursing staff) and was obtained from 4 public hospitals of the Region of Murcia. In a second phase, was carry out to adaptation of HABS-U to the Mental Health population. Using qualitative and quantitative methodology, the instrument was applied to a sample of 359 Mental Health professionals from SMS.

The results obtained showed a 10-item instrument (*Healthcare-workers´Aggresive Behaviour Scale-Users Version Mental Health [HABS-U-MH]*) distributed in two factors (non-physical violence and physical violence), which was validated by means of confirmatory factor analysis. Both the resulting questionnaire and the factors identified present high internal consistency and adequate external validity, analysed by means of statistically significant correlations between the Hospital Aggressive Behaviour Scale and job satisfaction, burnout components, and psychological well-being.

There were significant differences in the scales of Physical and Non-physical violence as a function of the sociodemographic and work variables (sex, age, marital status, seniority in the profession and type of profession and service), being the nursing and the non-

medical staff, the most exposed groups to user violence. Regarding to type of service, a first comparison it was found significant differences in the frequency and type of violence among the hospital services studied: higher rates of physical violence were found in Mental Health Services, and of non-physical violence in Emergency Units, compared to the other units. A second comparison between Mental Health Services, showed that the most exposed workplaces were the Brief Psychiatric Hospitalization and Half Stay Hospitalization Services.

On the basis of these results, we can conclude that the distribution of the risk of exposure to violence is not homogenous within the Health personnel, being especially high in Mental Health staff, and for this reason, it is important to detect the professional groups and services with greater exposure in order to establish and prioritize preventive measures. The obtained scale is useful to assess user violence in MHS, both physical and non-physical.

Palabras clave: Workplace violence; Mental Health Services; Health staff; Psychosocial factors; Occupational Health.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1.1. Definición de violencia como riesgo laboral psicosocial

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSH, 1997), define los factores psicosociales como “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la organización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar y a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo. Así pues, unas condiciones psicosociales desfavorables están en el origen de la aparición, tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo, como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador” (INSH, 1998), entre la que se incluye la violencia laboral (CCOO Federación de Sanidad y Sectores Socio-sanitarios de Castilla y León, 2011).

Existen numerosas definiciones de violencia en el trabajo, una de las más utilizadas proviene de Nolan, Soares, Dallender, Thomsen y Arnetz (2001), que la conceptualiza como “actos que incluyen violencia física tales como bofetadas, puñetazos, patadas y mordiscos, el uso de un objeto como un arma, comportamientos agresivos, como escupir, arañar y pellizcar, o una amenaza verbal que no implique un contacto físico”.

La *Norwegian Labour Inspection Authority* (2009), la define como "incidentes en los que el personal sufre abusos, acoso sexual, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo que ponen en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud".

Por último, otra definición universalmente conocida es la formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Internacional de Servicios Públicos (OISP) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que se refieren a ella como "incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo –incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo- que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud". Por tanto, se pueden clasificar las conductas violentas según la forma de manifestarse (OIT, CIE, OMS, ISP, 2002) en:

-Violencia física: "el empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos".

-Violencia psicológica: “el uso deliberado del poder o amenazas al recurso de la fuerza física, contra una persona o grupo, que pueden dañar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas”.

Es importante diferenciar los tipos de violencia, pues casi todos los profesionales están expuestos a insultos, pero la distribución no es igual en cuanto a agresiones físicas y tampoco en cuanto al comportamiento amenazante (Martínez-Jarreta, Gascón, Santed & Goicoechea, 2007). Siguiendo la clasificación internacionalmente aceptada de violencia en el trabajo (*Occupational Safety and Health Administration*, 2004), hay 3 tipos de violencia:

- Violencia tipo I: se caracteriza este grupo porque quienes llevan a cabo las acciones violentas no tienen ninguna relación legítima de trato con la víctima. Es decir, no existe un trato comercial o de usuario entre el perpetrador y la víctima. Los casos más habituales se refieren a acciones con ánimo de robo. El mayor riesgo de sufrir violencia de este tipo lo tienen los establecimientos comerciales, bancos, lugares de almacenamiento de objetos valiosos, personas que trabajan con intercambio de dinero, taxistas, etc.

- Violencia tipo II: en estos casos existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima. El primero puede ser quien recibe un servicio ofrecido por el lugar afectado por el hecho violento o que ofrece la propia víctima (un cliente, un paciente, un consumidor,...). Normalmente estos hechos violentos se producen mientras se ofrece el servicio (como seguridad pública, personal sanitario u otros trabajadores del sector público o privado que ofrecen servicios profesionales, públicos o privados).

- Violencia tipo III: en este tipo de violencia el causante de la misma tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto de tal lugar. Muchos son los escenarios que pueden plantearse en este grupo; el más común es aquel en el que hay una implicación laboral directa entre el perpetrador (por ejemplo, un empleado actual, o que ya no lo es) y el trabajador-víctima. Otro caso es aquel en el que existe una relación personal entre ambos sujetos (cónyuge, ex-cónyuge, pariente, amigos). Más raramente suele existir una implicación más indirecta; por ejemplo, el perpetrador elige un cierto lugar (no tanto a los trabajadores que en él trabajan) porque tiene rencor, animadversión hacia tal sitio por tener para él una carga representativa o simbólica.

Nuestro trabajo de investigación se centra en la violencia tipo II, es decir, aquella que se refiere a los casos en que el agresor es el destinatario de un servicio proporcionado por el lugar de trabajo afectado o por el trabajador del mismo.

1.2. La violencia laboral en el sector sanitario

Aunque ningún sector laboral está exento de violencia, algunos grupos corren mayor riesgo de sufrirla que otros. El riesgo de violencia presenta una especial importancia entre los trabajadores dedicados al sector sanitario, ya que éstos tienen una mayor probabilidad de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los usuarios y clientes, debido al estrecho contacto que mantienen con ellos. Se estima que la violencia laboral puede afectar a más de la mitad de los trabajadores del sector de la salud y los responsables de esta violencia son generalmente pacientes y visitantes (Domínguez & Mijana, 2008).

Tal es la importancia de este fenómeno que organismos internacionales han tenido que acordar el abordaje de esta problemática. Para ello, la OIT/CIE/OMS/OISP elaboraron un programa destinado al sector salud y como resultado de ello, se creó una guía para conseguir instituciones sanitarias libres de violencia (Domínguez & Mijana, 2008).

Resulta difícil dar una cifra de incidencia/prevalencia de actos violentos en el ámbito sanitario, ya que existe una gran variabilidad de datos debido a las diferentes metodologías empleadas, y a la diversidad de instrumentos y criterios de evaluación utilizados en los estudios (Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert & Nienhaus, 2010; Kling,

Yassi, Smailes, Lovato & Koehoorn, 2009; Roche, Diers, Duffield & Catling-Paull, 2010). Así por ejemplo, existen estudios que hallan tasas de prevalencia para la violencia física que oscilan del 11 al 25 % (Galián Muñoz, Llor Esteban & Ruiz Hernández, 2012; Gerberich et al., 2004; Roche et al., 2010), e incluso niveles más altos, en torno al 35-71 % (Hahn et al., 2010; Zampieron, Galeazzo, Turra & Buja, 2010). En cuanto a la agresión no física las tasas son aún más difíciles de evaluar, con cifras que oscilan entre el 38% y el 90%, según indican estudios recientes (Galián Muñoz et al., 2012; Gascón, Martínez-Jarreta, González-Andrade, Santed, Casalod & Rueda, 2009; Roche et al., 2010).

Existe numerosa literatura acerca de la violencia sanitaria en los servicios hospitalarios. Buena parte de ellos se han centrado en Urgencias como foco de las agresiones, asumiendo que estos profesionales tienen mayor riesgo relativo que otras especialidades (James, Madeley & Dove, 2006; Winstanley & Whittington, 2004). Las situaciones de emergencia propias de este servicio hacen que a menudo el personal se vea expuesto a conductas violentas. Según un estudio de Ryan & Maguire (2006), el 20% de los enfermeros habían experimentado intimidación, acoso o asalto de naturaleza sexual en el último mes. Asimismo, otro estudio posterior informó que la forma más frecuente de violencia experimentada en estas

unidades fue la agresión verbal (80%), seguida de la física (28.6%) y el acoso sexual (22.5%), (Opie et al., 2010).

Otros datos reflejan que en los hospitales, la violencia ocurre más frecuentemente en unidades psiquiátricas, urgencias, salas de espera y unidades geriátricas (*Centers for Disease Control, 2002*).

Los actos de agresión han sido vistos como inevitables en estos servicios, debido a que las condiciones médicas de los pacientes van acompañadas de altos niveles de ansiedad y estrés (O'Connell, Young, Brooks, Hutchings & Lofthouse, 2000). A ello pueden contribuir otros factores como: (a) características de los pacientes: sexo, edad, alteraciones físicas y patologías, estado mental, perspectiva y atribuciones personales; (b) factores individuales del personal de enfermería, como el burnout o sus actitudes; (c) factores ambientales o factores organizativos: tipo de sala, como de urgencias, psiquiatría o unidad de cuidados intensivos, la atención a largo plazo, o centros geriátricos; número inadecuado del personal, la presión asistencial, la falta de privacidad, el clima de tensión; (d) Factores relacionados con el tratamiento, como el cambio de medicación; y (e) los factores sociales y de interacción (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & García-Izquierdo, 2013).

Sin embargo, hay acuerdo en que los incidentes agresivos no se limitan solo a estas especialidades, existiendo estudios que hallan

cifras similares en otros servicios considerados de menor riesgo. Por ejemplo, May & Grubbs (2002), encontraron que entre un 35% y un 80% del personal de Enfermería del servicio de Urgencias, de UCI y salas de hospitalización, había sido agredido físicamente al menos una vez durante el desempeño de su actividad laboral. Magnavita (2014) y O'Connell et al. (2000), informan que los enfermeros de quirófano frecuentemente experimentan actos agresivos por parte de sus pacientes. También hay datos que reflejan una menor conflictividad en determinados servicios. En este sentido, Gacki-Smith et al. (2009), encontraron que el personal de Pediatría era el que menos violencia física declaraba en comparación con otras especialidades.

1.3. La violencia en los servicios de Salud Mental

El problema de la agresión al personal sanitario ha sido objeto de numerosas investigaciones, especialmente en el ámbito de la Salud Mental. La mayoría de estudios recogen que la violencia de tipo no físico predomina en el ámbito sanitario, aunque en determinados servicios como Urgencias y Psiquiatría, la violencia física adquiere cifras relevantes (Galián-Muñoz, Llor-Esteban & Ruiz-Hernández, 2012; Llor Esteban, Sánchez Muñoz, Ruiz Hernández & Jiménez Barbero, 2017; Magnavita & Heponiemi, 2012).

Esto viene siendo ampliamente recogido en diversos estudios como el de Dack, Ross, Papadopoulos, Stewart, & Bowers (2013), en cuyo meta-análisis, concluyen que los factores asociados con más frecuencia a la conducta violenta en las salas de Psiquiatría son el sexo masculino, ser joven, ingreso involuntario, diagnóstico de esquizofrenia y abuso de sustancias, entre otras.

Por otra parte, Magnavita (2014), en un estudio donde compara diversos servicios hospitalarios, señala que el profesional de Salud Mental tiene respecto a otras profesiones un riesgo de sufrir agresiones físicas 45 veces más alto. En la misma línea, una revisión de la literatura hecha por Piquero, Piquero, Craig & Clipper (2013), mostró que entre el 14% y el 61% de estos trabajadores habían sido víctimas de actos violentos a manos de sus pacientes.

Respecto al grupo profesional, existe consenso a la hora de indicar que el personal de Enfermería es uno de los grupos profesionales con mayor incidencia de agresiones dentro del sector sanitario (Cornaggia, Beghi, Pavone & Barale, 2011; Iozzino, Ferrari, Large, Nielsen & Girolamo, 2015; Waschgler, Ruiz Hernández, Llor Esteban & Jimenez Barbero, 2013). Según Albashtawy (2013), la razón de esto podría hallarse en su proximidad física con los pacientes y familiares como proveedores de cuidados. Concretamente, los enfermeros de salud mental, están considerados el grupo profesional con mayor probabilidad de sufrir agresiones (Murphy, 2004; Wells & Bowers, 2002).

La literatura existente enumera diversos factores de riesgo que podrían estar influyendo en la frecuencia de exposición a la violencia del personal sanitario en general, y del profesional de salud mental en particular (Ayranci, Yenilmez, Balci & Kaptanoglu, 2006; Dack et al., 2013; Landau & Bendalak, 2010). Waschgler et al. (2013), clasifican estos factores en:

- Factores individuales de los pacientes: sexo masculino, edad, alteraciones y patologías físicas, su estado mental, su psicopatología, o sus perspectivas y atribuciones; o factores del propio personal sanitario, como el nivel de burnout.

- Factores ambientales u organizacionales: el tipo de servicio (como Urgencias o Psiquiatría), número inadecuado de personal, la presión asistencial, la falta de privacidad o el clima de tensión.

- Factores relacionados con el tratamiento: el cambio de medicación o la contención mecánica.

- Factores dependientes de la interacción entre los protagonistas y factores sociales.

A pesar del amplio conocimiento actual de factores desencadenantes y de estrategias y programas de intervención para reducir el nivel de violencia entre el personal sanitario (Bjorkdahl, Hansebo & Palmstierna, 2013; Estryin-Behar et al., 2008; Swain & Gale, 2014), se siguen registrando elevadas tasas de conductas agresivas, especialmente en los servicios de Salud Mental y Urgencias (James et al., 2006; Magnavita & Heponiemi, 2012).

1.4. Consecuencias de la exposición a la violencia en la salud y en el bienestar psicológico

El despliegue de comportamientos violentos puede suponer un importante riesgo para la salud y seguridad de los trabajadores (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración, 1998). La importancia de este riesgo no sólo radica en la frecuencia con la que se presenta, sino también en la gravedad de las posibles consecuencias que pueden derivarse de él.

En el ámbito sanitario se han descrito una serie de efectos en la salud mental de los profesionales (Pompeii et al., 2013) con consecuencias físicas, psicológicas y/o económicas para el trabajador. Éste puede experimentar ira, miedo o irritación junto con sentimientos de humillación y culpa (Ayranci et al., 2006; El-Gilany, El-Wehady & Amr, 2010), o considerar que denunciar tales actos, incluso los relacionados con la violencia física, es un signo de debilidad (Gacki-Smith et al., 2009). Otros informan de insatisfacción laboral, que se traduce en una disminución en el nivel de cuidados (Blanchar, 2011) o en un cambio del lugar de trabajo o abandono de la profesión (Fernandes et al., 2002; Kowlaenko, Walters, Khare & Compton, 2005). La exposición a la violencia también puede generar burnout, cuadros

psicopatológicos reactivos o abuso de sustancias y fármacos psicótrópos (Dement, Lipscomb, Schoenfisch & Pompeii, 2014; Estry-Behar et al., 2008; Roche et al., 2010).

A nivel organizacional, puede haber consecuencias económicas para la empresa por el absentismo o la pérdida de trabajadores capacitados (Franz et al., 2010; Roche et al., 2010). A nivel profesional, un tema que preocupa especialmente al sector de la Salud Mental, es el reclutamiento y la retención de personal de enfermería de esta especialidad (Happell, 2009). El estrés y la salud mental de los profesionales de enfermería ha sido identificado consistentemente en la literatura científica actual como uno de los principales factores que contribuye a que este grupo opte por formarse en otras especialidades (Brennan, Flood & Bowers, 2006; Marlow, 2006; Ward, 2011).

1.5. Modelos explicativos de la violencia

Existen distintos modelos que intentan dar una explicación al factor violencia. La OMS (2002) propuso un modelo ecológico para explicar la diversa naturaleza de la violencia. Su modelo consta de 4 niveles que influyen en el comportamiento humano y que al interaccionar tienen como consecuencia la agresión.

En el primer nivel se identifican los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en perpetradores de actos violentos. En este nivel se hace referencia a las características demográficas (edad, educación, ingresos...), a la personalidad, tipo de familia, enfermedades, antecedentes de comportamiento agresivo, etc.

En el segundo nivel se abordan las relaciones con el entorno: familia, amigos, parejas o compañeros para comprobar cómo éstas influyen en el comportamiento del individuo y aumentan el riesgo de perpetrar actos violentos.

En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el barrio, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos.

Finalmente, el cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales.

Por otro lado, Chapell y Di Martino (2006), adaptaron un modelo interactivo de la violencia laboral a partir de las bases creadas por Poyner y Warne (1988). Éste esquematiza los factores de riesgo que pueden desencadenar un episodio de algún tipo de violencia, ya sean estos factores individuales, sociales o ambientales, que se encuentran presentes en mayor o menor cantidad en una situación de violencia que provienen del agresor o victimario, de la víctima y del medioambiente en que se desarrollan las acciones. A través de este modelo se puede observar el fenómeno de la violencia, comprender su naturaleza polifacética y el alcance global que genera en la sociedad, involucrando a las instituciones de salud, en donde hay interacción de diversos agentes (usuarios, equipo de salud, familia), factores individuales (biodemográficos, salud, personales) y laborales de riesgo (ambientales, institucionales, grupos de vulnerabilidad). La interacción de estos factores podría tener consecuencias en la víctima, y la institución de salud en la cual se encuentra

hospitalizado el usuario puede influenciar diversas formas en el proceso de salud / enfermedad, así como presentar disminución en la calidad de la atención, un ambiente de estrés y una evaluación negativa por parte de los usuarios.

También podemos llegar a un modelo explicativo de la violencia laboral por parte de pacientes a través del análisis de la teoría enfermera de las relaciones interpersonales de Peplau (1990). Esta teoría asegura que el paciente presenta cuatro experiencias psicobiológicas (necesidad, frustración, conflicto y ansiedad) que le pueden llevar a respuestas hostiles. Si sus necesidades no son satisfechas, si se encuentra en un estado de ansiedad elevado o si la tensión le produce frustración y conflicto consigo mismo, el paciente puede responder con conductas agresivas hacia el personal sanitario que le atiende.

1.6. Medidas preventivas de la violencia laboral

La violencia laboral no es específica de los servicios sanitarios, además de ser un problema multifactorial. Esto la convierte en un hecho complicado de dar una única respuesta a su prevención y control.

Tal como hemos expuesto anteriormente, la violencia se puede considerar una enfermedad del trabajo. Así, podemos actuar con medidas preventivas (Servicio Murciano de Salud, 2005):

1. Prevención primaria: conjunto de actividades encaminadas a eliminar los factores de riesgo asociados a la enfermedad, en nuestro caso, la violencia laboral cuando aún no se ha dado. Dentro de este tipo de prevención se incluyen todas las medidas de prevención y control adoptadas por el centro sanitario que promuevan la disminución de los actos violentos y mejoren el ambiente laboral, para favorecer el respeto mutuo y una buena comunicación, como pueden ser:

- Buena organización del trabajo sin altas cargas y con los recursos suficientes.

- Promover el desarrollo de una cultura constructiva en el lugar de trabajo, basada en valores éticos y que actúe favoreciendo las interacciones sociales positivas.

-Aumento de la sensibilidad sobre la problemática derivada de los abusos, intimidación y amenazas.

- Evitar un clima de trabajo estresante y frustrante.

- Disponer de una buena visibilidad e iluminación de manera que los trabajadores puedan abandonar o pedir ayuda rápidamente y que permita la identificación del asaltante.

- Carteles informativos sobre los derechos y los deberes de los pacientes y sobre la no tolerancia de actos violentos.

- Dotación de un número adecuado de profesionales.

- Actuar disminuyendo los tiempos de espera para el acceso a la asistencia sanitaria dotando a los profesionales en gestión el trabajo ya que son la causa de la mayoría de los incidentes violentos y adecuar las salas de espera y otros espacios públicos para hacer la espera más confortable y apacible.

- Medidas de seguridad pasiva como la implantación de alarmas, timbres de activación camuflada o un sistema de comunicación con personal de seguridad para ser utilizadas cuando un paciente se muestre tenso.

2. Prevención secundaria: consiste en detectar e intervenir para impedir el desarrollo del acto violento. Va orientada al profesional, el cual debe saber detectar que el paciente se encuentra en una situación tensa y que puede derivar en un acto violento y así poder evitarlo.

Para ello, los profesionales deben adquirir habilidades en el manejo de situaciones conflictivas con los usuarios mediante la formación continuada en esta materia como, por ejemplo, habilidades de comunicación en situaciones difíciles, habilidades de escucha activa y comunicación no verbal, técnicas y habilidades de negociación, manejo de la empatía, etc.

La información que nos puede alertar ante la aparición de este tipo de situaciones se recibe a través del lenguaje verbal pero sobre todo del no verbal. En cuanto al lenguaje verbal, hay que tener en cuenta el tono alto, insultos, palabras groseras, contenido del discurso, etc. Respecto al lenguaje no verbal, contracción de músculos de la cara, tensión muscular, apretar los puños, señalar con el dedo, cambios de postura rápidos y sin finalidad concreta (Moreno-Marín, 1998). Ante esta situación el profesional debe ser capaz de mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones. Es muy importante mantener la conversación con un tono afable y profesional.

3. Prevención terciaria: tiene por objeto la rehabilitación o recuperación de los trabajadores que han sido víctima de algún tipo de agresión en su lugar de trabajo.

El impacto de un incidente violento es muy variable, dependiendo de la naturaleza y gravedad del incidente y de quien haya sido el sujeto pasivo del mismo. Las situaciones de violencia

provocan consecuencias sobre el profesional que pueden afectar a su vida profesional y personal. Por ello, es preciso prestar ayuda que le permita recuperarse del evento traumático.

En primer lugar, se les ofrecerá apoyo psicológico, asistencia sanitaria y asesoramiento jurídico. Se debe ofrecer información sobre la posibilidad de registro de la agresión lo cual puede tener un carácter preventivo ya que ayuda a identificar las zonas más conflictivas.

En adelante, las tareas van encaminadas a conseguir la readaptación del profesional a su lugar de trabajo.

Numerosas Comunidades Autónomas de España, como Andalucía, Murcia, Madrid o Canarias, tienen actualmente en vigor planes de prevención contra las agresiones a los trabajadores sanitarios del sector público donde se definen las líneas a seguir ante este fenómeno. Además, en estos planes se refleja la asistencia jurídica inmediata que se ofrece al profesional afectado. Estos planes también presentan como carácter preventivo la creación de un registro de agresiones para poder realizar un mapa de los lugares donde es mayor el riesgo y son más frecuentes las manifestaciones de la violencia.

1.7. La creación de un instrumento psicométrico

La utilización de los cuestionarios cada vez es más frecuente en investigación, ya que es menos costosa, permite el acceso a un mayor número de participantes y facilita el análisis. El cuestionario es un instrumento utilizado para la recogida de información, diseñado para cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista, cuya finalidad es conseguir la comparabilidad de la información.

Como la finalidad de este trabajo es la adaptación de un instrumento de medida a través de la elaboración de nuevos ítems, a continuación se detallan los pasos a seguir para la elaboración de un cuestionario (Arribas, 2004).

1. Definición del constructo o aspecto a medir: antes de proceder a medir algo debemos tener una idea clara de lo que queremos medir; a eso se le llama «definir el constructo». Esto requiere la realización de una revisión de la bibliografía escrita y la definición de forma clara y precisa el objeto de la medida. Un problema puede exponerse desde distintas perspectivas teóricas, por tanto, pueden proponerse diferentes definiciones de un mismo constructo.

2. Propósito de la escala: se trata de establecer el contenido del cuestionario, definir la población a la que va

dirigida, la forma de administración y el formato del cuestionario. El propósito de la escala va a determinar en gran medida el contenido de sus ítems y algunos aspectos relacionados con su estructura y la logística de la recogida de los datos. Cuando se comienza a construir un cuestionario, se debe tener en cuenta la población a la que se dirige, o, en el caso de que se elija un cuestionario ya validado, hay que conocer con qué población se ha validado el cuestionario. Dependiendo del tema que se vaya a estudiar, deberemos decidir cómo se va a administrar el cuestionario, si será auto-cumplimentado, si el procedimiento de recogida de la información será telefónico o si se realizará mediante una entrevista personal o grupal.

3. Composición de los ítems: el ítem es la unidad básica de información de un instrumento de evaluación que suele estar formado por una pregunta y una respuesta cerrada.

4. Número de ítems: se considera que el número mínimo de ítems para evaluar un fenómeno es de 6, aunque puede ir de 10 a 90, de manera que puedan abarcar de forma proporcional cada una de las dimensiones definidas a priori en el constructo. Es recomendable elaborar el doble de ítems de los que van a necesitarse en la versión final del cuestionario.

5. Contenido: los cuestionarios pueden ser uni o multidimensionales dependiendo de su contenido. En los primeros, más del 80% de los ítems evalúa una sola dimensión. En los segundos, los ítems evalúan dos o más dimensiones.

6. Definición y ordenación: la definición de cada ítem ha de ser exhaustiva y mutuamente excluyente. Por otro lado, al formular la pregunta deben tenerse en cuenta factores como la comprensión (es necesario adaptar el lenguaje y el tipo de elección de respuestas al nivel sociocultural de los individuos a quienes va dirigido el cuestionario), así como la aceptabilidad para el sujeto que es preguntado. Una vez redactados los ítems, éstos deben ordenarse. A veces, la lógica del cuestionario nos orientará sobre el orden seguir, pero si no fuera así se pueden ordenar aleatoriamente.

7. Prevención de los sesgos en su cumplimentación: también a través del diseño de los ítems del cuestionario se pueden controlar los posibles sesgos de cumplimentación y, con ello, mejorar la validez del cuestionario. Un sesgo común es el error de tendencia central, es decir, la tendencia a elegir las opciones centrales de respuesta. Otro sesgo también frecuente es el de deseabilidad social, que se produce cuando se responde en función de lo que se considera socialmente

aceptable. El sesgo de aprendizaje o de proximidad, induce a contestar de forma similar a las respuestas anteriores y el error lógico, se produce cuando el encuestado considera que todos los ítems relacionados deben puntuarse igual. Hay que tener en cuenta la redacción del cuestionario, evitando las preguntas de comprensión dudosa o las preguntas ambiguas, el orden de las preguntas o de las categorías de respuesta y el formato, en cuanto que puede impedir el registro adecuado de la información.

Todo ello puede introducir sesgos en la recogida de la información.

8. Codificación de las respuestas: en función del número de opciones o tipo de respuestas, éstas pueden ser: a) Dicotómicas: Sí/No, Verdadero/Falso; b) Policotómicas: Estoy descontento conmigo mismo/ No me valoro/ Me odio/ Estoy satisfecho de mí mismo; c) Analógicas: lineales (gradación en una línea medida en cm), numérica (gradación con números), escala gráfica (gradación a través de dibujos) y verbal (supone la gradación entre categorías verbales previamente calibradas. Las escalas más comunes son las de tipo Likert, donde, generalmente, las opciones de respuesta oscilan entre 3 y 7).

9. Puntuación de los ítems: existen dos sistemas de puntuación que pueden emplearse: simple o ponderado. Se dice que son simples cuando la puntuación directa se obtiene con el sumatorio de respuestas acertadas o de los valores que se hayan dado a cada opción. Se habla de ítems ponderados cuando el valor de cada opción de respuesta no es la misma o no se da el mismo valor a todos los aciertos.

10. Proceso de validación: una vez definida la información, formuladas las preguntas, definido el número de ellas que vamos a incluir en el cuestionario y ordenadas las preguntas, corresponde llevar a cabo la realización de la prueba piloto, es decir, pasar un borrador del cuestionario a individuos con características similares a la futura muestra, y la evaluación de las propiedades métricas de la escala (validez y fiabilidad).

1.8. Objetivos

1.8.1. Objetivo general

El objetivo general de este proyecto de investigación, es analizar la exposición a la violencia de usuarios en el ámbito sanitario, y más concretamente en nuestra población de estudio, el personal de los servicios de Salud Mental públicos del Servicio Murciano de Salud. Asimismo, conocer las características sociodemográficas y laborales asociadas a este fenómeno y sus consecuencias para la salud, para poder proponer si procede, una serie de medidas preventivas que disminuyan el riesgo psicosocial y aumenten el bienestar psicológico del trabajador.

1.8.2. Objetivos específicos

1. Estudiar la incidencia anual de conductas hostiles entre las distintas categorías profesionales de la red de Salud Mental de la Región de Murcia, para detectar aquellas características sociodemográficas y sociolaborales asociadas a una mayor exposición a este tipo de conductas.

2. Adaptar la escala *Healthcare Workers' Aggressive Behaviour Scale-Users (HABS-U)*, desarrollada por Waschler et al. (2013) en el ámbito sanitario, al contexto de Salud Mental, así como probar sus propiedades psicométricas.

3. Analizar la relación entre la exposición a conductas hostiles y la presencia de posibles consecuencias, tales como variaciones en la satisfacción laboral, el burnout y el bienestar psicológico.

4. Dentro de los servicios de Salud Mental, determinar el grupo profesional y el programa de intervención que registra mayores niveles de violencia, tanto física como no física. Comparar la violencia percibida en Salud Mental con otros servicios sanitarios.

CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Diseño

Se empleó un diseño transversal, descriptivo-analítico, mediante la aplicación de un conjunto de instrumentos de medición psicológica y socio-laboral, a una muestra de profesionales sanitarios pertenecientes a los servicios de Salud Mental públicos del Servicio Murciano de Salud. Para ello, se siguió la lista de verificación de la Declaración STROBE para estudios observacionales y analíticos (Von Elm et al., 2007).

2.2. Participantes

Para realizar el estudio se recogieron dos tipos de muestra. Una primera estuvo compuesta por 518 sujetos procedentes de todos los hospitales públicos de la Región Murcia, que contaban con Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (de un total de nueve hospitales, se incluyeron en el proyecto los cuatro que contaban con las mencionadas unidades). La muestra incluyó dos categorías profesionales (enfermeros y auxiliares de enfermería) pertenecientes a 4 servicios: Salud Mental, Urgencias, Hospitalización Médica y Materno-Infantil y el muestreo se estratificó en función del tamaño de las unidades y de la plantilla de los hospitales. Se entregaron 620 cuestionarios inicialmente, obteniéndose una tasa global de respuesta del 83,55%.

Una segunda muestra estuvo compuesta por profesionales de Salud Mental de las distintas áreas de salud dependientes del Servicio Murciano de Salud. Siguiendo la organización interna de los Centros de Salud Mental, los profesionales se agruparon en cuatro colectivos: psiquiatras, psicólogos clínicos, personal de enfermería y personal no sanitario. En la fase cualitativa se llevaron a cabo un total de 12 entrevistas en profundidad repartidas entre las distintas categorías profesionales.

Posteriormente, en la fase cuantitativa, se aplicaron los instrumentos de evaluación a una muestra compuesta por 359 profesionales de la red pública de Salud Mental de la Región de Murcia. Se utilizó un muestreo aleatorio por bloqueo, entregándose el protocolo al 50% del personal de cada centro. Se repartió la batería de instrumentos a 400 sujetos, recogándose correctamente cumplimentados 359, siendo la tasa global de respuesta del 89.75 %.

2.3. Instrumentos

Se administró un protocolo de evaluación compuesto por un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales diseñado ad-hoc para la investigación y cuatro instrumentos de evaluación psicológica validados. Para la adaptación de la HABS-U (Waschler et al., 2013), se utilizó en la fase cualitativa la metodología de las entrevistas en profundidad para recabar información. Para ello se utilizó un guión donde se preguntaba a los profesionales acerca de cuestiones relacionadas con situaciones violentas en el trabajo.

Entrevista

1. ¿Cuáles son las situaciones conflictivas que pueden darse entre los trabajadores y usuarios?.
2. ¿Suele presenciarse a menudo este tipo de situaciones?.
3. ¿De qué forma se manifiestan las conductas hostiles? (tipos de conducta: verbal, física,...).
4. ¿Cuáles de éstas son las más frecuentes?.
5. ¿Qué actos protagoniza el paciente?.
6. ¿Suelen repetirse las mismas conductas en los mismos pacientes?.

Cuestionario ad-hoc de variables sociodemográficas y laborales

Se recogieron datos sociodemográficos tales como edad, sexo, estado civil, y laborales como profesión, tipo de servicio, antigüedad en el puesto de trabajo, antigüedad en la profesión, tipo de contrato, turno, y horas extra. Además, se añadieron dos ítems para valorar la prevalencia de las agresiones: (a): "¿Ha sufrido una agresión física en los últimos 6 meses?", y (b) "¿Ha visto agredir a un compañero en los últimos 6 meses?".

Instrumentos de evaluación psicológica:

-Healthcare Aggressive Behaviour Scale (HABS-U)

Mide las manifestaciones hostiles verbales y físicas de baja intensidad procedentes de los usuarios. Está formada por tres versiones (usuarios, compañeros y superiores), que engloban las situaciones conflictivas que surgen con diversos focos potenciales de disputas que se pueden dar en el puesto de trabajo de los profesionales sanitarios. 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 (Waschglér et al., 2013).

La versión de la escala "Usuarios como foco de conflicto" (HABS-U), está configurado por 10 ítems con un alfa de Cronbach total de .84, y se divide en dos factores que explican el 57,4% de la varianza: Violencia no física, con 7 ítems ($\alpha=.85$ que explica el 36,4% de la varianza y con una carga factorial de .64-.76) y Violencia física, con 3 ítems ($\alpha=.74$, que explica el 21.0% de la varianza y una carga factorial de .71-.78). En nuestro estudio el alfa de la primera muestra (correspondiente al personal de enfermería de varios servicios hospitalarios) es de .83 para la escala total y de .84 y .78 para las subescalas de violencia no física y de violencia física respectivamente. Respecto a la segunda muestra (correspondiente al personal de Salud Mental), se obtuvo un alfa de .87 para violencia no física y un alfa de .84 para violencia física; para la escala global el alfa fue de .90.

La frecuencia de cada situación se valora mediante una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta, que va desde 1 (nunca en el último año) hasta 6 (diariamente).

-Inventario de Burnout de Maslach-General Survey (MBI-GS)

Diseñado por Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson (1996) y traducido al castellano y validado por Gil-Monte (2002). Esta versión está formada por 16 ítems que valoran 3 dimensiones: Agotamiento emocional (5 ítems), Eficacia profesional (6 ítems) y Cinismo (5 ítems). Los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert (desde 0 a 6). Los valores de fiabilidad de las escalas según el índice alfa de Cronbach, en el estudio de Gil-Monte (2002), fueron .83 para la escala de Agotamiento emocional, .85 para la de Eficacia profesional y .74 para la de Cinismo. En nuestra primera muestra obtuvimos un alfa de .87 (Agotamiento emocional), .86 (Eficacia profesional) y .73 (Cinismo). En nuestra segunda muestra obtuvimos un alfa de .86 (Agotamiento emocional), .72 (Eficacia profesional) y .66 (Cinismo).

-Cuestionario General de Salud (GHQ-28)

Diseñado originalmente por Goldberg & Hillier (1979), ha sido adaptado al español por Lobo, Pérez-Echevarría & Artal (1986), y está compuesto por 28 ítems distribuidos en 4 subescalas: escala de Síntomas somáticos de origen psicológico (GHQ somáticos), escala de Ansiedad/insomnio (GHQ ansiedad), escala de Disfunción social (GHQ disfunción) y escala de Sintomatología depresiva (GHQ depresión). Cada ítem tiene

cuatro posibles respuestas puntuadas de 0 a 3, de menor a mayor intensidad de sintomatología. En la adaptación a población española antes mencionada, y en relación a los datos sobre validez predictiva, se obtuvo una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82%, un valor predictivo positivo (VPP) del 75% y un valor predictivo negativo (VPN) del 89.3%. En nuestra primera muestra obtuvimos un alfa de .85 (Síntomas somáticos), .90 (Ansiedad), .69 (Disfunción social) y .87 (Depresión). En nuestra segunda muestra obtuvimos un alfa de .85 (Síntomas somáticos), .89 (Ansiedad), .74 (Disfunción social) y .84 (Depresión).

-Cuestionario de Satisfacción laboral global (OJS)

Diseñado por Warr, Cook & Wall (1979) y adaptado al español por Pérez e Hidalgo (1984). Está formado por 15 ítems con formato de respuesta tipo Likert (0-6), divididos en 2 subescalas: (a) satisfacción intrínseca, consta de 7 ítems y aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, aspectos relativos al contenido de la tarea, etc., y (b) satisfacción extrínseca, cuyos 8 ítems indagan sobre la satisfacción del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc. Con respecto a la

consistencia interna de este instrumento, encontramos en la adaptación española índices alfa de Cronbach de .85-.88 para la satisfacción general, de .74-.78 para la sub-escala de factores extrínsecos, y una fiabilidad de .79-.85 para la sub-escala de factores intrínsecos. En nuestra primera muestra de estudio, obtuvimos valores alfa de .88 para la escala total y de .86 y .73 para las subescalas de satisfacción intrínseca y extrínseca, respectivamente. Respecto a la segunda muestra, el alfa fue de .88 para la escala total y de .86 y .71 para las sub-escalas de satisfacción intrínseca y extrínseca, respectivamente.

- Escala de empatía de Jefferson (JSPE)

Diseñada por Hojat et al. (2001) y adaptada al español por Alcorta-Garza, González Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara & Hojat (2005). Está compuesta por 20 items con respuesta tipo Likert (1-7), e incluye tres subescalas: toma de perspectiva, compasión y capacidad de ponerse en el lugar del otro. En nuestra muestra obtuvimos un alfa de Cronbach de .52.

2.4. Procedimiento

Para la obtención de la muestra, el equipo investigador se reunió con las direcciones y supervisores de enfermería de los hospitales que contaban con Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, así como con los coordinadores de los Centros de Salud Mental. Se les dio instrucciones para que entregaran el cuestionario de forma aleatoria, estratificado por categorías, y para que lo recogieran en un sobre cerrado y sin identificar. Los supervisores/ coordinadores dispusieron de un plazo máximo de dos semanas para la devolución de los cuestionarios. Aquellos que no se recogieron en ese plazo se dieron por perdidos. Se obtuvo el consentimiento informado y voluntario de todos los encuestados, la participación fue anónima y la confidencialidad estuvo garantizada, ya que los cuestionarios fueron devueltos en sobre cerrado y abiertos posteriormente por los miembros del grupo investigador, quienes asignaron un código a cada cuestionario para el análisis de datos.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia y por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Santa Lucía de Cartagena (Murcia). Tanto los gerentes y directores de enfermería de los

hospitales implicados, como los coordinadores de los Centros de Salud Mental, aceptaron su participación en el estudio.

La adaptación de la HABS-U se llevó a cabo en dos fases diferenciadas:

Fase cualitativa: siguiendo la metodología descrita más adelante, se realizaron entrevistas en profundidad para obtener nuevos datos y complementar los ítems de la *HABS-U*. Partiendo de la bibliografía especializada, se elaboró un guión adaptado a los trabajadores de Salud Mental, donde se utilizaron una serie de preguntas abiertas cuya finalidad era que el profesional relatase posibles situaciones conflictivas que pudiesen aportar información relevante a la hora de elaborar los nuevos ítems específicos para este ámbito en cuestión. En las entrevistas también se pidió a los profesionales que valorasen los ítems ya existentes en la escala, por si fuese necesario eliminar alguno cuyo contenido no fuese descriptivo de las situaciones de violencia que tienen lugar en el ámbito de la Salud Mental. La entrevista individual comenzaba valorando los ítems de la escala HABS-U, siguiendo estos puntos:

- Claridad: el ítem no es entendible.
- Ambigüedad: el ítem presenta diversas interpretaciones.

- Solapamiento: existen varios ítems que reflejan lo mismo.

-Comprensión: el vocabulario utilizado en los ítems es de difícil comprensión.

-Efecto techo: la situación reflejada en el ítem se va a dar siempre o con mucha frecuencia.

-Efecto suelo: la situación que aparece en el ítem no se va a dar nunca o es muy extraño que aparezca.

La siguiente parte de la entrevista estuvo formada por una serie de preguntas relacionadas con el trabajo que desempeñaban, donde relataron situaciones conflictivas vividas, tanto propias como de compañeros. Se les preguntaron cuestiones como: "¿Cuáles son las situaciones conflictivas o conductas hostiles que pueden darse entre los usuarios y los trabajadores?", "¿De qué forma se dan las conductas hostiles, físicas o verbales?" o "¿Qué actos suele protagonizar el usuario?". La duración media de las entrevistas era de unos 20 minutos. Se realizaron entrevistas hasta llegar a la saturación de la información, esto es, cuando el contenido descrito por otros informantes se repetía, no aportando ya nada nuevo.

A continuación, se realizó una transcripción de las entrevistas grabadas en audio para realizar el análisis cualitativo. Se eliminaron los datos personales y todas las referencias que identificaban a los entrevistados para salvaguardar la confidencialidad. Para el análisis cualitativo, se hizo una lectura de las transcripciones subrayando las frases más significativas, y clasificándose según aspectos en común y temática.

Posteriormente, se redactaron los nuevos ítems a partir de las frases más significativas sacadas de las entrevistas y se realizó una puesta en común en el grupo de investigación. Se llevaron a cabo varias sesiones para revisar en profundidad los ítems propuestos y se escribieron los nuevos ítems a incorporar en la escala HABS reformulando aquellos que su enunciado no era adecuado. No se eliminó ninguno de los ya escritos.

Como punto final a la fase cualitativa, los ítems fueron clasificados según las dimensiones del cuestionario original y fueron preparados para un posterior proceso de validación a través de un estudio piloto.

Fase cuantitativa: participaron todos los centros de la red de Salud Mental de la Región de Murcia. Para seleccionar la muestra se utilizó un muestreo aleatorio por bloque. Se realizaron reuniones con los coordinadores de cada centro, donde se les informó del estudio y se repartió el protocolo de investigación de forma aleatoria entregándose al 50% del personal de cada centro. Posteriormente, Se programaron visitas a los centros para aclarar posibles dudas y para la recogida de los protocolos cumplimentados.

2.5. Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS® versión 22, el programa Factor® versión 10.3.01 y el programa Mplus® versión 7.

El análisis estadístico se inició con la distribución de la muestra, presentando los porcentajes de repuesta según las variables sociodemográficas y sociolaborales. Posteriormente, para el análisis de la puntuación media obtenida en la escala HABS-U se utilizó la prueba t de Student para medias obtenidas en variables dicotómicas y la prueba de ANOVA para variables multirrespuesta, utilizando, en estos casos, la prueba post hoc de Tukey para profundizar en las diferencias existentes en la frecuencia de exposición a la violencia entre los diferentes grupos de profesionales. Para valorar la correlación entre la exposición a la violencia y la puntuación obtenida en el resto de las escalas, se utilizó la correlación de Pearson.

Para el análisis cualitativo de las entrevistas se utilizó la metodología del análisis temático (Clarke y Braun, 2013). Siguiendo sus fases, se identificaron las categorías de conductas (violencia no física y física) a partir de la transcripción de las entrevistas. Con esta información se redactaron nuevos ítems

que fueron revisados y validados por un grupo de expertos, por consenso y siguiendo criterios explícitos establecidos previamente (Haladyna, Downing y Rodríguez, 2002).

Siguiendo la metodología descrita en estudios similares (Waschler et al., 2013; Waschler et al., 2013), para reducir el número de ítems y definir la escala se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) atendiendo a los siguientes criterios: (a) cada factor debía explicar al menos el 5% de la varianza total; (b) la carga factorial de los ítems debía ser al menos de .30; (c) un ítem no debía saturar en dos factores con más de .30; y (d) los ítems contenidos en cada factor debían tener una consistencia interna adecuada ($> .70$). Los cálculos se hicieron con el programa Factor 10.3.01, usando el Método de mínimos cuadrados no ponderados (*Unweighted Least Squares, ULS*) sobre matrices de correlaciones policóricas (Briggs & MacCallum, 2003; Muthén & Kaplan, 1992).

Para valorar la fiabilidad de la escala resultante, se analizó la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach para datos ordinales (Mislevy & Bock, 1990). Finalmente, se comprobó la validez externa usando el coeficiente de correlación de Pearson entre la escala y sus factores con las escalas de validación.

Posteriormente, se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) con Mplus, utilizando el método de estimación WLSMV (*Weighted least squares means and variance-adjusted estimation*) para datos categóricos. De entre los índices de ajuste se seleccionaron el CFI (*Comparative fit index*), TLI (*Tucker-Lewis index*), y el RMSEA (*Root-mean-square error of approximation*). $RMSEA < .05$, CFI , y $TLI \geq 0.90$ indican una buena aproximación del modelo (Byrne, 1996). Como hemos mencionado anteriormente, se analizó la consistencia interna y fiabilidad de cada factor y se examinó la distribución de la escala a través de la media, desviación típica, asimetría y curtosis.

Asimismo, se realizó un análisis descriptivo de la muestra y se analizó la prevalencia anual de conductas violentas mediante los indicadores de la escala adaptada, según la frecuencia de exposición.

Por último, se utilizó un ANOVA para variables multirrespuesta junto a la prueba post hoc de Tukey para establecer las diferencias entre los distintos grupos profesionales y los diferentes programas de Salud Mental.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1. Violencia percibida en el ámbito hospitalario

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos de la muestra hospitalaria de 518 profesionales de enfermería, recogida en los servicios de Salud Mental, Urgencias, Hospitalización Médica y Unidad Materno-Infantil.

3.1.1. Características sociodemográficas y laborales de la muestra

Respecto a las características sociodemográficas, de un total de 518 profesionales, el 61.4% de la muestra eran profesionales de enfermería y el 38% auxiliares de enfermería. La edad media de los participantes fue de 41.3 años (DT= 9.57) y el rango de edades osciló entre los 24 y los 63 años. La mayoría eran mujeres (85.3% vs 13.5%), predominando las personas casadas o con pareja (62.4%).

En cuanto al perfil de características laborales, en la tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos obtenidos para las variables cuantitativas estudiadas. Puede verse que un 14.9 % de los profesionales pertenecían al servicio de Salud Mental, un 15.45% al de Urgencias, un 49.23% al de Hospitalización Médica y un 20.46% al de Materno-Infantil.

Los profesionales tenían una media de antigüedad en el puesto actual de 87 días y la media de la antigüedad en la profesión como enfermero/a o auxiliar de enfermería era de 176 días. El 60.5% de la muestra tenía contrato indefinido frente a un 39.5% de contratos temporales. El 61.2% estaban en turno rotatorio, un 20.8% en turno de mañana, un 2.9% en turno de noche y un 14.6% tenía otro tipo de turno. La mayoría no hacían horas extras al mes o hacían menos de 10 (82.6%) y solo un 7.3% realizaba otra actividad laboral.

Tabla 1 Características sociodemográficas y laborales

<i>Variables</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo	Hombre	70	13.7
	Mujer	442	86.3
Estado Civil	Soltero	164	31.8
	Pareja de hecho & Casado	323	62.6
	Divorciado, separado o viudo	29	5.6
Edad (años)	<30	55	10.0
	30-50	327	64.2
	>50	97	19.0
Servicios	Salud Mental	77	14.9
	Urgencias	80	15.4
	Hospitalización Médica	255	49.2
	Unidad Materno-Infantil	106	20.5
Profesión	Enfermeros	318	61.7
	Auxiliares de Enfermería	197	38.3
Antigüedad en la profesión (años)	<5	74	15.1
	6-11	144	29.4
	12-20	155	31.6
	>20	117	23.9
Antigüedad en el puesto (años)	<1	66	13.1
	1-5	220	43.7
	6-10	104	20.6
	11-15	50	9.9
	>15	64	12.7
Tipo de contrato	Fijo (indefinido)	293	60.5
	Temporal	191	39.5
Turno	Fijo Mañana	107	20.8
	Fijo Noche	15	2.9
	Rotatorio	317	61.7
	Otro	75	14.6
	horas extra	<10	395
	11-20	66	13.8
	21-30	17	3.6
Formación continuada	Yes	366	72.8
	No	137	27.2
Otra actividad laboral	Yes	37	7.3
	No	473	92.7

El análisis de las variables sociodemográficas (sexo, edad y estado civil) mostró diferencias significativas en las escalas de violencia física y no física. Los varones registraron mayor exposición a la violencia física que las mujeres ($t=2.317$; gl 507; $d=.632$; $p<.05$), mientras que la edad presentó correlación negativa con la violencia no física ($r=-.146$; $p<.01$), hallándose que los profesionales jóvenes soportan mayores niveles de violencia no física.

En cuanto al estado civil, el análisis de varianza mostró diferencias significativas entre el grupo de los solteros, casados y divorciados o viudos. El post hoc reflejó que los solteros estaban expuestos a mayores niveles de violencia no física con respecto a los otros dos grupos (Tukey= 15.26; $p<.05$; $\eta^2=.606$).

En cuanto a las variables sociolaborales, se obtuvo una correlación negativa entre la dimensión de violencia no física y antigüedad en la profesión ($r= -.090$; $p<.05$), de manera que la mayor experiencia se relacionaba con menor riesgo de sufrir violencia de tipo verbal.

También se hallaron diferencias entre la violencia no física y la profesión ($t = 2.86$, gl 503, $p < .01$; $d=.333$), encontrando

niveles de violencia superiores entre los profesionales de enfermería respecto a los auxiliares.

No hubo diferencias en la exposición a la violencia (física y no física) respecto al tipo de contrato o la realización de actividades de formación continuada.

3.1.2. Correlación entre las variables principales de la muestra

En la tabla 2 se recogen las correlaciones de Pearson obtenidas en las Unidades de Hospitalización mencionadas, entre las dimensiones que componen la escala de burnout (MBI-GS), satisfacción laboral (OJS), frecuencia de sintomatología psíquica (GHQ), así como violencia de usuarios física y no física (HABS-U).

Así, obtenemos que la dimensión de violencia no física correlaciona de forma positiva con el agotamiento emocional de la escala de burnout ($r=.27$; $p< .01$) y con todas las dimensiones de la escala GHQ. En concreto, es la sub-escala de síntomas somáticos de este instrumento, la que tiene una mayor significación con la violencia no física ($r=.289$; $p< .001$), seguida de la sub-escala de depresión ($r=.25$; $p< .01$), y por último de las sub-escalas de ansiedad ($r=0.17$; $p<.05$) y disfunción social ($r= .17$; $p< .05$).

En relación al burnout, obtenemos que la violencia no física correlaciona de forma negativa con la dimensión de Eficacia profesional de dicha escala de burnout ($r=-.18$; $p< .05$) y de forma positiva con Agotamiento emocional ($r=.27$; $p< .01$).

Por otra parte, la dimensión de violencia física se relaciona de forma negativa con la dimensión de motivación intrínseca ($r = -.21$; $p < .05$).

Tabla 2 Correlaciones entre las puntuaciones de las variables recogidas en las escalas HABS-U, OJS, MBI-GS, y GHQ-28 para Psiquiatría, Urgencias, Hospitalización Médica y Materno-Infantil

	M	SD	Rango	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Violencia Física	3.695	1.628	(3-18)	1										
2. Violencia No-Física	13.602	6.784	(7-38)	.429**	1									
3. Satisfacción Extrínseca	29.753	7.287	(1-47)	-.085	-.057	1								
4. Satisfacción Intrínseca	25.032	7.677	(0-42)	-.205*	-.060	-.778**	1							
5. Agotamiento Emocional	14.098	5.629	(5-35)	.060	.268**	-.402**	-.368**	1						
6. Eficacia Profesional	28.646	8.540	(6-42)	.024	-.184*	.107	.108	-.147	1					
7. Cinicismo	11.662	5.102	(5-31)	.063	.131	-.386**	-.436**	.537**	-.224**	1				
8. GHQ Somático	13.141	3.851	(7-27)	.007	.288**	-.223**	-.241**	.555**	-.120	.399**	1			
9. GHQ Ansiedad	12.629	4.344	(7-28)	-.011	.169*	-.217**	-.273**	.535**	-.040	.405**	.712**	1		
10. GHQ Disfunción Social	13.482	1.865	(7-21)	.061	.167*	-.008	-.110	.243**	-.098	.268**	.293**	.330**	1	
11. GHQ Depresión	8.286	2.617	(7-24)	.069	.249**	-.080	-.129	.231**	-.019	.262**	.468**	.511**	.483**	1

* $p < .05$. ** $p < .01$

3.1.3. Estudio comparativo entre los distintos servicios hospitalarios

En las tablas 3 y 4 se muestra el análisis de varianza que compara los niveles de violencia percibida entre los 4 servicios estudiados (Salud Mental, Urgencias, Hospitalización médica y Materno-Infantil). Las pruebas post hoc revelaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de violencia física y no física. Concretamente, se hallaron mayores niveles de violencia física en Salud Mental y Urgencias respecto a los considerados como servicios de bajo riesgo (Hospitalización Médica y Materno-Infantil), mientras que los mayores índices de violencia no física se encontraron en el servicio de Urgencias, seguido de Salud Mental.

Con respecto a la frecuencia de exposición a la violencia tanto física como no física, hallamos que estas conductas hostiles se dan con más frecuencia en Urgencias, seguida por Salud Mental. Así, vemos de forma pormenorizada, como los enfados por la demora asistencial son más frecuentes en Urgencias que en los demás servicios estudiados ($F = 32.69$, gl 515, $p < .001$; $\eta^2=.690$), así como también las malas caras o miradas de desprecio ($F = 19.34$, gl 514, $p < .001$; $\eta^2=.692$).

Con respecto a la violencia no física, la conducta de levantar la voz se da con mayor frecuencia en Urgencias y Salud Mental

respecto al grupo de bajo riesgo ($F = 30.19$, gl 512, $p < .001$; $\eta^2=.715$), así como la de insultar ($F = 24.72$, gl 511, $p < .001$; $\eta^2=.729$), mostrar una actitud desafiante y hacer gestos violentos ($F = 19.29$, gl 513, $p < .001$; $\eta^2=.691$) y responsabilizar al personal de cualquier minucia ($F = 20.59$, gl 509, $p < .001$; $\eta^2=.702$).

En cuanto a la violencia física, las conductas hostiles se manifiestan con más frecuencia en Salud Mental. Mostrar enfado dando golpes y portazos ($F = 36.18$, gl 515, $p < .001$; $\eta^2=.751$) y empujar, zarandear o escupir ($F = 28.81$, gl 514, $p < .001$; $\eta^2=.783$), se dan en mayor medida en este servicio. Mostrar enfado destruyendo puertas, cristales, paredes ($F = 18.93$, gl 514, $p < .001$; $\eta^2=.799$) también se dan con más frecuencia en el grupo de alto riesgo.

Tabla 3 Estadísticos descriptivos y ANOVA de la Violencia No- Física en función del servicio hospitalario

			<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	Tukey	η^2	
Violencia No Física	Puntuación Total	A. Salud Mental	76	14.065	6.792	11.565***	507	B-ACD	.786	
		B. Urgencias	78	17.371	7.353					
		C. Hospitalización Médica	250	12.964	6.437					
		D. Materno-Infantil	104	11.971	6.147					
		Conductas hostiles usuarios								
		Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial	A. Salud Mental	76	1.99	1.428	32.690***	515	B-CDA	.690
	B. Urgencias		80	3.96	1.831					
	C. Hospitalización Médica		254	2.25	1.493					
	D. Materno-Infantil		106	2.01	1.438					
		Los usuarios me levantan la voz	A. Salud Mental	76	2.70	1.649	30.189***	512	B-A-CD	.715
	B. Urgencias		80	3.29	1.663					
	C. Hospitalización Médica		252	1.88	1.215					
	D. Materno-Infantil		105	1.70	1.153					
		Los usuarios me insultan	A. Salud Mental	76	1.95	1.355	24.720***	511	AB-DC	.729
	B. Urgencias		78	1.81	1.185					
	C. Hospitalización Médica		253	1.18	.516					
D. Materno-Infantil	105		1.21	.646						
	Los usuarios amenazan con agredirme	A. Salud Mental	73	2.04	1.476	20.591***	509	BA-CD	.702	
B. Urgencias		78	2.17	1.352						
C. Hospitalización Médica		253	1.33	.712						
D. Materno-Infantil		106	1.39	.900						
	Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio	A. Salud Mental	76	2.11	1.312	19.335***	514	B-A-C-D	.692	
B. Urgencias		80	2.80	1.649						
C. Hospitalización Médica		254	1.68	1.109						
D. Materno-Infantil		105	1.64	1.048						
	Los usuarios se dirigen a mí con actitud desafiante o me hacen gestos violentos	A. Salud Mental	76	2.29	1.504	19.292***	513	BA-CD	.691	
B. Urgencias		80	2.46	1.542						
C. Hospitalización Médica		253	1.55	.936						
D. Materno-Infantil		105	1.50	1.057						

Tukey= Análisis Post hoc entre los distintos servicios; *** $p < .001$; η^2 =Eta cuadrado

Tabla 4 Estadísticos descriptivos y ANOVA de la Violencia Física en función del servicio hospitalario

			<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	Tukey	η^2
Violencia Física	Puntuación Total	A. Salud Mental	76	4.894	2.543	29.252***	514	A-B-CD	.845
		B. Urgencias	80	4.325	2.348				
		C. Hospitalización Médica	254	3.358	0.924				
		D. Materno-Infantil	105	3.161	0.502				
		Conductas hostiles de los usuarios							
	Los usuarios muestran su enfado contra mí dando golpes, portazos, etc, al mobiliario	A. Salud Mental	76	2.09	1.387	36.182***	515	A-B-CD	.751
		B. Urgencias	78	1.85	1.170				
		C. Hospitalización Médica	254	1.19	.491				
		D. Materno-Infantil	105	1.14	.446				
	Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme	A. Salud Mental	76	1.79	1.087	28.809***	514	A-B-CD	.783
		B. Urgencias	80	1.51	.928				
		C. Hospitalización Médica	254	1.12	.450				
		D. Materno-Infantil	106	1.05	.214				
Los usuarios muestran su enfado contra mí destruyendo puertas, paredes, cristales,..	A. Salud Mental	76	1.50	.872	18.933***	514	AB-DC	.799	
	B. Urgencias	80	1.39	1.000					
	C. Hospitalización Médica	254	1.05	.277					
	D. Materno-Infantil	105	1.04	.192					

Tukey= Análisis Post hoc entre los distintos servicios.

*** $p < .001$.

η^2 =Eta cuadrado

3.2. Violencia percibida en los servicios de Salud Mental

3.2.1. Fase Cualitativa

En una primera fase cualitativa del estudio, se llevaron a cabo una serie de entrevistas en profundidad a un total de 12 participantes (8 mujeres y 4 hombres), de diferentes categorías profesionales en tres centros de Salud Mental diferentes. El 75% de los entrevistados fueron mujeres, frente al 25% de hombres. La edad de los participantes osciló entre 25 y 55 años, con una media de 46.87. Respecto a la profesión, el 62.5% pertenecía a personal de enfermería (enfermeros y auxiliares de enfermería), el 12.50% a personal facultativo (psiquiatras/psicólogos), y el 25% restante a otras categorías (administrativos, trabajadores sociales,..).

La primera parte de las entrevistas consistió en validar la Escala de Comportamientos Agresivos de Usuarios en Hospitales (HABS-U) para comprobar si podría utilizarse en el ámbito de Salud Mental.

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. A continuación, se muestra el proceso de adaptación de la escala al contexto de Salud Mental.

Categorización

Una vez transcritas y analizadas cualitativamente las entrevistas en profundidad, se crearon tres categorías que hacían referencia a la violencia percibida por los trabajadores de Salud Mental por parte de los usuarios, entendiendo usuarios tanto a los propios pacientes como a los acompañantes y familiares de éstos. Se relatan a continuación con testimonios literales de los participantes que aseguran y explican la categorización realizada:

1. Violencia verbal: insultos, demandas inapropiadas amenazas, quejas, etc, por parte de los usuarios.

-“Se enfadan por el retraso, se molestan porque piensan que les has dedicado menos tiempo a ellos que a otro paciente”.

-“Suelen levantar la voz, se ponen a gritar para decirte que no están de acuerdo con algún informe que les has hecho”.

-“La presencia de gritos y portazos ocurre en numerosas ocasiones”.

-“Las normas no las llevan bien, suelen protestar de cosas que no les parecen muy bien”.

-“Se puso a gritarle y a decirle que se había ido sin verlo, que lo tenía que atender en ese momento, que si no lo atendía iban a pasar cosas”.

2. Violencia física: este tipo de violencia es menos común, los entrevistados afirmaron en general haber vivido pocas

manifestaciones de violencia física. En esta categoría se incluye no solo la violencia hacia las personas, sino también la violencia hacia objetos, como por ejemplo, golpear el mobiliario del centro o de la consulta.

-“Se levantó, me agarró de la corbata y me estranguló, caí desmayado al suelo y gracias al ruido que hice al caer con la silla, pues entraron un par de celadores y me pudieron rescatar”.

-“Golpean la pared, golpean el armario donde está guardado el tabaco, alguna patada a una silla”.

-“Desde darte patadas en las espinillas por intentar controlar a un enfermo que iba a romper un televisor, hasta sufrir golpes por reducir al enfermo cuando intentaba autolesionarse”.

3. Violencia no verbal: este tipo de violencia engloba conductas provocadoras por las que el paciente demuestra su enfado sin llegar a la fuerza física ni a levantar la voz.

-“Me miró así un poco desafiante”.

-“Interrumpen el trabajo, abren la puerta cuando estás con alguien y se ponen a decirte lo que quieren”.

Tras analizar las entrevistas, los resultados mostraron que el 100% de los participantes afirmaba que las conductas hostiles más frecuentes eran las de tipo verbal, aunque las de tipo físico también estaban presentes y era consiguiente a la verbal.

Cuantificación de los ítems

Los ítems se cuantificaron según su frecuencia de incidencia a través una escala de respuesta graduada tipo Likert con 6 niveles de respuesta que indican la frecuencia a la que los profesionales se exponen a situaciones conflictivas u hostiles con los usuarios: 1= nunca; 2= anualmente; 3= trimestralmente; 4= mensualmente; 5= semanalmente; 6= a diario.

Se evitaron las escalas de respuesta de frecuencia con cuantificadores no del todo específicos, como "nunca", "algunas veces", "frecuentemente" o "muy frecuentemente", ya que pueden llevar a diversas interpretaciones.

Redacción de los ítems

Para la elaboración de los nuevos ítems se siguieron los siguientes criterios:

1. Se analizaron todos los ítems para comprobar que el lenguaje empleado era claro, sencillo, directo y comprensible para los futuros encuestados y para detectar posibles fallos de expresión.
2. Se evitaron los enunciados demasiados extensos ya que podrían desmotivar su lectura, no se utilizaron más de 20 palabras por cada enunciado.

3. Todos los ítems debían reflejar situaciones reales que se producían dentro del ámbito de Salud Mental.
4. Los ítems que expresaban la misma idea o ideas muy similares fueron reformulados y unificados.
5. Los ítems debían ser relevantes y estar relacionados con el tema de las situaciones conflictivas.
6. Se prescindió del uso de negaciones o dobles negaciones para evitar confusiones.

El primer listado de ítems estuvo compuesto por 36 enunciados, que tras su reformulación, dieron lugar 4 ítems nuevos a partir de la conjugación de la propuesta teórica y de la información que nos proporcionaron las experiencias relatadas de los profesionales entrevistados (tabla 5). Se decidió no eliminar ningún ítem de los ya existentes, ya que todos se adaptaban a lo que se buscaba.

Así, el instrumento final sobre conductas violentas en Salud Mental entre profesionales y usuarios quedó formado por 40 ítems correspondientes a la base de la escala HABS-U obtenidos durante su elaboración.

Tabla 5 Relación de nuevos ítems y frases literales de las que fueron sacados.

Frase literal de la entrevista	Nuevo ítem
<p>“Los pacientes o los usuarios, a veces también los propios familiares, nos abordan por la calle y se ponen a hacerte peticiones de... pues a lo que ellos se les ocurra, de lo que necesitan.”</p>	<p>Los usuarios me incomodan fuera de mi horario laboral con exigencias</p>
<p>“Algunos pacientes han intentado exceder los límites de paciente-profesional, empezando por tomarse más confianzas de las que deben”. “Hubo un paciente que hasta, no sé cómo, consiguió mi número”.</p>	<p>Los usuarios intentan exceder los límites de la relación paciente-profesional (pedir dinero, quedar para tomar algo, pedir datos personales...)</p>
<p>“Eso de las normas no lo llevan muy bien”. “Les cuesta trabajo cumplir normas y en el momento que tú estás aquí para imponérselas [...] les cuesta más trabajo aceptarlo”.</p>	<p>Los usuarios reaccionan con agresividad cuando se les recuerdan las normas</p>
<p>“Intenté quitarle a una chica que se había puesto para autolesionarse una goma en el cuello” “Hasta sufrir golpes por reducir al enfermo a la hora de que se quiere autolesionar”.</p>	<p>Los usuarios me han agredido cuando intentaba evitar su autolesión</p>

3.2.2. Fase cuantitativa

Del análisis cualitativo de las entrevistas en profundidad se redactaron 4 nuevos ítems. La escala resultante estuvo compuesta por sus 10 ítems originales más los 4 añadidos, que se administró junto con el resto del protocolo de evaluación a 400 sujetos, recogiendo correctamente cumplimentados 359, siendo la tasa global de respuesta del 89.75 %.

3.2.2.1. Características sociodemográficas y laborales de la muestra

Las características sociodemográficas y sociolaborales de la muestra se presentan en la tabla 6. El 24.3% de la muestra eran profesionales de psiquiatría, el 15.7 % de psicología, el 21.2% de enfermería, el 4,5% de trabajo social, el 3.1% de terapia ocupacional, el 14.5% de auxiliares de enfermería, el 6.1% de celadores y el 10.7% de personal administrativo.

La edad media de los participantes fue de 46.23 años ($DT=9.72$) y el rango de edades osciló entre los 25 y los 65 años. La mayoría eran mujeres (70.7% vs 29.3%), predominando las personas casadas o con pareja (67.6%).

En cuanto al perfil de características laborales, un 32.6 % de los profesionales pertenecían al servicio de Adultos, un 5.8% al de

Infanto-Juvenil, un 10.4% al de Conductas Adictivas, un 23.1% al de Hospitalización Psiquiátrica Breve, un 6.9% al de Rehabilitación, un 2.3% al Equipo Asertivo-Comunitario y un 7.5% a la Unidad de Hospitalización de media estancia.

Tabla 6 Características sociodemográficas y laborales de la muestra

Variable	n	%
Edad (años)		
Menores de 35	46	13,3
36-45	110	31,9
46-55	113	32,8
56-65	76	22,0
Datos perdidos	14	
Sexo		
Hombre	104	29,3
Mujer	251	70,7
Datos perdidos	4	
Situación personal		
Soltero/a	79	22,4
Pareja de hecho o casado/a	238	67,6
Divorciado/a, separado/a o viudo/a	35	9,9
Datos perdidos	7	
¿Baja en los últimos 12 meses?		
Si	61	17,4
No	290	82,6
Datos perdidos	8	
Tipo de contrato		
Fijo-Indefinido	255	72,6
Temporal-Sustitución	96	27,4
Datos perdidos	8	
Antigüedad en el puesto (años)		
<1	28	10,8
1-5	88	33,8
6-10	74	28,5
11-20	36	13,8
>20	34	13,1
Datos perdidos	99	
Antigüedad en la profesión (años)		
0-10	61	25,5
11-20	94	39,3
>20	84	35,1
Datos perdidos	120	
Grupo profesional		
Psiquiatría	84	24,3
Psicología Clínica	54	15,7
Enfermería	73	21,2
Terapia Ocupacional	14	3,1
Trabajo Social	12	4,5
Auxiliar de Enfermería	50	14,5
Administración	37	10,7
Celador	21	6,1
Datos perdidos	14	
Servicio		
Unidad de Adultos	113	32,6
Unidad de Infanto-Juvenil	20	5,8
Unidad de Conductas Adictivas	36	10,4
Unidad de Rehabilitación	24	6,9
Unidad de Hospitalización Psiquiátrica breve	80	23,1
Unidad de Hospitalización de media estancia	26	7,5
Tratamiento Asertivo-Comunitario	8	2,3
Otros	24	6,9
Datos perdidos	12	

3.2.2.2. Propiedades Psicométricas de la escala

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio usando el 50% de la muestra (mediante un muestreo aleatorio simple, $n=179$).

Para ello, se analizó la curtosis y asimetría de cada ítem, encontrando que los ítems de violencia física mostraban puntuaciones superiores a 2, por lo que se optó por el Método de mínimos cuadrados no ponderados, sobre matrices de correlaciones policóricas (Briggs & MacCallum, 2003). Para valorar la significación del modelo factorial usamos los índices de contraste de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO=.878$) y la prueba de esfericidad de *Bartlett* (1141.4 ; $gl=45$; $p \leq .000$).

El análisis factorial exploratorio (Tabla 7) concluyó una escala compuesta por 10 ítems, ya que se eliminaron 3 nuevos ítems (“Los usuarios me incomodan fuera de mi horario laboral con exigencias”, “los usuarios intentan exceder los límites de la relación paciente-profesional”, “los usuarios reaccionan con agresividad cuando se les recuerdan las normas”) y uno de la escala original (“Los usuarios se enfadan conmigo por la falta de información”), por no cumplir con los criterios establecidos (Waschgler et al., 2013).

La varianza total explicada de la escala es del 69.94 y el $\alpha=0.899$. Sus ítems se agruparon en dos factores: Factor I (violencia no física), con 6 ítems que explican el 37.95 de la varianza y un $\alpha=.877$; y Factor II (violencia física), formado por 4 ítems que explican el 31.99 de la varianza y un $\alpha=.841$.

A continuación, la tabla 7 recoge los principales resultados del Análisis Factorial Exploratorio.

Tabla 7 Matriz de componentes rotados, varianza explicada y consistencia interna.

Ítem	Factor I: Violencia no física	Factor II: Violencia física
1. Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia	.863	
2. Los usuarios cuestionan mis decisiones	.831	
3. Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones	.772	
4. Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio	.731	
5. Los usuarios me hacen bromas irónicas	.708	
6. Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial	.697	
7. Los usuarios muestran su enfado contra mí destruyendo puertas, cristales, paredes,...		.879
8. Los usuarios me han agredido cuando intentaba evitar su autoagresión*		.851
9. Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil		.822
10. Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme		.791
Varianza explicada (%)	37.95	31.99
Consistencia interna**	.877	.841

*Ítem nuevo incluido en la escala HABS-U.

** Consistencia interna para datos ordinales (Mislevy & Bock, 1990)

Para analizar la validez de criterio, se calcularon las correlaciones entre la escala adaptada y las escalas de validación utilizadas (Tabla 8).

El factor I se relaciona significativamente y de forma negativa con Satisfacción laboral ($r=-.300$; $p\leq.01$), con la subescala de Empatía "habilidad para ponerse en el lugar del otro" ($r=-.142$; $p\leq.01$) y con la dimensión del Burnout "eficacia profesional" ($r=-.226$; $p\leq.01$); y positivamente con "agotamiento emocional" ($r=.163$; $p\leq.01$) y con las subescalas del GHQ "somatización" ($r=.42$; $p\leq.01$) y "ansiedad e insomnio" ($r=.130$; $p\leq.05$).

El factor II correlaciona de manera significativa y negativa con Satisfacción laboral ($r=-.329$; $p\leq.01$), con las subescalas de Empatía "toma de perspectiva" ($r=-.160$; $p\leq.01$) y "habilidad para ponerse en el lugar del otro" ($r=-.144$; $p\leq.01$) y con el factor de Burnout "eficacia profesional" ($r=-.176$; $p\leq.01$). A su vez, lo hace positivamente con la dimensión de Burnout "cinismo" ($r=.120$; $p\leq.05$) y con "ansiedad e insomnio" del GHQ ($r=.134$; $p\leq.05$).

Tabla 8 Alfa de Cronbach obtenidos y correlaciones entre factores y variables psicosociales.

Variable	Alfa de Cronbach	HABS-U	Factor I: Violencia no física	Factor II: Violencia física
Satisfacción total	.883	- .348**	- .300**	- .329**
Satisfacción extrínseca	.710	- .326**	- .284**	- .304**
Satisfacción intrínseca	.860	- .332**	- .284**	- .318**
Empatía				
Toma de perspectiva	.806	- .119*	- .080	- .160**
Cuidado con compasión	.712	- .055	- .037	- .074
Habilidad de ponerse en el lugar del otro	.426	- .158**	- .142**	- .144**
Burnout				
Agotamiento emocional	.864	.156**	.163**	.092
Eficacia profesional	.723	- .236**	- .226**	- .176**
Cinismo	.661	.116*	.096	.120*
GHQ	.928	.137*	.132*	.102
Somatización	.859	.133*	.142**	.071
Ansiedad e insomnio	.890	.148**	.130*	.134*
Disfunción social	.747	.053	.053	.033
Depresión	.844	.075	.067	.066

*p<.05; **p<.01

Tabla 9 Estadísticos Descriptivos de los ítems

	<i>M (SD)</i>	<i>RI T-c</i>	<i>α sin el ítem</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>Comunalidades</i>	
						Inicial	Extracción
Violencia No Física							
Los usuarios cuestionan mis decisiones	3.05 (1.701)	.733	.867	.419	-1.127	.635	.649
Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia	2.53 (1.568)	.758	.863	.821	-.498	.660	.711
Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones	2.24 (1.463)	.759	.863	1.153	.367	.616	.668
Los usuarios me hacen bromas irónicas	2.33 (1.473)	.668	.877	1.001	-.052	.509	.516
Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial	2.68 (1.607)	.615	.886	.715	-.632	.430	.417
Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio	2.31 (1.492)	.724	.869	1.042	.028	.580	.602
Violencia Física							
Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil	1.61 (1.136)	.769	.861	2.123	3.975	.691	.696
Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme	1.56 (1.059)	.838	.833	2.065	3.532	.725	.823
Los usuarios muestran su enfado contra mí destruyendo puertas, cristales, paredes,...	1.51 (1.044)	.719	.878	2.218	4.418	.593	.607
Los usuarios me han agredido cuando intentaba evitar su autoagresión *(nuevo ítem incluido en la HABS-U)	1.44 (.976)	.736	.873	2.474	5.574	.556	.610

M = media; *SD*= desviación típica; *RI T-c*: correlación ítem-total corregido; *α sin el ítem*: *α* de Cronbach si el ítem es eliminado

La estructura factorial obtenida se estudió mediante un AFC utilizando el 50% restante de la muestra ($n= 180$, Figura 1).

Se encontró que los valores de asimetría univariada y curtosis univariada de los ítems de violencia física de la *HABS-U-MH* no estaban dentro del rango de normalidad (ver tabla 9), por lo que se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio utilizando el método de estimación WLSMV (Mplus) y se analizaron siguientes índices: CFI, RMSEA y TLI.

El análisis factorial confirmatorio apoyó el modelo de dos factores correlacionados de la *HABS-U-MH*, los cuales fueron identificados por el análisis factorial exploratorio. Los valores de los índices de ajuste fueron adecuados; $CFI = .983$; $TLI = .978$; $RMSEA (95\%) = .039 (CI .027 - .051)$.

Todos los ítems alcanzaron cargas factoriales superiores a .62 (Figura 1), resultando el mínimo de .625 (ítem 8, "Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial") y el máximo de .961 (ítem 6, "Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme").

En los seis ítems del factor 1, las cargas factoriales oscilaron entre .625 hasta .889, mientras que en los cuatro ítems del factor 2, las cargas factoriales oscilaron entre .851 hasta .961.

Los coeficientes de alfa de Cronbach para valores ordinales fueron de .877 para el Factor I (Violencia no Física) y de .841 para el Factor II (Violencia Física).

A continuación, la figura 1 muestra los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio, y la figura 2 un resumen del proceso de adaptación del instrumento.

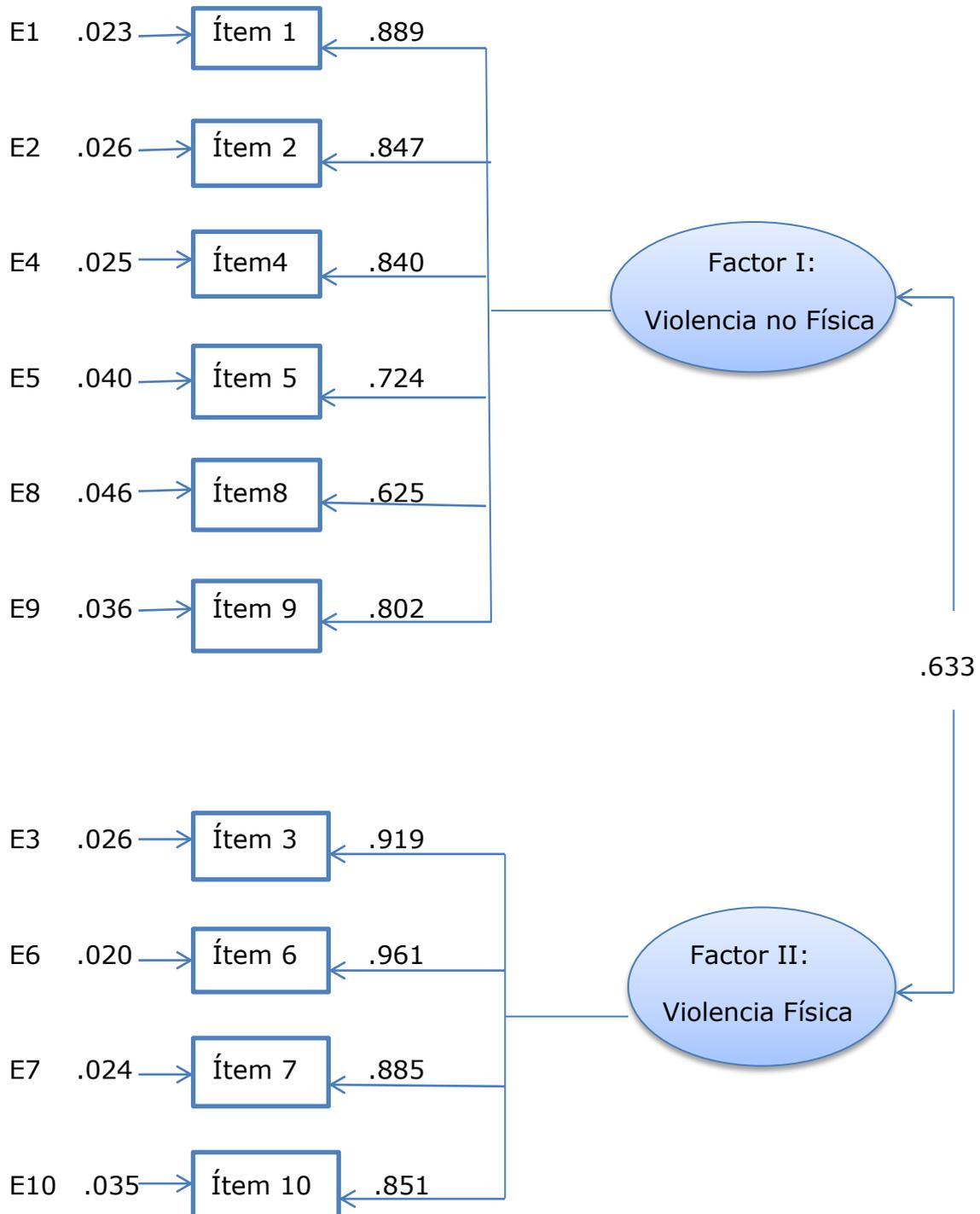


Figura 1 Análisis Factorial Confirmatorio mediante estandarización con MPlus

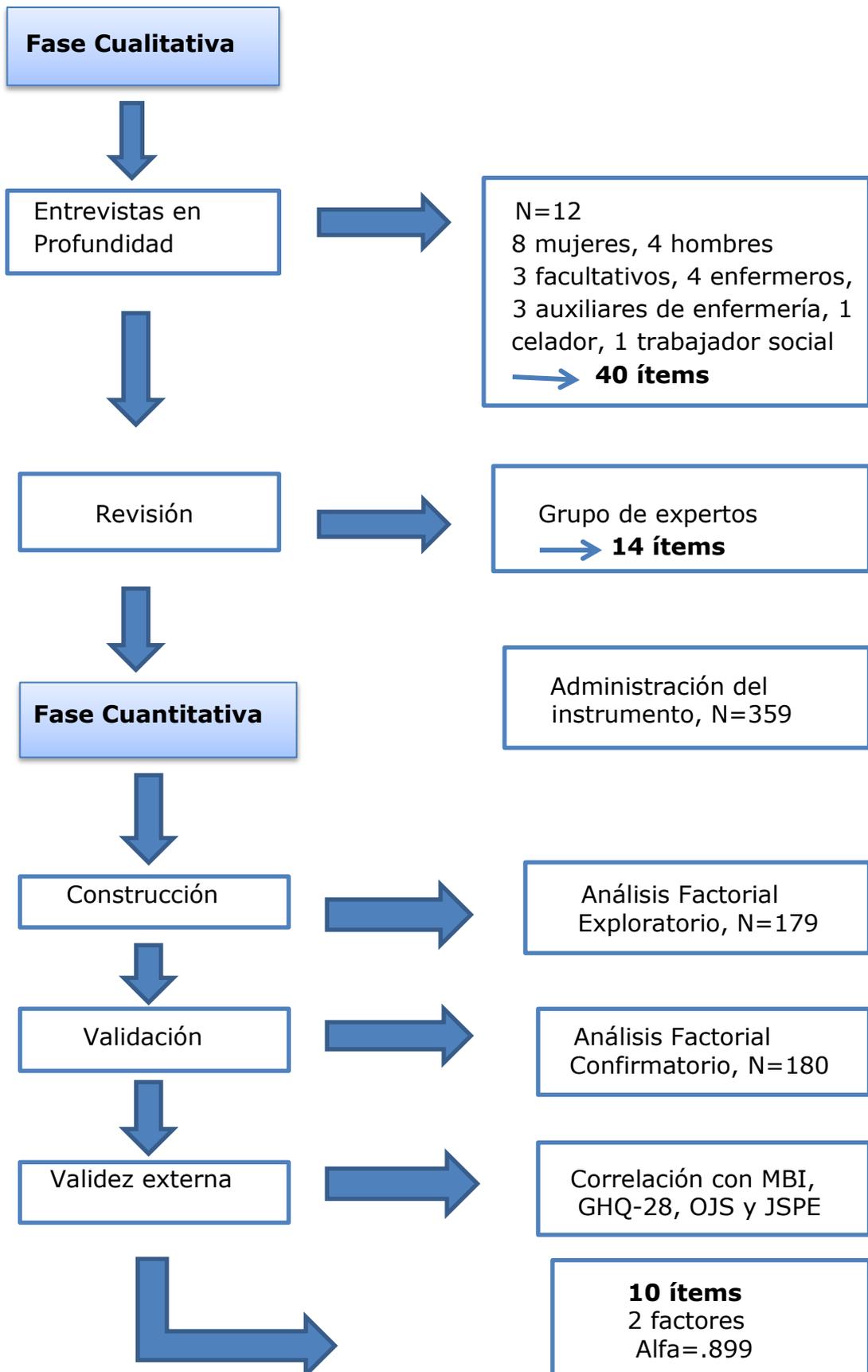


Figura 2 Proceso de adaptación del instrumento

3.2.2.3. Estudio comparativo entre los servicios de Salud Mental y sus categorías profesionales

Analizando la prevalencia de violencia de usuarios, el 92.1% de los profesionales refirieron haber estado expuestos a algún tipo de violencia, siendo del 90.7% para la violencia no física y del 53.6% para la física. Los indicadores de violencia más frecuentes (al menos mensual) fueron, en primer lugar, que los pacientes cuestionasen sus decisiones en un 35.8% de los participantes, y en segundo, los enfados por la demora asistencial en un 27.6%.

En la tabla 10 se muestra el análisis de varianza que compara los niveles de violencia percibida entre los 4 grupos profesionales estudiados (Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Personal de enfermería y Personal no sanitario).

Las pruebas post hoc revelaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de violencia física y no física. Concretamente, el personal no sanitario y el personal de enfermería presentan mayores puntuaciones medias que el resto de grupos profesionales tanto en violencia no física (*Tukey* = 12.00, $p < .001$; $\eta^2 = .088$) como física (*Tukey* = 11.51, $p < .001$; $\eta^2 = .109$), mientras que el personal de psicología destaca por ser el grupo que menor tasa registra, sobre todo en violencia no física.

Respecto a la violencia percibida según el tipo de programa (tabla 11), el post hoc muestra que los servicios de Infanto-Juvenil y Unidad de Rehabilitación registran la menor tasa de violencia no física, mientras que la Unidad de Hospitalización Breve y la Unidad de Media Estancia son los que más informan de ésta ($Tukey = 6.05$, $p < .001$; $\eta^2 = .094$).

En cuanto a los indicadores de violencia física, la Unidad de Infanto-Juvenil, Unidad de Rehabilitación, Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Adultos son las que obtienen puntuaciones más bajas, mientras que nuevamente la Unidad de Hospitalización Breve y la Unidad de Media Estancia aparecen a la cabeza en este tipo de violencia ($Tukey = 16.82$, $p < .001$; $\eta^2 = .224$).

Tabla 10 Estadísticos Descriptivos y ANOVA de violencia No física y Física en función del grupo profesional

	Grupo profesional	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>Tukey</i>	η^2
Violencia no Física	A. Psiquiatría	75	2.38	.98	12.00***	268	B-AC-CD	.088
	B. Psicología	45	1.85	.53				
	C. Personal de enfermería	102	2.74	1.37				
	D. Personal no sanitario	49	3.25	1.45				
Violencia Física	A. Psiquiatría	75	1.32	.60	11.51***	268	BA-AD-DC	.109
	B. Psicología	45	1.06	.15				
	C. Personal de enfermería	102	1.91	1.16				
	D. Personal no sanitario	49	1.72	1.17				

Tukey= Análisis Post hoc entre los distintos grupos profesionales

*** $p < .001$

η^2 =Eta cuadrado

Tabla 11 Estadísticos Descriptivos y ANOVA de violencia No física y Física en función del Tipo de Programa

	Tipo de Programa	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	Tukey	η^2
Violencia No Física	A. Unidad de Adultos (UA)	112	2.43	1.16	6.05***	296	BD-FE	.094
	B. Unidad de Infanto-Juvenil (I-J)	20	1.80	0.76				
	C. Unidad de Conductas Adictivas (UCA)	36	2.42	1.14				
	D. Unidad de Rehabilitación (UR)	24	1.95	1.15				
	E. Unidad de Hospitalización Breve (UHB)	79	3.01	1.32				
	F. Unidad de Media Estancia (URME)	26	2.98	1.36				
Violencia Física	A. Unidad de Adultos (UA)	112	1.25	.60	16.82***	296	BCAD-FE	.224
	B. Unidad de Infanto-Juvenil (I-J)	20	1.05	.13				
	C. Unidad de Conductas Adictivas (UCA)	36	1.18	.45				
	D. Unidad de Rehabilitación (UR)	24	1.34	.82				
	E. Unidad de Hospitalización Breve (UHB)	79	2.19	1.19				
	F. Unidad de Media Estancia (URME)	26	2.07	2.07				

Tukey= Análisis post hoc entre los diferentes programas; *** $p < .001$; η^2 =Eta cuadrado

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN GENERAL

4. 1. Discusión General

La presente investigación ha permitido aportar elementos que posibiliten la ampliación y desarrollo de los conocimientos científicos existentes respecto al fenómeno de la violencia laboral y más concretamente, sobre las manifestaciones de ésta en los servicios de Salud Mental. Las aportaciones realizadas permiten la posibilidad de elaborar e implementar programas de intervención dirigidos a reducir este fenómeno, a la medida de las necesidades y recursos económicos, humanos y materiales de nuestro sistema de salud actual.

El desarrollo de este estudio ha permitido la adaptación de la HABS-U al ámbito de la Salud Mental. Nuestra escala resultante está compuesta por 10 ítems distribuidos en dos factores, Violencia no Física y Violencia Física. Es breve, fácil de aplicar e interpretar y presenta unas propiedades psicométricas y una estructura factorial adecuada, por lo que podemos afirmar que es útil para abordar la violencia de usuarios en Salud Mental. Los factores que se obtienen del análisis factorial (violencia física y no física), son similares a los obtenidos en otros estudios anteriores (Luck, Jackson & Usher, 2007; Spector et al., 2007; Wells & Bowers, 2002). Asimismo, si la comparamos con la escala original (HABS-U, Wachslar et al., 2013), desarrollada en el ámbito

hospitalario, y con la adaptación a la población de Atención Primaria (HABS-U-PHC, Ruiz Hernández et al., 2016), encontramos un cuerpo de ítems comunes que se mantienen preservando la estructura factorial inicial. En cada una de las adaptaciones mencionadas, aparecen nuevos ítems que reflejan las características propias de las diferentes poblaciones a las que se les ha aplicado.

La consistencia interna de la escala adaptada a Salud Mental mejora respecto a las dos anteriores, al obtener un alfa superior en el factor II, violencia física ($\alpha=.84$), frente a la HABS-U de Wachslar et al. (2013), con un $\alpha=.76$ y la HABS-U-PHC de Ruiz Hernández et al. (2016), con un $\alpha=.68$. Esto puede explicarse debido a que los comportamientos violentos que implican agresión física son más frecuentes en el ámbito de Salud Mental, como viene siendo ampliamente recogido en la literatura existente (Llor Esteban et al., 2016; Magnavita, 2014; McKinnon & Cross, 2008), quedando plasmado en la inclusión de un ítem más en la sub-escala de Violencia Física respecto a los dos instrumentos anteriores.

Respecto a las cifras de conductas agresivas, encontramos que la prevalencia de violencia laboral varía considerablemente debido a la diversidad de indicadores físicos y no físicos y de

escalas utilizadas para estudiar este fenómeno. Coincidiendo con la mayoría de los estudios (Anderson & West, 2011; Magnavita & Heponiemi, 2012), obtuvimos que los indicadores de violencia no física son más frecuentes que los físicos entre los profesionales de Salud Mental. La prevalencia anual de violencia no física fue del 90.7% y del 53.6% para la violencia física. En nuestro estudio, llama la atención la elevada exposición a la violencia física (53.6% en el último mes), siendo frecuente encontrar estos resultados en otras investigaciones hechas en el marco de la Salud Mental (Kelly, Subica, Fulginiti, Brekke & Novasco, 2015; Magnavita & Heponiemi, 2012; Staggs, 2015). Si la comparamos con la de otros ámbitos sanitarios, encontramos que las tasas son más altas. Empleando la versión original de la HABS-U, Galián Muñoz et al. (2012), obtuvieron cifras del 19.9% en personal hospitalario, y más recientemente, Ruiz Hernández et al. (2016), en un estudio llevado a cabo con la misma escala adaptada a Atención Primaria, hallaron valores del 17.3% en violencia física. La elevada prevalencia de las agresiones físicas en Salud Mental en comparación a otras especialidades, puede explicarse por el estrecho contacto físico que se mantiene con los pacientes, y por las especiales características de éstos, ya que en este ámbito son frecuentes los estados de agitación y descompensación,

requiriendo a veces contención física (Llor Esteban et al., 2017; Magnavita & Heponiemi, 2012).

Tal como esperábamos al plantear las hipótesis de partida, hemos hallado diferencias significativas en cuanto a la frecuencia y al tipo de violencia entre los servicios hospitalarios estudiados, las categorías profesionales y los programas de Salud Mental. Nuestra primera investigación se ha centrado en comparar dos de los servicios hospitalarios considerados de alto riesgo de sufrir violencia según la literatura existente, Psiquiatría y Urgencias, con otros dos en los que presuponíamos un nivel de violencia más bajo, a saber, Hospitalización Médica y Materno-Infantil.

Nuestros resultados coinciden con estos estudios que señalan una mayor prevalencia en Urgencias y Psiquiatría (James et al., 2006; Magnavita & Heponiemi, 2012). Por otra parte, los datos obtenidos en la escala de violencia entre los profesionales de enfermería de estas unidades de los hospitales públicos de la Región de Murcia, son mayores que la de los otros servicios estudiados y siguen siendo más frecuentes las manifestaciones no físicas que las físicas. Se han hallado mayores tasas de violencia física en Salud Mental y de violencia no física en Urgencias respecto a las otras dos unidades. Las conductas de violencia física como mostrar enfado dando golpes y portazos y empujar,

zarandear o escupir se dan en mayor medida en Psiquiatría. Esto viene siendo ampliamente recogido en diversos estudios como el de Dack et al. (2013), en cuyo meta-análisis, concluyen que los factores asociados con más frecuencia a la conducta violenta en las salas de Psiquiatría son el sexo masculino, ser joven, ingreso involuntario, diagnóstico de esquizofrenia y abuso de sustancias, entre otras. Por otra parte, Magnavita (2014), en un estudio donde compara diversos servicios hospitalarios, señala que el profesional de Salud Mental tiene respecto a otras profesiones un riesgo de sufrir agresiones físicas 45 veces más alto. Cabe mencionar sin embargo, que Gascón, Rojo, Salazar y Tomás (2004), señalan que la violencia ejercida por los enfermos mentales fuera del hospital es escasa y equiparable a la de la población general, y que aumenta cuando sufren una descompensación general y precisan ingreso hospitalario. Dicho ingreso muchas veces es de carácter involuntario, generando rechazo y propiciando las situaciones violentas.

Respecto a Urgencias, nuestros resultados indican que la conducta hostil más frecuentemente referida es el enfado por la demora asistencial, seguido por las malas caras y la falta de información. Esto coincide con lo recogido por otros autores, que informan que los tiempos de espera prolongados, la masificación

de las salas de espera, la ausencia de medidas de seguridad, el consumo de sustancias y la presencia de enfermedad mental desencadenan la agresividad de los usuarios (Crilly, Chaboyer & Creedy, 2004; Gacki-Smith et al., 2009). Estas conductas violentas podrían relacionarse con las características concretas del paciente que acude a urgencias, esto es, con un estado de dolor o malestar que en ese momento tiene la necesidad imperiosa de ser atendido. A esto se une la tendencia en los últimos años en nuestro país, de clasificar a los pacientes que acuden a Urgencias a través de un sistema de triaje (Galián Muñoz, Llor Esteban & Ruiz Hernández, 2014). Podría ser que este método no fuese bien comprendido por los usuarios, cuyo concepto de emergencia puede diferir de la del profesional que lo atiende (Sánchez Bermejo, Cortés Fadrique, Rincón Fraile, Fernández Centeno, Peña Cueva & De las Heras Castro, 2013). Dar información a los pacientes con técnicas de comunicación adecuadas sobre el sistema de clasificación y los tiempos de espera aproximados, podrían disminuir la incidencia de situaciones violentas (Estryn-Behar et al., 2008). Por otro lado, diversos estudios han hallado que la implantación de planes de formación al personal sanitario tanto de Urgencias como de Salud Mental, reduce considerablemente el número de agresiones por parte de los usuarios, minimiza el estrés en los trabajadores y amortigua el

efecto de los sucesos traumáticos (Bjorkdahl et al., 2013; Swain & Gale, 2014).

Se han hallado diferencias significativas en la exposición a la violencia según algunas variables sociodemográficas y laborales, como el género, la edad y la antigüedad en el puesto, el estado civil y la profesión, En nuestro trabajo, las diferencias de género son relevantes en cuanto a la violencia física, siendo ésta más frecuente en hombres que en mujeres. Esto coincide con otros estudios que indican que los varones tienen un mayor riesgo de violencia (Landau & Bendalak, 2008; Shields & Wilkins, 2009). Es posible que esto ocurra porque los individuos del sexo masculino experimentan menor intimidación y miedo y se exponen con más frecuencia a las conductas violentas (Jansen, Middel, Dassen & Menno, 2006). Otra explicación plausible estaría relacionada con el papel que desempeñan los estereotipos de género en nuestra sociedad. Tradicionalmente se ha considerado al varón como protector de la mujer, y esto podría hacer que el hombre se sintiese en el deber moral de enfrentarse a las situaciones de peligro en favor de sus compañeras mujeres (Young & Sweeting, 2004).

Hemos encontrado también que los jóvenes generan mayor violencia no física, al igual que los profesionales que cuentan con

una menor antigüedad en la profesión. Nuestros hallazgos coinciden con algunos autores, que señalan como factores de riesgo ser más joven o tener menos experiencia profesional (Roche et al., 2010). Es posible que la percepción de excesiva juventud por parte del usuario le lleve a tratar al profesional con menos respeto que a los más mayores. Respecto a la experiencia, Jonker, Goossens, Steenhuis & Oud (2008), señalan que los profesionales que cuentan con mayor experiencia son capaces de reconocer los primeros signos de conducta agresiva e intervenir de la manera más apropiada, utilizando menos medidas coercitivas.

En relación al estado civil, hemos hallado que los solteros están expuestos a mayores niveles de violencia no física que los otros dos grupos. Esto puede deberse a que este factor se encuentre anidado con la edad, ya que normalmente los más jóvenes suelen estar solteros.

Respecto a la profesión, en un primer estudio donde comparamos los niveles de violencia percibida entre enfermeros y auxiliares de enfermería, detectamos diferencias significativas en la sub-escala de violencia no física entre ambas categorías profesionales, encontrando niveles de violencia superiores entre los profesionales de enfermería respecto a los auxiliares. Esta variable podría estar relacionada con la posición de autoridad que

indican algunos autores como factor de riesgo (Landau & Bendalak, 2010). En este sentido, Gascón et al. (2009) analizaron la categoría profesional como factor de riesgo y concluyeron que existe una asociación directa entre el nivel de responsabilidad y la exposición a la violencia no física, de tal forma que los médicos y directivos eran el personal más expuesto.

En relación a las categorías profesionales, en un tercer trabajo donde hemos comparado varios grupos (psiquiatras, psicólogos clínicos, personal de enfermería – que incluye enfermeros y auxiliares de enfermería- y personal no sanitario), se han hallado diferencias interesantes respecto a la percepción de violencia. En concreto, es el personal no sanitario y el personal de enfermería, los que ocupan un lugar destacado entre las profesiones más expuestas a violencia de usuarios, seguido del personal médico (Psiquiatría) y, por último, del personal de Psicología Clínica. Las diferencias entre distintos grupos profesionales de Salud Mental han sido señaladas en otros estudios (Dack et al., 2013; Magnavita & Heponiemi, 2012; Palumbo et al., 2016). Magin et al. (2009) realizaron una investigación cualitativa centrada en el colectivo de profesionales no sanitarios que pone de manifiesto que los recepcionistas están sometidos a una considerable frecuencia de violencia laboral. Se

trata de un colectivo con reconocida vulnerabilidad ante los comportamientos violentos de los pacientes dada su posición en primera línea de atención y, por lo tanto, son los primeros en encontrarse con las frustraciones de los usuarios. Respecto al personal de enfermería, con frecuencia ha sido señalado entre los profesionales más expuestos a la violencia en Salud Mental (Bowers et al., 2011; Cornaggia et al., 2011; Iozzino et al., 2015). Concretamente, se ha señalado que las cifras de violencia que soporta el personal de enfermería en Salud Mental es del 80%, mientras que el resto de personal clínico no supera el 41% (Dack et al., 2013).

El grupo de psicólogos clínicos es el que registra las tasas más bajas, tanto de violencia física como no física. Esto puede deberse por un lado, a que suelen estar menos expuestos que el personal de enfermería y no sanitario, al no precisar el contacto físico y estrecho propio de enfermería (Cornaggia et al., 2015; Galián Muñoz et al., 2012; Staggs, 2015), ni de trámites burocráticos propios del personal administrativo, que suelen ocasionar impaciencia y descontento entre los usuarios (Magin et al., 2009). Por otro lado, el trabajo del psicólogo lleva implícita la necesidad de establecer una buena alianza terapéutica como parte de la intervención, siendo imprescindibles una actitud empática y

aceptación incondicional del paciente, lo que podría explicar la baja frecuencia de conductas agresivas.

Otra parte de nuestro trabajo se ha centrado en analizar las conductas violentas que se dan en determinados servicios de Salud Mental. La red de Salud Mental de la Región de Murcia se halla estructurada en diferentes programas de intervención según el tipo de población que atiende. Nos hemos centrado en comparar aquellos que atienden un volumen mayor de pacientes, como son: Unidad de Adultos, Unidad de Infanto-Juvenil, Unidad de Conductas Adictivas o Centro de Atención a Drogodependencias, Unidad de Rehabilitación, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica breve y Unidad de Hospitalización de Media Estancia. Los dispositivos que recogieron las tasas más altas de violencia, tanto física como no física, fueron las Unidades de Hospitalización Breve y las Unidades de Media Estancia. Nuestros resultados coinciden con la literatura existente, ya que estas unidades atienden a usuarios que precisan ingreso hospitalario, habitualmente, se hallan psicopatológicamente descompensados y, en ocasiones, el ingreso es de carácter involuntario (Kelly et al., 2015; Piquero et al., 2013). Un reciente meta-análisis (Iozzino et al., 2016), reveló que alrededor de un 20% de pacientes ingresados en unidades de Agudos tenían conductas violentas. Resulta curioso que uno de los

servicios que a priori se espera que sea de los más violentos, como son las unidades de atención a las drogodependencias, no tenga niveles altos de conductas agresivas. Esto contrasta con el análisis de la literatura existente, que suele señalar entre las condiciones que predisponen a la violencia, el consumo de sustancias (Catlette, 2005; James, Madeley & Dove, 2006; Nordfjaern, 2017).

El análisis de las variables sociodemográficas y sociolaborales nos permite observar que la exposición a la violencia no es homogénea, sino que varía en función de estas características. Siguiendo las directrices de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Artículo 15), los programas y políticas de prevención deberían iniciarse con una evaluación que permitiera establecer un nivel de riesgo de cada grupo, para seleccionar aquellas medidas preventivas colectivas e individuales más apropiadas para cada caso (Galián Muñoz, 2015)

Tras la revisión de distintos estudios (Franz et al., 2010; Galián Muñoz et al., 2014; Pompeii et al., 2013), hemos comprobado que la exposición a situaciones violentas puede ocasionar diversas consecuencias psicológicas en los profesionales sanitarios. Pueden ir desde la disminución de la satisfacción laboral, la aparición de síntomas de burnout hasta la presencia de malestar psicológico.

Nuestro trabajo ha detectado una mayor relación de estos indicadores con ambos tipos de violencia, especialmente con la Escala de Burnout y con la disminución del bienestar psicológico medido a través de la escala GHQ. En este sentido, Bernaldo-De-Quirós et al., (2015), encontraron que la violencia física se hallaba relacionada con altos niveles de ansiedad, mientras que la no física lo estaba con las dimensiones del burnout (agotamiento emocional y cinismo).

Wittington (2002), halló que el personal emocionalmente agotado mostraba dificultad para entender el punto de vista de los pacientes y para tolerar el comportamiento agresivo. Esto puede llevar a un manejo inadecuado de las situaciones violentas y a la aparición de nuevas agresiones, que a su vez ocasionaría un mayor agotamiento emocional (Zampieron et al., 2010).

Respecto a los síntomas de malestar psicológico, podrían ser tanto una consecuencia de la exposición reiterada a la violencia como un desencadenante de la misma. Niveles altos de ansiedad y depresión influirían en la percepción que el profesional hace de las situaciones conflictivas, de manera que los individuos con elevada ansiedad tenderían a percibir los estímulos inocuos como potencialmente peligrosos (Chen, Hwu & Williams, 2005), y esto puede dar lugar a un patrón de comportamiento inadecuado en el

manejo de los pacientes agresivos. En relación a los síntomas depresivos y de acuerdo con la teoría de Seligman (1975), creemos que éstos pueden afectar a la forma en que el profesional se relaciona con el paciente, ya que una persona deprimida percibiría los eventos como incontrolables, mostrando por tanto una menor capacidad para controlar situaciones violentas.

4.2. Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones de nuestro trabajo, encontramos que al usar cuestionarios auto-aplicados, se podría haber cometido un sesgo de autoselección. Para intentar minimizar el problema, se ha aleatorizado la selección de los participantes y se ha asegurado su anonimato.

Por otra parte, el estudio se halla limitado por el tipo de diseño adoptado, ya que se trata de un estudio retrospectivo de corte transversal, que limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Además, hemos omitido la fiabilidad test-retest, por tratarse de una elevada muestra de profesionales del sector de salud público. La enorme demanda asistencial a la que se enfrentan cada día estos compañeros, hace inviable recoger el protocolo dos veces, corriendo el riesgo de pérdida de interés por su parte de llevarse a cabo.

Se debe tener en cuenta también, que la violencia no es un fenómeno objetivo, prestándose a diferentes interpretaciones según las personas, y que por lo tanto, experiencias o situaciones que implican conflicto, se hallen envueltas en subjetividad personal (Lanza y Campbell, 1991).

**CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS
PARA FUTURAS INVESTIGACIONES**

5.1. Conclusiones

En base a los resultados obtenidos, podemos establecer las siguientes conclusiones generales:

1. El desarrollo de este estudio ha permitido la aplicación de la HABS-U al ámbito de la Salud Mental. Hemos obtenido una escala (*Healthcare-Workers' Aggressive Behaviour Scale- Users-Version Mental Health [HABS-U-MH]*) compuesta por 10 ítems distribuidos en dos factores, Violencia no Física y Violencia Física. Es breve, fácil de aplicar e interpretar y presenta unas propiedades psicométricas y estructura factorial adecuada, por lo que podemos afirmar que es útil para abordar la violencia de usuarios en Salud Mental.

2. La distribución de la violencia de usuarios en los servicios de Salud Mental no es homogénea, existiendo diferencias en cuanto a la frecuencia de exposición (violencia total), como en el tipo de manifestación (violencia física/violencia no física) según variables laborales y personales del profesional. En concreto, las variables asociadas a un mayor riesgo de experimentar violencia han sido el género masculino (relacionado con violencia física), la edad y la antigüedad en el puesto (la juventud y la falta de

experiencia se relacionan con mayor violencia no física), el estado civil (los solteros experimentan mayor violencia no física).

3. La violencia no física o verbal se da en mayor medida en Urgencias, mientras que la física alcanza puntuaciones más elevadas en Salud Mental. Respecto a Urgencias, la conducta hostil más frecuentemente referida es el enfado por la demora asistencial, seguido por las malas caras y la falta de información. En cuanto a Salud Mental, los indicadores de violencia más frecuentes fueron, en primer lugar, que los pacientes cuestionasen las decisiones de los profesionales, y en segundo, los enfados por la demora asistencial. De los ítems de violencia física el más frecuente ha sido que los usuarios muestren su enfado destruyendo puertas, cristales, paredes,...

4. Los servicios con mayor riesgo de violencia dentro de la red de Salud Mental, tanto física como verbal, han sido las unidades de hospitalización psiquiátrica: breve (UHB) y de media estancia (URME). La tasa más baja de violencia percibida corresponde a las unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.

5. Respecto a la profesión, informan de más incidentes violentos el personal de enfermería (enfermeros y auxiliares de enfermería) y el personal no sanitario (dedicado a tareas

administrativas). El personal médico (psiquiatras) se situaría por detrás de estos dos grupos profesionales, y finalmente, el menor riesgo de violencia corresponde a los psicólogos clínicos.

6. Ambos tipos de violencia (física y verbal) se relacionan de forma directa con los indicadores de la escala de Burnout y con la disminución del bienestar psicológico medido a través de la escala GHQ. Igualmente, ambos tipos de violencia se relacionan con una merma en la satisfacción laboral, así como con una disminución en la capacidad de mostrar empatía.

5.2. Propuestas para futuras investigaciones

El trabajo realizado en esta tesis doctoral, ha dejado abiertas algunas cuestiones que merecerían ser estudiadas ampliamente en estudios posteriores.

En primer lugar, la población estudiada. Nuestro estudio se basa sobre todo en los trabajadores de Salud Mental, aunque también hemos analizado algunos servicios hospitalarios. Sería interesante recoger las experiencias de violencia percibida en el resto de servicios sanitarios y también en el sector servicios. En general, a todos aquellos trabajos que impliquen contacto directo con el público.

Sugerimos también la implementación de programas experimentales dirigidos a disminuir el riesgo de violencia entre los programas de Salud Mental estudiados que han presentado las cifras más altas de violencia, tanto física como no física, esto es, las unidades de agudos o de hospitalización breve, y las de media estancia.

Por último, señalar que la violencia se suele estudiar siempre desde una perspectiva unidireccional, es decir, la que procede de los usuarios que acceden a los servicios sanitarios públicos, en este caso. La percepción del usuario o paciente del trato que le

dispensa el profesional sanitario, abre una línea de investigación nueva, que merecería la pena ser estudiada. Hablamos de la llamada violencia institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- Albashtawy, M. (2013). Workplace violence against nurses in emergency departments in Jordan. *International Nursing Review, 60* (4), 550-555. Doi:10.1111/inr.12059
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J.F., Tavitas-Herrera, S.E., Rodríguez-Lara, F.J., Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental, 28*, 5.
- Anderson, A., & West, S. G. (2011). Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in Clinical Neuroscience, 8* (3).
- Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión, 5*(17), 23-29.
- Ayranci, U., Yenilmez, C., Balci, Y., & Kaptanoglu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(2), 276-296. Doi:10.1177/0886260505282565
- Bernaldo-De-Quirós, M., Piccini, A. T., Gómez, M. M., & Cerdeira, J. C. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 52*, 260-70. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011
- Blanchar, Y. (2011). Violence in the health care sector – a global issue. *World Medical Journal, 57* (3), 87–89.

- Björkdahl, A., Hansebo, G., & Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20* (5), 396-404. Doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01930.x
- Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C., Dack, C., Ross, J., & Khanom, H. (2011). *Inpatient Violence and Aggression: A Literature Review*. Report from the conflict and containment reduction research programme, Kings College London UK.
- Brennan, G., Flood, C., & Bowers, L. (2006). Constraints and blocks to change and improvement on acute psychiatric wards—lessons from the City Nurses project. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13* (5), 475-482. Doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00956.x
- Briggs, N.E., & MacCallum, R.C. (2003). Recovery of weak common factors by maximum likelihood and ordinary least squares estimation. *Multivariate Behavioral Research, 38*, 25-56. Doi:10.1207/S15327906MBR3801_2
- Byrne, B. M. (1996). Structural equation modelling with EQS and EQS/Windows. *Journal of Royal Statistical Society-Series A Statistics Society, 159* (2), 343.

- Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I Trauma Centers. *Journal of Emergency Nursing, 31*, 519-25. Doi:10.1016/j.jen.2005.07.008
- CCOO Federación de Sanidad y Sectores Sanitarios (2011). *Guía básica de riesgos laborales específicos para el sector sanitario*. Valladolid: Secretaría de Salud Laboral CCOO Castilla y León.
- Centers for Disease Control (2002). *Violence: occupational hazards in hospital*. National Institute for Occupational Safety and Health. Available at: <http://www.cdc.gov/niosh/injury/traumaviolence.html>
- Chapell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. 3^{ed}. Geneva: International Labour Office.
- Chen, S.C., Hwu, H.G. & Williams, R.A. (2005). Psychiatric Nurses' Anxiety and Cognition in Managing Psychiatric Patients' Aggression. *Archives of Psychiatric Nursing, 19* (3), 141-149. Doi: 10.1016/j.apnu.2005.04.006
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Research, 189* (1), 10-20. Doi:10.1016/j.psychres.2010.12.024

- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26 (2), 120-123.
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 67-73.
Doi:10.1016/j.aen.2003.11.003
- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D., & Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127 (4), 255-268.
Doi:10.1111/acps.12053
- Dement, J. M., Lipscomb, H. J., Schoenfisch, A. L., & Pompeii, L. A. (2014). Impact of hospital Type II violent events: Use of psychotropic drugs and mental health services. *American Journal of Industrial Medicine*, 57, 627-639.
Doi:10.1002/ajim.22306
- Domínguez, L., & Mijana, J. (2008). *Violencia laboral. Una visión desde enfermería*. Buenos Aires: El Uapiti.
- El-Gilany, A. H., El-Wehady, A., & Amr, M. (2010). Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (4), 716-734.
Doi: 10.1177/0886260509334395

- Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., & Hasselhorn, H. M. (2008). Violence risks in nursing—results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine*, *58* (2), 107-114. Doi: 10.1093/occmed/kqm142
- Fernandes, C. M., Raboud, J. M., Christenson, J. M., Bouthillette, F., Bullock, L., Ouellet, L., & Moore, C. (2002). The effect of an education program on violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, *39*, 47-55. Doi: 10.1067/mem.2002.121202
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany—a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, *10* (1), 51. Doi:10.1186/1472-6963-10-51
- Gacki-Smith, J., Juarez, A.M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L. & MacLean, S.L. (2009). Violence Against Nurses Working in US Emergency Departments. *The Journal of Nursing Administration*, *39* (7/8), 340-349. Doi: 10.1097/NNA.0b013e3181ae97db
- Galián Muñoz, I. (2015). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. España.
- Galián Muñoz, I., Llor Esteban, B., & 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 (3), 279-291.

Galián-Muñoz I., Llor-Esteban B., & Ruiz-Hernández, J. A. (2014). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias [User violence towards nursing staff in hospital Emergency Units. Risk factors and consequences]. *Emergencias*, 26, 163-70.

Gascón, S., Martínez-Jarreta, B., González-Andrade, J. F., Santed, M. A., Casalod, Y., & Rueda, M. A. (2009). Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15 (1), 29-35.
Doi:10.1179/107735209799449707

Gascón, J., Rojo, J. E., Salazar, A., & Tomás, S. (2004). *Guía práctica de manejo terapéutico y prevención en el paciente agitado*. Master Line & Prodigio, SL Madrid.

Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S.,... & Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses'

Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(6), 495-503. Doi:10.1136/oem.2003.007294

Gil-Monte, P.R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. *Salud Pública en México*, 44, 33-40.

Goldberg, D.P. & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145. Doi: 10.1017/S0033291700021644

Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (23-24), 3535-3546. Doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03361.x

Haladyna, T. M., Downing, S. M., & Rodriguez, M. C. (2002). A review of multiple-choice item-writing guidelines for classroom assessment. *Applied Measurement in Education*, 15 (3), 309-333. Doi: 10.1207/S15324818AME1503_5

Happell, B. (2009). Appreciating history: The Australian experience of direct-entry mental health nursing education in universities. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 18 (1), 35-41. Doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00565.x

Hojat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Veloksi, J.J., & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy:

Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 349 -65.

INSHT (1997). *NTP 443. Factores psicosociales: metodología de evaluación*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración.

INSHT (1998). *NTP 489. Violencia en el lugar de trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielsse, O., & De Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 10 (6), e0128536. Doi: 10.1371/journal.pone.0128536

James A., Madeley, R., & Dove, A. (2006). Violence and aggression in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 23 (6), 431-4. Doi: 10.1016/j.aem.2005.08.004

Jansen, G. J., Middel, B., Dassen, T. W., & Reijneveld, M. S. (2006). Cross-cultural differences in psychiatric nurses' attitudes to inpatient aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (2), 82-93. Doi:10.1016/j.apnu.2005.08.012

- Jonker, E. J., Goossens, P. J. J., Steenhuis, I. H. M., & Oud, N. E. (2008). Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15* (6), 492-499. Doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01261.x
- Kelly, E.L., Subica, A.M., Fulginiti, A., Brekke, J.S., & Novato, R.W. (2014). A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. *Journal of Advanced Nursing, 71* (5), 1110-22. Doi: 10.1111/jan.12609
- Kling, R. N., Yassi, A., Smailes, E., Lovato, C. Y., & Koehoorn, M. (2009). Characterizing violence in health care in British Columbia. *Journal of Advanced Nursing, 65* (8), 1655-1663. Doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05020.x
- Kowlaenko, T., Walters, B. L., Khare, R. K., Compton, S., & Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. (2005). Workplace violence: A survey of emergency physicians in the State of Michigan. *Annals of Emergency Medicine, 46*, 142-147. Doi:10.1016/j.annemergmed.2004.10.010
- Landau, S. F., & 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.

Doi:10.1177/026975801001700106

Lanza, M. L., & Campbell, D. (1991). Patient assault: a comparison study of reporting methods. *Journal of Nursing Care Quality*, 5 (4), 60-68.

Llor-Esteban, B., Sánchez-Munoz, M., Ruiz-Hernández, J. A., & 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. Doi: 10.1016/j.ejpal.2016.06.002

Lobo, A., Pérez-Echevarría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140. Doi:10.1017/S0033291700002579

Luck, L., Jackson, D., & Usher, K. (2007). STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing* 59 (1), 11-19. Doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04308.x

Magin, P., Joyce, T., Adams, J., Goode, S., & Cotter, G. (2009). Receptionists' experiences of occupational violence in general

- practice: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 59, 578-583. Doi:10.3399/bjgp09X453783
- Magnavita, N. (2014). Workplace Violence and Occupational Stress in Healthcare Workers: A Chicken-and-Egg Situation—Results of a 6-Year Follow-up Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 46 (5), 366-376. Doi:10.1111/jnu.12088
- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12 (1), 108.
- Marlow, K. (2006). Caring for people with challenging behaviours. *Journal of Gerontological Nursing*, 32 (12), 49.
- Martínez-Jarreta, B., Gascón, S., Santed, M. A., & Goicoechea, J. (2007). Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa ya sus consecuencias para la salud. *Medicina Clínica*, 128 (8), 307-310. Doi:10.1157/13099583
- May, D. D., & Grubbs, L. M. (2002). The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing*, 28 (1), 11-17. Doi:10.1067/men.2002.121835

McKinnon, B., & Cross, W. (2008). Occupational violence and assault in mental health nursing: a scoping project for a Victorian Mental Health Service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17 (1), 9-17. Doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00499.x

Mislevy, R. J., & Bock, R. D. (1990). *BILOG 3: Item analysis and test scoring with binary logistic models*. Scientific Software International.

Moreno Marín, F. (1998). *Orígenes, tipos y manifestaciones de la agresividad y la violencia: un modelo teórico para el estudio de la violencia*. Universidad Complutense de Madrid.

Murphy, N. (2004). An investigation into how community and mental health nurses assess the risk of violence from their clients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 407-413. Doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00727.x

Muthén, B., & Kaplan D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 45, 19-30. Doi:10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x

Nolan, P., Soares, J., Dallender, J., Thomsen, S., & Arnetz, B. (2001). A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *International*

Journal of Nursing Studies, 38 (4), 419-26. Doi:
10.1016/S0020-7489(00)00089-4

Nordfjaern, T. (2017). Violence involvement among nightlife patrons: The relative role of demographics and substance use. *Aggressive Behaviour*, 12. Doi: 10.1002/ab.21698

Norwegian Labour Inspection Authority. (2009). *Vold og trusler på arbeidsplassen. Forebygging, håndtering og oppfølging* [Violence and threats at the workplace. Prevention, management and follow-up].

O'Connell, B., Young, J., Brooks, J., Hutchings, J., & Lofthouse, J. (2000). Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*, 9 (4), 602-610. Doi:10.1046/j.1365-2702.2000.00401.x

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Opie, T., Lenthall, S., Dollard, M., Wakerman, J., MacLeod, M., Knight, S., Dunn, S., & Rickard, G. (2010). Trends in workplace violence in the remote area nursing workforce. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 (4), 18-23.

OSHA (2004). *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers*. Washington, DC: U.S. Department of Labor.

Organización Internacional del Trabajo/ Consejo internacional de enfermeros/ Organización Mundial de la Salud/ Internacional de Servicios Públicos. (OIT/ CIE/ OMS/ ISP). (2002). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud.

Palumbo, C., Di Sciascio, G., Di Staso, S., Carabellese, F., Valerio, A., & Catanesi, R. (2016). Evaluation of safety at work in a psychiatric setting: the "Workplace Safety Assessment". *Medicina del Lavoro, 107* (4), 284-292.

Peplau, H. E. (1990). Interpersonal relations model: theoretical constructs, principles and general applications. In *Psychiatric and Mental Health Nursing* (pp. 87-132). Springer US.

Pérez, J. & Hidalgo, M. (1995). *NTP 394: Satisfacción Laboral: Escala general de satisfacción* [Job satisfaction: General Job Satisfaction Scale]. Madrid, Spain: INSHT.

Piquero, N. L., Piquero, A. R., Craig, J. M., & Clipper, S. J. (2013). Assessing research on workplace violence, 2000–2012. *Aggression and Violent Behavior, 18*(3), 383-394. Doi: 10.1016/j.avb.2013.03.001

- Pompeii, L., Dement, J., Schoenfisch, A., Lavery, A., Souder, M., Smith, C., & Lipscomb, H. (2013). Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: a review of the literature and existing occupational injury data. *Journal of Safety Research, 44*, 57-64. Doi:10.1016/j.jsr.2012.09.004
- Poyner, B., & Warne, C. A. (1988). *Preventing violence to staff*. HM Stationery Office.
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(1), 13-22. Doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x
- Ruiz Hernández, López García, Llor Esteban, Galián Muñoz, & Benavente Reche (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16*, 295-305. Doi:10.1016/j.ijchp.2016.06.001
- Ryan, D., & Maguire, J. (2006). Aggression and violence—a problem in Irish Accident and Emergency departments?. *Journal of Nursing Management, 14* (2), 106-115. Doi:10.1111/j.1365-2934.2006.00571.x
- Sánchez-Bermejo, R., Cortés-Fadrique, C., Rincón-Fraile, B., Fernández-Centeno, E., Peña-Cueva, S., & De las Heras-Castro,

- E. M. (2013). El triaje en Urgencias en los hospitales españoles [Triage in Emergency Units in Spanish hospitals]. *Emergencias*, 25, 66-70.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. & Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory—General Survey. In C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter. *The Maslach burnout inventory-test manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death. A series of books in psychology*. New York, NY: WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Servicio Murciano de Salud (2005). *Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia*. Murcia.
- Shields, M. & Wilkins, K. (2009). Factors related on the job abuse of nurses by patients. *Health Reports*, 20(2), 1-14.
- Spector, P.E., Coulter M.L., Stockwell, H.G., & Matz, M.W. (2007). Perceived violence climate: a new construct and its relationship to workplace physical violence and verbal aggression and their potential consequences. *Work & Stress* 21 (2), 117–130. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010
- Staggs, V. S. (2015). Trends, victims, and injuries in injurious patient assaults on adult, geriatric, and child/adolescent

- psychiatric units in US hospitals, 2007–2013. *Research in Nursing & Health*, 38 (2), 115-120. Doi:10.1002/nur.21647
- Swain, N., & Gale, C. (2014). A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: A pretest-posttest study. *International Journal of Nursing Studies*, 51 (9), 1241-1245. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.01.016
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandembroucke, J. P. (2007). The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*, 370 (9596), 1453-1457. Doi:10.1016/S0140-6736(07)61602-X
- Ward, L. (2011). Mental health nursing and stress: Maintaining balance. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 77–85. Doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00715.x
- Warr, P., Cook, J. & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 11-28. Doi:10.1111/j.2044-8325.1979.tb00448.x
- Waschler, K., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Esteban, B., & García-Izquierdo, M. (2013). Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of

- the hospital aggressive behaviour scale-users. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (6), 1418-1427. Doi:10.1111/jan.12016
- Waschgler, K., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Esteban, B., & Jiménez-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.
- Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1), 3-10. Doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00807.x
- Wittington, R. (2002). Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the "zero tolerance " era: associations with burnout and length experience. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (6), 819-25. Doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00659.x
- Wells, J., & Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (3), 230-240. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02269.x
- Young, R. & Sweeting, H. (2004). Adolescent bullying, relationships, psychological well-being and gender-atypical behavior: a gender diagnosticity approach. *Sex Roles*, 50, 525-555. Doi:10.1023/B:SERS.0000023072.53886.86

Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., & Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (15-16), 2329-2341.
Doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03118.x

ANEXOS

ANEXO 1: Autorización Centros

Don/doña:

Coordinador/a del Centro.....,

CERTIFICA que conoce la propuesta realizada para que se desarrolle en este Centro un estudio sobre los niveles de violencia por parte de los usuarios a los profesionales titulado: "Estudio de violencia percibida por los profesionales de la red de Salud Mental de Murcia", y que será realizado el Grupo de Investigación de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia.

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en..... ade..... de 20

Firmado:

Don/doña

Anexo 2: Hoja de información al profesional

TÍTULO DEL ESTUDIO: VIOLENCIA USUARIOS HACIA LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: MARÍA SÁNCHEZ MUÑOZ, PSICÓLOGA ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. DOCTORANDA.

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello le ocasione perjuicio alguno. Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y serán completamente anónimos, en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, etc

Mediante el estudio epidemiológico sobre la prevalencia de violencia laboral y sus manifestaciones en los Servicios de Salud Mental de la Región de Murcia, teniendo en cuenta las diferentes categorías de trabajadores, se pretende conocer la relación entre la violencia sobre los profesionales y el impacto sobre la salud que ésta genera, y cómo se relaciona con los niveles de bienestar psicológico, satisfacción laboral y burnout.

La identificación de las manifestaciones y la intensidad de violencia permitirá poder formar de manera más específica al personal que trabaja en el ámbito 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.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos.

Anexo 3: Declaración De Consentimiento Informado

D./Dña _____ de _____ años de edad y
con DNI nº _____

Manifiesto que: he sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la participación en el Proyecto de Investigación: "Estudio de la violencia percibida por los profesionales de la red de Salud Mental de Murcia". La finalidad es mejorar la formación del personal que trabaja en el ámbito sanitario en el manejo de situaciones violentas, para proporcionar mejores estrategias de prevención e intervención así como adaptar el entorno laboral y conseguir un lugar de trabajo libre de violencia.

Si acepto participar, deberé responder a unos sencillos cuestionarios.

Al prestar mi colaboración libre y voluntariamente, podré suspenderla en cualquier momento, sin que esto me repercuta en ningún aspecto.

He sido también informado/a de que mis datos personales, serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi
CONSENTIMIENTO a participar en este estudio para cubrir los
objetivos especificados en el proyecto.

, a de de 20

Firma del investigador: D/Dña

Firma del profesional: D/Dña

Anexo 4: Propuesta de encuadre para la entrevista en profundidad con el profesional de Salud Mental:

TEMA	EJEMPLO
Bienvenida y presentación de los miembro/s del equipo investigador.	-Agradecimiento y bienvenida. -Presentación de los miembro/s del equipo.
Breve explicación del contenido de la investigación.	-Se trata de una fase de continuación de una investigación dirigida a conocer la realidad en el puesto de trabajo del personal sanitario respecto al estrés laboral en profesionales de Salud Mental y así contribuir a la mejora de la calidad en el puesto de trabajo.
Contenidos fundamentales de la entrevista.	-Se recoge la información cualitativa individual que usted como profesional de Salud Mental nos puede 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. -Además, nos interesa saber si, a su juicio, existe alguna situación específica derivada de su trabajo en Salud Mental que no haya sido plasmada en las cuestiones de que consta el instrumento.
Duración.	-La sesión tendrá una duración de unos 60 minutos aproximadamente.

<p>Necesidad de la investigación: Registro.</p>	<p>-Debido a que esta sesión se encuentra enmarcada en una investigación psicosocial necesitaremos, con su permiso, registrar lo que usted diga para su posterior análisis.</p>
<p>Énfasis en la confidencialidad y necesidad de sinceridad.</p>	<p>-Garantizamos la más absoluta confidencialidad en relación a los datos que nos aporte por lo que rogamos sinceridad y honestidad en su intervención.</p> <p>-En ningún caso citaremos su nombre asociado a comentario alguno en nuestro informe final.</p> <p>-Por favor, es importante que se sienta libre para expresar sus opiniones abiertamente ya que nos interesa conocer la realidad.</p>
<p>Normas básicas para el correcto desarrollo.</p>	<p>Antes de comenzar, le daremos una serie de normas generales:</p> <p>-Le iré leyendo cada uno de los ítems y posteriormente nos dará su opinión puntuándolo según el baremo contenido en las instrucciones.</p> <p>-Debe responder a las cuestiones teniendo en cuenta sus propias experiencias y las del colectivo al que representa.</p> <p>-Si necesita alguna aclaración, no dude en pedirla.</p>

Anexo 5: Preguntas para las entrevistas en profundidad

1. ¿Cuáles son las situaciones conflictivas que pueden darse entre los trabajadores y usuarios?

2. ¿Suele presenciarse a menudo este tipo de situaciones?

3. ¿De qué forma se manifiestan las conductas hostiles (tipos de conducta: verbal, física,...)?

4. ¿Cuáles de éstas son las más frecuentes?

5. ¿Qué actos protagoniza el paciente?

6. ¿Suelen repetirse las mismas conductas en los mismos pacientes?

Anexo 6: Escala Healthcare-workers´ Aggressive Behaviour Scale-Users-Mental Health (HABS-U-MH)

Healthcare-workers´ Aggressive Behaviour Scale-Users-Mental Health

Below is a list of situations that may occur at your workplace. Please mark the frequency with which you have faced these situations. Please answer all the items using the following scale.

A (N)ever

B (A)nnually

C (Q)uarterly

D (M)onthly

E (W)eekly

F (D)aily

	A	B	C	D	E	F
1. Users question my decisions [<i>Los usuarios cuestionan mis decisiones</i>]	N	A	Q	M	W	D
2. Users hold me exaggeratedly responsible for any trifle [<i>Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia</i>]	N	A	Q	M	W	D
3. The users have even grasped me or touched me in a hostile manner [<i>Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil</i>]	N	A	Q	M	W	D
4. Users accuse me unfairly of not fulfilling my obligations, committing errors or complications [<i>Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones</i>]	N	A	Q	M	W	D
5. Users make ironic comments to me [<i>Los usuarios me hacen bromas irónicas</i>]	N	A	Q	M	W	D
6. The users have even shoved me, shaken me, or spit at me [<i>Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme</i>]	N	A	Q	M	W	D
7. Users show their anger at me by breaking doors, windows, walls. . . [<i>Los usuarios muestran su enfado contra mi destruyendo puertas, cristales, paredes. . .</i>]	N	A	Q	M	W	D
8. Users get angry with me because of assistential delay [<i>Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial</i>]	N	A	Q	M	W	D
9. Users frown or give me contemptuous looks [<i>Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio</i>]	N	A	Q	M	W	D
10. Users attacked me when I tried to avoid self-harm [<i>Los usuarios me han agredido cuando intentaba evitar su autoagresión</i>]	N	A	Q	M	W	D

Cronbach α = .899; Mean = 1.94; Standard Deviation = 0.85

Factor I. Non-physical violence (items 1, 2, 4, 5, 8, 9): Cronbach α = .877; Mean = 2.55; Standard deviation = 1.25

Factor II. Physical violence (items 3, 6, 7, 10): Cronbach α = .841; Mean = 1.55; Standard deviation = .96