



MASTER INTERUNIVERSITARIO ULL - ULPGC
BIOÉTICA Y BIODERECHO

ULL | Universidad
de La Laguna

TRABAJO FIN DE MÁSTER


UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN BIOÉTICA Y BIODERECHO

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO

Alumno

Johan Gregorio Reyes Quesada

Tutora

Dra. Janet Delgado Rodríguez

2024

RESUMEN/ABSTRACT

La violencia en el trabajo se ha manifestado como un problema que afecta a todos los sectores laborales, especialmente al ámbito sanitario. Las agresiones a los trabajadores de la salud han ido en aumento en las últimas décadas y ha sido motivo de preocupación y estudio por parte de organismos internacionales e instituciones gubernamentales. En España, a pesar de poner en marcha medidas de actuación y prevención de las agresiones, como la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modificó la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, se ha demostrado que han seguido aumentando año tras año. Este problema plantea consecuencias tanto a nivel físico como psicológico de los profesionales, pudiendo llegar a desarrollar alteraciones de salud mental como estrés postraumático, ansiedad, depresión o agotamiento. Además, principios bioéticos como el de autonomía o beneficencia pueden verse afectados en estas situaciones. Este proyecto tiene como objetivo evaluar el impacto psicológico que producen las agresiones en el personal sanitario que ha sufrido algún tipo de agresión (física o psicológica) en su puesto de trabajo en la isla de Tenerife. A través de una metodología mixta (cuali-cuantitativa), desarrollada en dos fases, se utilizarán cuestionarios validados para conocer las características, tipos y consecuencias de las agresiones sufridas, así como el nivel de ansiedad, depresión y estrés postraumático de los trabajadores sanitarios de las tres gerencias de salud de Tenerife. Además, se realizarán entrevistas individuales semiestructuradas a un grupo de trabajadores víctimas de agresiones con el fin de indagar y conocer sus vivencias y experiencias.

Desde la perspectiva de la ética de la responsabilidad y del cuidado, con este proyecto se pretende dar visibilidad a esta problemática y comprender las consecuencias psicológicas de las agresiones a los profesionales. No sólo se busca concienciar a las instituciones sino también sensibilizar a la propia sociedad, garantizando así unas buenas condiciones laborales, seguridad y bienestar de los trabajadores.

ÍNDICE

1. Introducción.....	pág. 1
2. Justificación.....	pág. 5
3. Reflexión desde el punto de vista de la bioética.....	pág. 7
4. Objetivos.....	pág. 9
5. Metodología.....	pág. 10
6. Logística.....	pág. 18
7. Resultados esperados.....	pág. 20
8. Conclusiones.....	pág. 22
9. Bibliografía.....	pág. 23
10. Anexos.....	pág. 25

Nueva agresión a una enfermera en un centro de salud de Jaén: se encuentra en estado de ansiedad y “hundida psicológicamente”

27 de febrero de 2024. Infobae.

Una enfermera del Centro de Salud de Santiago de la Espada (Jaén), fue agredida verbal y físicamente por un paciente mientras realizaba su labor asistencial. Según declaró el Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, este episodio “no solo han dejado secuelas físicas en la enfermera afectada, sino que también la han sumido en un profundo estado de ansiedad y desolación psicológica.” Se emprendieron acciones legales contra el agresor.

“Muere un sanitario tras ser golpeado en los testículos por un paciente y no recibir asistencia médica”

05 de marzo de 2024. LaSexta.com

El día 15 de febrero de 2024, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Juan Alfonso R.P, mientras realizaba sus funciones habituales en el Hospital Fundación Instituto San José, Madrid, recibió una fuerte patada en los testículos por parte de un paciente psiquiátrico.

Tras ser atendido por una compañera enfermera, la empresa le entregó un parte de asistencia para que acudiera a la mutua, pero por razones de horario no podía ir hasta el día siguiente, impidiendo así ser valorado por un médico en ese momento. Al parecer, este centro carecía de protocolo de actuación en caso de agresiones físicas a sus trabajadores. Lamentablemente, Juan Alfonso falleció horas después fuera de las instalaciones del hospital.

Según este artículo, el secretario de Salud Laboral de CCOO Sanidad Madrid detalló que: “es evidente que no existían medidas preventivas adecuadas ni el personal contaba con formación suficiente y adecuada para hacer frente a este tipo de conflictos (...). Por ello, hemos denunciado estos graves hechos en la Inspección de Trabajo y exigimos que se depuren todas las responsabilidades civiles y penales por esta nueva agresión con resultado de muerte”.

Estas dos noticias, son solo dos ejemplos del problema existente respecto a las agresiones a los profesionales sanitarios. Por un lado, el caso de la enfermera refleja la situación de vulnerabilidad que viven los sanitarios ante situaciones violentas y agresiones por parte de los pacientes. Estas agresiones tienen un impacto que va más allá de las posibles secuelas físicas, el impacto psicológico. La huella que deja un episodio de agresión puede llegar a someter al agredido a estados reales de ansiedad, estrés y depresión. Provocando, incluso, el abandono de la profesión en algunos casos por el miedo y el recuerdo de la agresión.

Por otro lado, el caso de Juan Alfonso ejemplifica el desamparo y abandono institucional al que los profesionales sanitarios, en muchas ocasiones, están sometidos. Ya sea por desconocimiento de los profesionales de los protocolos de actuación o, como en este caso, la inexistencia de ellos, la empresa/institución/organismo tiene el deber de proteger a sus trabajadores frente a este tipo de acontecimientos.

Frente esta realidad de vulneración de los derechos fundamentales de los profesionales sanitarios como el derecho a la seguridad e integridad física y moral o la dignidad profesional, y el desamparo de los sanitarios ante las agresiones, lo que puede generar una sensación de inseguridad entre los profesionales, se hace necesario conocer, comprender y dibujar la realidad desde su punto de vista.

Esto ayudaría a visibilizar el problema y podría ayudar a diseñar estrategias e intervenciones más efectivas de prevención y actuación ante las agresiones, entre las que tendría cabida actividades orientadas a la educación de la población en valores, respeto y humanización.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia es un concepto sobre el que se puede encontrar múltiples definiciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esto se debe a la diversidad de códigos éticos y morales dominantes en los distintos países, ya que está influido por la cultura y las normas sociales presentes en cada lugar.

A pesar de que la violencia es un fenómeno que se puede manifestar en variedad de ámbitos (familiar, de género, infantil, ...) es preciso centrarse en el tipo de violencia en el ámbito laboral. Según la OMS, la violencia en el trabajo se define como “todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, con la implicación de que se amenaza explícita o implícitamente su seguridad, su bienestar y su salud”(1)

Por su parte, para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la violencia laboral consiste en “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, y con el cual se ataca, perjudica, degrada o hiere a una persona dentro del marco de su trabajo o debido directamente al mismo”(2)

Estas definiciones también incluyen la conceptualización de los distintos tipos de agresiones, entendiendo la violencia tanto física como psicológica. Por un lado, diferencia la violencia y la agresión física. La primera, implica el uso de la fuerza física que pueda producir daños físicos, sexuales o psicológicos (palizas, patadas, bofetadas, etc), mientras que la segunda, implica cualquier contacto físico violento, sin tener en cuenta la tipología o lesión resultante. (2)

Por otro lado, define a la violencia psicológica como el uso deliberado del poder o amenazas, que puedan dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Incluye amenazas verbales o comportamientos amenazantes y coacciones o los insultos e injurias. (2)

La violencia en el trabajo se ha manifestado como un problema que afecta a todos los sectores laborales, especialmente al ámbito sanitario. A final del siglo XX y principios del XXI, coincidiendo con los informes sobre la violencia laboral publicados por la OIT y la OMS, este fenómeno comienza a tener repercusión y a generar preocupación en las instituciones del mundo y también de España.

En nuestro país, según una revisión sistemática realizada por Serrano Vicente et al(3) en

2019, cuyo objetivo era revisar la literatura disponible sobre las agresiones a trabajadores en España, la primera publicación encontrada fue en 2005 por Moreno Jimenez et al(4) sobre la violencia al personal sanitario en atención primaria. A partir de ahí, esta revisión evidenció la creciente tendencia del estudio de este problema, demostrando un incremento de las publicaciones sobre las agresiones a partir de 2014. Es posible que, si se realizara una nueva revisión ahora, el número de publicaciones en este campo sea mucho más elevado.

Este problema no pasó desapercibido para las Comunidades Autónomas (CCAA) y para el Gobierno Central, los cuales comenzaron a trabajar en la elaboración de Planes de Prevención y Actuación frente las agresiones. Asimismo, en el año 2015, promovido por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), se realizó una modificación de la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal(5), por la que se reconoce a los profesionales de la sanidad pública como autoridad y, por tanto, las agresiones sufridas pasan a tener título de atentado. De esta manera, quedó confeccionada la Ley Orgánica 1/2015 de 30 de marzo, cuyo artículo 550 dicta lo siguiente:

“1. Son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas. En todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas.”

Esta modificación, utilizada como medida disuasoria, supuso un endurecimiento de las consecuencias por agresión al personal sanitario, sin embargo, no quedó libre de controversia. Tal y como recoge Juan Mazuelas et al(6), existen algunos aspectos de esta ley que pueden ser debatibles. Por un lado, sostiene que los profesionales sanitarios del ámbito privado quedarían excluidos y que reclaman un tratamiento equiparable al de los trabajadores públicos para que también sea aplicable el delito de atentado. Además, desde un punto de vista jurídico y penal, defiende que el derecho penal quizás no sea la vía más adecuada como elemento sancionador para todos los casos y sí para los más graves, en cambio, propone una intervención de ordenamiento mixto a través de la vía administrativa y penal.

Asimismo, en las distintas CCAA se pusieron en marcha distintas medidas impulsadas por distintas instituciones y Organizaciones Colegiales como la Organización Médica Colegial (OMC) o el Consejo General de Enfermería de España (CGE), entre las que destacan: medidas normativas, como la creación de un plan de prevención específico y realizar convenios de colaboración con distintas organizaciones colegiales y la fiscalía; medidas organizativas, como la creación de registros de las agresiones o la confección de observatorios de agresiones; medidas de seguridad, como elaboración de protocolos de actuación y mapas de riesgo, aumento de personal de seguridad y dispositivos de alarmas y la colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado; medidas formativas, destinadas a los profesionales sanitarios sobre comunicación y resolución de conflictos; y medidas informativas, consistentes en campañas de sensibilización tanto a los profesionales como a la población en general. (7)

Sin embargo, la literatura científica muestra un incremento de las agresiones a pesar de todas estas medidas tanto sancionadoras como sensibilizadoras. Según el Informe de Agresiones a Profesionales del SNS en 2022 publicado por el Ministerio de Sanidad(8), se evidenció un incremento del 31% en las notificaciones de las agresiones a los sanitarios respecto al 2021 (de 10.043 a 13.177) y de un aumento de casi un 60% respecto al año 2017 (8.306). Este mismo informe, mostró que entre un 15 y 19% de las agresiones notificadas fueron agresiones físicas mientras que el 81-85% fueron agresiones no físicas. Se observó, además, que las mujeres tienen mayor tasa de sufrir agresiones, que el nivel asistencial dónde más agresiones se registran es Atención Primaria y Extrahospitalaria y que los profesionales más afectados con los facultativos y las enfermeras.

En este mismo informe se reconoce la subestimación de estos datos ya que, por un lado, indican que no todas las CCAA enviaron los datos para su análisis y que, además, son conscientes de la probabilidad de que existan muchas agresiones que no son notificadas por parte de los trabajadores.

Todos estos datos van acordes a lo publicado por distintos autores en trabajos de investigación. Basado en la revisión de Serrano Vicente et al(3), la mayoría de estudios realizados hasta esa fecha son descriptivos y, a pesar de algunas diferencias en el tipo de variables estudiadas, pudo agrupar resultados interesantes. Observó que la mayoría de estudios reportaron mayores tasas de violencia verbal que física y que el principal motivo de agresiones fueron las demoras y tiempos de espera. Que el agresor suele el paciente y, además, varón. Que los profesionales más agredidos son los enfermeros en el ámbito

hospitalaria y los médicos en el ámbito de Atención Primaria. Por último, algunos estudios han observado un alto porcentaje de profesionales que no notifican las agresiones por no considerarlo útil.

Analizando lo expuesto, es posible darse cuenta de la dimensión que obtiene este problema e invita a reflexionar sobre distintas cuestiones. Resulta imposible no cuestionarse si todas las medidas que se han adoptado están siendo efectivas y pensar en qué puede estar fallando. Este aumento de las agresiones, ¿Podría ser debido a un cambio en la cultura y pensamiento de la sociedad? ¿Es un problema de moralidad y valores sociales? ¿Es falta de empatía de la sociedad con los profesionales o puede que de los profesionales con la sociedad? ¿Cuál es el sentimiento que provocan estas agresiones en el profesional? ¿Por qué considera inútil notificar las agresiones?

En los últimos años, ha surgido la inquietud de investigar más allá de los propios datos sobre las agresiones, queriendo conocer el impacto de las agresiones sobre la persona en sí. Sobre sus percepciones, preocupaciones, miedos y vivencias. En este campo, la metodología cualitativa adquiere principal relevancia. Estudios como los realizados por Bangueses Rodríguez et al(9) o Grande Ratti et al(10), muestran como a través del estudio cualitativo, se puede llegar a tener una visión más integral del problema ya que promueve la participación de los colectivos y la reflexión. En estos estudios, se obtuvo que los profesionales sanitarios parecen haber normalizado las agresiones como parte de su día a día, aunque refieren sentimientos de impotencia, rabia, humillación e indefensión. Además, se identificó la falta de información y de educación de los usuarios como principales causas de las agresiones (9). Asimismo, se detectó la sobrecarga laboral, la falta de tiempo, la sobreutilización de los recursos por medicina defensiva y el reemplazo del contacto con el paciente por la tecnología como principales factores laborales que inducen al error desde el punto de vista de los trabajadores. Por parte de los usuarios, el inadecuado trato por parte del personal y los tiempos de esperar son los principales motivos de insatisfacción(10).

Asimismo, numerosos estudios han determinado que las agresiones a los profesionales afectan directamente a la salud mental de estos, pudiendo llegar a desarrollar síntomas de depresión, disminución de la calidad del sueño o menor percepción de la calidad de vida(11). Entre los posibles trastornos psicológicos, el más importante es la presencia de estrés postraumático en los trabajadores(12,13). Este estrés sufrido se ha llegado a relacionar con la aparición de agotamiento entre los profesionales, lo cual repercute

directamente en la atención ofrecida a los pacientes. Asimismo, el estudio realizado por Bernaldo-De-Quirós M et al (14), mostró que estas situaciones de violencia provocan niveles altos de ansiedad, estrés y agotamiento entre los profesionales, lo que puede provocar un aumento de la probabilidad de que la agresión vuelva a ocurrir.

2. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto se fundamenta en la necesidad de comprender el alcance real de las agresiones a los profesionales sanitarios de una manera integral.

Según datos oficiales proporcionados por la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de Salud (Anexo I), en el año 2022, se notificaron un total de 297 agresiones a personal sanitario. De ellas, en la isla de Tenerife, 117 fueron en la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (GAPTF), 57 en el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC) y 6 en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

Estas cifras son motivo de reflexión por dos motivos. Por un lado, muestra, a través de cifras, a 297 profesionales que durante ese año sufrieron al menos un episodio desagradable relacionado con agresiones y que, además, fueron capaces de notificarlo. Es inquietante pensar por todo lo que pudieron haber pasado todas esas personas y las consecuencias que les pudo provocar dicho evento.

Por otro lado, estas cifras también dan lugar a pensar que son datos poco realistas, es decir, es muy probable que el número real de agresiones sea muy superior a las notificadas de manera formal. Cualquier motivo que haya provocado que el trabajador no notifique la agresión (desconocimiento del protocolo, excesiva burocracia, restar importancia al hecho, ...) es motivo que las instituciones deben tener en cuenta para mejorar la efectividad de estos protocolos y, por tanto, la seguridad de sus trabajadores.

El planteamiento de una metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) para este proyecto resulta realmente enriquecedora para una comprensión profunda del problema. Esta estrategia permitiría obtener una comprensión profunda y completa de los hechos, abordando sus diversas dimensiones y perspectivas.

Por un lado, un enfoque cuantitativo permite un análisis de la prevalencia, características y consecuencias de las agresiones, aportando datos concretos que, junto con la

recolección de información sobre las consecuencias psicológicas sufridas por estas agresiones a través de cuestionarios válidos y fiables, son esenciales para el desarrollo de estrategias efectivas de prevención y atención a los usuarios.

Por otro lado, las características de un enfoque cualitativo, permitirían explorar en detalle las experiencias individuales de los profesionales sanitarios, comprender sus percepciones y emociones, y obtener relatos ricos y matizados sobre el impacto que las agresiones hayan podido causar en ellos.

3. REFLEXIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA BIOÉTICA

Desde un punto de vista bioético, para abordar este problema de una manera integral, considero que es importante tener en cuenta la ética de la responsabilidad y la ética del cuidado.

Por un lado, la ética de la responsabilidad invita a reflexionar sobre las consecuencias de nuestras acciones a corto y largo plazo. En el contexto que nos ocupa, este enfoque nos exige asumir la responsabilidad de prevenir este tipo de violencia y proteger a los trabajadores. Esto creo que se podría trabajar desde tres niveles: en un primer nivel, el nivel individual. Cada sanitario tiene la responsabilidad de actuar de manera ética y profesional en el ejercicio de su profesión, y de promover un ambiente de respeto y comunicación abierta con los pacientes basado en la confianza. El siguiente nivel considero que podría ser a nivel institucional, pues las organizaciones tienen la responsabilidad de implementar medidas de prevención para reducir el riesgo de agresiones, como la formación del personal en técnicas de comunicación efectiva, la mejora de la seguridad en los centros de salud y la creación de protocolos claros para la atención a las víctimas. Por último, veo necesario también trabajar este problema a nivel social. La población en general debe sentirse responsable de promover una cultura de respeto ya no solo hacia los profesionales sanitarios, sino hacia cualquier ciudadano en favor de una convivencia sana.

Por otro lado, a través de la ética del cuidado, es vital potenciar y cuidar las relaciones humanas desde la empatía, la compasión y la responsabilidad mutua. A través de este enfoque, sería necesario incrementar los esfuerzos y fomentar que tanto los profesionales como los pacientes, desarrollen habilidades como la empatía, la comunicación efectiva y el respeto. Además, desde las instituciones, es crucial que se brinde apoyo psicológico y emocional a las víctimas de agresiones, ayudándoles a procesar el trauma y a recuperar su bienestar.

Se debe tener en cuenta que los profesionales también son personas, y también se pueden ver afectados por la presión asistencial o la falta de recursos a la hora de realizar sus labores. La creciente demanda de los servicios sanitarios y un enfoque en la eficiencia y la productividad de los Centros de Atención Primaria o las urgencias, pueden llevar a una deshumanización de la atención de los profesionales, donde los pacientes son vistos como

números o casos en lugar de personas con necesidades e inquietudes individuales. Esto puede generar frustración y enfado en ellos, especialmente si sienten que no están siendo escuchados o que no se les está brindando la atención que necesitan.

A consecuencia de esto, se puede llegar a producir falta de empatía y de respeto hacia los profesionales sanitarios, pues algunos pacientes pueden tener expectativas poco realistas sobre la atención que van a recibir o pueden sentir frustración por los largos tiempos de espera y/o las limitaciones de los recursos. Esto puede llevar a comportamientos verbales o físicos abusivos hacia los sanitarios que son la cara visible del sistema sanitario y contra quienes descargan su frustración.

Esta falta de empatía puede ir en contra del principio fundamental de la autonomía, en este caso, del profesional que, al verse en una situación de tensión con el paciente, puede sentirse cohibido o coaccionado a la hora de tomar sus propias decisiones. De igual manera, la autonomía del paciente también podría verse afectada, pues se debe tener la certeza de que los profesionales están informando de manera correcta, teniendo en cuenta las necesidades y las circunstancias de cada uno, para que puedan tomar decisiones sobre su salud, lo que en un ambiente de hostilidad entre sanitario y paciente no está asegurado.

Analizando en detalle los principales motivos de agresiones a los sanitarios mencionados anteriormente (falta de recursos y tiempos de espera), ¿hasta qué punto se puede responsabilizar a los profesionales? ¿No es acaso responsabilidad de las instituciones proveer y gestionar los recursos para que sus trabajadores ofrezcan la mejor atención posible? En este caso, la falta de apoyos y de recursos para los profesionales que están en primera línea dificultan que puedan brindar una atención de calidad a los pacientes, lo que puede ser visto como una falta al principio de beneficencia.

Como se ha mostrado, las agresiones tienen graves consecuencias tanto para las víctimas como para el sistema sanitario en general. Los sanitarios que son víctimas de agresiones pueden sufrir lesiones físicas, trauma psicológico y estrés postraumático. Esto puede llevar a absentismo laboral, una menor calidad de la atención e incluso al abandono de la profesión. Además, las agresiones pueden crear un ambiente de trabajo hostil y desalentador, lo que puede dificultar la contratación y retención de personal.

Es importante abordar este problema desde una perspectiva integral, que incluya a profesionales y a población en general. Se hace necesario crear campañas de sensibilización para educar y dar visibilidad a la importancia de respetar a los

profesionales sanitarios. A su vez, la formación de los profesionales es crucial a la hora de proporcionar herramientas basadas en la escucha activa, la empatía y el trato respetuoso al paciente. Por último, desde las instituciones es necesario que se brinden recursos y apoyos adecuados para ayudar sus trabajadores a combatir el estrés, el agotamiento y las situaciones difíciles.

4. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Evaluar el impacto psicológico que producen las agresiones en el personal sanitario que ha sufrido algún tipo de agresión (física o psicológica) en su puesto de trabajo en las tres Gerencias del Servicio Canario de la Salud de la isla de Tenerife.

3.2 Objetivos específicos

- Conocer el perfil sociodemográfico de los profesionales sanitarios que han estado expuestos a sufrir algún tipo de agresión durante el ejercicio de su profesión.
- Saber la frecuencia de exposición a conductas violentas de los trabajadores sanitarios.
- Determinar si existen más agresiones de las que se notifican de manera formal.
- Conocer si los profesionales conocen los protocolos de actuación ante agresiones
- Medir el nivel de ansiedad que han producido las agresiones en los sanitarios.
- Medir el grado de depresión que han producido las agresiones en los profesionales
- Conocer el nivel de estrés postraumático producido por las agresiones en los profesionales sanitarios.
- Conocer las opiniones y los sentimientos de los profesionales sanitarios en relación a las agresiones en su puesto de trabajo.

5. METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se realizará un estudio a través de una metodología mixta en dos fases. La primera fase, consistirá en un estudio cuantitativo tipo descriptivo y transversal. La segunda fase, consistirá en un estudio cualitativo de enfoque fenomenológico.

Primera fase

Se realizará un primer análisis descriptivo del estado actual sobre la exposición a conductas violentas y/o de las agresiones a los profesionales sanitarios a través de la realización de dos cuestionarios que indagaran, por un lado, en información sociodemográfica de los participantes y, por otro lado, a través una escala validada que permita conocer las características, tipos y consecuencias de las agresiones que se producen hacia los profesionales de la salud (violencia verbal y física). Asimismo, se añadirá un ítem que servirá para detectar a los profesionales que han sufrido algún tipo de agresión física en el último año y otro que servirá para saber si los profesionales conocen cómo activar los protocolos de actuación ante agresiones. Además, todos los profesionales serán evaluados mediante escalas validadas sobre el malestar subjetivo que acompaña a las experiencias traumáticas, así como el nivel de ansiedad y depresión.

Esta fase se prevé que tenga una duración de 4 a 6 meses o hasta conseguir el tamaño de muestra deseada.

Segunda fase

Esta segunda fase consistirá en comprender mediante entrevista semiestructurada, y de manera individual, la experiencia sobre las agresiones sufridas por estos profesionales. Esta fase se estima que tendrá una duración de 3 meses, que se podrán prolongar o acortar según se alcance la muestra deseada.

FASE 1

Sujetos a estudio

La primera fase de este trabajo se desarrollará en las Gerencias del Servicio Canario de Salud pertenecientes a la isla de Tenerife: GAPTF, CHUNSC y CHUC.

Los sujetos a estudio serán aquellos profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y matronas) que tengan contrato en activo con las gerencias diana.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para la primera fase del estudio serán:

- Profesionales sanitarios que ejerzan su actividad laboral en las gerencias diana
- Mayores de edad

Los criterios de exclusión serán:

- Que no acepten participar en el estudio de manera voluntaria
- Que no completen los cuestionarios correctamente

Cálculo del tamaño de la muestra

Según datos extraídos de las últimas memorias publicadas por cada gerencia (2022 CHUC y CHUNSC, 2021 GAPTF), el número de profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y matronas) que conforman dichas organizaciones son las siguientes:

- CHUNSC: 4742 (1161 facultativos, 1876 enfermeras, 1617 TCAE y 88 matronas)
- CHUC: 4145 (761 médicos, 1765 enfermeras, 1569 TCAE y 50 matronas)
- GAPTF: 1810 (812 médicos, 800 enfermeras, 132 TCAE y 66 matronas)

Al realizar un cálculo de la muestra a través de proporciones en cada gerencia con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, sería necesario encuestar a 356 profesionales del CHUNSC (85 médicos, 139 enfermeras, 121 TCAE y 11 matronas) 353 del CHUC (63 médicos, 148 enfermeras, 134 TCAE y 8 matronas) y 318 de GAPTF (143 médicos, 140 enfermeras, 22 TCAE y 13 matronas). Se realizará un muestreo aleatorio simple para esta fase.

Reclutamiento de los participantes

Para alcanzar un número tan elevado de muestra, es necesario plantear una o varias estrategias para la captación de los sujetos. Por un lado, se planea la posibilidad de solicitar la participación vía email de los trabajadores mediante las Unidades Básicas de Prevención de Riesgos Laborales de cada gerencia, las cuales dependen del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Sanidad.

Asimismo, se podría contar con la posibilidad de solicitar colaboración a los Colegios Profesionales de Médicos y de Enfermeros (incluyen matronas) para la difusión sobre la participación en este estudio.

Variables a estudio

Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Gerencia
- Servicio en el que trabaja
- Turno en el que trabaja (Fijo de mañana, rotatorio, 12 horas)
- Categoría profesional
- Antigüedad en el puesto (años)
- Tipo de contrato (fijo o eventual)

Variables relacionadas con las agresiones

- Presencia de agresión en el último año.
- Turno en el que se produjo la agresión (mañana, tarde o noche)
- Tipo de agresión (física, verbal o ambas)
- Agresor (paciente, familiar o ambos)
- Sexo del agresor
- Causa de la agresión (tiempo de espera, falta de información, falta de recursos, enfados por minucias, acusación injustificada, todas las anteriores)
- Respuesta a la agresión (no hacer nada o notificarla)
- Presencia de lesiones (físicas o psicológicas)
- Baja laboral post-agresión

Variables relacionadas con el impacto psicológico

- Nivel de ansiedad mediado a través del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) validado en español
- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) validado en español.
- Frecuencia y gravedad de los síntomas del trastorno por estrés post-traumático medido a través de la Escala de Trauma de Davidson (DTS) adaptada al español.

Instrumentos

- **Escala de Conductas Hostiles-Usuarios (ECOH-U) (Anexo II)**

Esta herramienta fue elaborada por Waschler et al en 2012 (15) con el objetivo de poder medir las manifestaciones hostiles (verbales y físicas) de baja intensidad procedentes de los usuarios y percibidas por el trabajador como violentas. Este cuestionario ha sido traducido y utilizado por diversos autores en español (16,17). Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 ítems (7 ítems de violencia verbal y 3 ítems de violencia física) que se valoran en una escala Likert de 6 puntos según la frecuencia de aparición a las conductas violentas (1= nunca en el último año; 2= anualmente; 3=trimestralmente; 4=mensualmente; 5=semanalmente; 6=diariamente).

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Anexo III)**

Este cuestionario fue desarrollado por Beck et al. en 1988 (18), como instrumento que pudiera discernir de manera fiable la ansiedad de la depresión. Se muestra como el cuestionario más utilizado en la investigación para medir esta esfera psicológica. En 2008, Magán et al (19) realizó la validación de las propiedades psicométricas de este instrumento en español para la población en general demostrando una buena consistencia interna (Alfa de Cronbach 0.93) para todo el cuestionario. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems. Estos tratan de valorar el grado en que la persona ha sido afectada por síntomas de ansiedad a través de una escala Likert de cuatro puntos desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems, desde 0 a 63.

- **Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) (Anexo IV)**

Esta herramienta es una modificación del cuestionario original BDI de Beck et al. de 1988(20). El BDI-II, presentado en 1996 (21), incluye algunas modificaciones

respecto al cuestionario original con el objetivo de poder evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En 2003, Sanz et al (22) realizaron la validación de este cuestionario en español para la población general obteniendo buenos resultados de fiabilidad y validez. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems. En cada uno de los ítems la persona tiene que escoger la frase que mejor describa su estado durante las últimas dos semanas entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y su puntuación total varía entre 0 y 63 puntos.

- **Escala de Trauma de Davidson (DTS) (Anexo V)**

Este cuestionario fue desarrollado en 1997 por Davidson et al (23), para evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT). Posteriormente, Bobes et al (24) en el año 2000, publicó la validación de las propiedades psicométricas del instrumento en español demostrando valores adecuados de fiabilidad y validez. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 17 ítems. Estos cuantifican la frecuencia y la gravedad de una serie de síntomas agrupados en categorías de acuerdo con los criterios establecidos en el DSM-IV para este trastorno. Cada ítem es contestado de 0 a 4 en una escala de frecuencia y en una escala de gravedad, generándose dos puntuaciones para cada una de las subescalas que se recogen correspondientes a cada criterio DSM-IV del TEPT: criterio B (ítems 1-4, y 17), criterio C (ítems 5-11) y criterio D (ítems 12-16). Adicionalmente, pueden generarse dos puntuaciones totales de entre 0 y 68 puntos, a partir de la suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 1-17 en frecuencia y gravedad. El 0 representa un grado de frecuencia y gravedad de los síntomas de TEPT nulo, y el 68 representa el máximo grado de frecuencia y gravedad de los síntomas de TEPT.

Análisis estadístico

Recogida de datos y expresión

Los datos se introducirán en una base de datos (Paquete estadístico SPSS v25.0) en la que se programarán los rangos de los valores para que sean aceptables y se ajustarán criterios de consistencia lógica, con el objetivo de evitar la inclusión de valores fuera de rango o que sean internamente incompatibles. Con el fin de proteger la confidencialidad, la

identificación de cada participante del estudio en dicha base de datos se realizará mediante un código compuesto por 5 caracteres: 2 números (código de la gerencia) y 3 números que comenzarán desde el 001 y se irán incorporando de manera secuencial. Este número solo será conocido por el investigador principal y se utilizará para saber a qué sujeto corresponde en realidad, no constando por tanto en la base de datos.

El análisis descriptivo de las variables a estudio se expresará en media (M), desviación estándar (DE), cuartiles (P25-P50-P75) y rango, para las variables cuantitativas, con distribución normal confirmada tras aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Esta prueba mantiene la hipótesis nula (H0) de que la variable conserva una distribución normal, por lo tanto, cuando los valores de $p > 0,05$, no se puede descartar la hipótesis nula, por lo que la variable seguiría una distribución normal. Por otro lado, las variables cuantitativas que no sigan una distribución normal se describirán a través de la mediana (Me), máximos y mínimos.

Asimismo, se utilizará la frecuencia absoluta (n) y relativa (%) para describir las variables de carácter cualitativo.

Correlación entre variables

Para el análisis de correlaciones entre las variables cualitativas, se utilizará el Chi cuadrado de Pearson. Para relacionar variables cuantitativas con distribución normal, se utilizará la R de Pearson y para variables cuantitativas con distribución no normal se utilizará la Rho de Spearman. Para relacionar variables cuantitativas con cualitativas dicotómicas, si siguen una distribución normal, se utilizará la prueba T de Student de variables independientes, en el caso de que no sigan una distribución normal, se utilizará la prueba U de Mann-Whitney. Por último, para las correlaciones entre variables cuantitativas y variables cualitativas politómicas, si siguen una distribución normal, se utilizará la prueba ANOVA, para los casos que no siguen una distribución normal, se utilizará el estadístico Kruskal-Wallis. Las correlaciones se considerarán significativas con una $p < 0,05$.

Todos estos datos serán recogidos y analizados según lo expuesto en la Ley de Protección de datos vigente.

FASE 2

Los sujetos a estudio en esta segunda fase serán todos aquellos profesionales que hayan manifestado a través de los cuestionarios haber sufrido alguna agresión en el último año.

Los criterios de inclusión para la segunda fase del estudio serán:

- Profesionales sanitarios que hayan sufrido alguna agresión en el último año.
- Que acepten participar y firmen consentimiento informado.

A través de correo electrónico, o vía telefónica, se contactará con los participantes y se les ofrecerá participar en la siguiente fase del estudio. Se le explicará en qué consiste la entrevista y, si así lo desea, se fijará una fecha para el encuentro.

Cálculo del tamaño de la muestra

Para la segunda fase, la muestra partirá de un número acordado por los investigadores según los resultados obtenidos en la primera fase. Este número inicial de participantes no será menos de 10. Asimismo, el número de participantes se irá prolongando hasta que se alcance la saturación de los datos, es decir, cuando no se produzca ningún dato nuevo o relevante. Se realizará un muestreo deliberado o de criterio para esta fase.

Recogida de datos

Para esta fase, se utilizará un guion (Anexo VI) utilizado en el estudio de Bangueses Rodríguez et al (9) que recoge los temas que se deben abordar a lo largo de la entrevista, sin embargo, tal y como estos autores indican, el orden en el que se tratarán los temas y la forma de plantear las preguntas se dejarán a la decisión y criterio del entrevistador. Las entrevistas se llevarán a cabo en un espacio tranquilo que propicie la conversación y el debate. Se ha optado por esta técnica por su utilidad para obtener información específica del grupo de personas. La duración estimada de cada entrevista será de una hora. Un miembro del equipo investigador, sin ninguna relación previa con los participantes, será el responsable de realizar las entrevistas. Las conversaciones se grabarán con una grabadora de voz digital para facilitar la transcripción posterior. Una vez finalizada la transcripción, las grabaciones serán eliminadas de forma segura.

Análisis de datos

Se realizará un análisis temático de los datos, un proceso que permite identificar y categorizar los principales ejes de significado presentes en la información. Se utilizará el software para análisis de estudios cualitativos ATLAS.ti versión 24 para Windows.

En primer lugar, se organizarán, procesarán y analizarán los datos. Posteriormente, se llevará a cabo la identificación e interpretación de los mismos. Este proceso implicará una lectura reflexiva, escritura y reescritura de la información.

Antes del análisis, las grabaciones se transcribirán literalmente y se organizarán junto con las notas de campo. Luego, se analizarán los datos y se desarrollarán categorías que con la información que sea coincidente. Posteriormente, se agruparán las unidades por significados comunes, formando grupos de significado.

Para aumentar la validez de los hallazgos, se verificarán los resultados con los propios participantes.

Aspectos éticos y legales

Aspectos éticos

Este proyecto será presentado ante el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Asimismo, se solicitará el visto bueno de las Gerencias implicadas.

Al tratarse de un estudio observacional, no supondrá ninguna intervención ni riesgo para los participantes.

Para cada fase del proyecto, se entregará una hoja de información y el consentimiento a los participantes (Anexos VII y VIII) en el que constará el objetivo del estudio, la finalidad y se les garantizará la confidencialidad de los datos. La firma de este consentimiento será requisito indispensable para la inclusión en el estudio.

Los investigadores se acogerán a los principios bioéticos de la investigación según la declaración de Helsinki, teniendo en cuenta los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía.

Aspectos legales

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 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales y a la aplicación del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

6. LOGÍSTICA

A continuación, se describirá la programación, así como los recursos necesarios para el desarrollo de este estudio.

5.1. Programación y Cronograma de actividades

La realización de este proyecto se estima que podrá conllevar, aproximadamente, 24 meses que se dividen de la siguiente manera:

Actividad/mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Elaboración del proyecto. Obtención de permisos.																								
Fase 1. Recogida de datos																								
Tratamiento estadístico																								
Obtención y análisis de los resultados de la Fase 1.																								

7. Resultados esperados

En este apartado se expondrá los resultados que se podrían esperar obtener tras la realización de este proyecto.

En la fase cuantitativa, se espera que los datos muestren la frecuencia con la que los profesionales sanitarios experimentan agresiones físicas o verbales en su lugar de trabajo, mostrando así una “fotografía” del estado actual del problema.

Respecto al estado psicológico de los participantes medido a través de las escalas, es posible que las puntuaciones promedio para cada uno de los trastornos ayuden a determinar la gravedad del impacto psicológico en esta población. Es posible que las puntuaciones de los trabajadores de GPTF sean superiores a los de los trabajadores de los hospitales por el hecho de estar más expuestos a estos eventos, tal y como muestran las cifras del SCS o estudios como el de Maestre Naranjo et al(25).

Asimismo, al igual que lo hicieran otros autores anteriormente (12–14) se espera encontrar una correlación positiva entre la frecuencia de exposición a situaciones violentas y la gravedad de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático.

Por otro lado, el análisis de los datos podría identificar variables sociodemográficas, laborales y psicológicas que aumenten la probabilidad de sufrir un impacto psicológico negativo tras una agresión, lo que daría como resultado posibles factores de riesgo a tener en cuenta a la hora de diseñar o redactar los protocolos de actuación.

En cuanto a la fase cualitativa, a través de los relatos sobre las vivencias de los profesionales, se espera comprender las emociones predominantes que experimentan estas víctimas, como el miedo, la ira, la tristeza, la vergüenza o, incluso, la humillación.

Asimismo, será posible comprender cómo las agresiones afectan la vida personal y profesional de las víctimas, incluyendo su bienestar físico, mental y social.

Por otro lado, a través de este método, sería posible obtener información sobre las necesidades de apoyo que las víctimas han percibido, así como las herramientas que han utilizado para hacer frente a las agresiones, considerando si ha sido suficiente o insuficiente la ayuda recibida por parte de la institución.

Este tipo de investigación es fundamental para dar visibilidad a esta problemática y así comprender las consecuencias psicológicas de las agresiones a profesionales sanitarios.

Esto ayudaría a desarrollar estrategias efectivas para prevenirlas y atender a las víctimas. No sólo se busca concienciar a las instituciones sino también sensibilizar a la propia sociedad, garantizando así unas buenas condiciones laborales, seguridad y bienestar de los trabajadores.

8. Conclusiones

Como conclusiones, se ha demostrado que las agresiones a los profesionales sanitarios son un problema complejo que exige una respuesta integral y comprometida por parte de toda la sociedad. Desde una perspectiva ética y moral, resulta crucial comprender las causas profundas de este fenómeno y desarrollar estrategias efectivas para prevenir y mitigar sus efectos.

Además, existe la posibilidad de que factores como la deshumanización de la atención sanitaria, la falta de empatía y respeto y la falta de apoyo a los profesionales sanitarios por parte de las instituciones contribuyan a la existencia de este problema.

Es necesario recordar que las consecuencias de las agresiones son graves, tanto para las víctimas como para el sistema sanitario en general. Abordar este problema requiere un enfoque integral por parte de las organizaciones e instituciones que incluya campañas de sensibilización, medidas para mejorar la comunicación entre los pacientes y los profesionales y el apoyo a los trabajadores. Asimismo, es preciso reflexionar sobre si las medidas legislativas tomadas hasta hoy han sido las más adecuadas o, por si el contrario, es necesaria una nueva revisión y mejora que incluya apartados más concretos y específicos sobre la violencia a sanitarios.

Es necesario un esfuerzo conjunto por parte de todos los actores involucrados para construir un sistema sanitario más seguro, respetuoso y humano, donde los profesionales de la salud puedan brindar su atención con dedicación y sin temor a sufrir violencia.

Solo a través de la acción colectiva y el compromiso con los valores éticos y morales podemos erradicar las agresiones a los sanitarios y garantizar un sistema de salud digno para todos.

9. Bibliografía

1. Organization WH. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud [Internet]. Jointly published by the International Labour Organization, International Council of Nurses WHO and PSI, editor. 2002. 1-38 p. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9221134466>
2. Chappel D, Di Martino V. Violence at work [Internet]. 3.^a ed. International Labour Office, editor. Genova; 2006. Disponible en: <https://www.ilo.org/publications/violence-work-3rd-edition>
3. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. Agresiones A Profesionales Del Sector Sanitario En España, Revisión Sistemática. 2019;93:1-16.
4. Moreno Jiménez MÁ, Vico Ramírez F, Zerolo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serena P, Mateios Salido MJ. Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 2005;36(3):152-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13077484>
5. Estado BO del. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
6. de Juan-Mazuelas AI, Sánchez-Benito MC. Consideraciones sobre la aplicación del derecho administrativo sancionador a las agresiones al personal sanitario. Angiología [Internet]. 1 de noviembre de 2018;70(6):235-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003317018300944>
7. SNS C de RH del. Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2014.
8. Sanidad M de. Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2022 [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/Informe_Agresiones.2022.pdf
9. Bangueses Rodríguez L, Vázquez-Campo M, Mouriño López Y. Vivencias y percepción de los profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias ante las agresiones. Atención Primaria. 2021;53(3):1019-44.
10. Grande-Ratti MF, Perez-Manelli RY, Herrera AG, Pedretti AS, Aliperti V, Martinez B, et al. Participatory Action Research on perceptions, concerns and needs of healthcare professionals in an emergency department in Argentina. Archivos de Prevencion Riesgos Laborales. 2022;25(3):242-58.
11. Fang H, Zhao X, Yang H, Sun P, Li Y, Jiang K, et al. Depressive symptoms and workplace-violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: a cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. 1 de enero de 2018;8(1):e019514. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e019514>
12. Gómez-Gutiérrez MM, Bernaldo-de-Quirós M, Piccini AT, Cerdeira JC. Posttraumatic Stress Symptomatology in Pre-Hospital Emergency Care Professionals Assaulted by Patients and/or Relatives: Importance of Severity and Experience of the Aggression. Journal of interpersonal violence [Internet]. 1 de enero de 2016 ;31(2):339-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25381283/>

13. Zafar W, Khan UR, Siddiqui SA, Jamali S, Razzak JA. Workplace Violence and Self-reported Psychological Health: Coping with Post-traumatic Stress, Mental Distress, and Burnout among Physicians Working in the Emergency Departments Compared to Other Specialties in Pakistan. *Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 1 de enero de 2016;50(1):167-177.e1. Disponible en: <http://www.jem-journal.com/article/S0736467915008884/fulltext>
14. Bernaldo-De-Quirós M, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 1 de enero de 2015;52(1):260-70.
15. Waschgler K, Ruiz-Hernández JA, Llor-Esteban B, García-Izquierdo M. Patients' aggressive behaviours towards nurses: Development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(6):1418-27.
16. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Revista Española de Salud Pública*. 2012;86(3):279-91.
17. Aspera-Campos T, Hernández-Carranco RG, Gutiérrez-Barrera ADT, Quintero-Valle LM. Violence against health personnel before and during the health contingency COVID-19. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2020;58(Supl 2):S134-143. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34695326>
18. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(6):893-7.
19. Magán I, Sanz J, García-Vera MP. Psychometric properties of a Spanish version of the Beck anxiety inventory (BAI) in general population. *Spanish Journal of Psychology*. 2008;11(2):626-40.
20. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1 de enero de 1988;8(1):77-100.
21. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II [Internet]. Psychological Corporation., editor. Vol. 11. San Antonio, Texas: Public Library of Science; 1996. Disponible en: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1370564063990947215>
22. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general The spanish adaptation of Beck's Depression Inventory-II (BDI-II): Clinica y Salud. 2003;14(3):249-80.
23. Davidson JRT, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine* [Internet]. 1997 ;27(1):153-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9122295/>
24. Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, François M, Rico-Villademoros F, González MP, et al. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 2000;28(4):207-18.
25. Maestre Naranjo MA, Fernández Rodríguez JC, Solís Muñoz M, Royuela Vicente A, Arranz Alonso S, Giner Alegría CA, et al. Notificación de agresiones por los trabajadores del Servicio Madrileño de Salud. *Metas Enfermería*. 2022;25(8):23-32.

10. Anexos

Anexo I. Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos, por la que se concede acceso total a la solicitud de información pública formulada por D. Johan Gregorio Reyes Quesada sobre datos de agresiones a profesionales sanitarios del Servicio Canario de la Salud.



RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS, POR LA QUE SE CONCEDE ACCESO TOTAL A LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA FORMULADA POR D. JOHAN GREGORIO REYES QUESADA SOBRE DATOS DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD.

Vista la solicitud presentada y teniendo en cuenta los siguientes:

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.- Con fecha 9 de febrero de 2024 se recibió en esta Dirección General de Recursos Humanos, a través del Servicio de Régimen Interior y Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como unidad responsable de la información pública del Servicio Canario de la Salud (URIP SCS), solicitud de acceso a la información pública de fecha 8 de febrero de 2024 presentada por don **Johan Gregorio Reyes Quesada**, en la que se solicita acceso a la siguiente información pública, se cita textualmente:

"necesitaria acceso a datos sobre las agresiones a sanitarios del SCS registradas. Necesitaria:

- número de agresiones totales en el año 2022
- número de agresiones según el tipo de agresión (física, verbal o ambas)
- número de agresiones según el agresor (paciente, familiar de paciente)
- número de agresiones según el servicio en el que se produjo (urgencias, hospitalización, consultas)
- número de agresiones según el género del trabajador
- número de agresiones según la categoría profesional del trabajador
- número de agresiones registradas por cada gerencia."

A dicha solicitud se le asignó el número de expediente: SAIP-EXP. 20/2024.

Segundo.- Con fecha 8 de febrero de 2024 la URIP SCS notificó al solicitante la comunicación de recepción de su solicitud y el inicio del procedimiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 40 de la Ley 12/2014, de 26 de diciembre, de Transparencia y de acceso a la información pública, en adelante LTAIP, así como el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

A los que son de aplicación, las siguientes,

CONSIDERACIONES JURÍDICAS

Primera.- Corresponde a esta Dirección General de Recursos Humanos la competencia en materia de información pública obrante en su poder, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 36.2 de la Ley territorial 12/2014, de 26 de diciembre, de transparencia y de acceso a la información pública, así como lo dispuesto en el apartado tercero del Capítulo I de la Instrucción 11/2015 del Director del Servicio Canario de la Salud, relativa al ejercicio del derecho de acceso a la información pública en el

Plaza Dr. Juan Bosch Millares, 1
35004 - Las Palmas de Gran Canaria
Telf: 928 21 71 08

C/ Méndez Núñez, 14
38003 - Santa Cruz de Tenerife
Telf: 922 47 54 95

En la dirección https://sede.gobiernodecanarias.org/sede/verifica_doc?codigo_nde=
puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de
documento electrónico siguiente:

0C_uLLFXmuaGSQkpCYqFg1W-Sh1PwPGhp



la dirección https://sede.gobiernodecanarias.org/sede/verifica_doc?codigo_nde=
puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de
documento electrónico siguiente:

YYKNAp9o6tmh2Zad3EN0_yBk446OWv9h





ámbito del Servicio Canario de la Salud.

Segunda.- De conformidad con la Instrucción 11/2015, del Director del Servicio Canario de la Salud relativa al ejercicio del derecho de acceso a la información pública en el ámbito del Servicio Canario de la Salud, apartado segundo, el Servicio de Régimen interior y asuntos generales, de la Secretaría General actuará como unidad responsable de la información pública en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

Tercera.- La Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno reconoce en su artículo 12 el derecho de todas las personas a acceder a la información pública, entendida, según el artículo 13 de la misma norma, como “*los contenidos o documentos, cualquiera que sea su formato o soporte, que obren en poder de alguno de los sujetos incluidos en el ámbito de aplicación de este título y que hayan sido elaborados o adquiridos en el ejercicio de sus funciones*”.

En virtud de lo expuesto, la Ley de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, reconoce y regula el derecho a acceder a información pública que esté en posesión del organismo al que se dirige bien porque él mismo la ha elaborado, bien porque la ha obtenido en el ejercicio de las funciones que tiene encomendadas.

Cuarta.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley 39/2015, de 31 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, “*1. La Administración está obligada a dictar resolución expresa y a notificarla en todos los procedimientos cualquiera que sea su forma de iniciación*”.

Conforme al artículo 46 de la LTAIP, la resolución sobre la solicitud de acceso se adoptará y notificará en el plazo máximo de un mes desde su recepción por el órgano competente para resolver, entendiéndose desestimada por silencio administrativo una vez transcurrido el plazo para resolver sin haberse notificado resolución expresa (art. 46.3 LTAIP).

Por su parte, el artículo 47 de la citada Ley 12/2014, de 26 de diciembre, dispone que “*la resolución que se adopte podrá inadmitir la solicitud, conceder o denegar el acceso total o parcial y, en su caso, fijar la modalidad de acceso a la información solicitada*”.

Séptima.- Una vez examinadas las causas de inadmisión establecidas en el artículo 43 de la LTAIP, así como en los apartados séptimo y octavo de la Instrucción 11/2015 del Director del Servicio Canario de la Salud y habiéndose procedido a estudiar los límites que la ley establece para el acceso a la información pública, se determina que la solicitud de acceso a la información pública presentada reúne los requisitos establecidos en la LTAIP.

En base a lo expuesto,

RESUELVO

Primero.- Conceder el acceso total a la información solicitada por el interesado informándole que, se adjunta en ANEXO a la presente.

Segundo.- Notificar la presente Resolución al interesado, a través del medio que consta en la solicitud de don Johan Gregorio Reyes Quesada; esto es a través de la siguiente dirección de correo electrónico: jreyque@gobiernodecanarias.org.

2 de 5





Tercero.- Remítase copia de esta Resolución a la Unidad Responsable de la Información Pública (URIP) del Servicio Canario de la Salud.

Contra esta resolución, y a tenor de lo preceptuado en el artículo 52 y siguientes de LTAIP, el interesado podrá interponer en el plazo de un mes reclamación ante el Comisionado de Transparencia y Acceso a la Información con carácter potestativo y previo a su impugnación en vía contencioso-administrativa.

Las Palmas de Gran Canaria,

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

3 de 5





ANEXO

1. - Número total de agresiones sufridas por el personal del Servicio Canario de Salud en el año 2022: 297 agresiones.

2. - Número de agresiones sufridas por el personal del Servicio Canario de Salud en el año 2022, distribuidas por tipo de agresión:

AGRESIONES	AÑO 2022
FÍSICAS (Consumadas o intentos)	18
VERBALES	244
FÍSICAS Y VERBALES	35
TOTAL	297

3. - Número de agresiones sufridas por el personal del Servicio Canario de Salud en el año 2022, distribuidas por perfil del agresor (paciente, familiar de paciente):

PERFIL DEL AGRESOR	AÑO 2022
USUARIO / PACIENTE	226
FAMILIAR / ACOMPAÑANTE	71
TOTAL	297

4. - Número de agresiones sufridas por el personal del Servicio Canario de Salud en el año 2022, distribuidas por servicio en el que se produjo (urgencias, hospitalización, consultas):

SERVICIO EN EL QUE SE PRODUJO LA AGRESIÓN	AÑO 2022
CONSULTAS (AE + AP)	117
DOMICILIO / VÍA PÚBLICA	8
URGENCIAS (AE + AP)	45
SALUD MENTAL / UNIDADES DE PSIQUIATRÍA	10
HOSPITALIZACIÓN	62
ADMISIÓN / PUNTO DE INFORMACIÓN (AE+AP)	55
TOTAL	297

5. - Número de agresiones sufridas por el personal del Servicio Canario de Salud en el año 2022, distribuidas por género del trabajador:

GÉNERO DEL TRABAJADOR	AÑO 2022
MUJERES	218
HOMBRES	79
TOTAL	297

dirección https://sede.gobiernodecanarias.org/sede/verifica_doc?codigo_nde=...
 e ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de
 correo electrónico siguiente:
_uLLFXmuaGSQkpCYqPg1W-Sh1PwFChp

lón https://sede.gobiernodecanarias.org/sede/verifica_doc?codigo_nde=...
 e comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de
 electrónico siguiente:
 :9o6tmh2Zad3EN0__y8k446OWv9h



6. - Número de agresiones sufridas por el personal del Servicio Canario de Salud en el año 2022, distribuidas por categoría profesional del trabajador:

AGRESIONES SECCIÓN CATEGORÍAS PROFESIONALES	AÑO 2022
MÉDICOS	114
ENFERMEROS (AS)	87
AUX. ENFERMERÍA	35
ADM.TIVO. /AUX. ADM.TIVO	43
CELADORA	15
TRABAJADORA SOCIAL	1
TECNICISTA BRUCODENTAL	1
MATRONA	1
TOTAL	297

7. - Número de agresiones sufridas por el personal del Servicio Canario de Salud en el año 2022, distribuidas por por cada gerencia:

GERENCIAS	AÑO 2022
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA DE LA SALUD DE GRAN CANARIA	37
DIRECCIÓN GERENCIA DEL HOSPITAL DE GRAN CANARIA DR. NIKORÍN	3
DIRECCIÓN GERENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL	29
GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD DE LANZAROTE	10
GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD DE FUERTEVENTURA	33
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA DE SALUD DE TENERIFE	117
DIRECCIÓN GERENCIA HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA	57
DIRECCIÓN GERENCIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS (C.H.U.C.)	6
GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD DE LA PALMA	1
GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD DE LA GOMERA	1
GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL ÁREA DE SALUD DE LA SALUD DE EL HIERRO	3
TOTAL	297

5 de 5

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
JOSE ANGEL GONZALEZ DIAZ - DIRECTORIA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS	Fecha: 09/02/2024 - 12:50:23
Este documento ha sido registrado electrónicamente:	
RESOLUCION - Nº 437 / 2024 - Tomo: 1 - Libro: 96 - Fecha: 12/02/2024 07:14:50	Fecha: 12/02/2024 - 07:14:50
En la dirección https://sede.gobiernodecanarias.org/sede/verifica_doc?codigo_nden=0C_uLLFXmuaGSQkpcYq9q1W-SH1PwPChp puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:	
El presente documento ha sido descargado el 12/02/2024 - 07:14:55	

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
D. GRAL. DE TRANSFORMACION DIGITAL DE LOS SERVICIOS PUBLICOS -	Fecha: 12/02/2024 - 07:14:55
En la dirección https://sede.gobiernodecanarias.org/sede/verifica_doc?codigo_nden=0Y3Np9o6tmh2Zad3EN0_yBk446OWv9h puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:	
El presente documento ha sido descargado el 14/02/2024 - 11:21:00	

Anexo II. Escala de Conductas Hostiles-Usuarios (ECO-H-U)

	Nunca	Anualmente	Trimestralmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente
Violencia verbal						
Enfadados por demora asistencial						
Malas caras o miradas de desprecio						
Cuestionar las decisiones						
Bromas irónicas						
Enfadados por la falta de información						
Enfadados exagerados por minucias						
Acusaciones injustificadas						
Violencia física						
Sujeciones hostiles						
Empujones, zarandeos,...						
Destrucción de puertas, cristales, ...						

Anexo III. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

Instrucciones:

Este cuestionario está formado por 21 síntomas característicos de la ansiedad. Por favor, lea cada uno con atención, e indique cuánto le ha afectado ese síntoma durante **la última semana, incluido el día de hoy**.

Marque con una X a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado.

NO	en absoluto
LEVE	no me molesta mucho
MODERADO	fue muy desagradable, pero podía soportarlo
BASTANTE	severamente, casi no podía soportarlo

RESPUESTAS

Durante la última semana me he sentido...	NO	LEV E	MODERADO	BASTANTE
1. Torpe o entumecido (acalambrado)				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarme				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

Anexo IV. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6. Sentimientos de Castigo**
0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7. Disconformidad con uno mismo.**
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.
- 8. Autocrítica**
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9. Pensamientos o Deseos Suicidas**
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11. Agitación**
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12. Pérdida de Interés**
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.
- 13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo V. Escala de Trauma de Davidson (DTS)

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por: J Bobes, MT Bascarán, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace, 17 de febrero de 1999)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M

Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: ____/____/____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia"?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Anexo VI. Guion para la entrevista semiestructurada

- Dentro de tu trabajo, ¿qué considera agresión?
- ¿Cómo ocurrió la agresión?, ¿cómo fue?, ¿qué recuerda de ella?
- ¿Denunció estos actos? ¿Cómo fue el procedimiento? En caso negativo, ¿por qué no lo hizo?
- De haber sido víctima de una agresión o ser testigo de la misma, ¿cómo se sintió?, ¿recuerda lo que pensó?
- Considera que después de haber sufrido una agresión ¿se produce algún cambio en el profesional?
- ¿Considera que las conductas violentas influyen en el desempeño de sus funciones como profesional sanitario?
- ¿Por qué cree que se producen estos acontecimientos?
- ¿Existe algún protocolo de actuación sobre las agresiones?
- ¿Lo conoce? ¿Qué le parece?
- ¿Se siente seguro en su trabajo?

Anexo VII. Hoja de información y consentimiento informado fase 1.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Johan G Reyes Quesada. Enfermero.

CENTRO: Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

INTRODUCCION

Le invitamos a participar en el estudio de investigación "IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO ", aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente.

Mediante esta información deseamos que evalúe su participación en el estudio, tras leer atentamente esta hoja informativa y resolver cualquier duda que pueda tener con el personal encuestador.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Se hace constar que la participación en el presente estudio es totalmente voluntaria y que en cualquier momento puede cambiar de decisión y revocar su consentimiento sin ningún perjuicio en la asistencia que se le viene prestando en la institución sanitaria.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto psicológico que producen las agresiones en el personal sanitario que ha sufrido algún tipo de agresión (física o psicológica) en su puesto de trabajo en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Para ello, se le pedirá que complete varios cuestionarios sobre su experiencia en este tema. La duración estimada de la cumplimentación de los cuestionarios es de aproximadamente 20 -30 minutos.

CONFIDENCIALIDAD

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 la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo los investigadores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

En ningún caso los cuestionarios contendrán información que pueda identificar directamente a la participante. En caso de cesión de datos será con el mismo fin del estudio descrito y garantizando la confidencialidad.

El acceso a su información personal quedará restringido a los profesionales del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el investigador, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de los mismos.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Tal y como exige la ley, para participar deberá firmar y fechar el documento de consentimiento informado. Si durante la realización de este estudio le surge alguna cuestión relacionada con él, puede ponerse en contacto y consultar con el Investigador Principal Johan G Reyes Quesada, Enfermero. Unidad de Gestión del Conocimiento. 922602285. Email: jreyque@gobiernodecanarias.org

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....(Nombre y Apellidos del Participante)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

D/Dª.....(Nombre del investigador/a /colaborador/a)

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio:

- 1º. Cuando quiera
- 2º. Sin tener que dar explicaciones.
- 3º. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma (Usuaría)

Nombre:

Fecha:

Firma (investigador/a / Colaborador/a)

Nombre:

Fecha:

Anexo VIII. Hoja de información y consentimiento informado fase 2.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Johan G Reyes Quesada. Enfermero.

CENTRO: Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

INTRODUCCION

Le invitamos a participar en el estudio de investigación "IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO ", aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente.

Mediante esta información deseamos que evalúe su participación en el estudio, tras leer atentamente esta hoja informativa y resolver cualquier duda que pueda tener con el personal encuestador.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Se hace constar que la participación en el presente estudio es totalmente voluntaria y que en cualquier momento puede cambiar de decisión y revocar su consentimiento sin ningún perjuicio en la asistencia que se le viene prestando en la institución sanitaria.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto psicológico que producen las agresiones en el personal sanitario que ha sufrido algún tipo de agresión (física o psicológica) en su puesto de trabajo en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Para ello, se le pedirá su participación en una entrevista individual de 60 minutos de duración aproximadamente. La entrevista será realizada de manera personal en un ambiente tranquilo y será grabada mediante grabadora de voz con el fin de poder transcribirla posteriormente.

CONFIDENCIALIDAD

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 la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo los investigadores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

En ningún caso los cuestionarios contendrán información que pueda identificar directamente a la participante. En caso de cesión de datos será con el mismo fin del estudio descrito y garantizando la confidencialidad.

El acceso a su información personal quedará restringido a los profesionales del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el investigador, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de los mismos.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Tal y como exige la ley, para participar deberá firmar y fechar el documento de consentimiento informado. Si durante la realización de este estudio le surge alguna cuestión relacionada con él, puede ponerse en contacto y consultar con el Investigador Principal Johan G Reyes Quesada, Enfermero. Unidad de Gestión del Conocimiento. 922602285. Email: jreyque@gobiernodecanarias.org

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....(Nombre y Apellidos del Participante)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

D/Dª.....(Nombre del investigador/a /colaborador/a)

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio:

- 1º. Cuando quiera
- 2º. Sin tener que dar explicaciones.
- 3º. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma (Usuaria)

Nombre:

Fecha:

Firma (investigador/a / Colaborador/a)

Nombre:

Fecha: