

Escenoterapia para la prevención de la violencia ocupacional

Diana Hermoso Lloret^a, Genís Cervantes Ortega^{b,c}, Josep M. Blanch^d, Paola Ochoa Pacheco^d

Recibido: 27 de septiembre de 2011

Aceptado: 28 de febrero de 2012

RESUMEN

Objetivo: Lograr, mediante una intervención formadora y preventiva, un cambio significativo en la experiencia emocional de un grupo de profesionales de la salud expuestos a situaciones de riesgo de violencia ocupacional.

Método: 143 profesionales de la salud catalanes participaron en un curso de prevención de riesgos laborales cuyo contenido se basó en la articulación de técnicas de escenificación teatral y de estrategias psicoterapéuticas y se centró en la interpretación de episodios de violencia en el lugar de trabajo. Su participación en el programa fue voluntaria y fueron seleccionados atendiendo a los criterios de tipo de asistencia prestada y de diversidad profesional. Antes y después del programa les fue aplicado un cuestionario.

Resultados: El 92% de los participantes declaró haber presenciado y el 85% haber vivido personalmente algún episodio violento en los últimos cinco años. La comparación de las puntuaciones medias de antes y después indica que la intervención incrementa la valoración positiva de la eficacia de la propia actuación y de las propias competencias de comunicación ($p < 0,001$) e induce vivencias emocionales en la línea de una mayor tranquilidad ($p < 0,005$) y una menor ansiedad ($p < 0,005$) con respecto al incidente violento.

Conclusiones: La escenificación vivencial de las situaciones estresantes es un instrumento útil para el aprendizaje de la gestión de las emociones, que incrementa el grado percibido de la propia capacidad de manejo de la comunicación y del trabajo en equipo y del propio estrés profesional.

PALABRAS CLAVE: riesgos laborales, personal de salud, violencia, escenoterapia, juego de rol.

DRAMA THERAPY FOR THE PREVENTION OF WORKPLACE VIOLENCE

ABSTRACT

Objective: To achieve, through a training and preventive intervention, a significant change in the emotional experience of a group of health care professionals at risk of exposure to workplace violence.

Method: 143 Catalan health professionals participated in a training course on occupational risk prevention that incorporated theatrical staging techniques and psychotherapeutic strategies, focused on the interpretation of emotional

a Fundación Prevent, España.

b Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Consorci Sanitari de l'Alt Penedès, España.

c Corporació de Salut del Maresme i la Selva, España.

d Departamento de Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Correspondencia:

Diana Hermoso Lloret

Fundación Prevent

Josep Tarradellas, 14-18, 4º

08029 Barcelona

Tf 93 439 18 06

d.hermoso@fundacionprevent.com

experiences associated with violence in the workplace. They participated voluntarily in the program and were selected according to type of healthcare delivered and professional diversity. A pre- and post-course questionnaire was administered.

Results: Ninety-two percent of respondents claimed to have witnessed, and 85% had personally experienced, a violent episode in the previous five years. The comparison of mean scores before and after the training intervention revealed an increase in the positive assessment of the effectiveness of one's own performance and communication skills ($p < 0.001$), and induced emotional experiences in line with a greater peace of mind ($p < 0.005$) and less anxiety ($p < 0.005$) with respect to the violent incident.

Conclusions: Staging experiential stressful situations can be a useful learning tool for managing emotions, which increases the perceived degree of one's ability to manage communication, teamwork and professional stress itself.

KEYWORDS: occupational risks, health personnel, violence, drama therapy, role playing.

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria, como otras variedades de servicios humanos en general, demanda altas dosis de compromiso personal y profesional y tareas que conllevan intensas implicaciones emocionales. Trabajar en servicios de salud ofrece oportunidades para la satisfacción y la realización profesional, pero también riesgos para la calidad de vida laboral derivados de fuentes tan heterogéneas como la diversificación y extensión cuantitativa y cualitativa de la demanda externa de servicios asistenciales¹, la permanente y creciente exigencia interna de productividad, eficiencia, competitividad y rentabilidad, la presión asistencial resultante de la interacción de ambos vectores y el emergente fenómeno de la violencia ocupacional²⁻⁶. Todo ello amenaza la consolidación de los factores de excelencia organizacional impulsados como prioridades desde las instituciones⁷⁻⁸.

En este estudio se describe el impacto de un programa formativo-terapéutico de prevención de la violencia ocupacional externa, un fenómeno relevante en el sector sanitario, y que resulta en parte explicable como un efecto colateral de las nuevas condiciones de trabajo en el mundo sanitario y de la transformación de los tradicionales roles de profesional de la salud y de paciente, que cada vez asume más el rol de cliente informado, exigente e impaciente. En la definición de *incidente violento* protagonizado por un paciente que agrede a un profesional de la salud en su lugar de trabajo seguimos la propuesta de Chapell y Di Martino⁹ para *violencia ocupacional* en términos de cualquier incidente en el cual una persona empleada sufre abusos, amenazas o ataques por parte de una persona a la que atiende. No sólo la violencia física tiene impacto en la salud del trabajador, sino también la verbal, que daña la integridad psicológica del afectado, pudiendo llegar a tener mayores repercusiones incluso que aquélla⁵.

Entre los recursos técnicos disponibles de cara a la prevención y tratamiento de los efectos de la violencia ocupacional en el ámbito de la salud, figura la *escenoterapia*, una variedad de *arteterapia* que articula técnicas artísticas de escenificación teatral y estrategias psicoterapéuticas. Su aplicación parte del supuesto de que algunos problemas psicológicos pueden ser tratados mediante el recurso a técnicas artísticas facilitadoras de la expresión y encauzamiento

de emociones y de la vinculación social. Habiendo sido ya empleada en ámbitos como el de la violencia de género¹⁰, muestra también su utilidad en la facilitación del manejo de la violencia ocupacional en países como Australia, donde se han realizado recientemente intervenciones basadas en el *psicodrama*¹¹. En la misma línea, un estudio realizado en Alemania¹¹ a través de la técnica de la *escenoterapia* ha puesto de manifiesto el modo como interactúan en el curso de un acto violento diversos factores personales del paciente, del trabajador y del ambiente organizacional. En este marco, el objetivo general del presente proyecto consiste en la consecución, mediante una intervención formadora y preventiva, de un cambio significativo en la experiencia emocional de un grupo de profesionales de la salud expuestos a situaciones de riesgo de violencia ocupacional.

MÉTODO

A lo largo del ejercicio 2010, participaron en el programa (un curso de prevención de riesgos laborales de doce horas) 143 profesionales de la salud que trabajaban en 3 ámbitos asistenciales (hospitalario, atención primaria, sociosanitario) y correspondían a tres especializaciones profesionales (enfermería, medicina, administración). Pertenecían a doce centros sanitarios (con una plantilla total de 1900 profesionales) ubicados, a su vez, en tres comarcas y dos provincias catalanas, todos ellos integrados en la red XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública).

El acceso a los participantes se realizó a través de los servicios de formación y prevención de riesgos laborales de cada centro. Su participación en el programa fue voluntaria y fueron seleccionados atendiendo a los criterios de ámbito asistencial y de diversidad profesional. El 58% de los mismos correspondió a la división de enfermería, el 25% a la administrativa y el 17% a la de medicina. Un 82% de ellos fueron mujeres. Por tipo de asistencia, el 54% perteneció a la hospitalaria, el 17% a atención primaria y el 29% a la sociosanitaria. Aunque la composición de esta muestra no reproduce con absoluta fidelidad las características de la población de referencia, ciertamente mantiene algunas de las principales, al tiempo que reproduce suficientemente las categorías sociolaborales relevantes a efectos del presente estudio.

Para la recogida de la información se aplicó un cuestionario autoadministrable –el *cuestionario de violencia percibida* (anexo 1)– especialmente diseñado para el estudio. Lo componen 15 ítems cerrados organizados en cuatro bloques que proporcionan información sobre datos censales, tipo e impacto de la violencia vivida u observada en el propio entorno de trabajo, eficacia percibida de la propia actuación y comunicación ante el incidente referido e impacto emocional experimentado del mismo. Los ítems que lo integran tienen un formato de respuesta de elección múltiple, algunos de los cuales adoptan el de escalas tipo Likert, con opciones de cero a cinco. Para la realización del estudio antes/después, al principio de la primera y al final de la última sesión, las personas participantes fueron invitadas a responder el cuestionario con garantía de anonimato, pero con un espacio reservado para que cada cual pusiera un número secreto, que eligió en la primera compleción del cuestionario y que repitió en la segunda. Ello permitió la comparación de las respuestas anteriores con las posteriores a la intervención psicosocial formativa y terapéutica y evaluar el grado y características de las emociones vividas en cada uno de estos tiempos. El instrumento fue construido previa revisión de literatura especializada y consulta a expertos en formación y evaluación. Su tiempo de aplicación osciló entre 3 y 5 minutos. Los cuestionarios fueron recogidos por el personal responsable de la realización del curso y posteriormente entregados al equipo de investigación, que se encargó de la introducción y procesamiento de los datos.

El procedimiento incluyó una presentación inicial, en la que se expuso la finalidad y contenidos del proyecto y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, garantizándose la voluntariedad de la participación y la confidencialidad de la información generada. Asimismo, se expuso el programa y la metodología de las sesiones del curso, cuyo contenido central consistió en la articulación de técnicas de escenificación teatral y de estrategias psicoterapéuticas. En el escenario del curso, las personas debían realizar un ejercicio de simulación teatral de situaciones que pueden presentarse en la vida real y laboral, interpretando vivencias emocionales asociadas a episodios de violencia en el lugar de trabajo. Para ello debieron desempeñar un “rol”, ya fuera el de persona agresora o el de persona agredida. Este ejercicio les permitió imaginar y ejecutar de modo creativo diversas estrategias de gestión y reconducción de situaciones difíciles. Las prácticas desarrolladas a lo largo del curso incluyeron dinámicas de grupo, expresión verbal y corporal y técnicas de relajación, de exteriorización de emociones y de reflexión individual (registro de auto-conocimiento), así como de discusión grupal. En la Tabla 1 se describen las características principales del proceso formativo.

Para el análisis descriptivo de los resultados principales, se realizó una comparación (mediante la *t* de Student) de las puntuaciones medias de cada ítem correspondientes respectivamente a las fases *antes* y *después* de la intervención. El nivel de significación estadística se estableció en $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

El 82% de los profesionales sanitarios que participaron en el programa reconoció haber sido víctima directa de uno o más incidentes violentos en su lugar de trabajo, y hasta un 95% manifestó haber presenciado alguno de ellos. En el 84% de los incidentes hubo un componente verbal (asociado o no a gestos hostiles) en forma de ofensas, amenazas, insultos o vejaciones que, en un 21% de los casos, derivó hacia una agresión física, en general de carácter leve. El 92% de las personas entrevistadas atribuyó al incidente violento posteriores consecuencias negativas en su práctica asistencial y en su relación con los pacientes, usuarios y familiares. Este impacto negativo fue valorado en una escala de 0 (mínimo) a 5 (máximo) con una puntuación media de 2,22 (desviación estándar DE 1,22).

Asimismo, se observó entre el inicio y el final de la intervención un incremento estadísticamente significativo ($p < 0,001$) de las puntuaciones medias en cuanto al “grado de eficacia de la propia actuación ante un incidente violento u hostil” y a la propia “capacidad de decir las cosas adecuadamente y de comunicarme eficazmente”. Estos cambios entre los tiempos *antes* y *después* de la intervención psicosocial se pusieron de manifiesto en todos los grupos profesionales y en todos los tipos de asistencia. En la Tabla 2 se presentan los resultados para el conjunto de la muestra.

Con respecto al impacto emocional percibido de la violencia, fueron evaluados cinco tipos de emociones referidas al incidente violento y expresadas en los tiempos de *antes* y *después* de la intervención psicosocial. Tal como aparece en la en la Tabla 3, se observó una disminución estadísticamente significativa ($p < 0,005$) de las puntuaciones medias en cuanto a *Rabia* y *Ansiedad*, un aumento estadísticamente significativo ($p < 0,005$) de la *Tranquilidad* y una relativa constancia en lo que se refiere a *Miedo* y *Tristeza*.

Como se observa en las Tablas 4 y 5, se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto al aumento de la media en *Tranquilidad* y a la disminución en la de *Ansiedad* para los tres colectivos profesionales y en las tres categorías asistenciales consideradas.

DISCUSIÓN

La investigación puso de manifiesto que la mayoría de los participantes en la misma había vivido en primera persona y también presenciado incidentes violentos en su lugar de trabajo. Asimismo, la comparación de las puntuaciones medias de *antes* y *después* indica que la intervención incrementa en cada actor la valoración positiva de la eficacia de la propia actuación y de sus propias competencias de comunicación, induciendo vivencias emocionales de mayor tranquilidad y menor ansiedad con respecto al incidente violento, todo ello en la línea del cumplimiento del objetivo propuesto para el programa formativo y terapéutico.

Los datos aportados por el colectivo investigado con respecto a la incidencia de actos violentos, a su tipología y a su

impacto negativo sobre la dinámica asistencial y la relación con pacientes, usuarios y familiares, apuntan en la misma dirección que otros estudios de ámbito nacional e internacional^{5,6,13,14}, a pesar de la diversidad de técnicas e instrumentos de recogida de la información aplicados en los mismos. También aparecen notables coincidencias entre los porcentajes de violencia verbal y física hallados en esta muestra y los de otros estudios realizados tanto en Cataluña^{3,15} como en otros contextos^{5,6}, basados igualmente en el uso de distintos instrumentos y estrategias de medición.

Además, la información obtenida acerca del impacto percibido del incidente violento en los planos emocional y psicosocial en general, y también sobre sus repercusiones en la práctica profesional asistencial, coincide en términos generales con lo aportado al respecto por otros estudios a escala nacional¹⁶⁻²⁰ e internacional^{5,6,21-23}. De la experiencia de los participantes en el estudio se desprende que la violencia ocupacional repercute negativamente sobre la salud de los profesionales sanitarios y también sobre la calidad de su servicio. A nivel individual, el cuadro emocional que se refleja en las respuestas de los participantes corresponde al del estrés laboral, que puede desembocar en el burnout^{16,17,20}, un proceso dinámico complejo activado por el desbordamiento crónico de la persona a la hora de hacer frente a las demandas de su medio laboral con los recursos disponibles, que se traduce en conciencia de ineficacia, cansancio físico y emocional, y sentimientos de tristeza, ansiedad e intranquilidad y diferentes trastornos de adaptación^{17,20}. A nivel colectivo, la experiencia de violencia en el lugar de trabajo comporta un riesgo de absentismo laboral y la consiguiente amenaza para la efectividad y la eficiencia del mismo sistema sanitario^{5,22,23}.

En cuanto a los cambios de signo positivo observados entre el antes y el después del programa, también se observan coincidencias con otros trabajos previos. En un estudio realizado en Irlanda²⁴, se comprobó que, después de la formación específica de los profesionales en el manejo de los incidentes violentos, éstos disminuyeron significativamente, así como el absentismo laboral y el impacto emocional negativo en los trabajadores. En EE.UU.²⁵ se han desarrollado también programas de formación específicos para profesionales de enfermería basados en la simulación de experiencias de sucesos violentos. Un estudio realizado en Portugal²⁶ destaca el déficit en la formación del personal sanitario con respecto a la gestión de emociones en su lugar de trabajo, y apunta a la necesidad de programas de formación en violencia ocupacional. En otros trabajos recientes, como los de Van der Merwé et al²⁷, se insiste asimismo en la formación en gestión de las emociones como eje fundamental de la política preventiva de violencia ocupacional en las instituciones sanitarias, atribuyendo a esta gestión un papel más decisivo que a otras medidas disuasorias o de contención, como cámaras de vigilancia, agentes de seguridad o mecanismos de cierre de puertas.

En este estudio se aplicó una técnica teatral en una intervención formativa y terapéutica sobre profesionales de la salud, en un entorno multidisciplinar y de trabajo en equipo,

demonstrando su utilidad en el diagnóstico de problemas en el campo de las relaciones interpersonales y organizacionales y su capacidad de orientar acciones de mejora. Con ello, se pone de relieve el potencial formativo y terapéutico de la *escenoterapia*, un recurso relativamente sencillo de manejar y de cuya eficacia constan evidencias en campos como los del tratamiento del dolor crónico²⁸, de la patología mental infantil²⁹ y de la violencia de género¹⁰.

También permite destacar la importancia del aprendizaje de la gestión de la comunicación y de las emociones para los profesionales de los servicios de salud y la consiguiente relevancia de estos contenidos en los programas formativos. La experiencia expuesta refuerza la idea de que la *escenoterapia* constituye una técnica de intervención psicosocial útil para al desarrollo de una serie de competencias psicosociales relacionadas no sólo con la gestión de las interacciones que se dan entre profesionales y pacientes (como la comunicación interpersonal), sino también para la toma de conciencia y el manejo de las propias emociones que entran en juego en la misma dinámica asistencial. En último término, estos cambios redundan en una mejora de la calidad de vida laboral de los profesionales, en la de los equipos multi profesionales y en la optimización de la misma relación asistencial.

Otra de las implicaciones de este estudio es el motivo de reflexión que aporta a propósito de cierta paradoja: la de unos profesionales excelentemente capacitados para atender, prevenir y tratar problemas de sus pacientes, pero al tiempo con un amplio margen de progreso en el desarrollo de las competencias requeridas para un afrontamiento eficaz de algunos de los riesgos psicosociales que comporta para ellos mismos el ejercicio de su profesión³⁰. A este respecto, la *escenoterapia* aparece como un recurso útil en la formación para un manejo efectivo de situaciones estresantes de violencia ocupacional y, en definitiva, para la protección de la propia salud y seguridad en el trabajo.

En la interpretación de los resultados de este trabajo se deben tomar en consideración algunas limitaciones metodológicas del mismo. En primer lugar, la muestra de trabajadores participantes en la intervención no ha sido seleccionada con criterios de representatividad estadística sobre el conjunto de la población de interés. La participación en el programa era obviamente voluntaria, lo que pudo derivar en una sobrerrepresentación de las personas más sensibilizadas frente a la violencia ocupacional. Por otra parte, la evaluación de los efectos emocionales se ha explorado justo al finalizar la intervención y se desconoce la perdurabilidad en el medio y largo plazo de los cambios observados. Tampoco se han considerado en el análisis posibles efectos de interacción de variables sociodemográficas (género, edad, especialización profesional, tipo de asistencia) o sociolaborales (condiciones de trabajo en cada centro y servicio).

A pesar de estas limitaciones, los efectos positivos de la intervención descrita en este estudio sugieren que la escenificación vivencial de las situaciones estresantes puede ser un instrumento útil para el aprendizaje de la gestión de las emociones e incrementa el grado percibido de la propia ca-

pacidad de manejo de la comunicación y del trabajo en equipo y del propio estrés profesional frente a las situaciones de violencia ocupacional en el ámbito sanitario.

AGRADECIMIENTOS

Al apoyo generoso y desinteresado que han prestado al proyecto tanto las personas profesionales empleadas en servicios de salud que han participado en la intervención (voluntariamente y fuera de su horario laboral) como las diversas instancias implicadas en sus respectivos centros (departamentos de formación y prevención de riesgos laborales, direcciones y delegados de prevención).

BIBLIOGRAFÍA

- Parent-Thirion A, Fernández E, Hurley J, Vermeylen G. Fourth European Working Conditions Survey. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2007.
- OIT/CIE/OMS/ISP. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo/ Consejo internacional de Enfermeras/ Organización Mundial de la Salud/ Internacional de Servicios Públicos. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud; 2002.
- Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia contra profesionales sanitarios. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010; 13(3): 135-40.
- Blanch JM, Cervantes G, Cantera L. Occupational violence against Catalan healthcare professionals notified via Internet (From July 2006 to June 2010). In: Nedham I, McKenna K, Kingma M, Oud N, editors. *Violence in the health sector. From awareness to sustainable action*. Amsterdam: Kavanah; 2010. pp. 198-203.
- European Agency for Safety and Health at Work. *Workplace Violence and Harassment: A European Picture*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
- Nedham I, McKenna K, Kingma M, Oud N, editors. *Violence in the health sector. From awareness to sustainable action*. Amsterdam: Kavanah; 2010.
- Blanch JM, Stecher A. Organizaciones excelentes como factores de riesgo psicosocial. La modernización de los sistemas de salud desde la perspectiva del personal sanitario. Un estudio iberoamericano. En: Carrillo MA, coordinador. *Psicología y Trabajo: Experiencias de investigación en Iberoamérica*. México: UA Querétaro; 2010. pp. 88-104.
- Íñiguez L, Sánchez-Candamio M. Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya. *Resum Executiu*. Barcelona: UAB - Direcció General de Planificació i Avaluació, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2007.
- Chapell D, Di Martino V. *Violence at work*. Geneva: International Labour Office; 1998.
- Ascaso P. Arteterapia aplicada a la violencia de género: una experiencia de trabajo en grupos. *Enginy*. 2011;(18): 39-62.
- McIntosh W. Walking with Moreno. How concepts and techniques from psychodrama and role training can help us to be creative in managing aggression in the workplace. In: Nedham I, McKenna K, Kingma M, Oud N, editors. *Violence in the health sector. From awareness to sustainable action*. Amsterdam: Kavanah; 2010. pp. 404.
- Nau J, Oud N, Gernot W. Explaining, Reflecting and Managing Aggression and Violence in Health Care using the Now-Model. In: Nedham I, McKenna K, Kingma M, Oud N, editors. *Violence in the health sector. From awareness to sustainable action*. Amsterdam: Kavanah; 2010. pp. 394-8.
- Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casaldó Y, Rueda MA. Aggression towards health care workers in Spain: a multifacility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health*. 2009;15(1):29-35.
- Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs*. 2004; 13(1): 3-10.
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. *La violència en el lloc de treball. L'experiència dels metges de Barcelona*. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 2004.
- Bernal de Quirós-Aragón M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extra hospitalaria. *Inst J Crin Health Psicol*. 2006; 7(2): 323-35.
- Rodríguez FJ, Blanco MA, Isaa S, Romero L, Gayoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36:442-7.
- Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Calidad de vida laboral en centros asistenciales catalanes. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2011; 14(1): 12-8.
- Roles I, Arrizabalaga P, Artacoiz J, Borrell C, Fuentes M, y Valls C, Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS). *Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya*. Barcelona: Fundació Galatea; 2007.
- Grau A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005; 19(6): 463-70.
- Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace. *Violence in the Health*; 2003.
- Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Ryan AD, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med*. 2004;(61): 495-503.
- Doyal L, Pennell I. *The Political Economy of Health*. Boston: South End; 1989. Lindorff D. *Marketplace Medicine: The Rise of the For-Profit Hospital Chains*. New York: Bantam; 1992.
- McKenna K, Cowman S, Maguire M. The Training Implementation & (TIE) Evaluation Study: An investigation of a "Process" based approach in providing training in the safe effective management of work related aggression and violence within health and social care. In: Nedham I, McKenna K, Kingma M, Oud N, editors. *Violence in the health sector. From awareness to sustainable action*. Amsterdam: Kavanah; 2010. pp. 409-10.
- Solecki S, Fay-Hillier T. The integration of workplace violence simulation: Experiences into undergraduate nursing programs. In: Nedham I, McKenna K, Kingma M, Oud N, editors. *Violence in the health sector. From awareness to sustainable action*. Amsterdam: Kavanah; 2010. pp. 411.
- Borges E, Rodrigues T. Violence at work: Response stress and coping resources. In: Nedham I, McKenna K, Kingma M, Oud N, editors. *Violence in the health sector. From awareness to sustainable action*. Amsterdam: Kavanah; 2010. pp. 78.
- Van der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry. *J Psych Mental Health Nurs*. 2009;(16): 293-9.
- Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Coping with chronic pain: the role of assessment variables and coping strategies for the prediction of anxiety and depression in a sample of patients with chronic pain. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;(12): 8-16.
- Aragay M, Bordas M, Guinart JM. Evaluación de una modalidad terapéutica grupal con adolescentes (escenoterapia) en un centro de salud mental infantil y juvenil. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*. 2008; 10(39): 17-23.
- Bruguera M, Huri J, Arteman A, Grau Valldosera J, Carbonell J. La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Medicina Clínica*. 2001;(117):492-4.

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE VIOLENCIA PERCIBIDA Inicio Final Número

1. DATOS CENSALES

a. Especialización profesional Medicina Enfermería Administración
b. Tipo de asistencia prestada Hospitalaria Primaria Socio-sanitaria
c. Sexo Hombre Mujer

2. TIPO e IMPACTO PERCIBIDO DE LA VIOLENCIA VIVIDA

a. ¿Has presenciado algún episodio de violencia en los últimos 5 años en tu puesto de trabajo? Sí NO

b. ¿Has PADECIDO algún episodio de violencia en los últimos 5 años en tu puesto de trabajo? Sí NO

c. Si la respuesta anterior es SÍ, ¿De qué tipo? Física Verbal

d. ¿Ha producido el episodio algún impacto negativo en la relación con pacientes, usuarios y familiares? Sí NO

e. Si la respuesta anterior es SÍ, cuantifica el grado de este impacto MÍNIMO 0 1 2 3 4 5 MÁXIMO

3. EFICACIA PERCIBIDA DE LA PROPIA ACTUACIÓN y COMUNICACIÓN

a. Grado de eficacia de la propia actuación ante un incidente violento u hostil MÍNIMO 0 1 2 3 4 5 MÁXIMO

b. Capacidad de decir las cosas adecuadamente y de comunicarme eficazmente MÍNIMA 0 1 2 3 4 5 MÁXIMA

4. IMPACTO EMOCIONAL PERCIBIDO DEL INCIDENTE VIOLENTO VIVIDO

a. MIEDO MÍNIMO 0 1 2 3 4 5 MÁXIMO

b. TRISTEZA MÍNIMA 0 1 2 3 4 5 MÁXIMA

c. RABIA MÍNIMA 0 1 2 3 4 5 MÁXIMA

d. ANSIEDAD MÍNIMA 0 1 2 3 4 5 MÁXIMA

e. TRANQUILIDAD MÍNIMA 0 1 2 3 4 5 MÁXIMA

Tabla 1. Contenidos de la intervención formativa sobre violencia ocupacional para profesionales del sector sanitario. Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, Cataluña, 2010.

Módulo	Contenidos
1	Visión general: Introducción de los conceptos básicos, violencia en lugar de trabajo, el impacto de esta en los trabajadores de la salud, responsabilidades respecto a la prevención de la violencia.
2	Reconocimiento y respuesta al riesgo: Cómo identificar factores de riesgo y estresores de la violencia, cómo responder apropiadamente al descontrol emocional, violencia física y verbal y cómo saber reconocer los signos de tensión pre-violencia.
3	Intervención según tipo de asistencia: Identificar y elegir la estrategia adecuada para minimizar o eliminar los factores de riesgo de pacientes, del personal trabajador o del ambiente de trabajo.
4	Habilidades sociales: Mejorar la escucha activa y la comunicación, tanto verbal como no verbal.
5	Des-escalar y contención verbal: Percibir las señales previas de un posible ataque, identificar los pasos y las estrategias a seguir.
6	Respuesta a la violencia física: Técnicas de defensa personal muy básicas y contención física en grupo.
7	Respuesta post-incidente: Responsabilidades y trámites. Impacto psicológico posterior.
8	Reconducción de elementos de prevención primaria: A partir de las experiencias vividas y discutidas, se rediseñan la evaluación de riesgos con introducción de nuevos elementos tanto a nivel del actuación del profesional, educación sanitaria o aspectos organizacionales.

Tabla 2. Resultados de la intervención sobre la eficacia de la propia actuación y comunicación frente a la violencia ocupacional. Trabajadores de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (n=143), Cataluña, 2010.

		Actuación eficaz ante un incidente ^a	Recursos de comunicación ^b
Antes de la intervención	Media	2,28	2,39
	DE ^c	1,00	1,09
Después de la intervención	Media	3,20	3,25
	DE ^c	1,22	2,75
Valor de p ^d		<0,001	<0,001

a Eficacia percibida de la propia actuación ante un incidente violento u hostil (escala 0-5, 5 máximo)

b Capacidad percibida para decir adecuadamente y comunicarme eficazmente (escala 0-5, 5 máximo)

c Desviación estándar

d Para la diferencia entre las puntuaciones antes y después de la intervención

Tabla 3. Resultados de la intervención sobre el impacto emocional percibido frente a la violencia ocupacional. Trabajadores de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (n=143), Cataluña, 2010.

		Miedo	Tristeza	Rabia	Ansiedad	Tranquilidad
Antes de la intervención	Media	2,53	2,85	3,17	3,34	1,91
	DE ^a	1,35	1,31	1,61	1,61	1,20
Después de la intervención	Media	2,68	2,75	2,66	2,45	2,72
	DE ^a	1,28	1,31	1,50	1,54	1,26
Valor de p ^b		0,035	0,053	<0,005	<0,005	<0,005

a Desviación estándar

b Para la diferencia entre las puntuaciones antes y después de la intervención

Tabla 4. Resultados de la intervención sobre el impacto emocional percibido frente a la violencia ocupacional por estamentos profesionales. Trabajadores de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (n=143), Cataluña, 2010.

	Médicos n=24				Enfermeros n=83				Administrativos n=36			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	Media	IC95% ^a	Media	IC95% ^a	Media	IC95% ^a	Media	IC95% ^a	Media	IC95% ^a	Media	IC95% ^a
Miedo	2,17	1,64-2,70	2,64	2,13-3,14	2,53	2,25-2,80	2,66	2,38-2,94	2,78	2,35-3,19	2,75	2,32-3,17
Tristeza	3,00	2,46-3,53	2,60	2,08-3,11	2,77	2,48-3,05	2,62	2,34-2,91	2,97	2,54-3,40	3,13	2,70-3,56
Rabia	3,26	2,65-3,87	2,68	2,09-3,26	3,08	2,76-3,40	2,51	2,19-2,83	3,30	2,81-3,79	3,00	2,51-3,48
Ansiedad	3,60	3,0-4,21	2,52	1,93-3,1	3,25	2,93-3,57	2,26	1,94-2,58	3,36	2,87-3,84	2,83	2,34-3,31
Tranquilidad	2,00	1,50-2,49	2,60	2,12-3,07	1,85	1,59-2,11	2,66	2,40-2,92	1,97	1,57-2,36	2,97	2,57-3,36

a Intervalo de confianza al 95%

Tabla 5. Resultados de la intervención sobre el impacto emocional percibido frente a la violencia ocupacional por ámbito de asistencia. Trabajadores de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (n=143), Cataluña, 2010.

	Asistencia Hospitalaria (n=77)				Asistencia Primaria (n=24)				Asistencia Sociosanitaria (n=42)			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	Media	IC95% ^a	Media	IC95% ^a	Media	IC95% ^a	Media	IC95% ^a	Media	IC95% ^a	Media	IC95% ^a
Miedo	2,64	2,36-2,92	2,60	2,32-2,88	3,20	2,70-3,71	2,45	1,95-2,96	1,95	1,57-2,33	2,95	2,57-3,33
Tristeza	2,88	2,58-3,17	2,61	2,32-2,90	2,66	2,13-3,19	2,62	2,09-3,15	2,92	2,53-3,32	3,07	2,67-3,47
Rabia	3,03	2,96-3,63	2,65	2,32-2,98	3,37	2,77-3,97	2,70	2,11-3,30	2,81	2,35-3,26	2,66	2,21-3,11
Ansiedad	3,31	2,98-3,65	2,44	2,11-2,77	3,83	3,23-4,42	2,37	1,78-2,96	3,09	2,64-3,54	2,50	2,05-2,94
Tranquilidad	2,07	1,80-2,34	2,65	2,38-2,92	1,70	1,22-2,18	2,87	2,39-3,35	1,71	1,35-2,07	2,78	2,42-3,14

a Intervalo de confianza al 95%