

DOCUMENTO MARCO

# La violencia en la relación clínica en Fisioterapia en España

Análisis descriptivo  
de la violencia sexual, física  
y psicológica y/o verbal





## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	6
<b>ABREVIATURAS</b> .....	7
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>OBJETIVOS</b> .....	11
<b>METODOLOGÍA</b> .....	12
<b>RESULTADOS</b> .....	13
<b>ANÁLISIS DESCRIPTIVO: UNA APROXIMACIÓN A LOS PERFILES Y TIPOS DE VIOLENCIA</b> .....	13
CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA .....	13
CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA EXPUESTA EN EL ÚLTIMO AÑO .....	16
<b>VIOLENCIA SEXUAL</b> .....	20
A lo largo de la carrera .....	20
Últimos 12 meses .....	21
Relevancia de la violencia sexual .....	21
Prevalencia.....	21
Tipos de violencia sexual.....	21
Frecuencia.....	23
Características de la persona agresora.....	23
Características de la víctima de violencia sexual.....	24
Respuestas ante la violencia sexual .....	24
Motivos para no notificar/denunciar .....	25
Consecuencias para la persona agresora .....	26
Consecuencias para la víctima .....	26
<b>VIOLENCIA FÍSICA</b> .....	27
A lo largo de la carrera .....	27
Últimos 12 meses.....	27
Relevancia de la violencia física .....	27
Prevalencia.....	27
Tipos de violencia física .....	28
Frecuencia.....	28
Características de la persona agresora.....	28
Características de la víctima de violencia física.....	30
Respuestas ante la violencia física .....	30
Consecuencias para la persona agresora .....	31
Consecuencias para la víctima .....	31
<b>VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y/O VERBAL</b> .....	32
A lo largo de la carrera .....	32
Últimos 12 meses.....	32
Relevancia de la violencia verbal y/o psicológica.....	32
Prevalencia.....	32
Tipos de violencia verbal y/o psicológica.....	32
Frecuencia.....	33

Características de la persona agresora.....	33
Características de la víctima de violencia psicológica y/o verbal .....	34
Respuestas ante la violencia psicológica.....	35
Consecuencias para la persona agresora .....	36
Consecuencias para la víctima .....	36
VIOLENCIA GENERAL .....	37
A lo largo de la carrera .....	37
Últimos 12 meses.....	37
COMPARATIVA RESUMEN ENTRE TIPOS DE VIOLENCIA .....	37
<b>ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS COMENTARIOS .....</b>	<b>42</b>
TIPO DE VIOLENCIA .....	42
Sexual.....	42
Psicológica.....	43
Física.....	44
Violencia interna.....	45
CARACTERÍSTICAS/DESCRIPCIÓN DE LAS PARTES IMPLICADAS Y ESCENARIO.....	45
Características de la parte agresora .....	45
Características de la parte agredida.....	47
Características del escenario.....	48
MANEJO Y CONSECUENCIAS .....	50
Estrategias informales.....	50
Estrategias formales.....	51
Consecuencias.....	52
PERCEPCIÓN .....	53
Causas .....	53
Soluciones .....	55
ANOTACIONES ACERCA DE LA VIOLENCIA INTERNA.....	56
<b>LIMITACIONES .....</b>	<b>57</b>
<b>RECOMENDACIONES PARA FUTURAS ACTUALIZACIONES DE ESTE TRABAJO .....</b>	<b>58</b>
<b>PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN .....</b>	<b>59</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>66</b>

## AUTORÍA

**Tania Boo Mallo**, fisioterapeuta graduada por la Universidade de Vigo, con un Máster en Fisioterapia avanzada en el tratamiento del Dolor, por la Universidad Autónoma de Madrid y doctoranda inscrita en el Programa de Doctorado en Salud, discapacidad, dependencia y bienestar de la Universidade da Coruña (UDC).

**Alicia Martínez Rodríguez**, Doctora en Fisioterapia por la UDC, Profesora Titular en la Facultad de Fisioterapia de la UDC y miembro del Grupo de Investigación en Intervención Psicosocial y Rehabilitación Funcional, Departamento de Fisioterapia, Medicina y Ciencias Biomédicas.

**Antía Domínguez Rodríguez**, Doctora en Demografía, Profesora Contratada Interina de sustitución en el Departamento de Sociología y Ciencias de la Comunicación de la UDC y miembro del Equipo de Investigación Sociedades en Movimiento (ESOMI).

**Antía Pérez Caramés**, Doctora en Sociología, Profesora en la Facultad de Sociología y Ciencias de la Comunicación de la UDC y miembro del Equipo de Investigación Sociedades en Movimiento (ESOMI).

Tania Boo y Alicia Martínez han sido las personas que han iniciado el proyecto desde la idea original y su conceptualización. Llevaron a cabo el diseño de la herramienta empleada y su posterior validación e igualmente recabaron los datos y analizaron los resultados plasmados en este documento, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. Finalmente, se han encargado de redactar la versión original del manuscrito, de su edición y de aprobar la versión final.

Antía Domínguez Rodríguez ha colaborado en la parte metodológica del estudio, de manera relevante, en el análisis cuantitativo de los resultados, ha proporcionado retroalimentación sobre el manuscrito y ha aprobado el documento final.

Antía Pérez Caramés ha colaborado en el diseño de la encuesta, ha actuado en la confirmabilidad del análisis cualitativo, ha proporcionado retroalimentación sobre el manuscrito y ha aprobado el documento final.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos hacer constar un agradecimiento muy especial a Alejandro Quintela del Río, compañero matemático que participó en el diseño del estudio y en sus inicios, pero que, desgraciadamente nos dejó antes de poder finalizar este trabajo. Por su dedicación, profesionalidad y amistad, no queremos dejar pasar la oportunidad de manifestar nuestro más sincero y cariñoso recuerdo a su persona.

También requieren una mención destacada las personas implicadas tanto en el grupo de validación del cuestionario, como aquellas que han participado en la prueba de la herramienta creada para el desarrollo de este trabajo.

Por último, agradecer a todas aquellas personas que han dedicado su tiempo a cumplimentar la encuesta para poder obtener la visión de la realidad de la violencia trabajando como fisioterapeuta en España, especialmente en unos momentos duros en mitad de una pandemia.

## ABREVIATURAS

CGCFE: Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España

CoFiGa: Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia

DE: Desviación estándar

OMS: Organización Mundial de la Salud

rrss: redes sociales

SNS: Sistema Nacional de Salud

UDC: Universidade da Coruña

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Por su parte la Organización Internacional del Trabajo entiende la violencia como “cualquier tipo de comportamiento agresivo o insultante susceptible de causar un daño o molestias físicas o psicológicas a sus víctimas, ya sean estos objetivos intencionados o testigos inocentes involucrados de forma no personal o accidental en los incidentes”. Por ello, podemos distinguir dos vertientes, violencia física (agresión física sobre el trabajador o causar daños en propiedades de la organización o del personal) y violencia psicológica (intimidación, amenazas, conductas de violencia psicológica susceptibles de causar daño psicológico y moral, etc.)[1].

Si nos centramos en la violencia psicológica sabemos que se han acuñado multitud de términos, tales como: *mobbing*, maltrato psicológico, intimidación, acoso moral, hostigamiento psicológico.

No obstante, en líneas generales distinguiremos:

– Acoso discriminatorio. La Ley 62/2003 de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden social[2], define el acoso como “toda conducta no deseada relacionada con el origen racial o étnico, la religión o las convicciones, la discapacidad, la edad o la orientación sexual de una persona, que tenga como objetivo o consecuencia atentar contra su dignidad y crear un ambiente intimidatorio, humillante u ofensivo”.

– Acoso laboral. La Nota técnica de prevención 854[3] define el acoso psicológico como la “exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente aquella/s desde una posición de poder (que no tiene por qué ser jerárquica). Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud”.

De manera específica, se ha disgregado un tipo de violencia que puede ser tanto de carácter físico como psicológico, pero que tiene un carácter específico y diferenciable, que es la violencia sexual. La violencia sexual supone un fenómeno global, no sólo en el sentido geográfico sino también en términos de edad y sexo[4]. De acuerdo con la OMS, la violencia sexual, cubre un amplio rango de comportamientos. Se define como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. La violencia sexual, por tanto, incluye el falso consentimiento para la actividad sexual de cualquier tipo, bien sea por amenaza de agresión física, retirada de beneficios laborales, presión psicológica o chantaje [4]. Es por ello, que dentro de la violencia sexual se incluyen el acoso sexual y el abuso o agresión sexual[5]. La Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres[6] define el acoso sexual en el artículo 7 como “cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo”. En el Título II se recoge en el artículo 14 (Apartado 5) que “serán criterios generales de actuación de Poderes Públicos ( ) la adopción de medidas necesarias para la erradicación de la violencia de género (...) y todas las formas de acoso sexual “. Por su parte, el Real Decreto Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación[7], incorpora la prevención del acoso sexual y por razón de sexo entre las medidas a adoptar. La Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual[8], se dirige a la erradicación de todas las violencias sexuales y contempla la sensibilización e investigación de la violencia sexual en cualquier ámbito como aspectos a fortalecer.

Según lo recogido en el artículo 48 de la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad efectiva de hombres y mujeres[6], y refrendado por la Ley Orgánica 10/2022[8], se establece la obligación en la empresa de establecer las medidas oportunas para la prevención del acoso sexual laboral, así como de poner a disposición los cauces adecuados para que las personas afectadas puedan efectuar las pertinentes denuncias o reclamaciones. La Ley Orgánica 10/2022[8], modifica el artículo 48, entre otros, de la citada Ley Orgánica 3/2007[6] y establece como medidas negociadas la elaboración y difusión de códigos de buenas prácticas, la realización de campañas informativas o acciones de formación. Incluye, así mismo, en su ámbito de acción, de modo específico, las conductas que atentan contra la libertad sexual en el ámbito digital. Además, la Ley Orgánica 10/2022[8] establece la realización de la valoración de los riesgos por parte de la empresa y la información a sus trabajadores/as, e incorpora un distintivo de reconocimiento a las empresas que adecúen su estructura y financiamiento a lo dispuesto en la ley.

### **Violencia en el ámbito sanitario. Situación en España.**

Tal y como informan los datos del Sistema Nacional de Salud (SNS) se ha encontrado una tasa algo superior en el año 2018 con respecto al año anterior, de 17,17 agresiones por cada 1000 profesionales de la salud. Esto incluye tanto agresiones físicas como no físicas, aunque no específicamente de tipo sexual. En el 75% de los casos, la persona agredida ha sido una mujer, situación que tiende a equilibrarse con el porcentaje de trabajadoras mujeres con respecto a los hombres. La mayoría de las agresiones notificadas no son físicas, sino de tipo verbal como amenazas o insultos (en 2018 se notificó una agresión física por cada 4,4 agresiones no físicas). El perfil de la persona agresora resultó ser en un 69% el propio usuario o paciente, mientras que el 31% restante pertenece a la categoría de familiares y acompañantes. Señalar, también, que los datos muestran que un 60% de los agresores fueron hombres y un 11% reincidentes[9].

Una reciente revisión sistemática[10], realizada en el territorio español en profesionales sanitarios sobre violencia, encontró que, en los estudios analizados, las agresiones verbales fueron las que más se produjeron, aunque también se detectaron estudios con altos porcentajes de violencia física.

En el área de la enfermería se ha observado que un 54% de las personas que trabajan en esta especialidad se han visto sometidas a violencia no física, siendo España el que presenta la tasa más baja (34%) en comparación con países europeos como Polonia o Turquía. En cuanto a la violencia física la ha experimentado un 20% y un 15% ha padecido ambas [11].

Al observar la prevalencia a nivel mundial del acoso sexual a enfermeras, el dato oscila ampliamente entre el 10% y el 87,3% [12], lo que da una idea de la gran diferencia existente entre países en la presencia del problema, las diferentes metodologías empleadas en la recogida de la información o la variabilidad cultural en cuanto al reconocimiento de la violencia. Una forma de caracterizar determinados componentes de la violencia sexual es mediante el comportamiento sexual inadecuado, que ha sido definido como “cualquier acto físico o verbal de naturaleza sexual explícita o percibida, que resulta inaceptable en contexto social en el que se lleva a cabo”[13].

### **Ámbito de la Fisioterapia**

Los estudios realizados específicamente en el área de Fisioterapia revelan que más de dos tercios fisioterapeutas ha sufrido alguna agresión [14–16], con una clara mayoría de los actos violentos de tipo verbal y un menor porcentaje de violencia física, de un 8%[16] a un 17% [14].

En cuanto a la violencia sexual, se incluyen multitud de comportamientos que pueden presentarse en forma de agresión verbal, no verbal, visual, física o psicológica [17]. Por otra parte, y siguiendo estudios anteriores en esta materia, los actos pueden graduarse según su gravedad en tres categorías: leve (incluye: miradas lascivas, bromas/ comentarios sugerentes u ofensivos, invitaciones no deseadas comentarios sobre la apariencia o actividad sexual) moderada (comentarios sobre la vida sexual del terapeuta, contactos medianamente inapropiados, proposiciones

sexuales, comentarios claramente sexuales) y severa (exposición sexual deliberada, caricias/tocamientos/besos por la fuerza, intento de mantener relaciones sexuales, violación)[18].

Los pocos estudios realizados provienen de Estados Unidos[19,20], Canadá[18], Australia[21] y Sudáfrica[22] y muestran una prevalencia a lo largo de la carrera profesional de las y los fisioterapeutas de entre un 81% y un 86%[18–22].

A nivel nacional, en el año 2018 se inició el movimiento #MeeTooFisio que supuso la visualización de los testimonios de una gran cantidad de fisioterapeutas víctimas de acoso. Recogiendo el testimonio de dos fisioterapeutas españolas, el Colegio de Fisioterapeutas de Galicia (CoFiGa) creó un alojamiento para los testimonios y generó una línea de visibilización y concienciación mediante la campaña «Neste conto só cabe un final: Respecta o meu traballo» (“En este cuento sólo cabe un final: Respeta mi trabajo”). Mediante un cuestionario con el que obtuvieron 174 respuestas, se generó un primer esbozo de la situación: el 71.2% de las personas que contestaron afirmaron haber sufrido alguna situación de acoso sexual, abuso o discriminación en el ejercicio de su profesión, entre las que se incluyeron agresiones verbales (27%), amenazas (19.5%), agresiones físicas (2,3%) y otra tipología no especificada (44.8%). El propio CoFiGa indica que esto constituye un punto de arranque para acometer un estudio en profundidad sobre la problemática en el sector tal y como recoge el periódico institucional de la Asociación Española de Fisioterapeutas, que se hizo eco de la noticia. Siguiendo esta iniciativa, el Observatorio de género del Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña realizó una encuesta en 2019 dirigida a profesionales y estudiantes que obtuvo 114 respuestas y una prevalencia de violencia sexual en algún momento de su vida profesional del 57,3%, perpetrada por pacientes en su inmensa mayoría [23].

## OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es el de conocer la violencia que sufren los y las fisioterapeutas en el marco de la relación clínica en España.

Los objetivos específicos son:

- Identificar la exposición a los distintos tipos de violencia: física, psicológica y de carácter sexual por parte de pacientes, acompañantes o familiares a lo largo de la trayectoria laboral y en los 12 meses previos.
- Determinar específicamente qué comportamientos dentro de las violencias han sido los más frecuentes en los 12 meses previos.
- Identificar la importancia que supone cada uno de los tipos de violencia para las y los fisioterapeutas.
- Conocer la formación sobre violencia en el contexto laboral de los y las fisioterapeutas.
- Determinar el perfil más común de persona que agrede en relación al rol en la relación clínica (paciente o acompañante familiar), sexo, edad y presencia de problemas cognitivo-conductuales.
- Determinar el perfil más frecuente de víctima según características sociodemográficas y laborales (sexo, edad, experiencia, ámbito laboral y características del puesto de trabajo).
- Identificar qué estrategias se han utilizado con mayor frecuencia en los diferentes tipos de violencia en los últimos 12 meses.
- Conocer el motivo de la ausencia de petición de ayuda formal ante los diferentes sucesos de violencia sexual, física y psicológica y/o verbal, en los 12 meses previos.
- Identificar las consecuencias de las violencias sufridas en los 12 meses previos, sobre la salud de los/las fisioterapeutas afectados/as, así como en términos laborales.
- Describir la percepción y experiencia de violencia de las y los fisioterapeutas en el ejercicio de su actividad clínica.

## METODOLOGÍA

Con este trabajo se persigue identificar la exposición de las y los fisioterapeutas en ejercicio en España, tanto a lo largo de su vida como en los últimos 12 meses, a los distintos tipos de violencia: física, psicológica y de carácter sexual por parte de pacientes, acompañantes o familiares y conocer las estrategias empleadas en su afrontamiento. Así mismo, se pretende conocer la importancia percibida de cada tipo de violencia para las y los fisioterapeutas, la formación de que disponen al respecto, las consecuencias percibidas en su salud y en su actividad laboral, así como las características que se relacionan con el hecho de haber sufrido violencia y con el hecho de ejercerla.

Este trabajo parte de un proyecto denominado “Violencia hacia profesionales de la Fisioterapia en España. Un estudio observacional” ha sido aprobado por el Comité de ética de la *Universidad da Coruña* (UDC) en marzo de 2021 con el número de expediente 2021-005-2. La fase de recolección de datos se ha desarrollado desde el 10 enero al 14 de marzo de 2022 en todo el territorio nacional. Se ha podido trasladar a los y las fisioterapeutas en activo a partir del auspicio del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) y la colaboración para el envío o publicitación realizado por los Colegios Profesionales de Fisioterapeutas de cada Comunidad Autónoma. Se incluyó, a efectos del análisis, a cualquier fisioterapeuta colegiado/a con experiencia clínica, pues de no cumplir con este requisito, no se podía continuar con la encuesta.

La herramienta empleada fue diseñada ad-hoc por el equipo investigador y elaborada a partir de cuestionarios pre-existentes de violencia hacia profesionales de enfermería o fisioterapia, así como de encuestas de violencia sexual en población general en España. Se modificaron preguntas, se añadieron nuevas cuestiones y opciones de respuesta y sufrió un proceso de análisis y depuración mediante el método Delphi modificado, protagonizado por personas relevantes en el ámbito de la violencia en Fisioterapia. Consecutivamente, fue testada en un estudio piloto por una selección de fisioterapeutas de diferentes ámbitos de actuación clínica. Por último, se preparó la versión definitiva en Microsoft Forms®, ya que era el medio solicitado por el Comité ético para garantizar la confidencialidad de los datos, al mantener la empresa un convenio con la UDC que garantiza el anonimato de la información obtenida y su no utilización para otros fines. Básicamente, la encuesta final se compuso de un cuerpo, con preguntas de respuesta cerrada, aunque para caracterizar los comportamientos concretos de violencia física y psicológica o verbal, se empleó una pregunta de respuesta abierta a fin de aprehender todas las posibilidades. La última parte, en cambio, fue exclusivamente de carácter cualitativo con una pregunta de respuesta abierta, en la que se pedía verter sin ningún condicionamiento cualquier comentario con relación al problema de estudio, la violencia sufrida como fisioterapeutas en ejercicio. Finalmente, en las fechas indicadas fue distribuida vía correo electrónico por los distintos colegios profesionales pertenecientes al CGCFE a sus correspondientes colegiados/as. Para evitar la difusión del enlace en otros canales externos al ámbito del ejercicio profesional nacional de la fisioterapia, éste sólo fue incluido en los mails privados o bajo contraseña en las webs institucionales. Una descripción pormenorizada del desarrollo metodológico puede encontrarse en: Boo-Mallo et al.2023 [24].

Hay que recalcar que todos los datos recogidos son anónimos y, aunque se posibilitó la opción de eliminarlos en el período de tiempo estipulado, ninguna persona ejerció esa posibilidad. Es importante también reseñar que, en los casos de las respuestas abiertas, en las que se permitió comentar cualquier experiencia libremente, se explicó que se haría una revisión para, en caso de aparecer algún dato que pueda permitir la identificación de alguna persona, proceder a su eliminación, y así se ha procedido.

Los datos obtenidos a partir del cuestionario, sometidos a un proceso de depurado a fin de imposibilitar la identificación de las personas que han respondido, se encuentran en acceso libre desde el 31 de marzo de 2025 en Zenodo, en <https://doi.org/10.5281/zenodo.10599701>.

## RESULTADOS

### ANÁLISIS DESCRIPTIVO: UNA APROXIMACIÓN A LOS PERFILES Y TIPOS DE VIOLENCIA

De las 3.042 respuestas obtenidas, se eliminaron un total de 100 por no aceptar el consentimiento informado o no haber tratado pacientes de forma directa y 3 más debido a la falta de coherencia (entre la respuesta ligada al tiempo trabajado en total y en el último año). De esta forma, se tuvo acceso a un total de 2.939 cuestionarios.

Debido a la incongruencia en la relación edad/experiencia clínica y habiendo detectado posibilidad de error en ésta última pregunta, por la inclusión de decimales en la aplicación que no eran correctamente incorporados en la tabla de resultados, se eliminaron los datos de la variable experiencia clínica cuando no había transcurrido un mínimo de 18 años (posible inicio del contacto clínico durante la formación). Esto sucedió en un total de 18 cuestionarios.

#### CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

A continuación, se muestra la tabla 1 con las características de la muestra al completo. En general, eran mujeres (72,8%), heterosexuales (87,7%) y trabajaban en municipios >10.000 habitantes (82,1%).

Su edad media fue de 37,32 años (DE 8,48; mínimo de 23 y máxima de 77) y la experiencia laboral media se ha situado en los 12,74 años (DE 8,03). Encontrando el mínimo de experiencia laboral en atención directa a pacientes en 0,08 años (1 mes) y el máximo en 49 años. La figura 1 muestra la distribución por edad de los grupos.

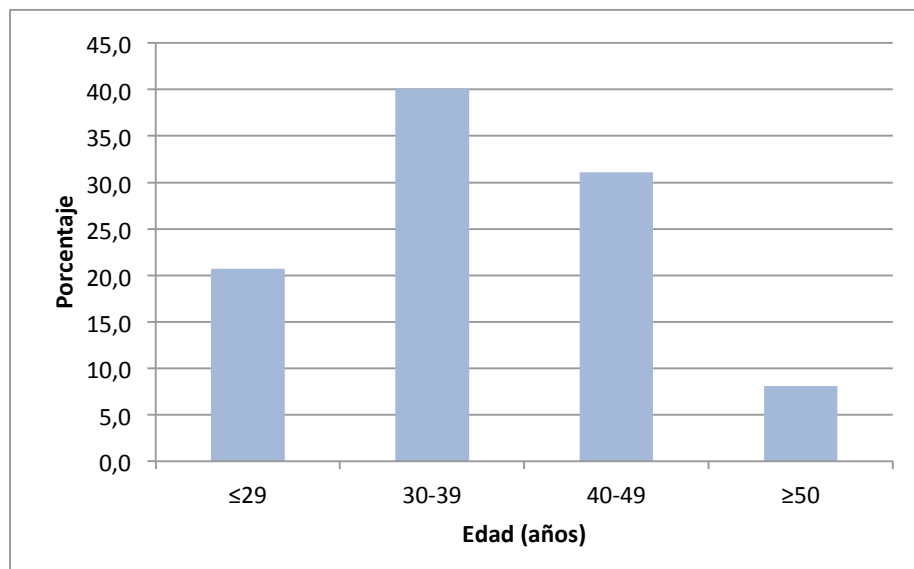


Figura 1: Distribución por grupos de edad.

A nivel laboral, los/las profesionales trabajaban a jornada completa (el 78,8%), en el ámbito privado (76,0%), concretamente en clínicas privadas (51,5%) y en el área traumatológica/deportiva/reumatológica (59,5%). El perfil de acceso del paciente fue de pago directo por sesión en el 51,2% de los casos.

Únicamente el 12,8% de los/las encuestados/as manifiesta tener formación en violencia laboral y, a pesar de que un 19,3% conoce la existencia de procedimientos de notificación de violencia en su empresa, sólo un 13,1% de la población encuestada sabe utilizarlos (se corresponde con el 68,1% de los que conocen la existencia de dichos procedimientos).

Tabla 1: Características de la muestra

Características	Número de respuestas	% de respuesta
<b>Comunidad Autónoma</b>		
Andalucía	90	3,1
Aragón	196	6,7
Asturias	130	4,4
Baleares	64	2,2
Canarias	249	8,5
Cantabria	50	1,7
Castilla y León	211	7,2
Castilla La Mancha	143	4,9
Cataluña	242	8,2
Comunidad Valenciana	196	6,7
Extremadura	106	3,6
Galicia	465	15,8
La Rioja	16	0,5
Madrid	243	8,3
Murcia	143	4,9
Navarra	149	5,1
País Vasco	246	8,4
<b>Tamaño del municipio*</b>		
>10,000	2.413	82,1
≤10,000	515	17,5
<b>Sexo</b>		
Mujer	2.141	72,8
Hombre	792	26,9
Otro	6	0,2
<b>Orientación sexual</b>		
Heterosexual	2.577	87,7
LGBQ+	188	6,4
No deseo contestar	174	5,9
<b>Edad</b>		
≤29	607	20,7
30-39	1.180	40,1
40-49	914	31,1
≥50	238	8,1
<b>Años de práctica laboral en atención directa a pacientes**</b>		
0-5	691	23,5
6-10	572	19,5
11-15	595	20,2
≥16	1.063	36,2
<b>Jornada laboral</b>		
Tiempo completo	2.316	78,8

Características	Número de respuestas	% de respuesta
<b>Jornada laboral</b>		
Tiempo parcial	623	21,2
<b>Propiedad del centro</b>		
Público	705	24,0
Privado	2.234	76,0
<b>Perfil de acceso del paciente</b>		
Sin pago directo por sesión	1.215	41,3
Pago directo por sesión	1.506	51,2
Seguro privado	218	7,4
<b>Instalación o institución</b>		
Centro en régimen internamiento	347	11,8
Centro en régimen ambulatorio	559	19,0
Centro de atención primaria	193	6,6
Gabinete o consultorio privado	1.515	51,5
Asociaciones de pacientes	71	2,4
Domicilio del/de la paciente	94	3,2
Institución académica o investigadora	6	0,2
Centro escolar (y/o educación especial)	64	2,2
Otro	90	3,1
<b>Área laboral</b>		
Cardio/respiratoria	43	1,5
Traumatológica/deportiva/reumatológica	1.749	59,5
Uroginecológica	74	2,5
Neurológica	213	7,2
Pediátrica	126	4,3
Geriátrica	208	7,1
Oncológica	7	0,2
Estética	1	0,0
Otras o múltiple	518	17,6
<b>Tratamiento en áreas privadas</b>		
Igual en ambos lados	671	22,8
Más en áreas abiertas /gimnasio	650	22,1
Más en áreas privadas(cabina/habitación)	1.618	55,1
<b>Trabajo en solitario</b>		
Sí	1.824	62,1
No	1.115	37,9
<b>Trabajo con pacientes con problemas que afecten al juicio o control de impulsos o memoria</b>		
Sí	1.448	49,3
No	1.491	50,7

\*Pregunta de no obligada respuesta

\*\*Pregunta con valores perdidos (porcentaje sobre el total)

Nota: los porcentajes pueden no ser iguales a 100 debido al redondeo

En la población completa también se ha estudiado la percepción de los/las profesionales sobre la influencia de la pandemia mundial de COVID-19. En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos.

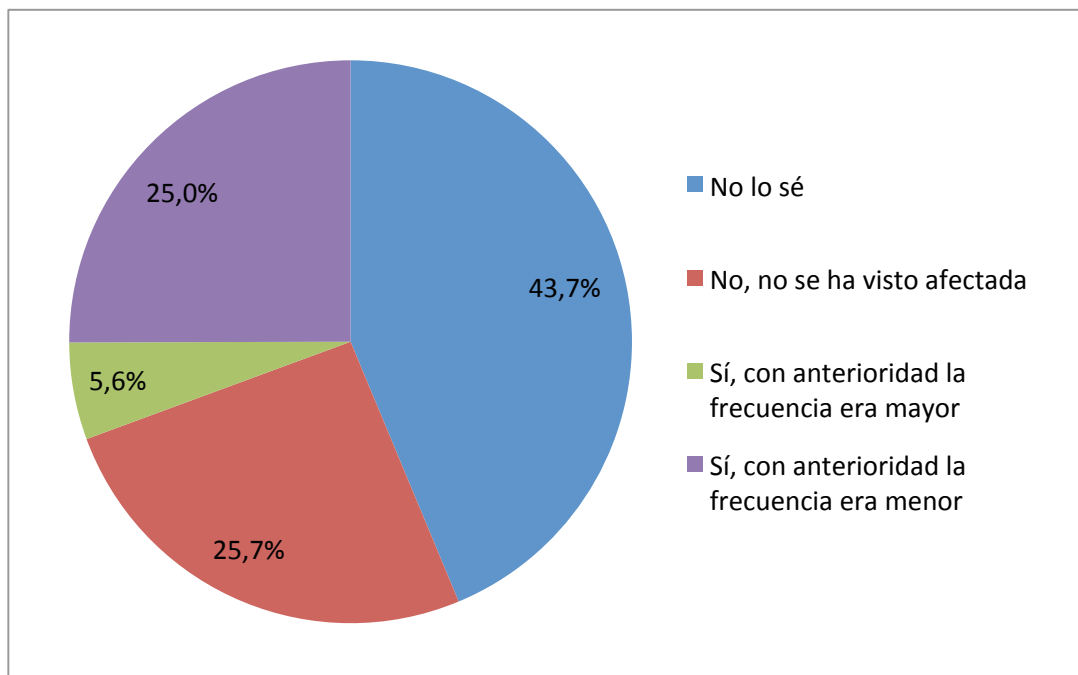


Figura 2: Percepción de los/las encuestados/as sobre la influencia de la violencia por la COVID-19.

Se ha preguntado por la necesidad de otra persona de apoyo para aportar seguridad, algo que ha sido utilizado por un 8,0%, de los cuales, un 49,8% han solicitado la presencia de mujeres y un 50,2% de hombres. No obstante, cabe señalar que el 81,3% de las personas que han necesitado esa ayuda son mujeres.

### CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA EXPUESTA EN EL ÚLTIMO AÑO

Se recoge en este subgrupo, las personas que han estado expuestas al menos tres de los últimos doce meses, con lo que se espera que sus respuestas estén menos sujetas al factor olvido.

La edad media de los/las respondientes fue de 37,28 (DE 8,34) siendo 23 la edad mínima y 74 la máxima. En cuanto a la experiencia laboral, la media fue de 12,77 años (DE 7,94) siendo 0,25 años la mínima (3 meses) y 49 años máxima.

Este grupo de personas también ha sido encuestado sobre la satisfacción laboral, obteniendo un valor medio de 7,26 (DE 1,91) en una escala de 0 (extremadamente insatisfecho) a 10 (extremadamente satisfecho).

De forma similar a la muestra completa en el caso de los/las encuestados que han trabajado al menos 3 de los últimos 12 meses, el 82,0% trabaja en un municipio de >10.000 habitantes, el 72,6% son mujeres y 87,7% heterosexuales. En su mayoría trabajaron a tiempo completo (78,7%), en entidades privadas (76,3%), especialmente en gabinetes o consultorios privados (52,1%) centrandose su atención en cabinas o áreas privadas (55,7%) y siendo el área traumatológica/deportiva/reumatológica la más extendida (59,4%). En la tabla 2 se recogen las diferentes opciones de respuesta con su frecuencia y porcentaje.

Tabla 2: Características de la población que ha trabajado al menos 3 de los últimos 12 meses

Características	Número de respuestas	% de respuestas
<b>Comunidad Autónoma</b>		
Andalucía	85	3,0
Aragón	192	6,7
Asturias	129	4,5
Baleares	61	2,1
Canarias	235	8,3
Cantabria	50	1,8
Castilla y León	206	7,2
Castilla La Mancha	139	4,9
Cataluña	238	8,4
Comunidad Valenciana	192	6,7
Extremadura	103	3,6
Galicia	449	15,8
La Rioja	16	0,6
Madrid	234	8,2
Murcia	139	4,9
Navarra	142	5,0
País Vasco	238	8,4
<b>Tamaño del municipio*</b>		
>10,000	2.335	82,0
≤10,000	504	17,7
<b>Sexo</b>		
Mujer	2.068	72,6
Hombre	774	27,2
Otro	6	0,2
<b>Orientación sexual</b>		
Heterosexual	2.499	87,7
LGBQ+	178	6,2
No deseo contestar	171	6,0
<b>Edad</b>		
≤29	585	20,5
30-39	1.149	40,3
40-49	889	31,2
≥50	225	7,9
<b>Años de experiencia en atención directa a pacientes**</b>		
0-5	660	23,2
6-10	559	19,6
11-15	576	20,2
≥16	1.036	36,4
<b>Jornada</b>		
Tiempo completo	2.242	78,7
Tiempo parcial	606	21,3

Características	Número de respuestas	% de respuestas
<b>Propiedad del centro</b>		
Público	674	23,7
Privado	2.174	76,3
<b>Perfil de acceso del paciente</b>		
Sin pago directo por sesión	1.161	40,8
Pago directo por sesión	1.478	51,9
Seguro privado	209	7,3
<b>Instalación o institución</b>		
Centro en régimen internamiento	330	11,6
Centro en régimen ambulatorio	533	18,7
Centro de atención primaria	186	6,5
Gabinete o consultorio privado	1.485	52,1
Asociaciones de pacientes	69	2,4
Domicilio del/de la paciente	91	3,2
Institución académica o investigadora	6	0,2
Centro escolar (y/o educación especial)	62	2,2
Otro	86	3,0
<b>Área laboral</b>		
Cardio/respiratoria	42	1,5
Traumatológica/deportiva/ reumatológica	1.693	59,4
Uroginecológica	74	2,6
Neurológica	206	7,2
Pediátrica	125	4,4
Geriátrica	201	7,1
Oncológica	7	0,2
Estética	1	0,0
Otras o múltiple	499	17,5
<b>Tratamiento en áreas privadas</b>		
Igual en ambos lados	642	22,5
Más en áreas abiertas /gimnasio	620	21,8
Más en áreas privadas(cabina/ habitación)	1.586	55,7
<b>Trabajo en solitario</b>		
Sí	1.789	62,8
No (presencia de compañeros/as/ pacientes/familiares)	1.059	37,2
<b>Trabajo con un compañero/a (por seguridad)</b>		
Sí	214	7,5
No	2.634	92,5
<b>Trabajo con pacientes con problemas que afecten al juicio o control de impulsos o memoria</b>		
Sí	1.421	49,9
No	1.427	50,1

Características	Número de respuestas	% de respuestas
<b>Influencia sobre las decisiones en tu trabajo</b>		
Sí	2.277	80,0
No	571	20,0
<b>Buena relación con compañeros(as)/superiores</b>		
Sólo compañeros/as	347	12,2
Sólo superiores	26	0,9
Ambos	1.967	69,1
No	108	3,8
<b>Trabajo en solitario</b>		
	400	14,0
<b>Estado de salud (último mes)</b>		
Muy malo	19	0,7
Malo	91	3,2
Regular	683	24,0
Bueno	1.528	53,7
Muy bueno	527	18,5
<b>Insomnio/Falta de sueño/Fatiga permanente</b>		
Sí	1.059	37,2
No	1.789	62,8
<b>Cambios de ánimo/Irritabilidad</b>		
Sí	1.015	35,6
No	1.833	64,4
<b>Ansiedad o angustia</b>		
Sí	922	32,4
No	1.926	67,6
<b>Tristeza/Ganas de llorar sin motivo</b>		
Sí	500	17,6
No	2.348	82,4
<b>Tranquilizantes/Antidepresivos/ Analgésicos</b>		
Sí, pero ya los consumía previamente	135	4,7
Sí, he aumentado /iniciado su consumo	225	7,9
No	2.488	87,4
<b>Alcohol/Tabaco</b>		
Sí, pero ya los consumía previamente	633	22,2
Sí, he aumentado /iniciado su consumo	129	4,5
No	2.086	73,2
<b>Otras drogas</b>		
Sí, pero ya los consumía previamente	49	1,7
Sí, he aumentado /iniciado su consumo	17	0,6
No	2.782	97,7

\*Pregunta de no obligada respuesta

\*\*Pregunta con valores perdidos (porcentaje sobre el total)

Nota: los porcentajes pueden no ser iguales a 100 debido al redondeo

Un 7,5% ha tenido la necesidad de que otra persona estuviera presente (por seguridad), siendo el acompañante un hombre en el 51,4% y una mujer en el 48,6%. El sexo de las personas que necesitaron apoyo es femenino en el 80,8% de los casos.

## VIOLENCIA SEXUAL

### A lo largo de la carrera

Analizando globalmente la relevancia de la violencia sexual encontramos que la media se sitúa en los 6,56 puntos (DE 3,02). En una escala en la que el 0 es el mínimo y se describió como “nada importante” y 10 supone el máximo y se identificó como “extremadamente importante”.

La prevalencia a lo largo de la carrera es del 47,9%. La figura 3 recoge los tipos de violencia sexual descritos en este estudio por orden decreciente, los porcentajes se refieren al porcentaje de personas que refieren haber padecido violencia sexual en algún momento de su carrera.

Los actos más prevalentes han sido miradas, cumplidos o comentarios sobre su cuerpo o apariencia física (87,8%), bromas de carácter sexual o fantasía sexual (con el /la fisioterapeuta) (68,7%), solicitud de cita(s) (62,5%), así como la búsqueda de contacto físico innecesario (59,9%).

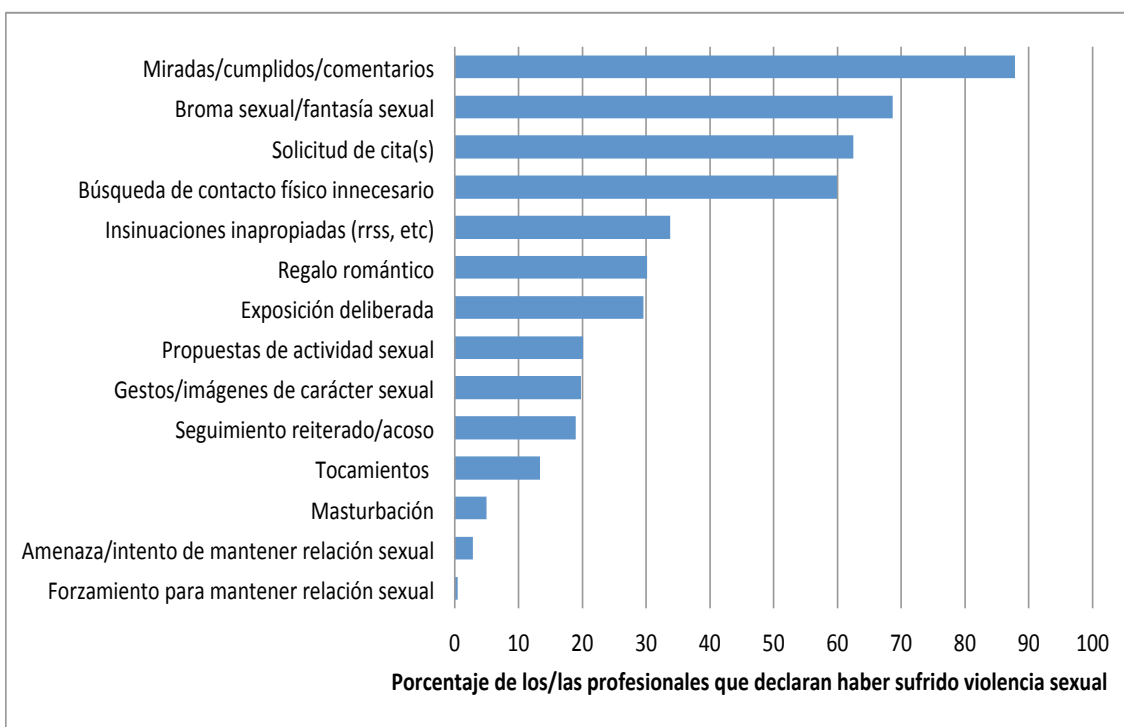


Figura 3: Actos de violencia sexual experimentados. Abreviaturas: redes sociales (rrss).

Si analizamos la cantidad de actos distintos experimentados por los y las profesionales de la Fisioterapia, se observa que el mayor porcentaje de ellos/as han experimentado 4 actos distintos de violencia sexual de los anteriormente expuestos. La media del número de actos sufridos es discretamente superior a 4 (media real = 4,5). Se ha observado que 8 personas refieren haber sufrido violencia sexual en el ámbito laboral, pero no han identificado la conducta experimentada con ninguno de los actos descritos en el estudio.

La figura 4 recoge el porcentaje de personas por número de actos de violencia sexual estudiados. Entre 2 y 6 actos se encuentra el 76,3% de las personas que han padecido violencia sexual.

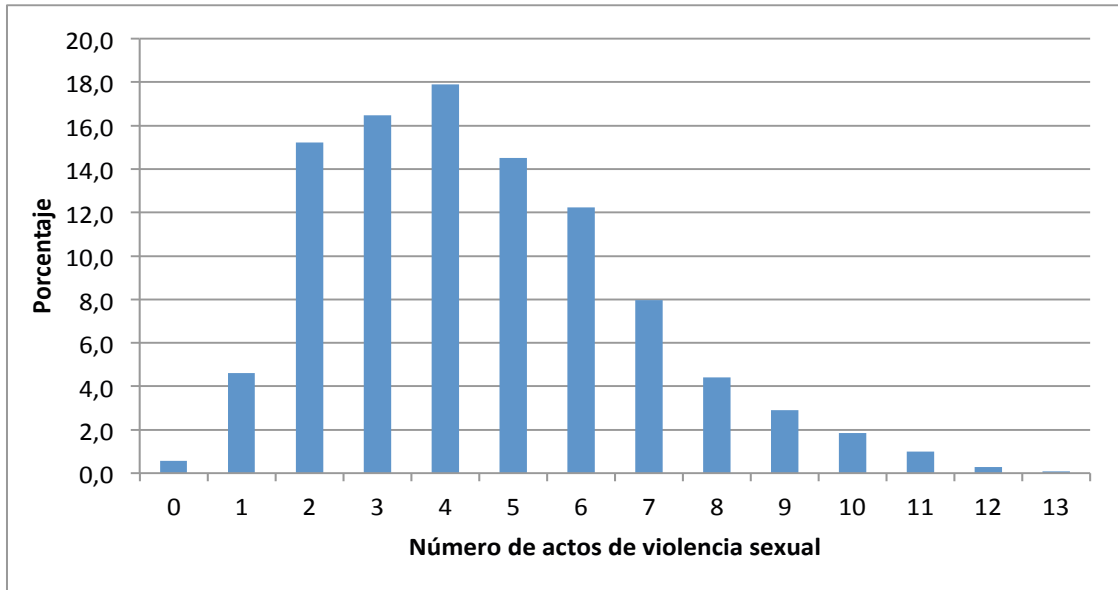


Figura 4: Porcentaje de padecimiento en relación al número de actos de violencia sexual experimentados en la carrera.

Las víctimas de violencia sexual reconocen que en el 87,4% de los casos que dichos actos han sido cometidos mayoritariamente por hombres y en el 96,7% de los casos fueron llevados a cabo mayoritariamente por pacientes.

### Últimos 12 meses

#### RELEVANCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL

La valoración de la relevancia de la violencia sexual en el contexto laboral como fisioterapeutas se sitúa en 6,56 (DE 3,022).

#### PREVALENCIA

La prevalencia de violencia sexual en los últimos 12 meses desciende al 13,4%.

#### TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL

La siguiente gráfica recoge en orden decreciente los distintos tipos de violencia sexual sufrida en los últimos 12 meses en relación con la frecuencia con que se han experimentado los distintos actos.

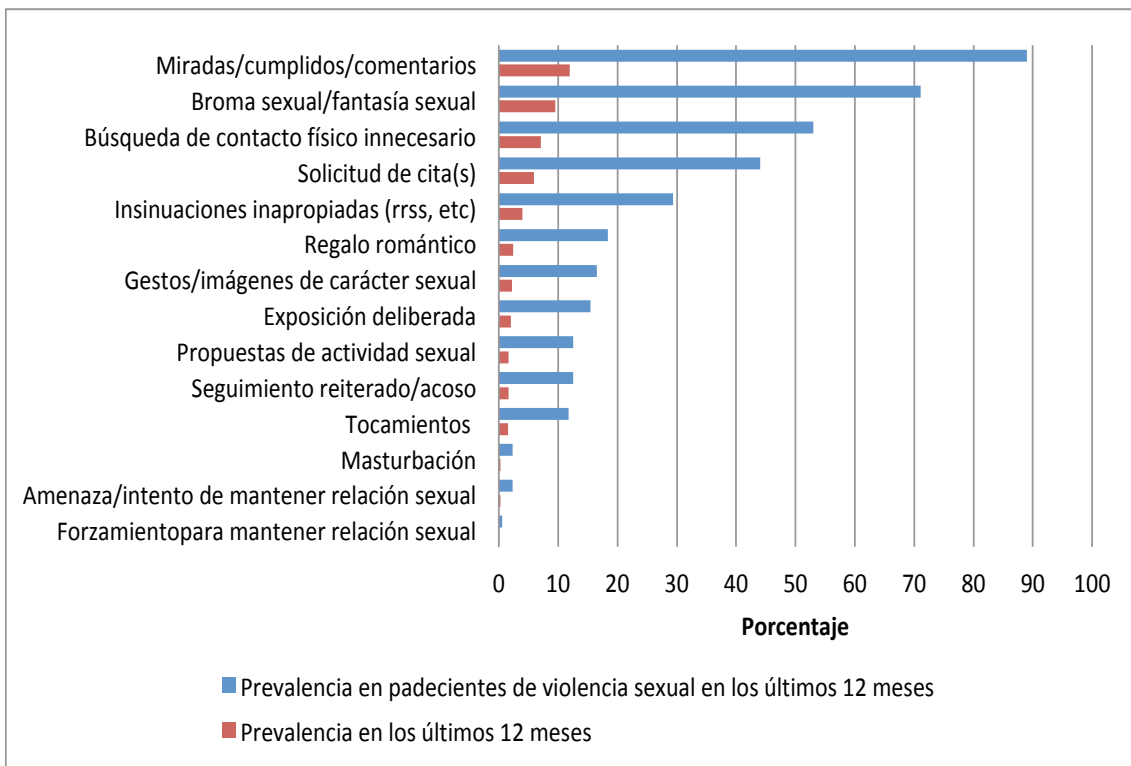


Figura 5: Prevalencia de violencia sexual en los últimos 12 meses sobre el total de respuestas y en relación a las personas que refieren haberla padecido (opción de respuesta múltiple).  
Abreviaturas: redes sociales (rrss).

En base a los datos se estima que la media de actos sufridos por fisioterapeuta en los últimos 12 meses es de aproximadamente 4 (media real 3,79). Nuevamente, 8 personas refieren haber sufrido violencia sexual en el ámbito laboral en los últimos 12 meses, pero no se ha identificado la conducta experimentada con ninguno de los actos descritos en el estudio.

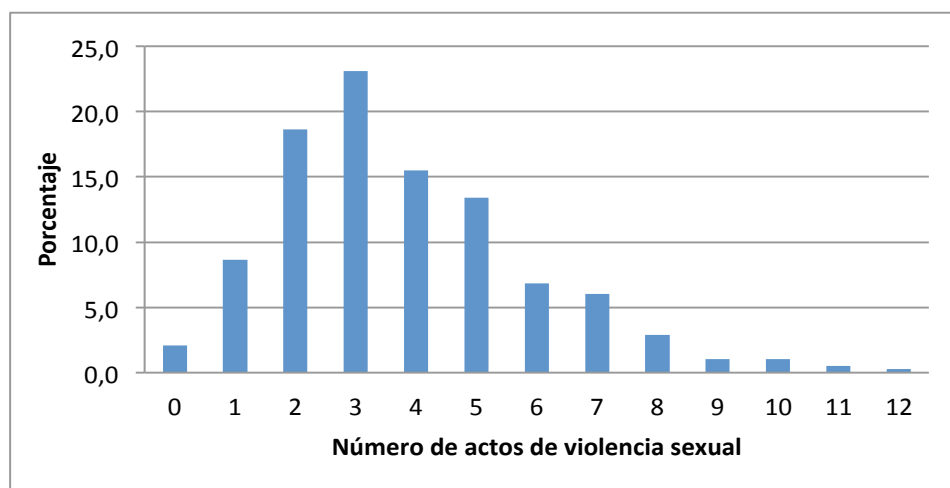


Figura 6: Porcentaje de padecimiento en relación al número de actos de violencia sexual experimentados en los últimos 12 meses.

FRECUENCIA

El 48,0% de los/las fisioterapeutas que han experimentado violencia sexual refiere haberlo hecho “en más de una ocasión y menos de una vez al mes o equivalente”, le sigue un 21,5% con

la opción “al menos una vez al mes o equivalente” y un 20,2% que hace referencia a un único acto aislado. En menor medida aparecen las opciones “al menos una vez por semana o equivalente” (9,4%) y “todos o casi todos los días” (0,8%). La frecuencia se refiere igualmente al acto más grave o frecuente experimentado en esta franja temporal.

#### CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA AGRESORA

Del total de personas que han padecido violencia sexual en los últimos 12 meses, el 99% reconoce haberla sufrido mayoritariamente por parte de una persona en el rol de paciente. En el 92,1% de los casos (referidos a la situación más grave o frecuente de los últimos 12 meses) identifican el sexo de la persona agresora como hombre.

La edad media de la persona agresora es de 51,43 (DE 14,48), siendo 12 años la edad mínima y 94 la máxima. A continuación se muestra una imagen con las edades en grupos.

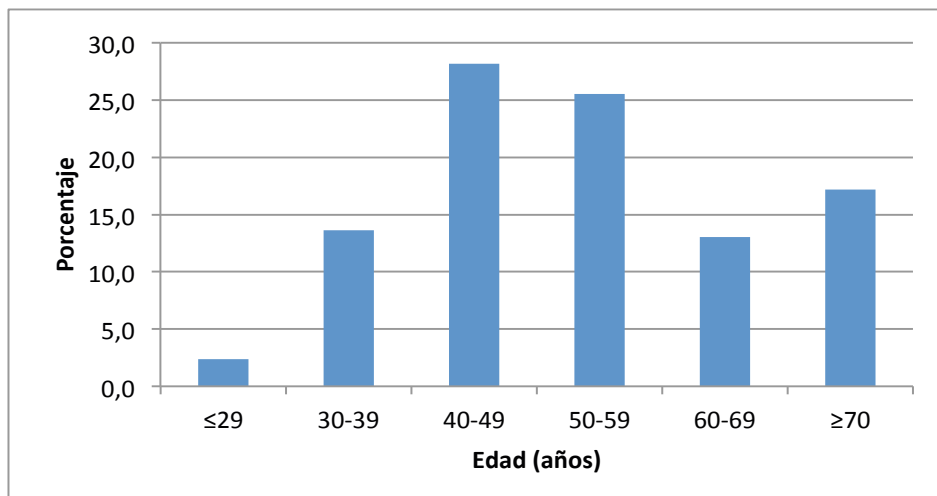


Figura 7: Edad de la persona agresora por grupos.

El 59,8% de los/las agresores han sido identificados/as como reincidentes y la siguiente gráfica recoge hacia quién fueron cometidos los actos. De estos, la reiteración de los hechos se ha producido en mayor medida hacia su propia persona, seguida por la opción dual de hacia su propia persona y otro personal (93% de respuestas, en total, que incluyen agresiones previas al/a la propio/a encuestado/a). La siguiente gráfica recoge de forma detallada esta información.



Figura 8: Persona(s) hacia las que reincide.

En relación al momento de sufrir alguno de los actos de violencia sexual, los/las profesionales refieren que en un 68,8% de los casos no se ha relacionado de forma directa con un paciente con algún tipo de problemas que afecten al juicio o control de impulsos o memoria (medicación, problemas psiquiátricos, trastornos del neurodesarrollo). El resto de los casos se corresponden con que, efectivamente, sí existían problemas conocidos de este tipo (16,5%) o bien, que desconocía este aspecto (14,7%). En cuanto a si se asociaba con un tratamiento intracavitario, alrededor del periné o en otras áreas íntimas, únicamente un 1,8% refieren una respuesta afirmativa.

#### CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

En general los datos muestran que el perfil de fisioterapeuta que refiere haber sufrido al menos algún tipo de violencia sexual en los últimos 12 meses se corresponde con mujeres (87,7%), heterosexuales (82,9%) que viven en municipios >10.000 habitantes (82,9%) con una edad media de 32,54 años (DE 6,9) y una experiencia laboral media de 8,7 años (DE 6,8). Concretamente en 80,8% son personas de hasta 39 años.

En cuanto a las características laborales predomina el trabajo a tiempo completo (79,5%) en entidades privadas (86,4%), centrado especialmente en los gabinetes o consultorios privados (59,3%), los centros en régimen ambulatorio (18,4%) y los centros en régimen de internamiento (11,8%). El 54,9% indica que el paciente accede al servicio mediante el pago directo por sesión, un 34,1%, sin pago directo y el restante 11,0% por seguro privado (con/sin copago).

Las áreas de trabajo han sido: geriátrica 7,6%; neurológica 7,9%; otros o múltiple 16% y la más frecuente, la traumatológica/deportiva/reumatológica, con un 61,9%. De igual forma, un 57,7% refiere trabajar con pacientes con trastornos que pueden afectar al control o a los impulsos.

En su mayoría, trabajan en solitario (66,9%) y hacen tratamiento más frecuentemente en áreas cerradas como cabina/habitación (61,2%).

#### RESPUESTAS ANTE LA VIOLENCIA SEXUAL

Se observa que el 77,7% de las víctimas de violencia sexual (referida al acto más grave o frecuente) han narrado la experiencia sucedida a amigos/as o familiares en busca de apoyo emocional. De igual forma, algo más de un 86,4% refiere no haber hecho pública la historia en redes sociales (otro 10% no las tiene/no las utiliza) y únicamente un 3,7% es el que asegura haber comentado ese hecho en Facebook, Twitter o similar.

En cuanto a las preferencias generales de respuesta ante la violencia sexual parece que los primeros puestos están ocupados por estrategias de corte informal (a nivel interpersonal, fundamentalmente) tales como: ignorar la situación o fingir que no ha sucedido (86,9%) y la modificación del tratamiento o abordaje (58,4%). Le siguen a las anteriores dos estrategias de corte formal (o que trascienden la respuesta interpersonal), como son, la derivación/transferencia o alta (48,2%) y la notificación a la empresa o alguien con responsabilidad (37,4%). El conjunto de estrategias empleadas se detalla en la figura 9.



Figura 9: Respuestas ante la violencia sexual experimentada.

Las estrategias percibidas como una mejora o resolución del problema han sido: transferir/derivar o dar el alta (68,5%), bloquear en las redes sociales (65%), criticar/amenazar (61,9%), denunciar/contactar con las fuerzas del orden (60%), notificar a alguien con responsabilidad (56,4%), hablarlo directamente (54,6%) o modificar el abordaje o área de tratamiento (52%). La denuncia/contacto con fuerzas del orden y la anotación en la historia clínica no han supuesto empeoramiento en ningún caso, mientras que las estrategias que han empeorado la situación en mayor grado han sido las de reír/bromear (8%) y la de criticar/amenazar (4,8%).

#### MOTIVOS PARA NO NOTIFICAR/DENUNCIAR

El 42,3% de los/las respondientes decidieron no notificar la violencia sexual experimentada a una responsable en su entidad, aunque un 20,0% no lo hizo por ser el/la propio/a agredido/a también la figura responsable. De igual forma, un porcentaje aún mayor (97,4%) indica que no contactó con las fuerzas del orden. En la siguiente gráfica se aúnan los principales motivos descritos para no denunciar y notificar.



Figura 10: Motivos para no notificar ni denunciar

#### CONSECUENCIAS PARA LA PERSONA AGRESORA

El 60,1% de los encuestados/as reconoce que no ha habido consecuencias para la persona agresora, mientras que un 20,2% describe un cese/modificación en el tratamiento del paciente, un 11,5% una advertencia y un 0,8% reconoce que hubo acciones legales (el 7,3% restante desconoce si hubo, o no, consecuencias).

#### CONSECUENCIAS PARA LA VÍCTIMA

El 96,1 % de las personas afectadas por violencia sexual no han necesitado tratamiento formal por parte de personal sanitario, sin embargo, un 3,9% sí lo ha precisado. En cuanto a la pérdida de días laborables, un 95,5% manifiesta no haber dejado de acudir a su puesto de trabajo. Para 1% sí resultó ser necesario y para el 3,4% restante coincidió con un parón laboral.

En cuanto al cambio de lugar de trabajo se ha visto que un 5,2% lo ha realizado, que un 11% lo ha pensado, pero no lo ha llevado a cabo y el 83,7% restante no ha pensado en esa posibilidad.

Por último, explorando algunos de los posibles síntomas relacionados de forma directa con este tipo de violencia, si bien en el 73,8% de los casos las víctimas han referido no manifestar ninguna de las consecuencias descritas, en la figura 11 se detalla una relación de consecuencias ligadas con el acto violento, según la percepción de la víctima.

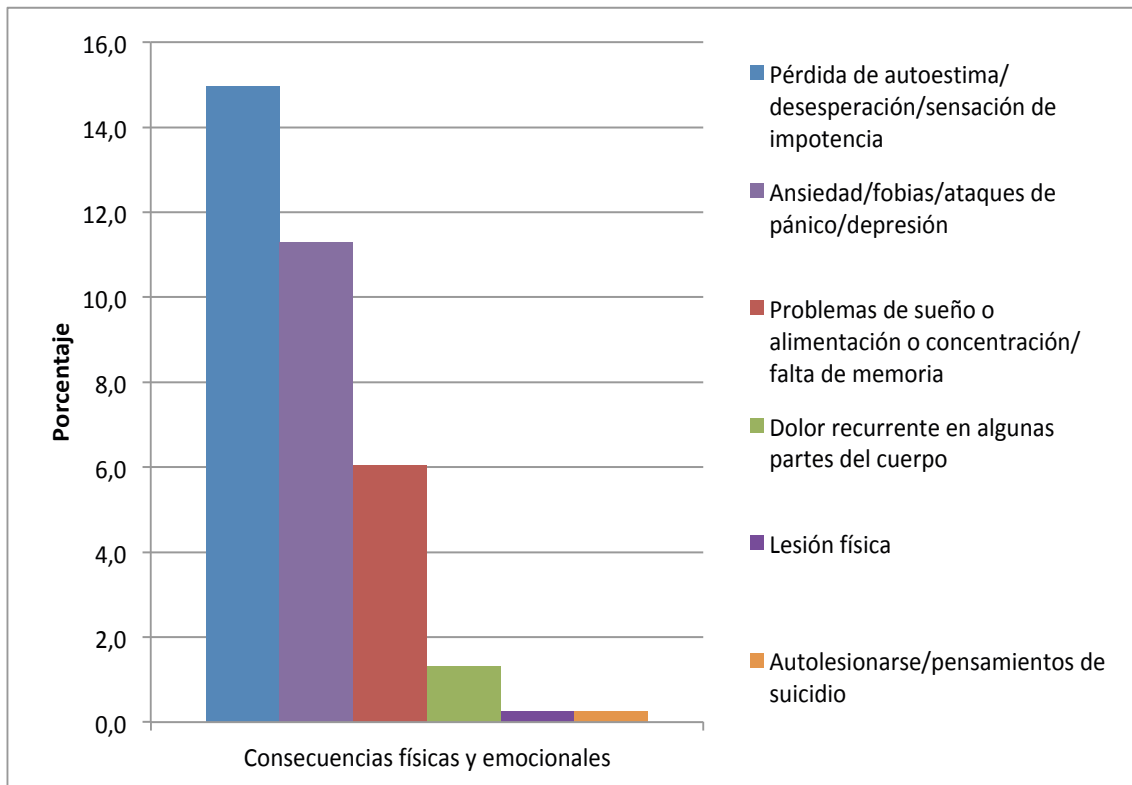


Figura 11: Consecuencias de la violencia sexual experimentada en los últimos 12 meses.

## VIOLENCIA FÍSICA

### A lo largo de la carrera

Aquí se ha preguntado por la violencia de carácter físico excluyendo la de modalidad sexual. La relevancia de la violencia física es de media 6,37 puntos (DE 3,15), en la misma escala de valoración que la violencia sexual de 0 (nada importante) a 10 (extremadamente importante).

La prevalencia de sufrir violencia física a lo largo de la carrera es del 17,6%. De las personas que han padecido algún tipo de violencia física, un 40,3% reconoce que el sexo de la persona agresora ha sido a partes iguales hombres y mujeres, mientras que, un 45,9% considera que dichos actos han sido cometidos mayoritariamente por hombres. El 13,8% restante considera que las agresoras han sido mujeres mayoritariamente.

En cuanto al rol de la fuente agresora aproximadamente un 89,9% manifiesta que ha correspondido principalmente a los/las pacientes, un 7,4% indica que se ha producido a partes iguales por pacientes y acompañantes/familiares y, finalmente, el restante 2,7% declara que la violencia física sufrida ha sido ejercida en mayor medida por familiares/acompañantes.

### Últimos 12 meses

#### RELEVANCIA DE LA VIOLENCIA FÍSICA

La valoración de la relevancia de la violencia física en el contexto laboral como fisioterapeutas se sitúa en 6,38 (DE 3,15).

#### PREVALENCIA

La prevalencia de violencia física en los últimos doce meses es del 5,2%.

### TIPOS DE VIOLENCIA FÍSICA

Los actos más frecuentemente descritos han sido los golpes, tanto empleando el propio término como si lo definimos en base a la parte del cuerpo empleada, ya que le siguen las bofetadas y las patadas. Cabe señalar que en la misma categoría se han incluido golpe como término genérico utilizado por las/los encuestados/as así como aquellos golpes realizados con objetos o mediante el lanzamiento de los mismos.

Aunque con un menor número de casos, se observa la categoría de daño a la propiedad privada que contempla tanto el daño al centro en sí, como a las propiedades del/de la profesional (ambos casos han sido descritos). En la siguiente tabla se recogen los distintos actos descritos por los y las profesionales.

*Tabla 3: Actos de violencia física en frecuencia y porcentaje.*

Actos descritos	Número de veces citado	Porcentaje en relación a los actos de violencia física
Golpear (con/sin objetos)	32	22%
Bofetada (manotazo, palmada, puñetazo)	26	18%
Patada/rodillazo	22	15%
Arañazo	20	14%
Empujón (zarandeo, forcejeo)	19	13%
Agarres con fuerza (apretones, presión excesiva)	15	10%
Pellizco	15	10%
Tirón de pelo	11	7%
Daño a la propiedad privada	6	4%
Cabezazo	1	1%
Escupitajo	1	1%

\*La suma no corresponde al 100% ya que los/las profesionales podían citar varios actos en el mismo comentario

### FRECUENCIA

El 42,6% de los/las fisioterapeutas que han sufrido violencia física han identificado su frecuencia como en más de una ocasión y menos de una vez al mes o equivalente. Con un 22,3% se igualan las opciones “en una única ocasión” y “al menos una vez al mes o equivalente”. Le sigue con un 12,2% “al menos una vez por semana o equivalente” y finaliza con un 0,7% la opción de “todos o casi todos los días”.

### CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA AGRESORA

De acuerdo con los datos aportados por los/las profesionales en el 94,6% de los casos la persona ejercía principalmente el rol de paciente. En cuanto al sexo el 68,2% refieren haber sido agredidos/as mayoritariamente por hombres, mientras que el 31,8% por mujeres. La edad media de la persona agresora se sitúa en 54,75 (DE 24,11). La menor edad descrita es de 2 años y la mayor de 92. En la siguiente gráfica se recogen los datos por rango de edad de personas agresoras.

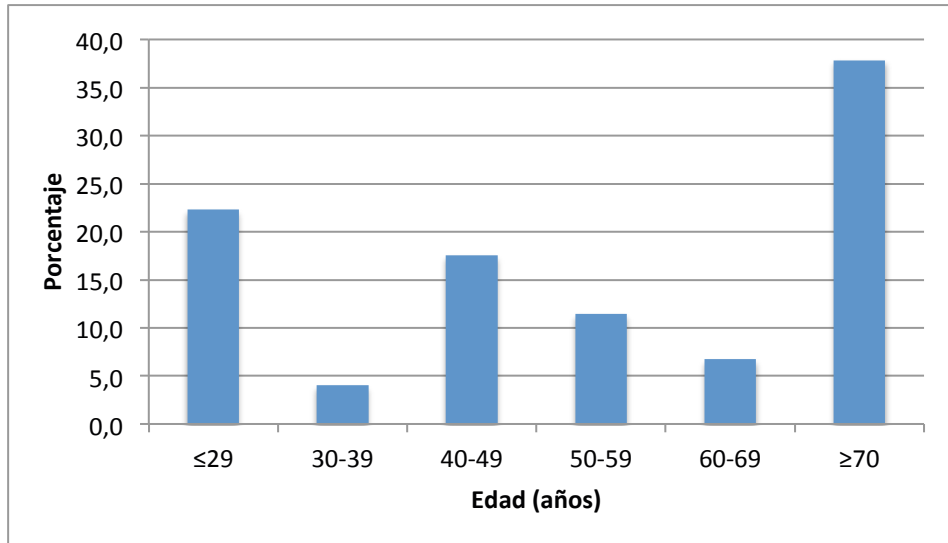


Figura 12: Edad de la persona agresora por grupos

En relación con el momento de sufrir alguno de los actos de violencia física, los/las profesionales refieren que en un 67,6 % de los casos ha sucedido con un paciente con algún tipo de problemas que afectan al juicio o control de impulsos o memoria (medicación, problemas psiquiátricos, trastornos del neurodesarrollo ), aunque un 8,8% manifiestan no saberlo.

En un 68,2% de los casos de violencia física se ha identificado a la persona agresora como reincidente y, de ellos, un 73,3% ha resultado ser reincidente tanto hacia la persona agredida como hacia otros/as fisioterapeutas u otro personal presente. La siguiente gráfica muestra los distintos porcentajes en relación a la/s personas que reciben la agresión.

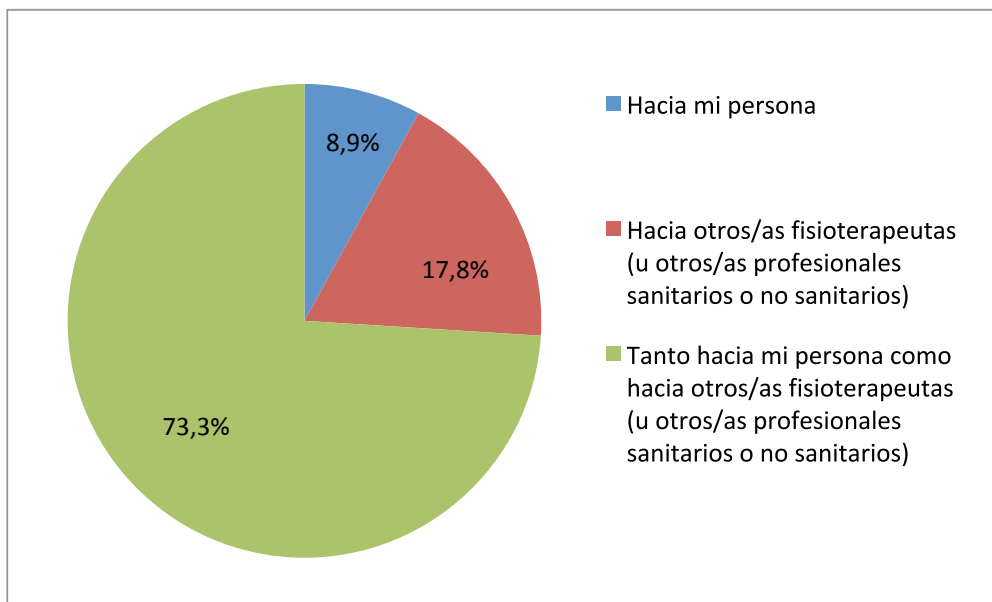


Figura 13: Persona(s) hacia las que reincide.

### CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA

De acuerdo con los datos obtenidos, el perfil de víctima de violencia física se corresponde fundamentalmente con mujeres (67,6%), heterosexuales (86,5%) que viven en municipios de más de 10.000 habitantes (80,4%) con una edad media de 36,14 años (DE 8,4) y una experiencia laboral media de 11,99 años (DE 8,12). Concretamente, el 42% de los/las agredidos/as se encuentran en la franja de edad de 30-39 años.

En cuanto a las características laborales predomina el trabajo a tiempo completo (79,7%) en entidades privadas (70,9%), centrado especialmente en los centros en régimen de internamiento (39,9%). El 66,9% indica que el paciente accede al servicio sin pago directo de la sesión.

Las áreas de trabajo en las que se han producido los incidentes violentos han sido: geriátrica (29,7%); la traumatológica/deportiva/reumatológica (22,3%) y otros o múltiple (19,6%). Un 87,2% refiere trabajar con pacientes con trastornos que pueden afectar al control o a los impulsos.

En su mayoría trabajan en solitario (52,0%) pero el área de tratamiento más frecuentemente utilizada presenta un perfil más mixto: 29,7% trabajo en cabina/habitación, 34,5% en área abierta y el 35,8% aproximadamente igual en ambas partes.

### RESPUESTAS ANTE LA VIOLENCIA FÍSICA

En cuanto a la forma de actuar, se les ha solicitado a los/las respondientes la elección de la respuesta más severa empleada siendo las más frecuentemente utilizadas: hablar directamente con la persona o solicitar que modifique su conducta (28,4%), notificarlo a la empresa/persona con responsabilidad (21,6%), y registrar el incidente en la historia clínica (16,9%). Nadie marcó la opción de bloqueo telefónico o redes sociales. La cuantificación completa de las acciones realizadas en respuesta a este tipo de violencia queda recogida en la gráfica que se muestra a continuación.

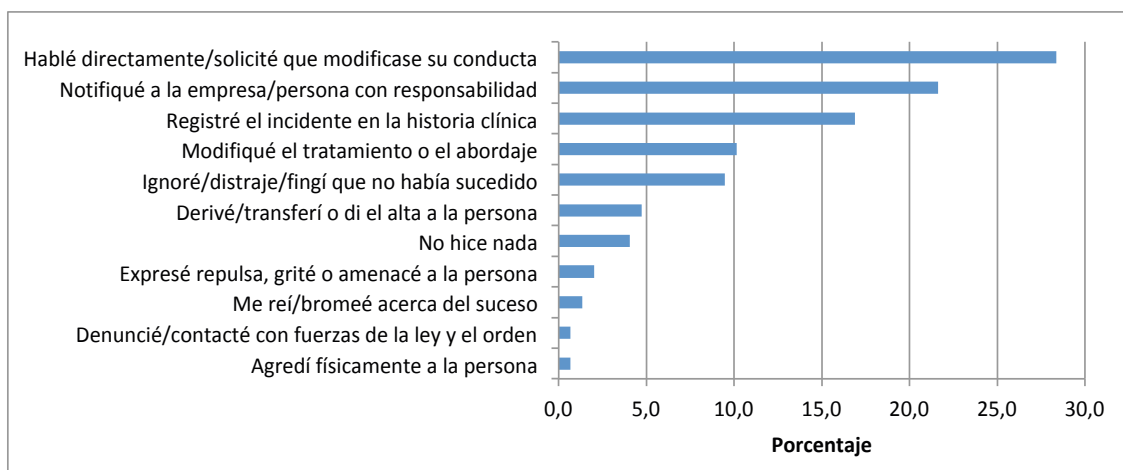


Figura 14: Respuestas ante la violencia física de los últimos 12 meses.

A todos/as los/las fisioterapeutas que no hubieran “denunciado/contactado con fuerzas de la ley y el orden” o lo hubieran “notificado a alguien con responsabilidad” se les solicitó el motivo para no haberlo hecho. La respuesta elegida con mayor frecuencia fue la de otros motivos, seguida de, no considerar los hechos violentos o relevantes. En la siguiente figura se muestra la frecuencia con la que cada una del resto de respuestas ha sido seleccionada. Cabe señalar que en ningún caso se ha optado por la respuesta “Pensé que era mi culpa”.

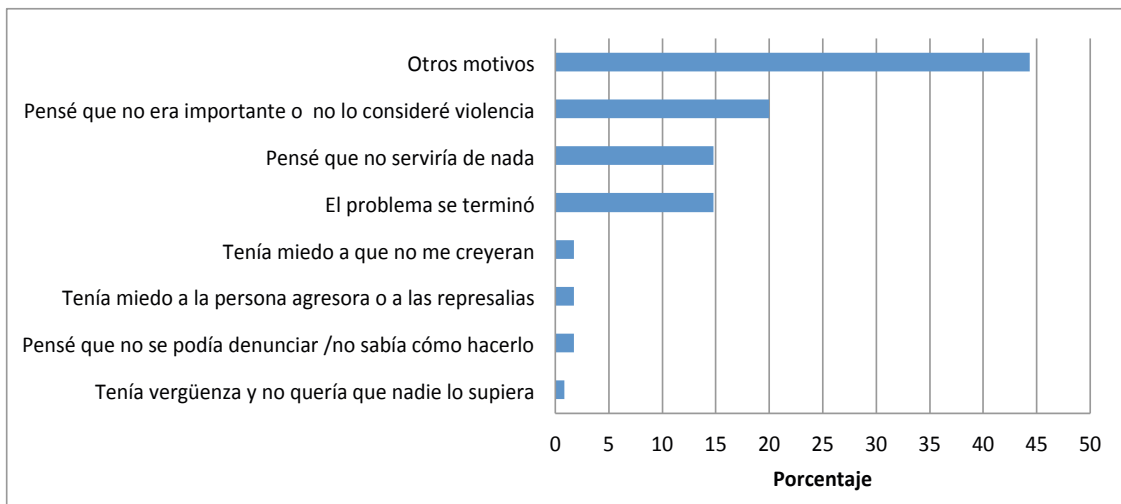


Figura 15: Motivos para no denunciar/notificar del total de los que no lo han hecho.

#### CONSECUENCIAS PARA LA PERSONA AGRESORA

A nivel de consecuencias para la persona agresora tras el incidente violento, el mayor porcentaje, 58,1%, se corresponde con la opción “ninguna” y en un único caso (se corresponde con un 0,7%) se ha empleado la opción “acciones legales o por las fuerzas del orden”. Un 18,2% determina que la consecuencia ha sido un cese o modificación del tratamiento y un 16,2% refieren que el/la agresor únicamente recibió una advertencia. El porcentaje restante desconoce si hubo o no consecuencias.

#### CONSECUENCIAS PARA LA VÍCTIMA

Tras el incidente violento el 93,2% de los/las afectados/as no ha requerido tratamiento formal. Igualmente, el 98% de los/las profesionales no ha dejado de acudir a su puesto de trabajo, únicamente un 0,7% manifestó haber necesitado faltar al trabajo, mientras que al 1,4 % restante le coincidió con un parón a nivel laboral (vacaciones, fin de contrato).

El 70,9% refiere no haber manifestado ningún síntoma de los descritos en relación con la violencia física experimentada. Los restantes casos han experimentado en mayor medida pérdida de autoestima/desesperación/sensación de impotencia y ansiedad/fobias/ataques de pánico/depresión.

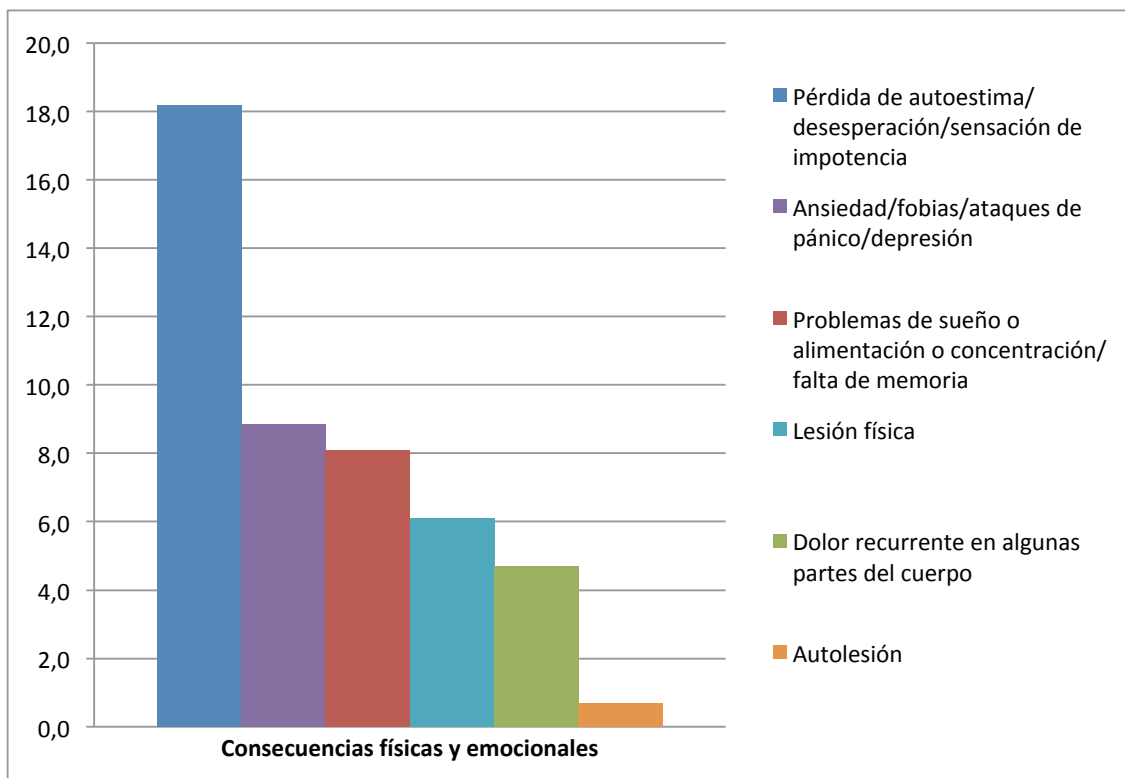


Figura 16: Consecuencias físicas y emocionales.

## VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y/O VERBAL

### A lo largo de la carrera

La relevancia media de la violencia psicológica es la más elevada de las tres violencias aquí estudiadas, situándose discretamente por encima con un 7,02 (DE 2,93).

La ha padecido el 42,7% de las y los fisioterapeutas encuestados a lo largo de su carrera laboral. De las personas afectadas, el 46,0% señalan que los/las ejecutores/as han sido hombres y mujeres a partes iguales y un 36,4% reconocen que los agresores han sido mayoritariamente hombres.

El rol de la persona agresora se ha identificado en el 67,8% de los casos como mayoritariamente pacientes, aunque un 22,1% reconoce que han sido pacientes y acompañantes/familiares a partes iguales.

### Últimos 12 meses

#### RELEVANCIA DE LA VERBAL Y/O PSICOLÓGICA

La valoración de la relevancia de la violencia psicológica y/o verbal en el contexto laboral como fisioterapeutas se sitúa en 7,03 (DE 2,93).

#### PREVALENCIA

La prevalencia de violencia psicológica y/o verbal en los últimos doce meses es del 15,8%.

#### TIPOS DE VIOLENCIA VERBAL Y/O PSICOLÓGICA

Las categorías más citadas son las relacionadas con insultos, amenazas y gritos. Es relevante señalar que existen situaciones de discriminación por sexo, edad y orientación sexual. También

que a pesar de no hacer diferenciación existen amenazas muy graves aludiendo a la muerte y a la posesión de algún arma blanca.

La categoría recogida como calumnias incluye un no poco citado caso en el que se hace campaña en contra de los/las profesionales a través de diferentes canales. Se han recogido algunas situaciones tan severas como acusaciones de maltrato a pacientes o mala praxis.

En la tabla 4 se recogen las actitudes/actos que se han identificado con violencia psicológica y/o verbal.

*Tabla 4: Actos de violencia psicológica descritos*

Actos descritos	Frecuencia	Porcentaje en relación a la violencia verbal y/o psicológica
Insultos (descalificaciones, faltas de respeto)	145	32,3%
Amenazas (coacción, intimidación)	124	27,6%
Gritos (tono alto, tono agresivo)	103	22,9%
Menosprecio (humillación, discriminación, trato degradante/vejatorio)	95	21,2%
Calumnias (injurias, difamación)	31	6,9%
Actitud/gesto amenazadora (violenta, intimidadora, provocadora)	27	6,0%
Otra violencia verbal (abuso verbal, maltrato verbal)	22	4,9%
Exigencias/quejas	21	4,7%
Otros (chantaje emocional, recriminar, increpar y violencia psicológica)	13	2,9%
Acoso	11	2,4%

\*La suma no corresponde al 100% ya que los/las profesionales podían citar varios actos en el mismo comentario.

#### FRECUENCIA

El 46,1% de las personas que han referido haber sufrido algún tipo de violencia psicológica en los últimos 12 meses, refiere haber padecido violencia psicológica y/o verbal “en más de una ocasión y menos de una vez al mes o equivalente”, el 25,2% en una única ocasión y el 19,6% “al menos una vez al mes o equivalente”. Y únicamente un 0,9% refiere este problema como de padecimiento diario, y de frecuencia semanal, en un 8,2%.

#### CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA AGRESORA

En el 79,1% de los casos la persona ejercía básicamente el rol de paciente. En cuanto al sexo el 53,9% refieren haber sido agredidos/as fundamentalmente por hombres, mientras que el 46,1% por mujeres. La edad media de la persona agresora se sitúa en 52,27 (DE 13,87). La menor edad descrita es de 11 años y la mayor de 94. La siguiente gráfica muestra en porcentaje los distintos grupos de edad de la persona agresora.

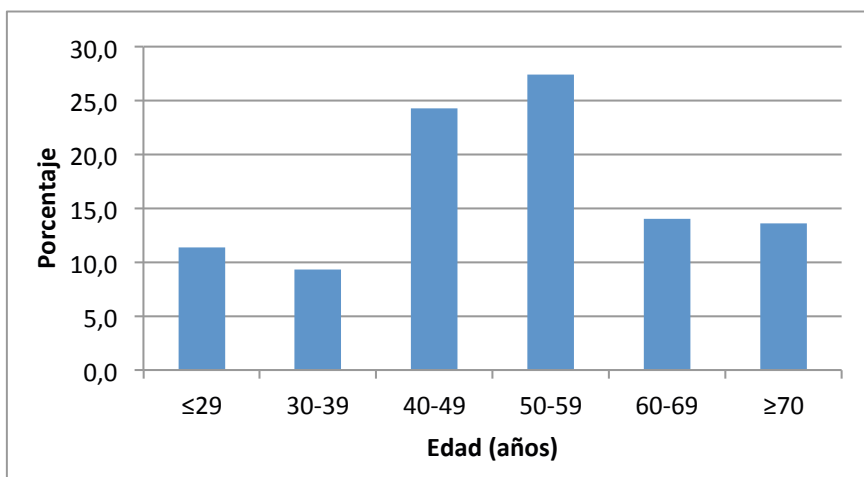


Figura 17: Edad de la persona agresora por grupos.

En este caso, un 46,1% de los/las fisioterapeutas que han sufrido violencia psicológica y/o verbal refieren que la persona agresora ha sido reincidente, un 12,2% que no lo ha sido y un 41,6% que no lo sabe. Más de la mitad de los/las que reconocen que el/la agresor/a ha sido reincidente, identifican que los hechos han ocurrido tanto hacia ellos/ellas mismos/as como hacia otro personal. Los distintos porcentajes se exponen en la figura 18.

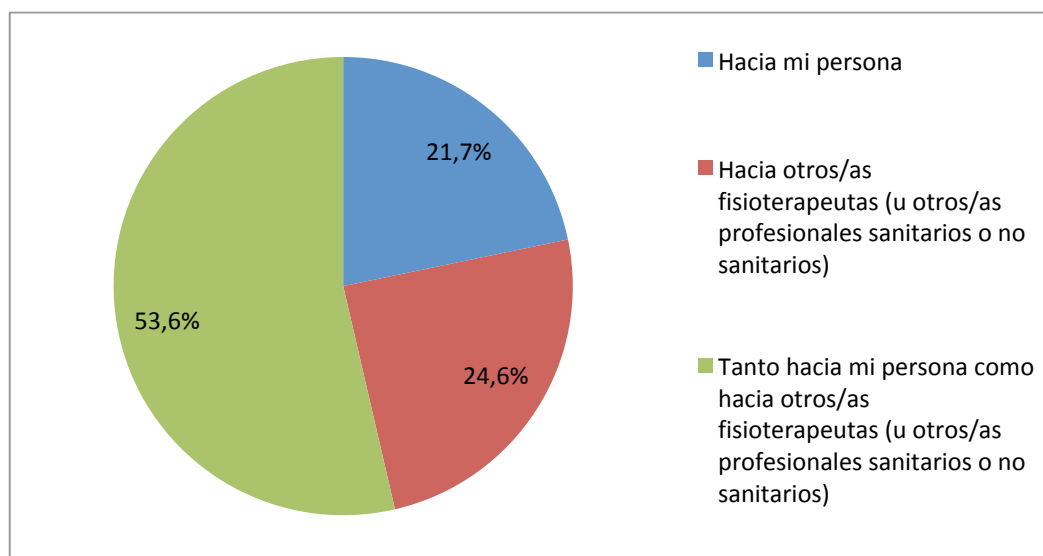


Figura 18: Persona(s) hacia la(s) que reincide.

En cuanto a si la persona agresora padecía problemas que afecten al juicio o control de impulsos o memoria (medicación, problemas psiquiátricos, trastornos del neurodesarrollo) el 48,3% ha respondido negativamente a la pregunta, un 20% de forma afirmativa y el 31,6% no lo sabe.

#### CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y/O VERBAL

Principalmente resultan ser mujeres (72,8%), heterosexuales (86,4%) que viven en municipios de más de 10.000 habitantes (86,9%) con una edad media de 37,51 años (DE 8,2) y una experiencia laboral media de 13,22 años (DE 8,1). Concretamente, el 39,9% de los/las agredidos/as se encuentran en la franja de edad de 30-39 años y 31,8% entre 40-49.

En cuanto a las características laborales predomina el trabajo a tiempo completo (82,9%) en entidades privadas (67,3%), centrado especialmente en los gabinetes o consultorios privados (33,6%), los centros en régimen ambulatorio (25,2%) y los centros en régimen de internamiento (18,5%). Sin embargo, el perfil de acceso del paciente mayoritario es el de sin pago directo de la sesión (59,9%) incluyendo así el trabajo concertado para el SNS, las mutuas y asociaciones de pacientes.

Nuevamente entre las áreas laborales predominantes aparece la traumatológica/deportiva/reumatológica (56,1%), la de otros o múltiple (19,6%) y la geriátrica (10,2%). En este caso, un 70,6% refiere trabajar con pacientes con problemas que afecten al juicio o control de impulsos o memoria.

En su mayoría trabajan en solitario (54,3%) y lo hacen más frecuentemente en cabina/habitación (39,2%), aunque un 32,1% lo hacen en área abierta y un 28,7% lo hace aproximadamente igual en ambas partes.

#### RESPUESTAS ANTE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA

La forma más frecuente de respuesta ante este tipo de violencia ha sido la notificación a alguien con responsabilidad (28,7%) y hablar directamente con la persona para solicitar un cambio en su conducta (27,2%). En la siguiente gráfica se muestra el conjunto de respuestas y la frecuencia con la que cada una de ellas ha sido empleada, a excepción de la estrategia de agresión física, que no fue señalada por nadie.

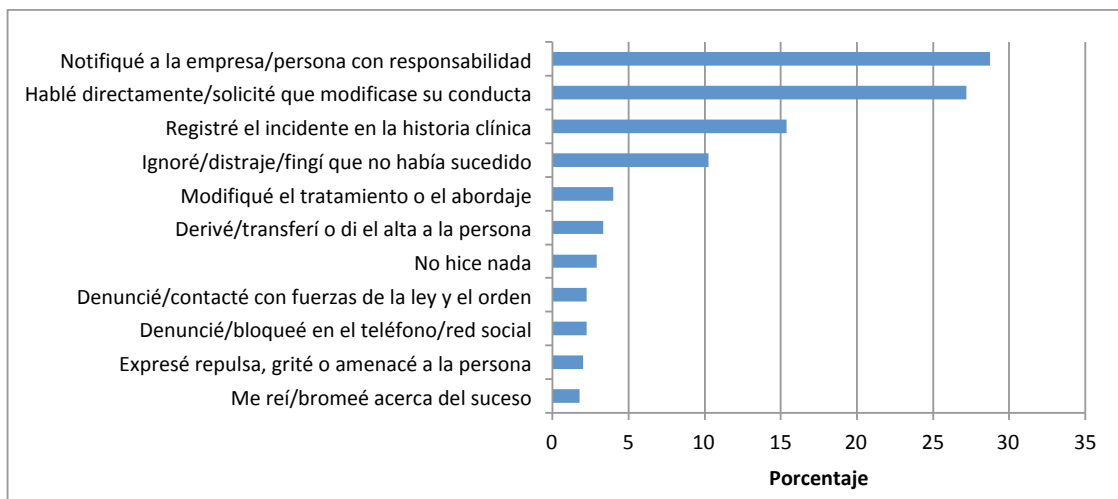


Figura 19: Respuestas ante la violencia psicológica y/o verbal de los últimos 12 meses.

El 69,0% de las respuestas no recogen la denuncia a fuerzas de ley y orden ni la notificación a alguien con responsabilidad, y entre sus principales motivos residen: la finalización del problema (34,2%), otros motivos (21,9%), así como pensar que no serviría de nada (20%) o no considerarlo importante (o no entender el acto como una forma de violencia) (15,5%). A continuación, se presentan la totalidad de los motivos con su correspondiente valor de aparición.

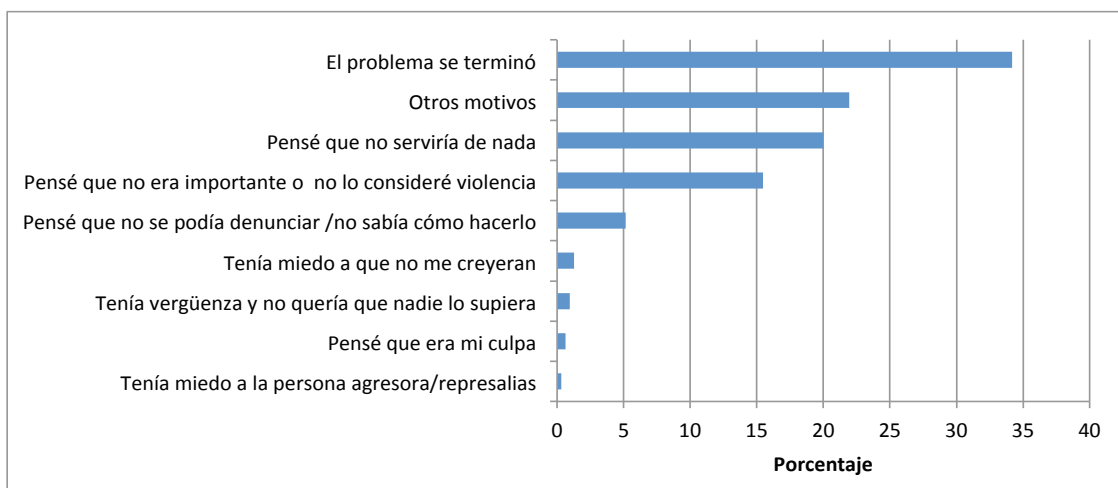


Figura 20: Motivos para no denuncia/notificar en porcentaje sobre el total que no lo han hecho.

#### CONSECUENCIAS PARA LA PERSONA AGRESORA

En cuanto a las consecuencias para el/la agresor/a el 55,7% señala que no ha habido ninguna repercusión, el 16,9% indica un cese o modificación del tratamiento, el 14,5% una advertencia y un 1,8% refiere que se emprendió algún tipo de acción legal. El porcentaje restante desconoce la existencia o ausencia de repercusiones.

#### CONSECUENCIAS PARA LA VÍCTIMA

De las personas que han sufrido violencia psicológica y/o verbal, el 92,4% no han requerido tratamiento formal y un 96,2% tampoco han dejado de acudir a su puesto de trabajo tras el incidente de violencia. Un 2,4% dejó de acudir a su puesto laboral y al 1,3% restante, le coincidió con vacaciones u otro tipo de pausa laboral.

El porcentaje más elevado de consecuencias físicas y emocionales se encuentra en esta violencia, ya que, únicamente el 55,7% manifestó no haber sufrido ninguno de los síntomas descritos. En la siguiente figura se recogen el conjunto de síntomas estudiados.

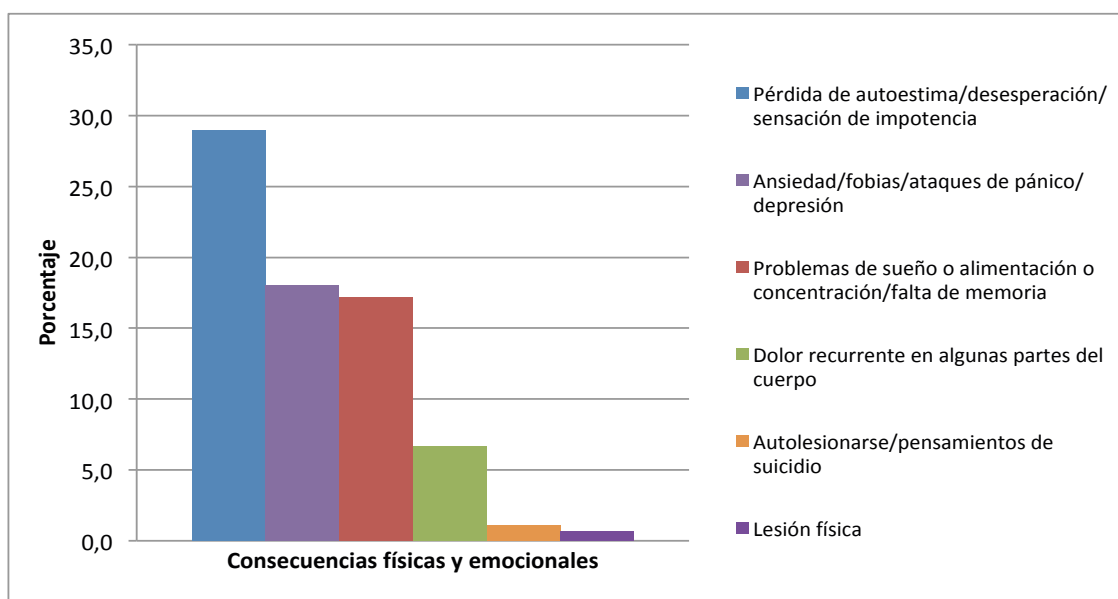


Figura 21: Consecuencias físicas y emocionales.

## VIOLENCIA GENERAL

### A lo largo de la carrera

En una visión más amplia, observamos que un 32,4% ha sufrido más de un tipo de violencia, un 35,1% ha sufrido únicamente un tipo de violencia y solamente el 32,5% restante afirma no haberla padecido a lo largo de su trayectoria profesional.

### Últimos 12 meses

Un 21,8% de los/las fisioterapeutas que han trabajado al menos 3 meses en los últimos 12, han sufrido un tipo de violencia, un 5,1% dos tipos de violencia y un 0,8% ha sufrido los tres tipos de violencia.

## COMPARATIVA RESUMEN ENTRE TIPOS DE VIOLENCIA

A modo de resumen se han incluido unas tablas y gráficas que muestran datos sobre la prevalencia de las distintas violencias, tanto general como en los últimos 12 meses (tabla 5) desagregadas por sexo. También se incluye un resumen del perfil de la persona agresora (tabla 6), de la víctima (tabla 7 y figuras 23-26) así como una comparativa entre violencias en base a la frecuencia (figura 22).

Por último, la tabla 8 y la figura 26 hacen referencia a los distintos tipos de violencia y a su prevalencia por Comunidades Autónomas.

Tabla 5: Resumen de los datos de prevalencia desagregados por sexos.

	Prevalencia carrera %(N)			Prevalencia 12 meses %(N)		
	Hombre	Mujer	Otro	Hombre	Mujer	Otro
Violencia sexual	23,5(186)	56,9(1.219)	33,3(2)	5,9(46)	16,2(334)	16,7(1)
Violencia física	16,2(128)	18,1(387)	16,7(1)	6,1(47)	4,8(100)	16,7(1)
Violencia verbal y/o psicológica	37,9(300)	44,5(952)	33,3(2)	15,6(121)	15,8(327)	16,7(1)

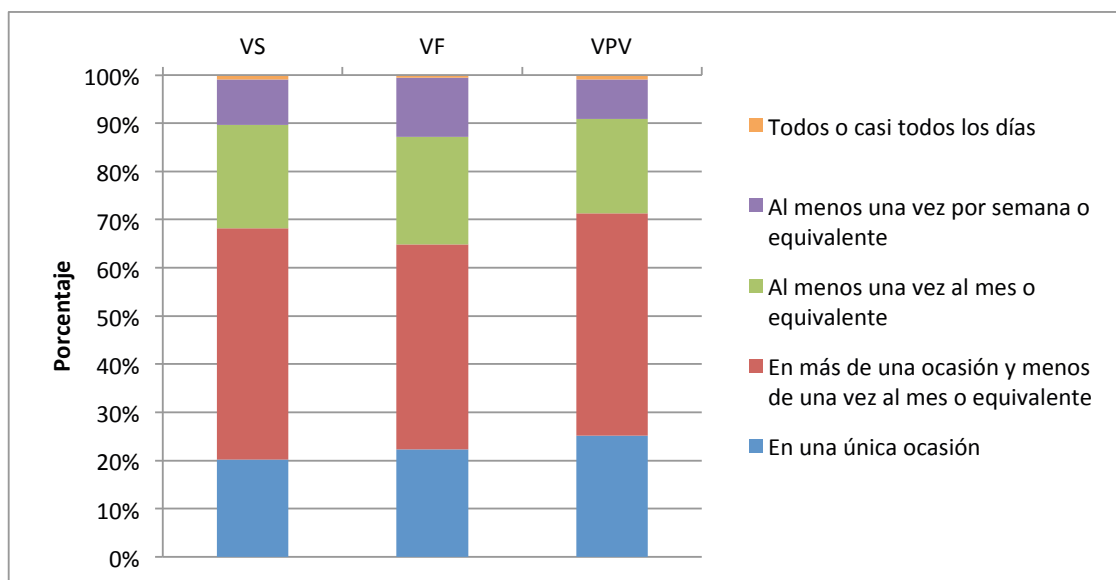


Figura 22: Frecuencias por violencia. Abreviaturas: Violencia Psicológica y/o Verbal (VPV); Violencia Física (VF); Violencia Sexual (VS).

Tabla 6: Características de las personas agresoras de los últimos 12 meses.

Características del/de la agresor/a	Violencia sexual	Violencia física	Violencia verbal y/o psicológica
Edad (años)	51,43 (DE 14,48)	54,75 (DE 24,11)	52,27 (DE 13,87)
Sexo (hombre)	92,1%	68,2%	53,9%
Rol (paciente)	99%	94,6%	79,1%
Persona con afectación al juicio/control de impulsos	16,5 %	67,6%	20,0%
Reincidencia	59,8%	68,2%	46,1%
Ausencia de consecuencias para agresor/a	60,1%	58,1%	55,7%

Tabla 7: Características de las personas agredidas de los últimos 12 meses.

Características de la víctima	Violencia sexual	Violencia física	Violencia verbal y/o psicológica
Edad (años)	32,54(DE6,9 )	36,14 (DE 8,4)	37,51 (DE 8,2)
Sexo (mujer)	87,7%	67,6 %	72,8%
Titularidad del centro	86,4% privado	70,9% privado	67,3% privado
Institución	59,3% Gabinete privado	39,9% Centro en régimen de internamiento	33,6% Gabinete privado
Área de trabajo	61,9% Traumatológica	29,7% Geriátrica	56,1% Traumatológica
Tratamiento en cabina	61,2%	29,7%	39,2%
Trabajo en solitario	66,9%	52,0%	54,3%
Consecuencias experimentadas	26,2%	29,1%	44,3%

Gráficas resumen sobre las víctimas de violencia:

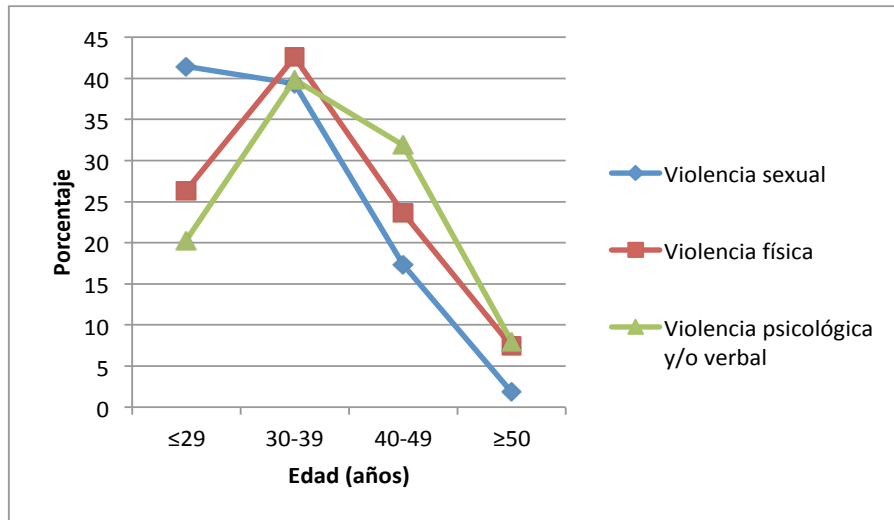


Figura 23: Grupos de edad de la persona agresora por violencia

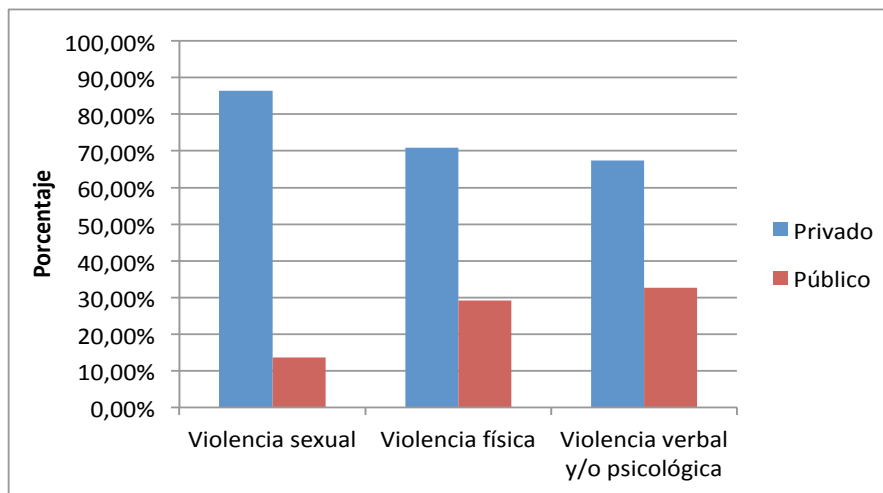


Figura 24: Titularidad del centro de trabajo de la víctima por violencia.

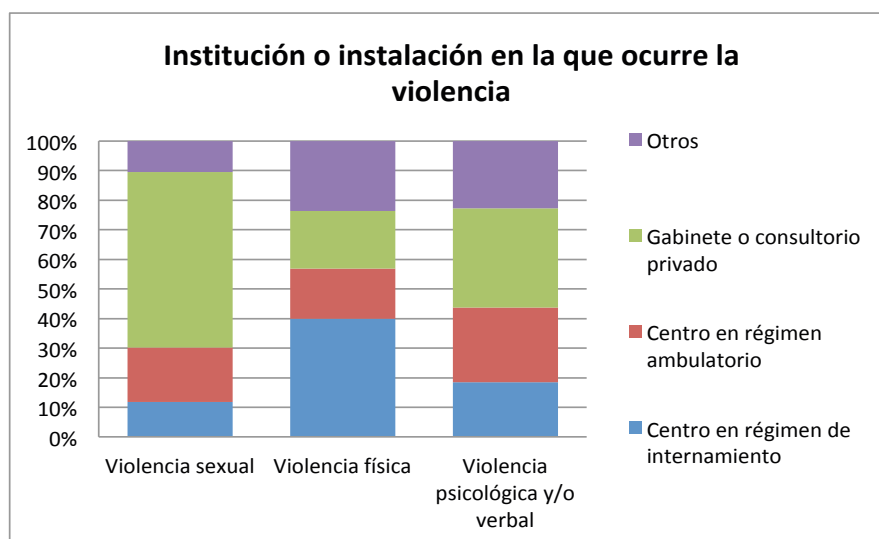


Figura 25: Tipo de institución de trabajo de la víctima por violencia.

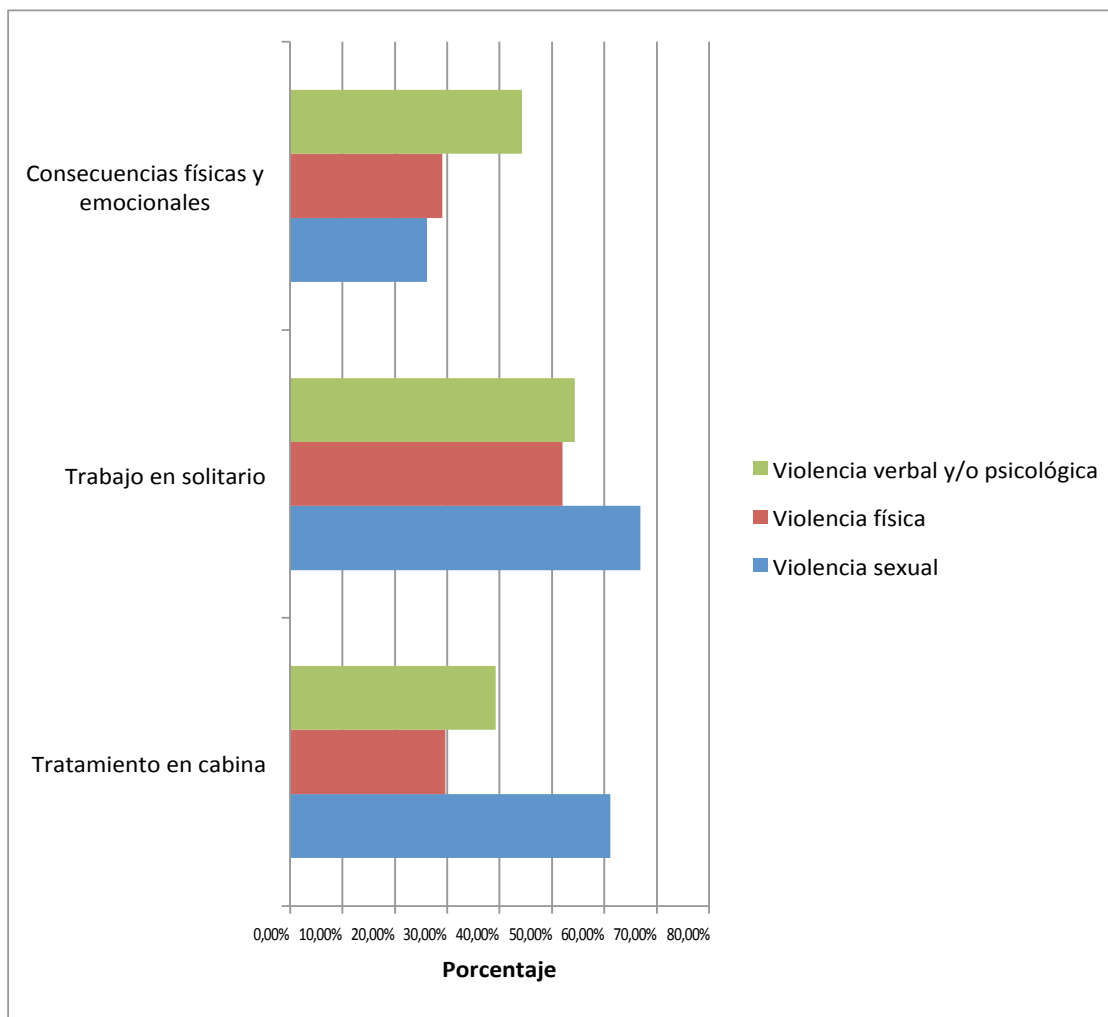


Figura 26: Características del trabajo de la víctima y consecuencias por violencia.

Tabla 8: Datos de prevalencia por Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	Prevalencia VS últimos 12 meses %(N)	Prevalencia VF últimos 12 meses %(N)	Prevalencia VPV últimos 12 meses %(N)
Andalucía	14,1(12)	3,5(3)	21,2(18)
Aragón	12,0(23)	5,7(11)	14,1(27)
Asturias	9,3(12)	6,2(8)	13,2(17)
Baleares	14,8(9)	6,6(4)	19,7(12)
Canarias	16,2(38)	7,2(17)	17,4(41)
Cantabria	6,0(3)	12,0(6)	20,0(10)
Castilla y León	13,1(27)	3,4(7)	18,4(38)
Castilla-La Mancha	8,6(12)	7,2(10)	17,3(24)
Cataluña	11,8(28)	3,4(8)	20,2(48)

Comunidad Autónoma	Prevalencia VS últimos 12 meses %(N)	Prevalencia VF últimos 12 meses %(N)	Prevalencia VPV últimos 12 meses %(N)
Com. Valenciana	12,0(23)	3,1(6)	13,5(26)
Extremadura	12,6(13)	2,9(3)	18,4(19)
Galicia	18,3(82)	5,6(25)	14,5(65)
La Rioja	6,3(1)	12,5(2)	18,8(3)
Madrid	13,2(31)	6,8(16)	18,4(43)
Murcia	9,4(13)	3,6(5)	14,4(20)
Navarra	13,4(19)	3,5(5)	9,2(13)
País Vasco	14,7(35)	5,0(12)	10,5(25)

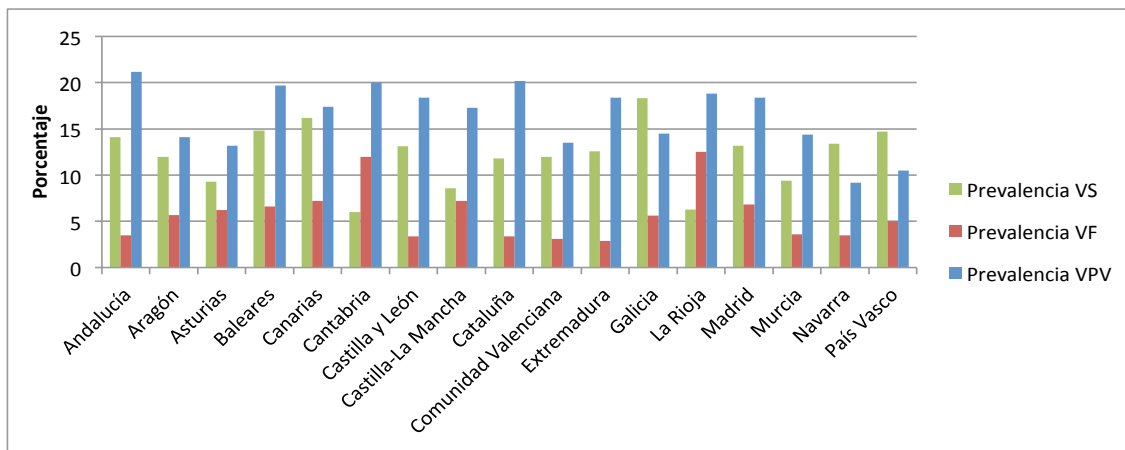


Figura 27: Prevalencia de la violencias por Comunidad Autónoma en los últimos 12 meses. Abreviaturas: Violencia Psicológica y/o Verbal (VPV); Violencia Física (VF); Violencia Sexual (VS).

## ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS COMENTARIOS

Del total de respuestas obtenidas, solo en 782 de ellas se obtuvo algún tipo de escrito en la pregunta abierta, donde se permitía comentar libremente cualquier incidente ocurrido, explicar pormenorizadamente una situación o cualquier comentario relacionado con la encuesta llevada a cabo. En algún caso, se indicaba exclusivamente que no se había no había nada más que añadir o se incluían caracteres especiales sin significado alguno (por ejemplo, “—”). Se procedió a descartar dichos comentarios con lo que se obtuvo un total de 761 comentarios válidos, los cuales fueron analizados en su contenido por las dos primeras autoras, incorporando categorías preexistentes y realizando, además, un abordaje inductivo con los nuevos conceptos surgidos de los comentarios obtenidos. Se realizó, de forma independiente, una identificación de códigos, subcategorías y, finalmente, categorías o temas, a fin de aprehender los diversos matices vertidos por las y los participantes que quisieron reflejar su opinión. Posteriormente, se discutieron en común hasta alcanzar un acuerdo y se acudió a una tercera investigadora para que revisara el procedimiento de codificación y las narraciones enlazadas para confirmar el análisis.

Las categorías principales que resultan de examinar el grueso de los contenidos que suponían los restantes comentarios son las de:

- tipo de violencia
- características de las partes implicadas y escenario
- manejo y consecuencias
- percepción de la violencia

Para ilustrar la categorización obtenida, se ha ido ejemplificando con comentarios completos a fin de no sesgar el contexto en que se produce y facilitar la comprensión del mismo, aunque, en ocasiones, se ha seleccionado sólo el fragmento específico, por estar completamente dotado de significado o por evitar el incorporar información que pudiera identificar a la persona (en algún caso se han sustituido palabras sensibles por xxx). En todo caso, se ha procedido a subrayar las palabras o frases relacionadas con cada codificación para su mejor identificación.

### TIPO DE VIOLENCIA

En esta categoría se diferencia entre los tres tipos de violencia sufrida como fisioterapeuta en el ámbito clínico, tal y como aparece en la encuesta (*sexual, psicológica/verbal, física*). En el caso de no poder apreciar el tipo de violencia enunciada, se categoriza como *sin determinar*. En algún caso, el comentario no se refiere a la violencia directamente sufrida, sino que es observada en otros/as fisioterapeutas.

### SEXUAL

Se ha recogido un amplio abanico de situaciones, desde regalos, “piropos”, solicitud de citas o comentarios sexuales hasta masturbaciones, tocamientos y acoso sexual.

#### ***Regalos, “piropos”, solicitud de citas, “bromas” y comentarios sexuales, propuestas de prostitución***

*“Sólo recuerdo dos pacientes que se me insinuaron, uno era realmente pesado (piropos verbales del tipo eres muy bonita, me gustaría salir contigo y cosas así), el otro únicamente me pidió el teléfono y al decirle que no no volvió a insistir, de hecho se quedó muy cortado”.*

*“Violencia de tipo sexual por parte de los pacientes hombres de forma bastante frecuente, con bromas, chistes, y preguntas incómodas constantemente. Hasta he tenido que derivar a otros compañeros por la situación.*

*Es una lacra como fisioterapeuta que los tratamientos y en el ámbito de trabajo tengamos que pasar por estas cosas”.*

*“Acoso telefónico, compartir fantasías sexuales, proposición de relaciones sexuales, propuesta de prostitución...”.*

### **Exhibicionismo, masturbación, tocamientos, acoso.**

“Siempre han sido *comentarios sexuales y despectivos por ser mujer (han sido mil veces, la estrellita es el comentario del final feliz) e incluso un paciente tuvo una erección estando yo muy embarazada.* Fue repugnante y se hizo cargo otra compañera “

“En mi caso, *tuve un par de pacientes que tocaron ciertas partes íntimas de mi cuerpo.* Gracias a la ayuda de mis compañeros y mis jefes me ayudaron tanto psicológicamente como profesionalmente a resolver el problema. No he vuelto a tener otro incidente, pero tener gente de confianza a tu lado ayuda mucho a resolver los problemas”.

“Me he negado en tratar a determinados pacientes por los cuales *me he sentido acosada. Es cierto que en casi 17 años me ha ocurrido varias veces, pero sobre todo una de las veces con un paciente de seguro, en el que la cosa fue más seria, pasaba miedo, cada día se presentaba antes, esperándome al entrar al trabajo, me acosaba a preguntas, se tocaba, se dejaba la cremallera abierta etc.* Y luego en otras ocasiones, 3-5, 10 quizás en estos años, no sé cuántas decir, pocas, en las que lo resuelvo en el momento, cortando tajante cualquier *actitud del tipo agarrarte el paciente a ti*, y no han vuelto a repetirse por los mismos pacientes. Es lo más habitual, *que te abracen la cintura según en que presas les tengas, que se desnuden o posturas insinuantes.*”

En el siguiente comentario pueden observarse un amplio abanico de posibilidades de diferente gravedad:

*“Rozarte los muslos con mala intención cuando bordeas la camilla. Sacarte fotos mientras trabajas, sin consentimiento previo. Terminar el masaje y darse la vuelta al paciente y preguntar: “y ahora?? Qué hago yo con esto?”, refiriéndose a su pene erecto. Insistir en el que el dolor a tratar está en pleno periné, reiteradamente. Pedir reiteradas citas sin causa física justificada. Regalos de tipo romántico y cartitas de “amor”...”*

### **PSICOLÓGICA Y/O VERBAL**

Se han señalado situaciones de comentarios despectivos, insultos hasta amenazas, difamación y acoso, tanto directas como telefónicas o vía redes sociales:

#### **Faltas de respeto, comentarios despectivos, insultos**

“En mi caso por ser mujer, he notado varias formas de violencia, tanto machista, con *comentarios despectivos hacia el desempeño del trabajo por ser mujer e igual no tener fuerza*, como violencia sexual por parte de pacientes que se toman la libertad de opinar o creer que porque les toques su cuerpo, eso signifique que puedan tener otro tipo de relación con ellos.

#### **Reclamaciones, quejas...**

“Lo más preocupante es *la agresión verbal. Hay muchos pacientes que no están conformes con el alta laboral o con la prestación económica que reciben por estar de baja y lo pagan con los fisios. Hay veces que por el simple hecho de cambiarles la hora de rehabilitación es motivo de conflicto. Las faltas de respeto, poner en duda las capacidades de los profesionales y amenazas con abogados y denuncias son los sucesos más comunes.*”

“*Quejas desagradables por las listas de espera.*”

#### **Amenazas de tipo físico, legal**

“...Un paciente, justo antes de realizarle una técnica EPI, *me comentó que, si le iba mal y tenía algún tipo de lesión por el tratamiento, vendría con sus amigos a provocarme el mismo daño que yo le había provocado a él...*”

### **Difamación**

“He sido víctima de falsos testimonios en google sobre mí, sobre mi consulta y mi equipo de trabajo”.

### **Acoso**

*“Presión psicológica para recibir cita lo antes posible de manera reiterada y de malos modos.*

*Hace 12 años sufrí un acoso telefónico durante 6 años de alguien desconocido pero relacionado con la zona donde trabajo. Fue denunciado reiteradas veces, pero no se procedió a nada. Finalmente, nunca supe quien fue. En reiteradas ocasiones ante mi ausencia de respuesta comenzó a realizar maltrato psicológico dejando señales de que estaba cerca observándome, como dejar papel en mi puerta (el cual yo había tirado a una basura varios metros de mi consulta) o amenaza que estaría esperándome por fuera algún día cuando yo finalizase mi jornada laboral...”*

### **FÍSICA**

Ha sido menos frecuente que los otros tipos de violencia, reflejando situaciones menores tipo pellizcos o arañazos, hasta golpes y agresiones físicas importantes

### **Agresiones más leves (como pellizcos, agarres, arañazos, escupitajos)**

*“En los casos de violencia física no he recibido amenazas ni golpes, pero en las situaciones de estrés ante una técnica incómoda ha habido pacientes que han reaccionado de forma exagerada con pellizcos o agarres para frenar por ejemplo una punción o un estiramiento”.*

*“Las agresiones físicas han sido simplemente algún arañazo o manotazo con personas demenciadas de la 3a edad, pero nada importante”.*

### **Agresiones más severas (golpes fuertes, mordiscos, palizas)**

*“El ataque físico; dejé el trabajo ya que eran personas con trastornos psiquiátricos y no me sentía segura en mi ámbito laboral y la segunda vez de tener que ir a urgencias abandoné el puesto. Los comentarios y acosos fueron en ámbito privado y dejé de atender a las personas implicadas”.*

*“Llevo 10 años dedicándome a niños, niñas y adolescentes con alteraciones del neurodesarrollo en el ámbito escolar. Hace dos cursos di el salto al ámbito público. Al no tener plaza realizo reducciones de jornada, sustituciones, etc. Este curso, cubro un xxx de jornada en un centro público de educación especial.*

*Las agresiones por parte del alumno comenzaron más o menos a principios de curso. Primero a compañeras educadoras que estaban con él en el aula, y más tarde a mí. Al principio, las agresiones, consistían en agarrar fuerte alguna parte del cuerpo y empujar con la cabeza. A veces, sólo agarraba la ropa. Observé que, en mi caso, sólo sucedían estas agresiones cuando compartía el mismo espacio y tiempo con otros compañeros suyos, es decir, cuando la atención no era exclusivamente para él. Por lo tanto, probé a trabajar sólo con él en una sala con la puerta abierta. No pasó nada durante varios meses y ya me sentía tranquila. Justo la semana pasada, sucedió la agresión descrita anteriormente y fue justo a la entrada de la sala donde trabajamos, ni siquiera comenzó la sesión. Ese día también había agredido a más profesionales del centro. Esta agresión muy violenta y muy desagradable. Acudí a dirección para pedir unos días sin sesiones con él o cambio de fisio. Me han proporcionado días sin sesiones con él. A la vez, hemos establecido unas hipótesis y modificado su entorno para ver si hay algún cambio tras estos cambios”.*

## VIOLENCIA INTERNA

Es de destacar que ha surgido otro tipo de agresión que no era objeto de la encuesta suministrada, que es la expresamente referida a los salarios, horarios, carga de trabajo, vacaciones y que ha aparecido en cuantiosos comentarios destacando las difíciles condiciones laborales como fisioterapeuta en distintos ámbitos:

*“Pues ante la precariedad laboral que tenemos como fisioterapeutas en todo el ámbito laboral y social me siento poco valorado a nivel económico siendo una violencia laboral. Sufrimos una lacra de muchas empresas y/o autónomos que tienen clínicas y que hacen contratos por pocas horas, con poco sueldo y no llegamos a sobrevivir en muchas ocasiones, y ya sin hablar de las ofertas de empleo que te piden ser autónomo o falso autónomo. Esto hace que nos sintamos desprotegidos, desilusionados con la profesión que desempeñamos, y con un agotamiento psicológico, físico y emocional”.*

*“Trabajo en el ámbito de la diversidad funcional con pacientes gravemente afectados y es un ámbito en el que los insultos y los golpes al personal son un problema diario y nadie hace nada, las mutuas se ríen de nosotr@s, la Xunta nos pone ratios que dan risa o más bien ganas de llorar y el personal resistimos como podemos porque en algunos casos somos casi más familia de los pacientes que sus propias familias”.*

*“Las Mutuas de Accidentes Laborales asociadas a la Seguridad Social, son centros de exploración laboral hacia los fisioterapeutas. Jornadas partidas para los fisioterapeutas, mientras que los compañeros médicos y enfermeros disfrutas de jornadas continuas. Carga física y psíquica excesiva, con una carga de trabajo de 30 pacientes por día”.*

*“ Nunca he sufrido violencia física o sexual en el ámbito laboral. Si que es cierto que la situación de precariedad, de contratos basura y de lo poco valorados que estamos en el sistema sanitario me han provocado muchos problemas de salud mental que nunca había tenido en años anteriores, causándome insomnio, ansiedad, depresión e irritabilidad con la gente de mi alrededor. Es triste que llevando solo 3 años trabajando como fisioterapeuta ya tenga estos problemas. Es necesario insistir en que mejoren nuestras condiciones.”*

*“Veo el cuestionario repleto de preguntas sobre violencia física y sexual. Pero nada o casi nada con respecto al moobing tan extendido en las clínicas privadas. Creo que el problema más importante para los fisioterapeutas, no son los posibles y muy graves actos de violencia sexual y/o física que pueden ocurrir con los pacientes. Es mucho más importante la extrema explotación a la que nos vemos sometidos si trabajamos en lo privado y a la intensa manipulación psicoemocional a la que nos vemos sometidos. Por lo demás considero está una magnífica propuesta que debería ir más allá en los problemas generales de la profesión.”*

## CARACTERÍSTICAS/DESCRIPCIÓN DE LAS PARTES IMPLICADAS Y ESCENARIO

En esta categoría, se tiene en cuenta a la *parte agresora* (se ha ampliado la codificación incluyendo no sólo a pacientes y acompañantes sino también a compañeros/as y jefes o superiores), la *parte agredida* (fisioterapeuta casi unánimemente) y el *escenario* en que se produce (centros o actividades).

## CARACTERÍSTICAS DE LA PARTE AGRESORA

La encuesta se dirigía a la violencia externa, la sufrida por los y las profesionales en la relación clínica con las y los pacientes y entorno que lo rodea (acompañantes, familiares). En este caso, se habla sobre todo de pacientes más que acompañantes, y mayoritariamente de hombres, especialmente en la violencia sexual. También aparecen condiciones especiales de estos pacientes que aumentan la frecuencia de los episodios violentos.

Por otro lado, se han recogido numerosos comentarios espontáneos sobre la que se denomina violencia interna, que es la que sucede entre compañeros/as o con superiores. Al efecto de recoger esta inquietud ampliamente manifestada, se ha considerado su caracterización.

### **Sexo de pacientes**

“Siempre han sido HOMBRES y esto quiero recalcarlo (como en la pregunta 32, la respuesta no es mayoritariamente hombres, sino, exclusivamente hombres). Hay varios hombres, no es cosa de uno que, saludan con 2 besos en la consulta, alardear de su físico para que yo me fijé con tono insinuador, despedirse con un abrazo, agarrarme de la cintura o el brazo en técnicas manuales o movilizaciones de hombro, por ejemplo, querer invitarme a comer o a tomar algo cuando acabe mi jornada... Y recalco que, en mi caso, las mujeres nunca hacen eso, es un trato exclusivamente de hombres”.

“Según mi experiencia trabajando con personas adultas, se ha de tener en cuenta que en un contexto con afectación neurológica y patologías a nivel degenerativo, la mayoría tiene o tendrá problemas de inhibición de impulsos por lo que las agresiones sobre todo a nivel verbal suelen ser frecuentes, sí que he observado que es más frecuente en el sexo masculino (con afectación) hacia las profesionales (fisioterapeutas, auxiliares, psicólogas... ) a pesar de que tenemos más mujeres afectadas que hombres. Cabe destacar que no me afecta a mi salud emocional ya que considero que no es intencionado y forma parte de la patología. Aunque considero que se debería contemplar en los convenios colectivos un plus la carga emocional que supone trabajar con este tipo de perfiles y más cuantos más años hace que trabajas con estos colectivos.”

### **Pacientes con alguna condición especial (ancianos, neurológicos, personas con daños cognitivos o mentales, niños con trastornos conducta)**

“En general, en el campo de la geriatría/neurología es muy común que pacientes con alteraciones de la conducta agredan a los profesionales”

“Los casos de violencia física que menciono se dieron principalmente en ámbito hospitalario con pacientes con algún grado de deterioro cognitivo o trastorno psiquiátrico”.

“Al trabajar en un colegio de educación especial un número importante de usuarios del servicio de fisioterapia tienen trastornos de conducta y patología que hace que tengan conductas disruptivas: gritos, autolesiones, gestos con contenido sexual, tirones de pelo, empujones, escupitajos, lanzamiento de objetos...”.

### **Compañeros/as y superiores u otros estamentos (violencia interna)**

“Violencia entre compañeros, la cual no está registrada en este cuestionario. Violencia en la relación con los superiores, exceso de intimidación por su parte. Violencia y acoso sexual por parte de compañera de trabajo.”

“He sufrido violencia verbal y psicológica por parte de médicos y no tuve forma de resolverlo debido al corporativismo y a la protección que le brindan desde la dirección del centro. He sufrido insultos y gritos por parte de médicos, de forma pública, en presencia de pacientes y otros compañeros y he tenido que soportar difamaciones hacia mi trabajo. La violencia no viene solo por parte de los pacientes/acompañantes.

Soy conocedora, incluso, de trato obsceno y acoso sexual por parte de médicos a otras trabajadoras que por miedo a su superioridad jerárquica no se atreven a denunciarlo en la dirección del centro...”.

## CARACTERÍSTICAS DEL /DE LA PARTE AGREDIDA

Lo que se ha recogido apunta mayoritariamente hacia el hecho de ser mujer y ser joven, (especialmente en la violencia sexual y combinada con paciente hombre) el físico, pero también ha aparecido algún comentario, aunque en mucha menor frecuencia y referido a comentarios o bromas, sobre hombres jóvenes en relación con pacientes mujeres y la minimización de violencia sexual con respecto a sus compañeras mujeres. Mención especial se requiere para el hecho de que han aparecido comentarios de episodios violentos, tanto internos (con compañeros/as o superiores) como externos, en la época de estudiante, que no era objeto de la encuesta.

### **Mujer y físico**

*“Principalmente pacientes varones que tienen una idea erótica de tratamiento que van a recibir por el hecho de que sea realizado por una mujer. Esa predisposición hace que en cuanto les toques su cuerpo reaccione, es muy desagradable tratar a un paciente que tiene una erección y no hace nada por taparse o excusarse, sino más bien todo lo contrario.*

También casos de pacientes que piden que les trates ciertas zonas como aductores o psoas y tú percibes la mala intención. Alguna ocasión comentarios como tu novio estará contento, o, seguro que los masajes se los haces de otra manera o yo lo que necesitaba era una mujer como tú.

Ese tipo de comentarios es más habitual, las otras situaciones, contadas con una mano en todos los años que llevo afortunadamente”.

*“No he recibido violencia sexual pero sí comentarios menospreciando mi condición física, como, por ejemplo, la fuerza, por ser chica (...)”.*

### **Juventud**

*“Pienso que son más vulnerables de sufrir cualquier tipo de violencia los profesionales jóvenes y/o con poca experiencia laboral. Con más experiencia es más fácil manejar la relación con los pacientes y familiares lo que facilita evitar situaciones de riesgo”.*

### **Mujer joven**

“Cuando trabajaba en una mutua laboral en bastantes ocasiones tuve que enfrentarme a pacientes que me levantaban la voz delante del resto del paciente porque no estuvieran de acuerdo con la prescripción del tratamiento en cuanto a tiempo, duración, resultado o sobre las normas del centro. Creo que había una relación directa con el hecho de que fuera una mujer joven.”

### **Hombres y falta de visualización de este tipo de violencia**

*“Tanto yo como muchos compañeros con los que hablo habitualmente, parece que hemos vivido múltiples situaciones en el que una mujer, normalmente de media o avanzada edad hace comentarios de forma “chistosa” a cerca de lo “guapos o jóvenes” que somos, o de lo contentas que tienen que estar nuestras parejas por las manos que tenemos, sobre que les gustaría tener nuestra edad y estupideces por el estilo. Parece que si una mujer te hace comentarios acerca de tu aspecto físico aun siendo piropos o cosas que les parecen graciosas, nos tenemos que reír, sin embargo, cuando se lo hace un paciente masculino a una fisio chica todos estamos de acuerdo en lo desagradable y desacertado que es. Obviamente dentro de todas las situaciones de violencia sexual o por el estilo, será de lo menos grave, pero es bastante común y desagradable”.*

### **Estudiante**

*"Hubo un momento durante las prácticas de fisioterapia que sufrí un abuso por parte de un tutor de prácticas. No lo llegué a denunciar por qué me quedé en shock en su momento. A alturas de ahora hubiese denunciado".*

*"Violencia verbal durante mi periodo de prácticas, le recriminé su actitud y mi tutor salió rápidamente en mi defensa, no se volvió a repetir el episodio".*

### **CARACTERÍSTICAS DEL ESCENARIO**

Se han detallado una gran variedad de escenarios, apareciendo, sobre todo, residencias de ancianos y mutuas profesionales con respecto a diversos tipos de violencia y, en cuanto a agresiones sexuales específicamente, se ligan mayoritariamente a gabinetes privados (aunque también aparecen numerosos comentarios en torno a la violencia laboral). En menor medida, también han aparecido como entornos conflictivos los centros hoteleros (hoteles/spa/balnearios) o a domicilio (sobre todo para la violencia sexual) y los relacionados con la fisioterapia deportiva, concretamente con el fútbol.

En centros públicos, cuando se mencionan, sobre todo es referente a la atención primaria y a colegios y con relación a violencia psicológica/verbal y física, y no de carácter sexual.

### **Mutuas profesionales y seguros**

*"La mayor parte de mi carrera he trabajado en un hospital de carácter privado donde atendemos mayoritariamente mutuas, accidentes de tráfico y seguros privados. La diferencia con los pacientes que vienen pagando la sesión, es que mucha gente te trata de una manera despectiva y despreciándote, el hecho de que algunas personas cobren cuanto más tiempo están de baja (accidente de tráfico) es un problema, cuando seguimos protocolos para poco a poco darles el alta muchos se vuelven irascibles y recibimos amenazas por realizar nuestro trabajo. Desde el inicio de la pandemia la irascibilidad de la gente ha aumentado. No sé cuál puede ser la solución puesto que en nuestro hospital no contamos ni con guardia de seguridad"*

### **Residencias de ancianos**

*"La violencia verbal o física únicamente la he experimentado durante el periodo que trabajé en residencias de ancianos y por parte de personas con una demencia avanzada".*

### **Clínicas o gabinetes privados**

*"Las situaciones de violencia que he vivido han sido sobre todo cuando trabajaba en consulta privada. Fueron:*

- 1 hombre que cogió cita para un masaje, pero apareció a la cita con una botella de cava y algo de comer. No quería ningún tratamiento, sólo aquella cita. Agradecí muchísimo que mi perro (pastor xxxx) estuviera pegado a mis piernas. (En aquel momento, la consulta la tenía en mi domicilio).

- 1 hombre que vino a tratamiento para un masaje. Lo hizo en dos ocasiones. La primera vez hizo mención a un "final feliz" y algún comentario verbal. Lo corté diciendo que se había confundido. La 2ª vez que vino, se desnudó de manera integral; hice que se pusiera en D/P y lo cubrí con una toalla; empezó con comentarios de "cómo se estaba poniendo" y cuando le dije que la sesión se acabaría ahí y que abriría la puerta y se podía marchar, se calló.

- 2 hombres, (cada uno en su sesión), que me dijeron que estaban enamorados de mí. Uno de ellos quiso establecer una cita. Diciéndoles que no y que estaban confundiendo la atención sanitaria con otro tipo de afecto, pararon. Pero a uno de ellos tuve que repetírselo en varias sesiones y pedirle que parara sus comentarios hacia mi aspecto físico"

### **Ámbito público**

*“En la violencia psicológica fundamentalmente era por temas de lista de espera, tipo gritos por no haber recibido aún la cita. Aunque actualmente trabajo en una Universidad, esto se ha producido en un centro de salud donde trabajé inicialmente (después también he trabajado mayoritariamente en un centro de salud para impartir estancias clínicas mediante un convenio)”.*

*“Actualmente estoy de baja por ansiedad en el trabajo (un colegio público de XXX). El principal problema, que comparten otros fisioterapeutas educativos, es que se nos discrimina. Teniendo la misma categoría profesional que un profesor, tenemos un trato distinto. En algunas ocasiones el equipo directivo abusa de su poder para mandarnos realizar funciones que no nos corresponden por nuestra profesión. Y nos obligan a permanecer en el centro toda la jornada laboral, cuando tenemos funciones de documentación, preparación de actividades para el alumnado, elaboración de informes, etc. que se pueden realizar en casa y al profesorado sí se le permite ( ) En mi centro de cabecera, el equipo directivo me está tratando mal ( )*

*Los fisioterapeutas educativos tenemos una labor muy bonita de contribuir a la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales, pero en algunos centros somos ignorados, marginados o incluso abusados”.*

### **Centros hoteleros, spa, balnearios o domicilios**

*“Al realizar atención domiciliaria, tengo mucho contacto con familiares y pacientes. He sufrido acoso de tipo sexual por parte de pacientes y de familiares. Me provoca mucha indignación como profesional y como mujer. Por desgracia tengo bastantes historietas al respecto, más o menos graves. Recuerdo especialmente el padre de un paciente menor de edad, al vivir esta familia en mismo barrio lo pase bastante mal. La situación se resolvió con el divorcio del matrimonio y la pérdida de vista del padre (con el que me veía obligaba a hablar en relación al tratamiento de su hijo). Yo me apuntaría a cursos de defensa personal y manejo de situaciones complicadas, si en el trabajo o través del colegio de fisioterapeutas se ofrecían.*

Somos muchas las compañeras sanitarias que vivimos situaciones de este tipo, concienciar que somos profesionales. Muchas gracias por vuestra atención”.

*“Considero que ha dependido en gran medida del ámbito de trabajo. De joven cita trabajaba en balnearios y spas, y es donde tuve alguno de esos problemas. En otra ocasión, ya en mi consulta privada, un paciente habitual vino después de una comida de empresa, algo bebido, y tras varios comentarios y situaciones incómodas, acabé la sesión al poco rato y se la cobré normal y ya no volvió a venir. Creo que, en el ámbito sanitario, quitando los años en spas y balnearios, no he sentido más problemas que en otros ámbitos de la vida (...)”.*

### **Actividad deportiva (fútbol)**

*“Además, he trabajado en deporte (fútbol). En esa área es comúnmente aceptado el trato despectivo hacia los fisioterapeutas. Destacaría este apartado como particularmente importante; no he visto cosa igual en otras áreas y he trabajado en bastantes...”*

*“He de decir que la inmensa mayoría de violencia sexual recibida ha sido en el entorno de fisioterapia en equipos de fútbol masculino. Lo repartiría en un 80% en este ámbito y un 20% en clínica privada”.*

## MANEJO Y CONSECUENCIAS

Se han recopilado las estrategias que se han empleado ante el episodio violento, tanto de índole *informal* (directa y personal) como *formal* (que implican modificaciones sustanciales en el abordaje o consecuencias para la fuente agresora) y las consecuencias sufridas particularmente para la persona agredida

### ESTRATEGIAS INFORMALES

Se han comentado tácticas diversas desde un abordaje asertivo, pasando por conductas de evitación del conflicto (hacerse la/el ignorante, alejarse de la situación o el conflicto, paralización para llevar a cabo cualquier tipo de acción), de búsqueda de apoyo mediante comunicación con alguien de confianza, hasta alguna menos frecuentemente comentada de cambio del físico y la indumentaria o realizar el abordaje lo más públicamente posible. También ha aparecido algún comentario acerca del bloqueo en las redes.

#### **Asertividad**

“En mi caso las escasas veces que algún paciente ha tenido algún tipo de conversación fuera de tono, solo he tenido que mostrarle de forma tajante y directa que su conversación estaba siendo inadecuada. Me han entendido a la primera y nunca he tenido ningún problema.”

#### **Evitación del conflicto, de la situación o inacción**

“No me enfrenté a los pacientes, ni verbalmente, ni con gestos. Vamos, lo que es “hacerse el sueco”.”

#### **Apoyo emocional**

“Me ha ocurrido en dos ocasiones con dos hombres en consulta, ambos de aproximadamente 50 años. Uno entró directamente al gabinete estando sola con el realizándome preguntas comprometidas como si trabajaba con la luz encendida o apagada, mi edad, explicándome que prefería ser atendido por mujeres y durante la sesión me tocó dos veces en la cadera, nalga. Yo no me atreví a decirle nada, simplemente contestaba a sus respuestas, pero cortándole, no me salía hacer nada más. En un momento me hizo el comentario de que estaba contento con el trato recibido, ya que el buscaba algo de cercanía entre paciente y terapeuta, sus palabras fueron: ‘ No digo que esto sea un puticlub pero si algo de cercanía. Lo pasé muy mal. Finalmente, no me preguntéis por qué, pero le puse otra sesión, no era capaz de cortarle y tras irse mis compañeras dentistas que cuando aquello trabajaba en una policlínica me encontraron llorando en el vestuario y fue cuando me ayudaron y le llamé diciéndole que no quería volver a verle por la consulta (...)’.”

#### **Cambios en el físico**

“En mi caso he tenido violencia sexual, ( ) He tenido que cambiar mi forma de trabajo, asociarme, para no estar sola en clínica. Cuando estoy trabajando suelo poner las gafas, recoger pelo, no pintarme, ropa ancha y quizás sea más amable y me río más con pacientes mujeres. Esto no quiere decir que la gran mayoría de los hombres son pacientes geniales y que se insinúen o intentar quedar los meta en el mismo saco de los que realizaron violencia. Parte de las relaciones entre personas es esto...el intento ...pero con respeto no pasa nada. Yo en consulta los casos que tuve fueron...intentar a toda costa quedar desnudo entero en consulta y que le diera masaje relajante. Tocamientos cuando hacía laguna terapia en culo, muslos, mamas. Obsesión por venir, que le toque, insistencia en quedar conmigo, no aceptar un no te voy a consultar y esperarme a la salida de trabajo, envío de notas o cosas de carácter sexual”.

“...Llamadas para cita para masajes “ felices” o pacientes que llaman preguntando si la fisio que le va a atender es guapa... Tenemos cuidado hasta para elegir el uniforme (que no transparente, que no se vea el pecho si nos agachamos, que no lleve botones y se pueda entrever algo ...). Gracias”

### **Modificación del abordaje**

“Puerta abierta siempre, realizar los tratamientos de manera compartida con los compañeros fisioterapeutas”

“En ambos casos, cambié el tratamiento a una zona común con más pacientes y otros Fisios, también modifiqué mi intervención con el paciente intentando evitar el contacto físico y prescribir ejercicio terapéutico con órdenes verbales y además intenté acelerar el alta”.

“Y ante posibles sospechosos nuevos (hombres de paso, viajeros, que ya insinúan algo en consulta) nunca se queda la fisio sola y acortamos el tiempo e incluso hemos llegado a cobrarles más adrede para que no vuelvan”.

### **ESTRATEGIAS FORMALES**

Las estrategias formales más empleadas - mayoritariamente adoptada por los y las propios/as fisioterapeutas, pero también en ocasiones por la dirección de la entidad- son las de finalizar la sesión o tratamiento, cambiar de terapeuta (generalmente en caso de violencia sexual) y la comunicación formal a superiores; otras mencionadas en menor medida son las de valerse de terceras personas para realizar la atención clínica, registrarlo en la historia clínica, modificar el abordaje terapéutico o incluso denunciar o llamar a las fuerzas del orden. En gran parte de los casos, se indican múltiples estrategias incluso combinando informales y formales.

### **Finalización temprana de la sesión/tratamiento o evitación de futuros abordajes**

“(...) Abuso por parte de un paciente que quería un tipo de tratamiento que no era precisamente del campo de fisioterapia no le volví a dar cita nunca más. Aprendí a cómo hay que reaccionar ante este tipo de situaciones, supongo que siempre hay una primera vez para todo”.

“En ambos casos, cambié el tratamiento (...) y además intenté acelerar el alta”.

### **Transferencia a compañeros**

“Violencia de tipo sexual por parte de los pacientes hombres de forma bastante frecuente, con bromas, chistes, y preguntas incómodas constantemente. Hasta he tenido que derivar a otros compañeros por la situación. Es una lacra como fisioterapeuta que los tratamientos y en el ámbito de trabajo tengamos que pasar por estas cosas”.

“La violencia que generalmente experimentamos tanto mis compañeras mujeres como yo son mayoritariamente verbales. Palabras obscenas, comentarios sobre nuestro físico (culo, tetas), frases como “te daría una nalgada”, o si vamos a terapia acuática y ese paciente en concreto no coincide con nosotras les han dicho a mis compañeras comentarios tales “que pena que no estés en bañador porque te lo arrancaba”. Las medidas principales que han tomado en nuestra empresa es cambiar ese tipo de pacientes con fisioterapeutas que sean hombres (ya que a ellos no les dicen esos comentarios) y principalmente quienes cometen estas faltas suelen ser hombres mayores de 60-70 años”.

### **Comunicación a superiores**

“El mismo paciente realizaba comentarios machistas directamente hacia a mi persona. En una ocasión otro paciente tuvo que defenderme ante el susodicho ya que se disponía a agredirme físicamente. No hubo que llamar a seguridad, lo notifiqué a mi superior”.

### **Uso de acompañantes**

“Fue violencia verbal se lo comenté a la coordinadora de mi centro. Y en la siguiente consulta con esta persona le pedí al TCAE del Centro de Salud (hombre), que estuviera en la consulta conmigo.”

“Trataba a un niño con distrofia muscular de Duchenne que no quería trabajar y me decía que le iba a decir a sus padres que yo le pegaba, que le hacía cosas que eran mentira, así que le pedía a su técnico sociosanitario que estuviera durante las sesiones y si un día no podía estar me sentía nerviosa y agobiada ( )”.

### **Registro**

“Para afrontar episodios de sobre exigencia familiar y descalificación que es el problema mayoritario, hacemos constar el episodio en curso clínico (protección legal), “.

### **Aviso a fuerzas del orden**

“Cuando me ha resultado violento tratar a un paciente por comentarios fuera de lugar, he hablado con mi jefe para que lo derivasen con otro compañero y se ha tenido en cuenta mi queja, actuando el centro en consecuencia. En un caso particularmente violento, incluso se avisó a la policía así que no tengo queja a cerca de las reacciones en mi centro de trabajo”.

### **Bloqueo en redes sociales y amenaza de denuncia**

“Para mí la mejor solución ha sido bloquear, amenazar con denunciar y nunca más darle cita. Algunos vuelven a intentarlo con otros teléfonos o desde otras redes sociales con otros perfiles, pero bloqueamos.”

## **CONSECUENCIAS**

Sobre todo referidas a la parte agredida y circunscritas a aspectos psicológicos y profesionales que llegan a conducir al cambio o abandono de la actividad, tanto por motivo de violencia externa como interna.

“Durante mi jornada laboral anteriormente en un centro privado al estar sola con un hombre en la rehabilitación sentía inseguridad y miedo. En general, en mi vida laboral como fisioterapeuta he tenido que aguantar que me hayan propuesto citas, me hayan buscado en redes sociales y se me hayan insinuado, hayan intentado tocarme o hacerme proposiciones (mayoría paciente geriátrico) y aguantar miradas, preguntas incómodas y comentarios desafortunados acerca de mi físico o simplemente por ser chica. Por parte de una familiar una vez recibí gritos e insultos y me dio un ataque de ansiedad que quería dejar el trabajo”.

“En mi caso, dejé el trabajo porque me agredió un menor (me mordió en el antebrazo) y no tuvo ninguna consecuencia para él. No era la primera vez que pasaba y no podía ir a trabajar con miedo. Llevaba varios años trabajando en el mismo centro y la situación era insoportable: agresiones verbales, físicas. Se supone que vas a tratar a niños con problemas neurológicos, pero sólo derivan niños con patologías psiquiátrica que no necesitan un fisioterapeuta sino un ingreso psiquiátrico y pasan cosas todos los días”.

“Recibí acoso laboral psicológico por parte de una exsocio. Y violencia verbal por parte de una exjefa cuando le pillaron que nos tenía como falsos autónomos. Debido a estos casos he dejado de trabajar aprovechando la crianza de mis hijos para pensarme si vuelvo a trabajar como fisio ya que en ambos casos me requirió volver a empezar de cero y estoy cansada”

## PERCEPCIÓN

Se abordan diversos aspectos ligados a la consideración de la violencia, como las causas y soluciones que indican las y los encuestados, así como los miedos y preocupaciones asociadas a la violencia y la influencia de la pandemia en su aparición o forma.

### CAUSAS

Se parte del desconocimiento de qué es violencia y autoculpabilización, la asociación de la violencia a la fisioterapia por sus características (por la intimidad/cercanía con las y los pacientes, por el abordaje con gran contacto físico y por las expectativas irreales generadas ante el dolor, cronicidad y la discapacidad) y la diferenciación por sexos de la naturaleza de la preocupación que genera la violencia.

Además, se aprecia una abrumadora cantidad de comentarios relativos al bajo o inexistente apoyo de las entidades y sus responsables, que va desde la inacción, pasando por la justificación hasta la culpabilización y castigo a la propia víctima.

Por último, se indica la evolución a peor del fenómeno con el paso del tiempo.

### ***Falta de percepción por los y las fisioterapeutas de qué es violencia o autoculpabilización***

*“En los casos de violencia física y verbal, no lo he considerado como violencia, o no le he dado importancia debido a que se trataba de pacientes con alteraciones en su capacidad de juicio, niños con problemas de neurodesarrollo o pacientes afectados por demencias. Lo he visto como “gajes del oficio” aunque no sé si es esta falta de reconocimiento lo que hace que se trate de un problema tan habitual.”*

*“En alguna ocasión he recibido gritos, siempre por parte de pacientes descontentos con la lista de espera. Siempre he tratado de empatizar y mantener la calma, pero luego, la angustia y la ansiedad permanece, como poco varias horas. En mi caso nunca ha sido en un espacio cerrado ni he llegado a sentir miedo. Muchas veces he sentido cierta responsabilidad, pensando que “algo he hecho mal para llegar a esa respuesta...””*

*“En mi caso, sufrí violencia sexual, con insinuaciones de todo tipo, incluso hace años me intentó dar un beso en la boca un paciente. Al principio piensas que has hecho algo para dar pie a esas circunstancias... pero finalmente te das cuenta de que no eres tú”.*

### ***Asociación de la violencia a las características de la profesión (por intimidad/cercanía y por mayor contacto físico, y por expectativas irreales ante el dolor, cronicidad y la discapacidad)***

*“El colectivo de Fisioterapeutas estamos muy cerca de los pacientes en todos los sentidos. En el plano físico por el tipo de técnicas terapéuticas que utilizamos a diario, y en el plano psicológico por la empatía, la confianza que llegamos a tener con nuestros pacientes. En muchas ocasiones son tratamientos con frecuencia diaria y durante semanas o meses. Es importante establecer un vínculo con los pacientes en el plano emocional, sin traspasar el buen trato fisioterapeuta-paciente, claro, pero ese vínculo nos ayuda mucho en la mejoría de muchas de las patologías que tratamos. No olvidemos la gran conexión que existe entre el plano físico y emocional de una persona, y la gran carga emocional (psico-somática) que tienen muchas patologías sobre todo relacionadas con las algias vertebrales. Por lo tanto, está más que justificado ese trato cercano con el paciente, pero eso nos hace ser más “vulnerables” a este tipo de situaciones. Algunos pacientes, siempre con determinados perfiles de personalidad, confunden o se aprovechan de esa cercanía que su “buen fisioterapeuta” le brinda en su beneficio para ir más allá de la línea que separa el buen hacer con el “ligoteo” o “tonteo” por llamarlo de alguna manera. Considero muy necesario analizar este hecho y darnos pautas o cursos a los fisios para saber cómo actuar en cada momento. Todo un tema de debate y de análisis super-necesario, la verdad. Gracias”.*

“Nunca he sufrido violencia física en mi trabajo, sí psicológica en pocas ocasiones por parte de pacientes que no estaban de acuerdo con horarios o altas médicas, pero de forma esporádica y no de carácter muy fuerte a excepción de dos pacientes en estos 7 años. Dudo que en otras profesiones en las que el contacto físico es menos estrecho se tengan que escuchar tantas memeces de este tipo, creo que este tipo de pacientes confunden el contacto físico necesario para el tratamiento con contacto de carácter sexual o de acercamiento. Gracias por hacer la encuesta. Un saludo y ánimo ;).”

“He tenido quejas de pacientes por no avanzar en la recuperación lo “rápido” que ellos quisieran. (Quieren milagros en una sesión) Antes me causaba ansiedad y mucha preocupación, con los años y hablando con compañeros he aprendido que es algo normal y el problema no soy yo”.

### ***Naturaleza de la preocupación que genera la violencia***

Se observa una diferenciación por sexos, ya que en hombres la preocupación es más hacia que se les pueda realizar acusaciones de carácter sexual por desempeñar su trabajo mientras que en mujeres aparece miedo a ser agredidas, sobre todo si trabajan solas. Además, hay mayor nº de comentarios en mujeres.

Hombres: “Los hombres estamos absolutamente desprotegidos en nuestros gabinetes privados. Estamos solos con las pacientes y es su palabra contra la nuestra. A veces se insinúan y tienes que andar con mil ojos para ver cómo las rechazas sin que se ofendan y no te acusen de algo que no has hecho. No hay nadie más en sala y a los hombres se nos presupone un interés sexual que no se les supone a las compañeras mujeres”.

Mujeres: “Yo he tenido la suerte de no sufrir ninguna de estas situaciones, pero trabajo sola con el paciente y a veces me siento insegura, sobre todo con pacientes nuevos que son hombres. No lo puedo evitar, somos vulnerables”.

“Durante mi jornada laboral anteriormente en un centro privado al estar sola con un hombre en la rehabilitación sentía inseguridad y miedo... En general, en mi vida laboral como fisioterapeuta he tenido que aguantar que me hayan propuesto citas, me hayan buscado en redes sociales y se me hayan insinuado, hayan intentado tocarme o hacerme proposiciones (mayoría paciente geriátrico) y aguantar miradas, preguntas incómodas y comentarios desafortunados acerca de mi físico o simplemente por ser chica. Por parte de una familiar una vez recibí gritos e insultos y me dio un ataque de ansiedad que quería dejar el trabajo...”.

### ***Del bajo o inexistente apoyo por responsables de la entidad (inacción, justificación y culpabilización)***

“Tuve un paciente hombre de suelo pélvico que constantemente intentaba invitarme a salir, comer, café... Me decía indirectas del tipo “si tuviera 20 años menos...” Hasta que finalmente en una de las sesiones me metió la mano por debajo del uniforme. Comunicué lo que había pasado a mí coordinadora de servicio que me contestó “y que quieres que yo haga” y a mí gerente que lo único que hizo fue decirme que si volvía a pasar lo echaban.

Tuve que seguir trabajando con este señor sintiéndome indefensa y de solo pensar en él tenía náuseas. Finalmente le dije que no tenía suficiente experiencia en su patología y le recomendé otro tipo de terapia fuera de la clínica.

El centro de trabajo era una mutua de renombre y una empresa muy grande que no me ayudaron y tuve que trabajar con miedo. Este fue el caso más complicado que tuve, pero hay una constante situación de sexualizar nuestro trabajo por parte de los pacientes.”

“En el caso de pacientes de geriátrica o con alguna afectación del juicio, parece que todo tipo de agresión está justificada por su condición y los responsables no hacen nada, le quitan hierro al asunto y te dicen que con esos pacientes es lo que hay”.

*“Cuando he sufrido violencia de algún tipo en el trabajo las respuestas por parte de los superiores fueron:*

*Primera jefa: no hacer nada y no tomarlo en serio;*

*Segundo jefe: reírse con el paciente sobre la broma y participar de ella delante de mí siempre que podía (el mismo jefe realizó abuso psicológico y sexual contra mi);*

*Tercer jefe: le hizo descuento en el precio a la señora y como consecuencia eso afectaría a mi sueldo”.*

### ***Evolución a peor con el paso del tiempo***

*“Ninguna, pero pienso que la visión que tienen los pacientes sobre nosotros varió mucho en estos años, cuando empecé nos valoraban y respetaban más, ahora después de tantos años, ya no me influye, pero a los jóvenes sí, pienso que ya no los ven como profesionales sanitarios (generalizando), y si le sumamos que la sociedad está menos educada (generalizando otra vez), nos encontramos con este problema, no sé cómo se podría solucionar, pero es un problema importante al que se debería poner solución. Gracias por intentarlo”.*

### ***Pandemia***

La pandemia parece haber afectado a la violencia bien por las medidas de prevención que había que adoptar o bien por situaciones indirectamente ligadas como por el aumento en las listas de espera.

*“He tenido problemas con el acatamiento de las medidas covid por parte de personas negacionistas”.*

*“Desde mi punto de vista ha habido un aumento creciente de la violencia verbal hacia el personal sanitario e incluso física con los tiempos de espera derivados de la pandemia y con la situación de cansancio que tenemos todos derivada de ella”.*

### **SOLUCIONES**

Se aprecian comentarios dirigidos a incrementar la formación, concienciación para un mayor apoyo de las entidades profesionales y la sociedad en su conjunto.

### ***Mejorar la formación***

*“Te sientes sola y desprotegida, sin saber qué hacer o cómo actuar. Creo que deberíamos tener más información y/o herramientas de cómo actuar en cualquier tipo de violencia”.*

*“Creo que, a medida que vamos madurando, los comentarios de los pacientes sobre sexualidad, inaptitud, etc, van siendo menores. A partir de los 30 años, aproximadamente, ya me sentía capaz de responder con educación y cortar los comentarios. Creo que nos deberían enseñar en la carrera como atajar este tipo de comentarios. Gran parte va en el carácter de cada uno, pero cuanto más joven eres, más te intimidan”.*

### ***Concienciar a las instituciones y sociedad en su conjunto***

*“Cuando trabajamos con el paciente de cara al dolor y a la desesperación muchos de ellos creen que por el mero hecho de pagar una sesión has de eliminar sus síntomas, es cierto que aliviarnos y asesoramos para mejorar su condición, pero tras la pandemia ha aumentado la crispación, el hostigamiento y desasosiego. Se aprecia una exigencia y obligación por conseguir resultados a corto plazo o incluso se llega a desprestigiar nuestra labor después de una primera sesión. Pediría a las instituciones que hicieran público el trabajo y el esfuerzo diario que desempeñamos*

diariamente por sacar a nuestros pacientes adelante y se pudiera concienciar mejor a la sociedad sobre el papel de la fisioterapia y la rehabilitación dentro del ámbito sanitario y la prevención.”

“Se necesita un mayor control por parte de las instituciones ante las agresiones y una labor por parte de los colegios de fisioterapeutas para implicarse más en campañas de sensibilización para valorar la situación de los trabajadores fisioterapeutas en este país. Necesitamos que nuestro colectivo sea más reconocido y valorado por parte de los doctores y a la vez de los pacientes que nos derivan, somos personal sanitario con titulación A2”.

## **ANOTACIONES ACERCA DE LA VIOLENCIA INTERNA**

Debido al gran número de comentarios vertidos sobre este aspecto nos parece de suma relevancia señalar que, si bien no era el objetivo del estudio, parece haber un alto número de profesionales agraviados o violentados por sus compañeros/as y, fundamentalmente, por aquellas personas que establecen una relación jerárquica superior, como empresarios/as, jefes de la misma categoría profesional y personal médico responsables de la derivación de las/os pacientes. Por lo tanto, se propone una futura valoración de la violencia lateral y la ejercida por superiores/gerentes pues parece que podría tener una gran incidencia en nuestro colectivo. Una situación que resulta especialmente relevante por la elevada cantidad de fisioterapeutas trabajando en el sector privado en PYMEs.

Es por ello que, a nivel colectivo debería tratar de fomentarse un buen ambiente laboral, no solo entre compañeros/as sino también entre superiores/jefes/jefas y sus subordinados/as. Para proponer las acciones pertinentes ante esta situación, se propone previamente estudiar el panorama en la profesión de la Fisioterapia en España.

Igualmente, otro aspecto relevante es la satisfacción laboral. Si bien esta variable no revela valores bajos, se propondría realizar un análisis más exhaustivo de sus condicionantes en toda la población de fisioterapeutas, pues aparenta existir un trasfondo de disgusto en el momento presente con la situación actual de la fisioterapia, especialmente a nivel retributivo y de autonomía profesional.

Por último, hay que decir que se han recogido numerosos comentarios de agradecimiento, felicitación o ánimo, lo que indirectamente muestra el interés en la temática y la necesidad de abordarla de manera directa y sistemática.

## LIMITACIONES

Lo primero a señalar es que no es posible asegurar el número concreto de fisioterapeutas que ha recibido un correo electrónico con la citada información y correspondiente publicidad ya que, además, de la no contabilización directa de las direcciones a las que se ha remitido, se ha detectado que, por diversos motivos organizativos, algunos Colegios se retrasaron en el envío o solamente lo publicitaron en su web. Precisamente, entre las principales limitaciones de este estudio se encuentra el sesgo de selección, algo que se ha tratado de paliar mediante la difusión de dicha encuesta a través de los distintos Colegios Profesionales, incitando así a su cobertura y suscitando mayor interés. Este tipo de encuestas online suelen tener una baja tasa de respuesta. En este caso se han obtenido un total de 3.042 respuestas, lo que, en base a la población actual de 59.592 fisioterapeutas colegiados/as, supone un porcentaje estimado superior al 5%, pues se desconoce qué porcentaje se encuentra en activo en el ámbito clínico o ha desarrollado o desarrolla actividad profesional en dicho ámbito.

Por el tipo de estudio, también pudiera presentarse un sesgo de memoria, que se ha tratado de paliar, introduciendo una ventana del último año, además de la violencia sufrida a lo largo de la vida.

En cuanto a la herramienta empleada para la obtención de la información, Microsoft Forms®, fue el instrumento aconsejado por el Comité Ético por motivos de privacidad estaba sujeta a diversas restricciones en el formato y obtención de las respuestas. Ello ha podido condicionar la respuesta al padecimiento de violencia, primero por la propia estructura de la encuesta empleada, pues la dinámica de esta herramienta y la longitud de la encuesta hizo que se adoptara un enfoque de pregunta inicial del tipo “ha sufrido este tipo de situación Si/No”. Esta inclusión de una pregunta eliminatoria inicial, a pesar de haber incorporado situaciones diversas ejemplificadoras, puede llevar a la no correcta identificación de la violencia. En este sentido, se ha visto que preguntar directamente por violencia obtiene, generalmente, menor tasa de respuesta positiva que preguntar por actos concretos, ya que, muchas víctimas no son conscientes de haber padecido violencia o no la identifican como tal. En segundo lugar, el ya mencionado software tampoco permitía la recolección de encuestas cubiertas de modo parcial, o que los/las usuarios pudiesen guardar la encuesta para poder seguir cumplimentándola en otro momento. De igual forma, por problemas diversos de la herramienta se han tenido que dar como perdidas 261 respuestas de las preguntas de relevancia sobre las violencias sexual y física a lo largo de la vida y 262 en la violencia psicológica y/o verbal (5 casos menos en cada una de ellas en la etapa de los últimos 12 meses) y 258 en la satisfacción laboral. Finalmente, al utilizar un enlace acortado para acceder al documento de Confidencialidad y Compromiso, se produjo un error, lo que pudo ocasionar que al no poder acceder y visualizar dicho documento los/las respondientes declinasen el consentimiento y uso de los datos obtenidos con la encuesta y que permitía acceder al ya citado cuestionario.

Por otro lado, se detectó otra encuesta puesta en marcha en alguna Comunidad Autónoma con posterioridad a la aquí comentada que ha incluido la mayoría de las preguntas aquí realizadas y que pudo confundir a la hora de su publicitación sobre las fechas de cierre de la realizada a nivel nacional. También el sindicato SATSE realizó otra encuesta sobre violencia física en un período similar.

Por último, es importante señalar que de forma paralela a este proyecto nos encontramos con la presencia de la pandemia COVID-19, un hecho que podría haber modificado la actividad laboral de los/las fisioterapeutas debido a las diversas medidas de distanciamiento social incorporadas durante esta época. Esto podría haber condicionado una menor carga de trabajo y, por tanto, una exposición menor a cualquier tipo de violencia. Es precisamente por ello, que la realización de posteriores encuestas puede permitir la visualización de la evolución de las diferentes tasas de violencia en la población española de fisioterapeutas.

## RECOMENDACIONES PARA FUTURAS ACTUALIZACIONES DE ESTE TRABAJO

Tras la experiencia de haber puesto en marcha y analizado los resultados obtenidos para realizar este documento, encontramos que las siguientes aportaciones pueden resultar útiles:

- Trabajar en un equipo de validación con representantes de todos los Colegios Profesionales de Fisioterapia a fin de permitir su mayor identificación con la encuesta.
- Proceder a una publicitación previa y más amplia a través de los medios de comunicación (incluyendo redes sociales) para que las y los fisioterapeutas conozcan con antelación de su existencia.
- Analizar actualizaciones de Microsoft Forms, por si permiten otro enfoque del cuestionario, o buscar otra herramienta informática que, permitiendo el mismo nivel de confidencialidad, posibilite un desarrollo más ajustado al desarrollo ágil de las preguntas, concretamente, que permita añadir respuestas abiertas en una pregunta con opciones cerradas (para especificar la opción personal si ésta no se encuentra entre las propuestas en el cuestionario).
- Para valorar la prevalencia de las distintas violencias formular preguntas directas sobre la existencia de actos violentos y específicos. Se ha observado que a pesar de incluir una definición detallada de la violencia y ejemplos de la misma, ésta no resulta fácilmente identificable como tal (o no se reconoce) y/o genera confusión entre los distintos tipos.
- Incluir la violencia interna- debida a compañeros/as y superiores- además de la externa, ya que en los comentarios vertidos ha adquirido bastante relevancia.

Por parte del grupo investigador parece claramente relevante incidir en la necesidad de realizar encuestas que analicen el panorama y su evolución tras la pandemia. De igual forma la implantación de un protocolo de notificación a nivel de los distintos colegios puede ser otra solución, generando informes anuales similares a los concebidos por el SNS. De una forma sencilla los/las colegiados podrían notificar actos ocurridos y desde los diferentes colegios valorar la necesidad de intervención.

A medio y largo plazo se deben implementar aquellos cambios pertinentes y relevantes en la profesión o aspectos hallados en otras áreas similares y que tengan cabida para los/las profesionales de la fisioterapia y se aconseja trabajar en la detección de las estrategias que resulten más efectivas en la prevención o abordaje de las situaciones de violencia.

Una gran opción es la implementación de programas formativos que permiten tanto la capacitación de profesionales en activo como los/las que están en formación de herramientas resolutivas para el afrontamiento de las distintas situaciones. Y que se han visto apoyados en los comentarios de las personas encuestadas. El suministro de herramientas resolutivas para el afrontamiento de las distintas situaciones, sugerencia que se ha visto apoyada en los comentarios de las personas encuestadas.

## PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

En este capítulo se tratará de aunar los hallazgos de este estudio con la literatura existente en el campo a fin de poder realizar unas recomendaciones de cara a prevenir o abordar con el mayor número de garantías posible la violencia sufrida por las y los fisioterapeutas en el contexto de la relación clínica.

Tanto la OMS como la OSHA han determinado el valor de cinco áreas en las que focalizarse a la hora de formular estrategias para mitigar la violencia laboral. Estos aspectos más relevantes deberían incluir: participación, sensibilidad al género y la cultura, no ser discriminatorios y de aplicación sistemática [25]. Esto significa que el desarrollo de políticas laborales requiere de atención a las desigualdades de género, así como de sensibilización hacia los grupos minoritarios. Todo ello se llevará a cabo mediante un sistema de retroalimentación que permita detectar errores y corregirlos en el sistema establecido [25].

Por otro lado, puede entenderse la acción sobre la violencia en las profesiones sanitarias según los agentes de intervención, lo que facilita identificar quién debe responsabilizarse de las diferentes acciones. De este modo, distinguimos 3 niveles: individual, de las organizaciones y a nivel social o comunitario. Las acciones deben pivotar, fundamentalmente, sobre un eje de arriba abajo, es decir, desarrollarse a nivel social y organizativo. Sin embargo, este nivel colectivo debe completarse con un enfoque individual, que a pesar de su menor margen de acción resulta tan relevante en un colectivo que trabaja en gran medida de esta forma.

A continuación, se desarrollan todas las propuestas.

### SEGÚN LA NATURALEZA DE LAS ACCIONES A LLEVAR A CABO

#### ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS

Un punto de encuentro en la bibliografía referida al enfoque de la violencia radica en la necesidad de protocolos de actuación, que deben ser revisados de forma periódica y participativa, y que deben contar con el apoyo unívoco de las personas con responsabilidad en la gestión del centro.

Resulta imprescindible su implementación, pero a su vez deben estar bien explicados y ser comprensibles para empleados/as, pues la legislación, aunque clave para la toma de ciertas acciones, por sí misma no es un mecanismo adecuado para la eliminación de la violencia, y puede resultar estresante en el momento de efectuar la notificación [26]. Aquí entraría también el papel del Servicio de Prevención al que habría que notificar también las situaciones ocurridas, para que tenga constancia y reevalúe el riesgo para los/las empleados/as de ser necesario.

No obstante, existen aspectos relacionados con la gestión que podrían tenerse en cuenta en los mismos, pues pueden alejar las situaciones de violencia, las adecuadas ratios de población asignada por fisioterapeuta en el contexto de la atención pública o de acceso mediante seguros o mutuas de accidentes. Igualmente, el hecho de limitar el nº de acompañantes por pacientes y agilizar los trámites burocráticos [25].

Otro elemento que podría valorarse es acerca de la facilidad de acceso a datos personales por parte de terceros derivados del ejercicio de la profesión. En este sentido, muy ilustrativo resulta el manual elaborado por los cuerpos de seguridad del estado, donde se recomienda el mantenimiento de los datos personales ocultos [27].

#### MONITORIZACIÓN

##### a. Información precisa y actualizada

Para conocer el problema y sus características concretas en función de las distintas variables, podría ser interesante la realización de encuestas anuales o bianuales por parte de

los colegios (o entidades superiores como la Consejería si se incluye un mayor número de profesiones sanitarias), situación que permitiría la evaluación de la tendencia de dichas violencias. Otra opción podría ser la implementación de un sistema de notificación directo al CGCFE (o colegios profesionales de cada CCAA) mediante un alojamiento web, bien a través de un formulario específico o una aplicación. Dicha plataforma de notificación de eventos podría ser utilizada como la del SNS obteniendo así en pocas preguntas un resumen de la agresión y se podrían establecer tasas anuales, incluyendo el ámbito privado (algo novedoso y especialmente relevante para los y las fisioterapeutas en España). En este caso ya sea realizado a nivel estatal/autonómico o provincial según se decida, debería establecerse un criterio mínimo de recogida de datos, al igual que en el SNS. Este conjunto incluye: sexo, edad, nivel asistencial (modificable incluyendo el tipo de instalación), tipo de agresión, lugar de la agresión, causas de la agresión y el perfil de la persona agresora (paciente/acompañante/familiar, edad, sexo y reincidencia). Se propone permitir una descripción redactada del suceso. La relevancia de este hecho radica en que el no disponer de un mecanismo de registro de episodios violentos puede aumentar la violencia [28].

### **b. Asesoramiento y apoyo**

De la misma forma se debe valorar la creación de una red de profesionales de asesoramiento y apoyo gratuito al uso y de fácil acceso tras la notificación de la agresión. Esto permitiría no sólo la evaluación de la violencia en sí, sino de las zonas y/o centros con mayores índices de violencia y los factores asociados a un mayor riesgo. Es importante que las víctimas sientan que tienen una red de apoyo tanto interna como externa a la propia empresa, que brinda no sólo acompañamiento a nivel legal sino, también, a nivel emocional/psicológico. En el presente trabajo se ha encontrado que muchas de las víctimas no denuncian porque entienden que no va a servir de nada o no entienden la situación sufrida como violencia. Por ello, disponer de un canal de comunicación de acceso interno y gratuito, que no implique una denuncia legal, pero sí acompañe en el proceso y pueda asesorar a las víctimas para la denuncia sería un paso decisivo en el afrontamiento de la violencia para las y los fisioterapeutas. Para poder disponer de información completa y objetiva del suceso o sucesos, que contribuyan a la ayuda de la víctima en primera instancia, y, al mejor conocimiento del problema, en segundo término, puede ser necesario instaurar la figura de asesor/a para violencia laboral, que, previo consentimiento de la víctima, oriente hacia la documentación exhaustiva del problema, sus condicionantes, personas intervinientes y circunstancias, así como asesores para la adecuada recopilación de las evidencias necesarias (emails, mensajes de texto o whatsapp, fotografías, etc.) y la comunicación a la persona responsable de la empresa. Se puede instaurar la figura de este/a asesor/a a nivel centralizado y externo a la empresa, de modo que sirva de recurso de ayuda para el servicio de prevención de riesgos laborales y, además, cubra de forma especial a las personas que trabajan de forma autónoma y aislada, sin responsables ni compañeros/as. Esta figura podría también contribuir al diseño de protocolos que pudieran luego ser adaptados por cada centro. La elaboración y difusión de los protocolos de actuación parece una parte fundamental de la prevención y el manejo, ya que en nuestro caso existen muchas clínicas de un único componente (trabajador/a y responsable, al mismo tiempo).

Otro punto que podría ser de interés es la realización de un seguimiento de los casos notificados y acompañamiento de las personas afectadas, no sólo a corto plazo, para asegurarse de la integridad física y emocional de la persona o de la necesidad de apoyo legal, médico o psicológico, pero también para evaluar si las políticas empleadas surten efecto y la situación violenta se ha mitigado o por el contrario persiste.

Este proceso debería iniciarse ya desde la etapa formativa, pues el periodo de prácticas del alumnado se ha relacionado con la aparición de hechos de violencia, sobre todo en estudios que recogían la de tipo sexual [19,29]. Este aspecto se ha visto corroborado en los comentarios escritos del presente estudio.

### **c. Consideración de las infraestructuras para la prevención y alerta**

Una medida inmediata de actuación ante la violencia la constituyen las alarmas, a fin de disuadir a la persona agresora y abortar el comportamiento violento. Los sistemas de alarma pueden servir en el momento mismo de la agresión o de la situación de riesgo, pues permiten apoyarse en otros miembros del equipo, en la seguridad privada o en las fuerzas de ley y orden del Estado, con las que debería existir una coordinación plena en caso de agresión de cierta entidad. Existen diferentes dispositivos de alarma: pulsador de consulta o timbre o software antipánico, sistemas de alarma móviles y aplicaciones tecnológicas (similar a la teleasistencia con geolocalización). Un ejemplo es la App AlertCops. La aplicación permite el uso de un Botón SOS y también realiza una grabación de la emergencia para enviar a la unidad que corresponda. El citado botón, se destina a colectivos vulnerables (víctimas de violencia de género y el personal sanitario-registrado-).

Otra posibilidad sería que a través de los diferentes colegios profesionales se desarrollase una aplicación de alarma propia, que, con el consentimiento previo de los/las profesionales, pueda implicar la activación de diferentes protocolos en función de las necesidades. Podría utilizarse como medio de notificación de eventos violentos y como “chat” tratando de recordar los cauces oportunos y brindando o proponiendo el apoyo que resultase pertinente: legal, psicológico, red de apoyo, etc. Se podría valorar apoyar esta iniciativa mediante fondos, ayudas o algún tipo de deducción a las clínicas que instalen sistemas de alarma de los descritos para proteger a los/las fisioterapeutas en su lugar de trabajo.

En relación al diseño de los centros, debe evitarse en lo posible la existencia de zonas oscuras y la disposición de mobiliario y materiales debe pensarse para que puedan servir de ayuda en el momento mismo de producirse una agresión o minimizar su repercusión. La ubicación del mobiliario debe facilitar la escapatoria del/de la profesional en caso de urgencia, y debe evitarse tener a la vista elementos punzantes o arrojados como tijeras, agujas e incluso bolígrafos, que, de llevarse en la casaca, mejor ubicarlos en los bolsillos inferiores o interiores para que resulten menos accesibles [27].

### **FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN**

Otro de los elementos clave ha resultado ser la formación [30], pues se ha visto que resulta útil en diferentes etapas del proceso de enfrentar la violencia sufrida por los/las profesionales de la Fisioterapia y que se ha visto apoyada en los comentarios de las personas encuestadas.

En esta formación se debe considerar aspectos de conocimiento sobre detección y naturaleza de la violencia y factores relacionados, así como herramientas y competencias de comunicación y abordaje en caso de episodios violentos. Debería dirigirse tanto la capacitación de profesionales en activo como los/las que están en formación.

En cuanto a la divulgación poblacional se debe tener en cuenta la sensibilización al género, a la cultura y a la no discriminación. Por lo tanto, para sensibilizar a nivel comunitario es necesario realizar campañas divulgativas acerca de la violencia física, psicológica y/o verbal y sexual, así como sobre las desigualdades sociales (de género, étnicas, de orientación e identidad sexual...) que contribuirán al conocimiento de toda la población, de los/las pacientes y del personal sanitario y cuyos contenidos pueden y deben ser adaptados en función de los perfiles. Igualmente, los carteles informativos sobre las agresiones a sanitarios y sus consecuencias pueden ayudar a disuadir a los/las potenciales agresores [27,31]. Además de encontrar relaciones entre sexo y tipos de violencia, como en el caso de las mujeres y la violencia sexual sufrida o, los hombres y la violencia física, ciertas áreas han resultado ser más susceptibles de ciertos tipos de violencia. Dicha situación de mayor susceptibilidad podría facilitar la normalización de las agresiones por parte de profesionales, que, además, las vivan en silencio, sin informar [27], lo que debe ser tomado en consideración para poder establecer líneas de acción específicas. Tampoco hay que olvidar los aspectos culturales y la situación de las minorías, para evitar que estas facetas supongan un incremento en la violencia sufrida.

### a. Detección de la violencia

La formación no sólo va dirigida a aportar herramientas de actuación, sino en primera instancia, ha de ir encaminada al reconocimiento de la violencia, pues es común la falta de percepción de hechos violentos como tales en el transcurso de la actividad clínica [25,32]. Tanto por parte de las propias facultades como por parte de los colegios profesionales se puede promover iniciativas accesibles para dar a conocer la situación de las diferentes violencias, definir las y aportar el boceto inicial del perfil más común de persona agresora y agredida.

Como se ha descrito en el presente trabajo, tanto en la violencia VS como en la VF, el perfil de agresor es eminentemente de pacientes hombres, de mediana edad, reincidente en más del 50% de los casos. En el caso de la VF ésta se hace más relevante en el trabajo con personas que tienen problemas cognitivos, alteración del juicio, etc. Por el contrario, la VPV, presenta un perfil más heterogéneo, tanto en relación al sexo como al rol del paciente y una menor tasa de reincidencia, siendo aun así mayor del 45%.

No obstante, según Kumari et al. 2020, estos son algunos de los factores de riesgo:

Tabla 9. Factores de riesgo para el padecimiento de violencia

Factores relacionados con el/ la paciente	Factores relacionados con el/ la profesional	Factores organizacionales	Factores sociales
Demográficos: - Hombre - Bajo nivel educativo - Alto estatus social Bajo control de impulsos: - Alteraciones mentales - Consumo de drogas o alcohol Personalidad: control y dominancia Mala experiencia previa Insatisfacción del paciente: Inesperado/Alto coste de los servicios Baja adherencia al tratamiento Casos legales Muerte del paciente Visitante: - Relación familiar compleja - Demasiados/no visitantes - Categoría del visitante: hermanos/ cónyuges	Demográficos: - Mujer - Bajo nivel educativo - Poca experiencia Trabajo a turnos Sufrir distrés emocional: estrés, ansiedad Personalidad: - Baja autoestima - Alto neuroticismo - Poca amabilidad Habilidades comunicativas pobres: - Comportamiento grosero/ indiferente - Inhabilidad para desescalar los sentimientos del paciente - No sentirse preparado	Área: - Psiquiatría Mala administración: - Falta de medios (equipos, herramientas) - Exceso de gente - Largo tiempo de espera - Retraso en el servicio - Carga de trabajo - Inadecuada combinación de habilidades - Mala comunicación - Falta de medios de seguridad Mala cultura de seguridad: - Falta de guías y protocolos - Desánimo al informar - Empoderamiento del personal - Dirección compartida - Ausencia de consecuencias para la persona agresora	Barrera de lenguaje o cultural Falta de respeto hacia la autoridad. Desconfianza del paciente. Mala imagen mediática. Falta de políticas.

## **b. Competencias de comunicación y otras habilidades complementarias**

La formación dirigida a la prevención y abordaje de episodios violentos debe enfatizar de forma muy breve y sencilla la parte legal, y las herramientas de comunicación como la escucha empática y activa, la resolución de conflictos y las técnicas de mediación [25].

Se ha encontrado que la comunicación asertiva es una de las posibles estrategias a emplear, para evitar la escalada en las agresiones como, por ejemplo, realizando acuerdos de comportamiento [33]. La correcta comunicación y empatía con las/los pacientes y sus familiares posibilita una mejor relación y mejora la percepción de resolución de los conflictos [34]. En Fisioterapia es muy importante discutir y acordar los objetivos con las y los pacientes, manejando sus expectativas para no llevar a equívocos, en una atención que puede implicar molestias físicas y que hay que aclarar previamente [35]. Así mismo, se propone una perspectiva proactiva en la consideración de las quejas de las personas usuarias, a fin de aclarar los hechos y de dar respuesta, en caso de ser necesaria. Otras posibilidades que podrían ser importantes, sobre todo en pacientes con problemas cognitivos, podrían ser las que han sido referidas en otros trabajos como son las de uso de acompañantes en la terapia y transferencia del/de la paciente [33], teniendo en cuenta que la derivación a otro/a profesional solo resultaría factible si en el mismo centro se dispone de más de un/a trabajador/a o existe algún tipo de asociación entre centros a estos efectos.

De manera específica, habría que evaluar los contextos de cada centro en particular (tamaño del centro, titularidad, carga de trabajo, tipo de paciente, localización geográfica) y el riesgo de los distintos tipos de violencia para poder ofertar alguna línea complementaria de formación centrada en su contexto particular (geriátrica o psicología, por ejemplo). Todo esto ha de relativizarse, sabiendo que las medidas de carácter individual son siempre menos efectivas que las de carácter global, y sin caer en la responsabilización de la víctima. Precisamente por ello, sería interesante que las instituciones, gerencias y servicios de prevención promovieran protocolos de actuación en casos de riesgo. De forma complementaria, cuando se presenta un acto violento, podría ser de utilidad poseer unas nociones mínimas de estrategias de defensa. Ante una escalada del comportamiento violento cobran relevancia las posiciones de guardia o de protección ante ataques, que pueden consultarse de manera más detallada en el manual de *Recomendaciones técnicas para la prevención de agresiones al personal sanitario* [27].

### SEGÚN LOS SUJETOS DE INTERVENCIÓN

En esta sección, plantaremos las medidas según hacia quién se deben enfocar las medidas y quién debe asumir la mayor responsabilidad sobre ellas, si bien todos los agentes pueden tener un papel en su desarrollo.

Tabla 10. Intervenciones ante la violencia\*

NIVEL INDIVIDUAL	NIVEL ORGANIZACIONAL	NIVEL SOCIAL
<p>Afianzar la perspectiva del/de la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar la empatía</li> <li>- Identificar las expectativas y evitar las promesas difíciles de alcanzar, aprender a dar malas noticias</li> <li>- Acordar los objetivos con la persona/familiares y obtener el consentimiento informado, al menos verbal y si es posible con espacio temporal para la aclaración de dudas</li> </ul> <p>Formación para la identificación de la violencia y sus tipos, así como para potenciar las habilidades comunicativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender resolución de conflictos</li> <li>- Incluir comunicación efectiva y habilidades interpersonales en el plan de estudios clínico.</li> </ul> <p>Comunicación de la violencia directamente sufrida y/o observada para mejorar su abordaje.</p>	<p>Cambios en la infraestructura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disposición del mobiliario,</li> <li>- Correcta iluminación</li> <li>- Sistema de seguridad o de alarma</li> </ul> <p>Políticas de Gestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restringir el número de personas que ingresan a las salas</li> <li>- Mejorar la ratio fisioterapeuta-paciente</li> </ul> <p>Dotar de tecnología para agilizar los servicios más burocráticos</p> <p>Incorporar sistemas activos de reparación de quejas</p> <p>Monitorizar los sucesos y acompañar a las víctimas, incluso instaurando la figura de asesor/a de violencia</p>	<p>Sensibilizar a la población y profesiones vinculadas a la Fisioterapia sobre la importancia del problema</p> <p>Debatir sobre el acceso a los datos personales de los profesionales sanitarios</p>

\*Las intervenciones han sido adaptadas y enriquecidas con nuevas propuestas a partir de las incluidas por Kumari et al. 2020

## RESUMEN

A modo de resumen, podría valorarse la ayuda decidida a nivel institucional para una acción sistematizada y de amplio espectro, mediante un plan integral que considere acciones por parte de todos los agentes implicados en el campo:

- De la **sensibilización** de la sociedad: destinado tanto al colectivo como a la sociedad en general, para identificar las situaciones que suponen violencia, incluso a pequeña escala o microviolencias (como las miradas, comentarios o bromas de carácter sexual) que, como mínimo, incomodan y estresan a la persona que lo sufre y dificultan el establecimiento de una adecuada relación terapéutica.
- De la **formación**: destinada a la acción preventiva y de gestión del acto violento, con un carácter general hacia la comunicación y gestión de conflictos y, de manera complementaria, hacia las estrategias de defensa, insistiendo a lo largo de toda la carrera profesional, incluso en el período formativo de los/las futuros/as fisioterapeutas.
- De la **monitorización**: facilitación de un instrumento rápido, específico y sensible, que recoja las situaciones de violencia más comunes y su tendencia en los distintos territorios y períodos temporales, prestando además la posibilidad de un asesoramiento automático acerca de las posibles medidas y herramientas disponibles para hacerles frente.
- De las **prestaciones**: apoyo económico para la instalación de medidas de alarma y posible gestión de un sistema propio, especialmente dirigido a autónomos/as y pequeñas empresas de colegiadas y colegiados, con particular atención a las mujeres que trabajan en solitario, que son las que manifiestan mayor sentimiento de temor, como así ha sido recogido en los comentarios recibidos en la presente encuesta. Por otro lado, se podría promover la figura centralizada (a nivel autonómico, en cada Colegio, por ejemplo) de responsable de asesoramiento en violencia en el contexto clínico de la fisioterapia, de forma que esta figura se encargara de ayudar a las/los responsables de prevención de riesgos laborales en la elaboración de protocolos de seguridad y promover actuaciones de carácter preventivo o la discusión sobre posibilidades (por ejemplo, la inclusión solo del nombre de pila en la identificación en la indumentaria de las y los profesionales sanitarios), así como proporcionar asesoramiento individual para la documentación y notificación del suceso y apoyar a la víctima informando sobre recursos disponibles y ayudando para su obtención.
- De la **gestión**: disminución de ratios, incorporación de tecnologías, clarificación de competencias de las y los profesionales de la fisioterapia...

## BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Violencia en el trabajo [Internet]. Madrid [cited 2021 Apr 12]; Disponible en: <https://www.insst.es/violencia-en-el-trabajo>
2. Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. Boletín Oficial del Estado nº 313, (31/12/2003).
3. Acoso psicológico en el trabajo: definición, NTP 854 [Internet]. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2009 [citado 27 may 2021]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/326775/854+web.pdf>
4. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2003;1-154. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Macroencuesta de violencia contra la mujer. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. [Internet]. Ministerio de Igualdad. 2019 [citado 14 ene 2021]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>
6. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, nº 71, (23/03/2007).
7. Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. Boletín Oficial del Estado, nº57, (07/03/2019).
8. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. Boletín Oficial del Estado, nº215, (07/09/2022).
9. Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2017-2018 [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2020 [citado 27 mayo 2021]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/INFORME\\_AGRESIONES\\_FINAL.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/INFORME_AGRESIONES_FINAL.pdf)
10. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. Rev. Esp. Salud Publica 2019;93.
11. Babiarczyk B, Turbiarz A, Tomagová M, Zeleníková R, Önlér E, Cantus DS. Reporting of workplace violence towards nurses in 5 european countries – a cross-sectional study. Int. J. Occup. Med. Environ. Health [Internet] 2020 [citado 2021 may 23];33:325-38. Disponible en: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01475>
12. Kahsay WG, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N, Hasanpour M. Sexual harassment against female nurses: A systematic review. BMC Nurs. [Internet] 2020 [citado 2021 feb 17];19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32612455/>
13. Johnson C, Knight C, Alderman N. Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behaviour amongst individuals with an acquired neurological impairment [Internet]. Brain Inj. 2006 [citado 2021 ene 14];20:687-93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16809200/>
14. Whittington R, Shuttleworth S, Hill L. Violence to staff in a general hospital setting. J. Adv. Nurs. [Internet] 1996 [citado 2021 may 23];24:326-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8858437/>
15. Burns R, Magnier A, Guidon M. The prevalence of violence encountered by community physiotherapists in Ireland. Physiother. Irel. 2005;26:3-6.

16. Szczegieliński A, Skowronek A, Krzysztof K, Krupka-Matuszczyk I. Aggression in the work environment of physiotherapists. *Psychiatr. Danub.* 2012;24:147-52.
17. Lockwood W. *Sexual Harassment in Healthcare.* 2019.
18. McComas J, Hebert C, Glacomin C, Kaplan D, Dulberg C, Bruckner J. Experiences of student and practicing physical therapists with inappropriate patient sexual behavior. *Phys. Ther.* 1993;73:762-70.
19. Boissonnault JS, Cambier Z, Hetzel SJ, Plack MM. Prevalence and risk of inappropriate sexual behavior of patients toward physical therapist clinicians and students in the United States. *Phys. Ther.* 2017;97:1084-93.
20. DeMayo RA. Patient sexual behaviors and sexual harassment: A national survey of physical therapists. *Phys. Ther.* 1997;77:739-44.
21. Weerakoon P, O'Sullivan V. Inappropriate patient sexual behaviour in physiotherapy practice. *Physiotherapy* 1998;84:491-9.
22. Bütow-Dûtoit L, Eksteen CA, De Waal M, Owen JH. Sexual harassment of the physiotherapist in South Africa. *South African J. Physiother.* 2006;62:9-12.
23. Observatori de Gènere del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya. Resultados encuesta «Igualdad de Género y Fisioterapia» [Internet]. 2019 [citado 16 ene 2021]. Disponible en: <https://www.fisioterapeutes.cat/es/colegiados/servicios/genero/documentos>
24. Boo-Mallo T, Pérez-Caramés A, Domínguez-Rodríguez A, Alberto Quintela-Del-Río A, Martínez-Rodríguez A. [Developing a questionnaire about violence(s) suffered by professionals in the field of Physiotherapy]. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet] 2023 [citado 2023 jun 18];97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37293946/>
25. Kumari A, Kaur T, Ranjan P, Chopra S, Sarkar S, Baitha U. Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *J. Postgrad. Med.* [Internet] 2020 [citado 2023 sep 4];66:149-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32675451/>
26. The National Academies of Sciences Engineering Medicine. Sexual harassment of women: Climate, Culture, and Consequences in Academic Sciences, Engineering, and Medicine [Internet]. 2018. Disponible en: <https://nap.nationalacademies.org/resource/24994/SexualHarassmentofWomenReportHighlights-FederalPolicyMakers.pdf>
27. León Santiago FR, Torres León AB. Manual recomendaciones técnicas para la prevención de agresiones al personal sanitario [Internet]. 2021. Disponible en: <https://semst.org/wp-content/uploads/2021/10/MANUAL-RECOMENDACIONES-TECNICAS-PARA-LA-PREVENCIÓN-DE-AGRESIONES-AL-PERSONAL-SANITARIO-Prot.pdf>
28. Kumar P, Khan UR, Soomar SM, Jetha Z, Ali TS. Workplace Violence and Bullying Faced by Health Care Personnel at the Emergency Department of a Tertiary Care Hospital of Karachi, Pakistan: A Cross-Sectional Study. *J. Emerg. Nurs.* [Internet] 2023;49:785-95. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S009917672300034X>
29. Ang AY-C, Cooper I, Jenkins S. Sexual professional boundaries: physiotherapy students' experiences and opinions. *New Zeal. J. Physiother.* [Internet] 2010;38:106-12. Disponible en: [https://ndhadeliver.natlib.govt.nz/delivery/DeliveryManagerServlet?dps\\_pid=IE5282052](https://ndhadeliver.natlib.govt.nz/delivery/DeliveryManagerServlet?dps_pid=IE5282052)
30. Kynoch K, Wu CJ, Chang AM. Interventions for Preventing and Managing Aggressive Patients Admitted to an Acute Hospital Setting: A Systematic Review. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* [Internet] 2011 [citado 2023 sep 8];8:76-86. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1741-6787.2010.00206.x>
31. Coronado RA, Bialosky JE, Bishop MD, Riley JL, Robinson ME, Michener LA, et al. The comparative effects of spinal and peripheral thrust manipulation and exercise on pain sensitivity and the relation to clinical outcome: a mechanistic trial using a shoulder pain model. *J.*

- Orthop. Sports Phys. Ther. [Internet] 2015 [citado 2018 feb 9];45:252-64. Disponible en: <http://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2015.5745>
32. Daly T, Banerjee A, Armstrong P, Armstrong H, Szebehely M. Lifting the «violence veil»: Examining working conditions in long-term care facilities using iterative mixed methods. *Can. J. Aging* 2011;30:271-84.
  33. Cambier Z, Boissonnault JS, Hetzel SJ, Plack MM. Physical therapist, physical therapist assistant, and student response to inappropriate patient sexual behavior: Results of a national survey. *Phys. Ther.* [Internet] 2018 [citado 2021 ene 14];98:804-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29893928/>
  34. Kumari A, Sarkar S, Ranjan P, Chopra S, Kaur T, Baitha U, et al. Interventions for workplace violence against health-care professionals: A systematic review. *Work* [Internet] 2022;73:415-27. Disponible en: <https://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/WOR-210046>
  35. Martínez-Rodríguez A. Distribución de tareas y atención ambulatoria en fisioterapia de atención primaria. En: Editorial Síntesis, editor. *Fisioterapia en atención primaria*. Madrid: 2011.



