

Validación psicométrica de la versión peruana de la escala breve para evaluar violencia psicológica en profesionales sanitarios: estudio transversal

Psychometric validation of the Peruvian version of a short scale to assess psychological violence in health professionals: A cross-sectional study

Luis Fidel Abregú Tueros^{a,*} , Yefry Joel Galván Huaroc^b , Cármen K. Gonzáles Dimas^c ,
Gloria E. Cruz Gonzáles^d 

^a Programa de Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional Federico Villareal, Lima, Perú

^b Departamento de Anestesia y Analgesia, Instituto de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú

^c Escuela Académica de Administración, Universidad de Huánuco, Tingo María, Perú

^d Facultad de Tecnología Médica, Universidad Nacional Federico Villareal, Lima, Perú

*Autor de correspondencia luis.abregu@unas.edu.pe

Citación Abregú-Tueros LF, Galván-Huaroc YJ, Gonzáles-Dimas CK, Cruz-Gonzáles GE. Psychometric validation of the Peruvian version of a short scale to assess psychological violence in health professionals: A cross-sectional study. *Medwave* 2021;21(07):e8453

Doi [10.5867/medwave.2021.07.8453](https://doi.org/10.5867/medwave.2021.07.8453)

Fecha de envío 28/11/2020

Fecha de aceptación 05/07/2021

Fecha de publicación 27/08/2021

Origen No solicitado

Tipo de revisión Con revisión por pares externa, por tres árbitros a doble ciego

Palabras clave workplace violence, psychometrics, psychological tests, health personnel, Peru

Resumen

Objetivo

El objetivo de este estudio fue adaptar una versión peruana de la escala breve para evaluar la violencia psicológica en profesionales sanitarios (EVP-salud), explorando sus propiedades de validez y de fiabilidad.

Métodos

Estudio transversal de evaluación psicométrica. El estudio se llevó a cabo entre enero de 2019 y febrero de 2020. En él participaron en forma voluntaria y anónima 316 profesionales de la salud y trabajadores administrativos de 17 centros sanitarios del país, a quienes se aplicó la escala de violencia psicológica de 22 reactivos. Además, se administraron otros tres instrumentos para evaluar la validez convergente y discriminativa.

Resultados

En contraste con los hallazgos reportados para instrumentos similares, la composición de ítems de la escala abreviada de violencia psicológica converge en tres componentes que evalúan la violencia de aislamiento, de intimidación y de desprestigio. La validación abordada proporciona evidencias con buen ajuste, tanto de criterio como de constructo, que explican el 66,7% de la varianza acumulada y hasta 54,3%, aproximadamente, al reducirse la versión final a 13 reactivos y tres factores. Los datos reflejan una alta asociación inversa entre la violencia psicológica y la satisfacción laboral intrínseca.

Conclusiones

Los resultados empíricos indican propiedades psicométricas del instrumento, con fuerte apoyo en la validez y apropiada fiabilidad, según los índices de consistencia interna.

Abstract

Objective

This study aimed to adapt a Peruvian version of the brief scale to assess psychological violence in health professionals (EVP-salud), exploring its validity and reliability properties.

Methods

We made a cross-sectional study of psychometric evaluation conducted between January 2019 and February 2020. It involved the voluntary and anonymous participation of 316 health professionals and administrative workers from 17 health centers in Peru, who were administered the 22-item psychological violence scale. In addition, three other instruments were used to assess convergent and discriminative validity.

Results

In contrast to other findings using similar instruments, the item composition of the abbreviated psychological violence scale converges on three components that assess isolation, intimidation, and belittling violence. This validation provides evidence of good fit in criterion and construct, explaining 66.7% of the accumulated variance and up to 54.3% when the final version is reduced to 13 items and three factors. The data reflect a high inverse association between psychological violence and intrinsic job satisfaction.

Conclusions

The empirical results indicate psychometric properties of the instrument, with strong support in the validity and appropriate reliability according to the internal consistency indexes.

Ideas clave

- La violencia psicológica en el trabajo de los profesionales de la salud es un problema global y, la falta de herramientas válidas y fiables dificultan su evaluación estandarizada.
- A diferencia de instrumentos similares en Latinoamérica, la escala breve validada incluye tres componentes que evalúan la violencia psicológica de aislamiento, de intimidación y de desprestigio.
- La utilización de la escala breve aportará información relevante para su abordaje desde la psicología organizacional y permitirá la formación de una línea de base para Perú.
- Las limitaciones de este trabajo se vinculan con el control de calidad acotado sobre la aplicación de los encuestadores y con el reducido tamaño de muestra usado para evaluar la validez y fiabilidad complementarias referidas a satisfacción laboral y depresión.

Introducción

El concepto de violencia psicológica en el lugar de trabajo no está claramente comprendido, debido a la falta de una estandarización basada en la evidencia empírica de los involucrados¹.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Mundial de la Salud², y según Li y colaboradores³, la violencia psicológica en el lugar de trabajo es una acción intencionada en la que los trabajadores o sus colectivos son agredidos verbalmente, amenazados y/o humillados durante su ejercicio profesional. Esta situación se agudiza en el sector salud, debido a la precarización de las condiciones del trabajo. Su denominador común son los factores de riesgo psicosociales⁴, sin que existan diferencias entre grupos sanitarios ni entre países desarrollados o subdesarrollados⁵⁻⁷.

A pesar de que el registro de hechos violentos es subóptimo⁸, se sabe que uno de cada diez profesionales de salud es víctima de violencia psicológica. Esta situación ocasiona impactos negativos en la salud mental de los trabajadores, como, por ejemplo, incremento del nivel de estrés, de inseguridad y de agotamiento⁹.

Mediante una encuesta virtual a 19 967 médicos, odontólogos y enfermeras de América Latina (56,3% de Argentina, 15,8% de México, 5% de Ecuador, 4% de Perú y el resto de otros 18 países), se identificó que en 66,7% (13 318/19 967) de los profesionales hubo situaciones de violencia¹⁰. En Perú las situaciones de violencia llegaban al 36,2% (79/219), y las agresiones incluso provenían de los propios pacientes que actuaban conscientemente¹¹.

Se ha estudiado el tipo de violencia psicológica (por ejemplo, hostigamiento, intimidación y desprestigio) en diversos sectores laborales de México¹² y de España¹³. En España, las áreas hospitalarias más expuestas a la violencia externa y violencia psicológica son las de salud mental, de emergencias y de urgencias. También se encontró que la violencia disminuye conforme aumenta la experiencia laboral en el puesto de trabajo¹³.

En Perú, se ha evaluado la violencia en el trabajo relacionada con los conflictos interpersonales y las demandas motivacionales en personal asistencial¹⁴. Otro estudio señala que el estrés y el *mobbing* en el puesto de trabajo tienen un impacto económico que puede alcanzar el 30% de los costos totales de las enfermedades y accidentes. Ello equivale al 3,5% del producto interno bruto¹⁵. La frecuencia de violencia laboral externa y de algún tipo de *mobbing* se estudió en los hospitales de Huaraz y Tacna, donde 72% (23/32) de los médicos habían sufrido algún tipo de agresión^{16,17}. En tres hospitales arequipeños, el 84% (168/200) de los médicos había sufrido violencia externa alguna vez durante su vida laboral¹⁸. En dos hospitales de Trujillo se encontró que la violencia psicológica y física ocurría en consultorios externos y mayormente en mujeres¹¹.

Como hemos descrito en el párrafo anterior, los estudios sobre la violencia laboral en Perú están orientados principalmente a la violencia externa en grupos de médicos y enfermeras de áreas geográficas muy concretas (Lima y cuatro ciudades del país). Los estudios sobre violencia psicológica en el trabajo de los profesionales sanitarios en el ámbito nacional son escasos.

En los últimos cuatro años el estudio de la frecuencia de violencia externa y de sus factores asociados se ha orientado a la calidad de los

cuidados en los pacientes y a la satisfacción profesional¹⁹. Estos estudios han empleado cuestionarios de autoinforme tipo Likert y cuestionarios de opción múltiple o de preguntas dicotómicas¹⁰.

Una herramienta para estudiar la violencia verbal y física en el trabajo es la escala de comportamiento agresivo de trabajadores sanitarios de Waschgler y colaboradores²⁰. Este instrumento consta de diez ítems organizados en dos factores (violencia psicológica: 7 y violencia física: 3), con graduación tipo Likert de seis puntos. El valor mínimo (1) corresponde a “nunca en el último año” y el valor máximo (6) a “diariamente”, datos que explican el 57,3% de la varianza total con un coeficiente α de 0,84.

Esta herramienta se ha utilizado en el ámbito de la salud mental española (n = 518 enfermeras) y su fiabilidad por consistencia interna ha sido determinada por Llor y colaboradores¹³. Otra herramienta para el estudio de la violencia en el trabajo es el inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo para 24 giros empresariales de Pando y colaboradores²¹. Estos autores evaluaron la consistencia interna, la validez concurrente y la validez de constructo del instrumento de 21 ítems en trabajadores mexicanos (n = 307), aplicando un análisis factorial exploratorio para definir las dimensiones de este.

Por otro lado, Acosta y colaboradores²² estudiaron las condiciones psicosociales, la violencia y la salud mental en médicos y enfermeras colombianas (n = 111) a través del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo de 22 ítems²³. Este instrumento fue validado aplicando análisis factorial exploratorio en 359 trabajadores del sector económico. Pando y colaboradores²⁴ también aplicaron análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio, para determinar el constructo del instrumento IVAPT-Pando sobre violencia y acoso psicológico en trabajadores de los sectores servicio e industria de Bolivia (n = 311 trabajadores) y del Ecuador (n = 309 trabajadores).

Igualmente, Díaz y colaboradores (2015)²⁵ validaron y estandarizaron el inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo para la población trabajadora de los sectores comercio, salud y educación chilenos, previa adaptación semántica y análisis de validez de contenido y de constructo. Para esta adaptación usaron datos de 700 trabajadores y aplicaron análisis factorial exploratorio para 25 ítems en cuatro componentes (aislamiento, intimidación, desprestigio y violencia externa). Los autores además realizaron una validación convergente con el *General Health Questionnaire* de 12 ítems y determinaron baremos para diagnosticar violencia y acoso psicológico.

Dentro del contexto peruano, Pérez¹¹ estudió las características de la violencia laboral en 219 profesionales de la salud, utilizando un cuestionario tipo encuesta estructurada autoadministrable de siete ítems. Dicha encuesta describe el tipo de violencia (física y psicológica), el contexto desencadenante y las secuelas de la violencia. A pesar de que no se ha reportado ni su validez ni su confiabilidad, este cuestionario es usado en varios países latinoamericanos¹⁰.

Existe una considerable variedad de técnicas e instrumentos empleados para evaluar y monitorear la prevalencia de la violencia psicológica, sus costos o su impacto¹. A pesar de ello hay información limitada relativa a la violencia psicológica en profesionales de la salud peruanos. Esto se debe en parte porque:

1. Algunas herramientas de análisis, por ejemplo, los formatos estructurados y autoadministrables^{10,11} o la escala de comportamiento agresivo de Llor y colaboradores¹³, han sido validadas para

España, México, Colombia, Ecuador, Chile y Bolivia, pero no para la población peruana.

2. Estas herramientas contienen mayormente ítems referentes a la violencia externa y pocos ítems relativos a la violencia psicológica.
3. Estos instrumentos están además orientados a los sectores construcción, educación, comercio, industria o seguridad.
4. En el caso de profesionales sanitarios, están orientados a determinar la frecuencia de violencia física o psicológica en médicos y/o enfermeras de un centro hospitalario en particular.

Por lo tanto, los instrumentos utilizados en Perú para evaluar la violencia psicológica en todos los grupos profesionales y ocupacionales de la salud en diferentes niveles de atención sanitaria presentan limitaciones que no permiten alcanzar los estándares de uso de pruebas psicológicas (como las del *American Educational Research Association*, AERA; *American Psychological Association*, APA; y el *National Council on Measurement in Education*, NCME)²⁶.

Debido a las limitaciones instrumentales descritas en los párrafos anteriores, es necesario disponer de un instrumento que permita desarrollar evaluaciones válidas y fiables sobre la violencia psicológica y uniformizar criterios de aplicación e interpretación de resultados. Su objetivo es el identificar, evaluar y comparar prevalencias, verificar acciones correctivas y establecer líneas base en materia de la salud mental en el trabajo.

El objetivo de este estudio es determinar la validez y la fiabilidad de la versión peruana de la escala breve para evaluar la violencia psicológica en profesionales sanitarios (EVP-salud).

Métodos

Diseño del estudio

Se aplicó un diseño transversal de evaluación psicométrica, que permitió determinar las propiedades de validez y de fiabilidad de la escala breve para evaluar la violencia psicológica en profesionales sanitarios (EVP-salud). El estudio se llevó a cabo entre enero de 2019 y febrero de 2020. En la primera etapa participaron voluntaria y anónimamente 30 trabajadores sanitarios para desarrollar la adaptación semántica. En la segunda etapa, participaron 316 profesionales de la salud y trabajadores administrativos de 17 centros sanitarios del país. Con la información del total de participantes en la segunda etapa (n = 316 individuos), se desarrollaron la prueba de fiabilidad según consistencia interna y el análisis factorial exploratorio. De este total también se organizaron tres submuestras:

1. Para el análisis de fiabilidad según estabilidad de respuestas con 27 individuos.
2. Para evaluar validez convergente con 52 individuos.
3. Para determinar validez discriminativa en 42 individuos.

Participantes

Se incluyeron tanto a los profesionales asistenciales, como administrativos de diferentes servicios de los centros sanitarios del país que aceptaron participar de forma voluntaria y anónima. Siguiendo a Nowrouzi y colaboradores²⁷, el vínculo laboral requerido fue de dos a más años y en cuanto al sexo, el número de participantes debía ser aproximadamente proporcional entre varones y mujeres. Se excluyeron a quienes retornaban de un periodo de licencia o de vacaciones durante los últimos seis meses, y a los que no completaron o abandonaron al diligenciamiento del total de pruebas psicométricas solicitadas.

Como se señaló en el acápite “diseño del estudio”, la primera muestra fue organizada para la adaptación semántica. Para determinar la fiabilidad por consistencia interna y el análisis factorial exploratorio, como para evaluar la validez y fiabilidad complementarias en las tres muestras, se aplicó la escala de violencia psicológica en el trabajo.

Para determinar el tamaño de muestra se consideró el criterio señalado por Lloret y colaboradores²⁸. Es decir, un mínimo de 10 individuos por cada ítem de la escala, en este caso para 22 reactivos que evalúan la violencia psicológica en profesionales sanitarios (EVP-salud), debiendo resultar entonces superior a 220 participantes. Como tal, no fue necesario realizar cálculo del tamaño muestral, dado que se incluyeron únicamente a los profesionales sanitarios elegibles según los criterios descritos.

Variabes y fuentes de datos

La variable violencia psicológica en el trabajo generada por agentes internos, que excluye a la violencia física¹⁻³ y sujeta a evaluación psicométrica en este estudio, fue determinada a través de la EVP-salud. Su procedimiento de recolección de datos se hizo de forma simultánea en los 17 centros sanitarios señalados, contando para ello con el apoyo de un responsable para la coordinación y orientación en cada uno de ellos. La escala fue respondida en un promedio máximo de nueve minutos. Además de los datos sociolaborales indicados para la muestra, en las tres submuestras se consignaron datos sobre la satisfacción laboral y la depresión evaluadas mediante tres pruebas psicológicas adicionales, las que se describen a continuación.

Instrumentos

Escala breve para evaluar violencia psicológica en profesionales sanitarios

La EVP-salud, consiste en 22 ítems que hacen referencia a tres tipos de violencia en el contexto de los centros sanitarios del país:

- Violencia de intimidación, organizado por ocho reactivos (1, 2, 4, 8, 12, 15, 17, 21).
- De aislamiento, compuesto de siete reactivos (3, 5, 6, 7, 9, 10, 18).
- Violencia de desprestigio, formado por siete reactivos (11, 13, 14, 16, 19, 20, 22).

La fiabilidad global según consistencia interna del instrumento fue α 0,930 [25]. El 77% (17/22) de reactivos fueron adaptados a partir de la propuesta de Díaz y colaboradores²⁵, y el resto fueron incorporados durante la realización de este estudio. Cada reactivo corresponde a una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde uno corresponde a “nunca” y cuatro a “siempre” en los últimos seis meses.

Escala general de satisfacción laboral

La *Overall job satisfaction scale* (OJS) o escala general de satisfacción laboral consta de 15 ítems agrupados en dos subescalas: satisfacción intrínseca (siete ítems) y satisfacción extrínseca (ocho ítems). Cada ítem corresponde a una escala tipo Likert de siete puntos, donde uno corresponde a “muy insatisfecho”, y siete a “muy satisfecho”. La puntuación total de la escala es la sumatoria del conjunto de ítems que oscila entre 15 y 105 puntos base. Sin embargo, es recomendable el uso por separado de las subescalas cuyas puntuaciones varían entre 7 y 49 (satisfacción intrínseca) y de 8 y 56 para satisfacción extrínseca. La escala presentó buena fiabilidad y validez en 518 enfermeras españolas¹³. En nuestro estudio obtuvimos valores α de 0,75 para la escala total.

Inventario de depresión de Beck

El inventario de depresión de Beck (*Beck depression inventory*, BDI-II) es un instrumento ampliamente utilizado en la investigación psicológica. Está formado por 21 ítems que abarcan los componentes afectivos, cognitivos, motivacionales, psicomotores y vegetativos de la depresión. Cada ítem consta de cuatro enunciados, que se califican de cero a tres. El BDI-II, presentó buena consistencia interna y validez en una muestra de 797 participantes dominicanos²⁹. En este estudio el coeficiente α fue de 0,91 para la dimensión global.

Escala de autoevaluación de depresión de Zung

La escala de autoevaluación de depresión de Zung (EAD de Zung) está compuesta por 20 reactivos que abarcan aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos. Cada ítem corresponde a una escala tipo Likert de cuatro puntos donde uno corresponde a “nunca”, y cuatro a “siempre” en la última semana. Diez de estos reactivos están redactados usando afirmaciones negativas. Por lo tanto, a medida que aumenta la puntuación disminuye el nivel de la salud mental. La escala ha obtenido buenos índices de fiabilidad y validez en una muestra de 3614 personas entre 15 y 56 años³⁰. En este estudio el coeficiente α fue de 0,93 para la escala total.

Análisis estadístico

Para la evaluación psicométrica de las variables cuantitativas, se desarrolló un análisis factorial exploratorio aplicándose las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y de esfericidad de Bartlett's. A continuación, se aplicó la técnica de componentes principales usando un triple criterio:

- Extracción de componentes con valores propios superiores a la unidad, cuyos pesos factoriales resultaran igual o superiores a 0,5 para menores de cuatro componentes³¹.
- Que los componentes figuren en un factor cuya varianza total sea mayor o igual a 50% y estén contenidos en la matriz de correlaciones de ítems analizados³².
- Interpretación de la matriz de correlaciones aplicando el método de rotación ortogonal.

La información fue procesada usando el programa informático InfoStat/E v.2017®.

Aspectos éticos

Los sujetos parte del estudio fueron informados de los objetivos de la investigación, y su participación voluntaria quedó consignada mediante una carta de consentimiento en la que se garantiza el anonimato y confidencialidad de los datos entregados. La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Unidad de Investigación de la Universidad Nacional Agraria de la Selva, y del Comité de Ética de la Facultad de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Federico Villareal.

Resultados

Sobre los participantes, la muestra inicial fue de 367 trabajadores. Sin embargo 51 de ellos (16,1%) no respondieron a los ítems de la EVP-salud, resultando como muestra final 316 participantes de diferentes centros sanitarios del país. De ellos, 41,2% (7/17) de los centros fueron del interior del país. El 63,6% (201/316) del total de participantes son profesionales asistenciales. De estos, el 48,4% (122/122) son enfermeras, el 7,6% (19/122) médicos; y el 23,7% (60/122) son de otras profesiones. El período de vínculo laboral comprende desde dos hasta 26 años, predominando entre 11 y 15 años (35,1%;

111/316 del total). Los porcentajes de participantes de los servicios de emergencia, y de consultorios externos y ambulatorios fueron similares (16,8%; 53/316) versus 16,1% (51/316), respectivamente). El porcentaje de participantes asistenciales fue del 63,6% (201/316) del total. El número de participantes varones y mujeres no son estadísticamente diferentes ($X^2 = 2139$; $p < 0,144$) (Tabla 1).

En nuestro estudio el tamaño muestral señalado anteriormente, fue superior al mínimo de $n = 220$ sujetos (22 ítems por 10), que equivale

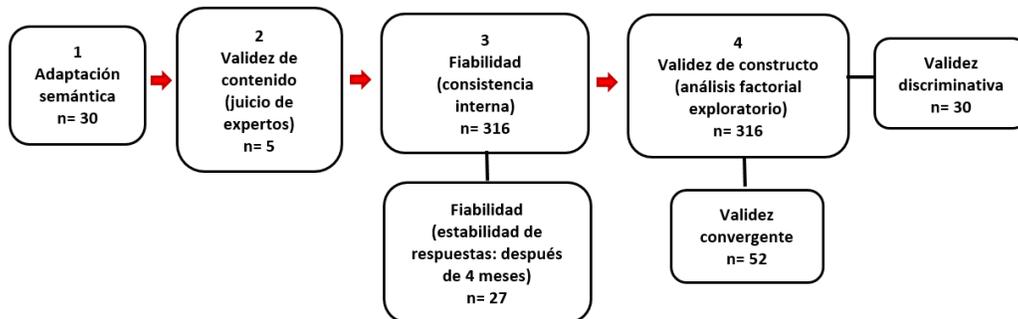
a una variación porcentual superior del 43,6% (316/220 sujetos). Se incluyó a todo el personal sanitario y personal administrativo que aceptó participar voluntariamente en la validación semántica, responder voluntariamente y que llenara correctamente tanto en la escala de evaluación de la violencia psicológica como en otros tres instrumentos psicológicos aplicados en la validación discriminativa y convergente (Figura 1).

Tabla 1. Número de participantes sanitarios ($n = 316$).

Características	Número	Porcentaje
Sexo		
Varón	146	46,2
Mujer	170	53,8
Tiempo de servicios		
2 a 5 años	55	17,4
6 a 10 años	48	15,2
11 a 15 años	111	35,1
16 a 20 años	23	7,3
21 a 26 años	79	25,0
Condición laboral		
Permanente	200	63,3
A plazo fijo	116	36,7

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Figura 1. Diagrama de flujo de las etapas de evaluación psicométrica según número de participantes incluidos.



Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Adaptación semántica

Como punto de partida para esta etapa de evaluación se consideró al fundamento teórico sobre el dominio de la violencia psicológica en el trabajo organizados en 22 indicadores. Estos indicadores se distribuyen en tres factores teóricos, de los cuales el factor intimidación está formado por ocho reactivos. Los factores de aislamiento y de prestigio cuentan con siete reactivos cada uno (Anexo 1).

La adaptación semántica del instrumento se realizó a través de dos sesiones de panel de expertos, que estuvieron conformados por 30 trabajadores tanto asistenciales como administrativos de los servicios de admisión y de emergencias (primera etapa, Figura 1). Uno de los resultados importantes fue el índice promedio de dificultad de comprensión, siendo 0,20 el valor más bajo (para el primer ítem, "18AI") y 0,80 el valor más alto (para el último ítem, "10AI").

Estos resultados permitieron fijar el orden de presentación de los ítems en la escala, incorporar nuestras modificaciones para 17 de los 22 ítems (excluyendo tres ítems relacionados a la violencia física y externa), y reducir de cinco a cuatro graduaciones a partir de la propuesta de un conjunto de 22 ítems de respuesta tipo Likert de Díaz y colaboradores²⁵.

Validez de contenido

En la segunda etapa de evaluación psicométrica (Figura 1), la validez de contenido fue determinada mediante el juicio de cinco expertos (médicos, enfermeras y psicólogos docentes), quienes valoraron independientemente cada uno de los 22 ítems de la escala basados en siete criterios. En este análisis un ítem valorado con una puntuación de 1 a 4 se consideró deficiente y uno con una puntuación de 9 a 10 se consideró muy bueno. Según el coeficiente de concordancia de rangos de Kendall asignados por los expertos ($W = 0,509$; $p < 0,026$), se superó las condiciones mínimas señaladas por Aravena y colaboradores³³. Los criterios mejor valorados estuvieron relacionados con la cantidad y consistencia de ítems por dimensión y a la factibilidad de describir conductas.

Fiabilidad

La fiabilidad de la escala de violencia psicológica EVP-salud se realizó en la tercera etapa de la evaluación psicométrica (Figura 1), aplicándose la escala de 22 reactivos en 316 trabajadores.

Previamente, se realizó el análisis de simetría de la distribución de datos. Para dicho propósito, estos datos base fueron transformados en puntuaciones estandarizadas “Z” de Fisher. La distribución resultó homogénea, según la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S=

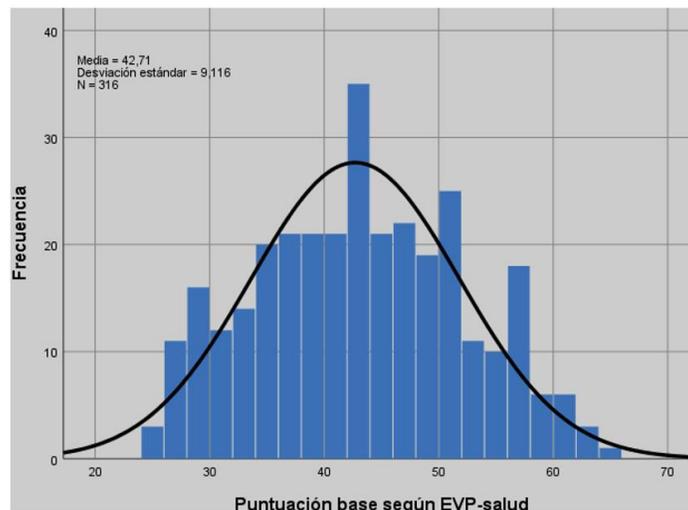
0,46), siendo el valor $p < 0,200$ (Figura 2) que supera al mínimo establecido de $p > 0,05$. La puntuación total base para el conjunto de 22 reactivos de EVP-salud fue de 22 a 88 puntos. Igualmente, dicha homogeneidad de distribución fue corroborada mediante estadísticos de asimetría ($As = 0,069$) que indica adecuada distribución de datos, y mediante el error típico de la media ($EEM = 0,513$) que evidencia buena fiabilidad de la EVP-salud, sabiendo que el límite máximo es de $EEM = 2,00$ para instrumentos con menores de 24 ítems.

La fiabilidad de la escala de violencia psicológica EVP-salud, según consistencia interna evaluada mediante el coeficiente α de Cronbach, se desarrolló en dos momentos. El primero de ellos con la escala de 22 reactivos, de cuyo resultado fue eliminado el reactivo “01I”, que al tener menor relación con la escala disminuía el valor α (Anexo 2). En el segundo momento, con la escala de 21 reactivos, el coeficiente α resultó adecuado tanto de forma global ($\alpha = 0,803$) como por cada ítem ($\alpha = 0,800$). Esta cuantificación está basada en el grado de covarianza entre los ítems establecidos (Anexo 2), bajo los supuestos de que los ítems guardan correlación positiva entre sí y de que el valor de α de Cronbach entre 0,70 y 0,80 es aceptable³⁴.

Entre tanto, según la prueba de estabilidad de respuestas, hubo diferencias significativas entre la primera y segunda aplicación (después de cuatro meses) de la escala de violencia psicológica en 27 individuos ($t = -2,855$; $p < 0,008$); cuando $p < 0,05$ es el mínimo aceptable. Para este propósito se utilizaron los siguientes criterios de selección:

- La participación voluntaria pero no anónima.
- Experiencia laboral de dos a más años
- Permanencia en el cargo, turno y centro sanitario declarado en la primera aplicación.

Figura 2. Histograma de distribución de frecuencias de datos.



EVP-SALUD, escala de violencia psicológica.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Validez de constructo

La validez de constructo se determinó mediante análisis factorial exploratorio basado en la información de un total de 316 sujetos y bajo cinco consideraciones metodológicas^{28,34,35}:

- Fundamento teórico organizado en tres factores o dimensiones y 22 indicadores^{1-3,12,13,25} (Anexo 1).
- Número de personas por reactivo entre cinco y diez individuos (en este caso fue 15 por reactivo).
- Análisis preliminar de fiabilidad para conocer si las correlaciones son bajas ($\leq 0,70$) o altas ($> 0,70$) y definir el método de rotación

(ortogonal u oblicuo) y eliminar reactivo(s) para incrementar el valor α .

- d) Varianza explicada mínima del 50%.
- e) Composición mínima de tres reactivos por factor.

Realizándose el análisis factorial mediante componentes principales con rotación ortogonal, puesto que las correlaciones entre los 21 reactivos se encontraban por debajo o próximo a 0,700 (Anexo 2). En seguida, se eliminaron los reactivos que no se agrupaban en un mismo factor con cargas factoriales superiores a 0,400, o que se agrupaban dentro de un factor teórico diferente al propuesto (Anexo 2), o que no se agrupan en un factor que tenga por lo menos tres reactivos.

En la solución final los *eigenvalues* superiores a 1,00 mostraron la existencia de tres factores. Esta solución convergió en siete iteraciones

que explican el 54,3% de la varianza. Este índice supera al mínimo de 50% que recomiendan Lloret y colaboradores²⁸ y otros³⁵. Los reactivos presentan cargas factoriales superiores a 0,50 dentro de su factor y comunalidades con valores mayores a 0,34. La rotación varimax ha convergido en 11 iteraciones, y el ítem con la carga factorial más baja que el resto (0,546), supera al mínimo de 0,40 recomendado por Streiner y colaboradores³² y Lloret y colaboradores²⁸.

El instrumento final quedó conformado por 13 reactivos que se presentan en la Tabla 2. La prueba de esfericidad de Bartlett's fue significativa (1078,56; $gl = 78$; $p < 0,001$) y el indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin fue adecuado (0,731), indicando que la validez de constructo resumida en la matriz de datos es adecuada. El coeficiente α total para la versión final del instrumento fue de 0,759 y para los elementos estandarizados fue de 0,758.

Tabla 2. Matriz de cargas factoriales según componentes de la escala abreviada de violencia psicológica en profesionales sanitarios.

Nº	Código del ítem	Reactivos	Componentes		
			1	2	3
1	06A	Se le impide acceso a información importante	0,776	0,285	
2	07A	Se le acusa de negligencias (manipuladas)	0,765		
3	10A	Se le ignoran sus éxitos laborales	0,743		0,365
4	09A	Se le desvalorizan sus trabajos	0,631	0,378	
5	05A	Se le excluye de reuniones donde se toman decisiones importantes	0,565		
6	17II	Se le ignora su presencia		0,718	
7	04II	Se le asignan tareas con plazos muy cortos		0,715	
8	08II	Se extienden rumores malintencionados		0,649	0,254
9	21II	Se bloquean las oportunidades de formación o capacitación		0,546	0,452
10	14D	Se le impide expresarse			0,753
11	11D	Se le sanciona aún por pequeñas fallas	0,307		0,662
12	16D	Se le rechaza evitando contacto visual y mediante gestos de menosprecio	-0,267	0,203	0,629
13	20D	Se le critica su trabajo y se le ataca verbalmente		0,379	0,551
Rango			5 - 17	4 - 13	4 14
Media			12,09	6,88	6,06
Desviación estándar			3,63	2,64	2,53
Varianza explicada (%)			20,71	16,85	16,76

1= Aislamiento; 2= Intimidación; 3= Desprestigio. Varianza total explicada= 54,3%.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

A partir de la composición final de los reactivos y sus respectivas cargas factoriales según dimensiones, se definen como adecuadas en la siguiente forma:

- a) En la dimensión de violencia psicológica de aislamiento, que abarca cargas factoriales entre 0,565 y 0,776.
- b) En la dimensión de violencia de intimidación, con cargas factoriales entre 0,546 y 0,718.;
- c) En la dimensión “desprestigio” donde se muestran cargas factoriales entre 0,551 y 0,753 (Tabla 2).

Por otra parte, el elemento del primer factor (F1) que está mejor asociado con la puntuación global de la violencia psicológica (resultado de la raíz cuadrada, de R2) que corresponde al reactivo “6A”, describe a la violencia de aislamiento mediante actitudes de impedimento de disponer información básica para realizar tareas ($r = 0,73$) (Tabla 3). La frecuencia de casos para este indicador es del 61,7%

(195/316), frente a más de la cuarta parte de los evaluados (26,3%: 83/316), que no experimentaron dicha violencia.

En el segundo factor (F2), el reactivo “8II” que tiene mayor correlación con la puntuación global recoge las actitudes de los colegas por extender rumores malintencionados ($r = 0,60$) (Tabla 3). Esto ocurre en más de la quinta parte (24,4%: 77/316) de los evaluados, y contrariamente nunca sucedió para el 69,3% (219/316) de los encuestados.

En el tercer factor (F3), el reactivo “14D” que tiene mayor correlación con la puntuación global, recoge las actitudes de los colegas que impiden expresar al trabajador, interrumpiendo continuamente o dirigiéndose exclusivamente a terceros ($r = 0,58$) (Tabla 3). En este indicador, el 35,8% (113/316) de los evaluados experimentaron “siempre” o “casi siempre” de las veces en los últimos seis meses;

frente al 53,5% (169/316) que declararon no haberles sucedido este tipo de violencia.

Tabla 3. Composición de reactivos de la versión final de la escala (13 ítems).

Factor	Código	Reactivos	R ²	R
Violencia de aislamiento	06A	Se le impide acceso a información importante	0,534	0,73
	07A	Se le acusa de negligencias (manipuladas)	0,416	0,67
	10A	Se le ignoran sus éxitos laborales	0,485	0,70
	09A	Se le desvalorizan sus trabajos	0,427	0,65
	05A	Se le excluye de reuniones donde se toman decisiones importantes	0,261	0,51
Violencia de intimidación	17II	Se le ignora su presencia	0,321	0,57
	04II	Se le asignan tareas con plazos muy cortos	0,287	0,54
	08II	Se extienden rumores malintencionados	0,367	0,60
	21II	Se bloquean las oportunidades de formación o capacitación	0,334	0,58
Violencia de desprestigio	14D	Se le impide expresarse	0,337	0,58
	11D	Se le sanciona aún por pequeñas fallas	0,297	0,54
	16D	Se le rechaza evitando contacto visual y mediante gestos de menosprecio	0,306	0,55
	20D	Se le critica su trabajo y se le ataca verbalmente	0,321	0,57

Nota: R², Correlación múltiple al cuadrado.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Finalmente, con el propósito de conocer si los factores o dimensiones mantenían una relación teórica se calculó los coeficientes de correlación de Pearson. Este coeficiente indicó que la correlación es significativa para $p < 0,01$ entre el factor aislamiento e intimidación ($r = 0,305$), y con desprestigio ($r = 0,186$). También es significativa entre el factor intimidación y desprestigio ($r = 0,346$).

Validez convergente y discriminante

En la cuarta etapa de la evaluación psicométrica (Figura 1), para evaluar la validez convergente, se utilizó la OJS o escala general de satisfacción laboral. Esta escala organiza constructos de satisfacción laboral que reflejan la experiencia laboral y recoge respuestas emocionales relacionadas al contenido del trabajo. La escala está formada por dos subescalas:

- Factores intrínsecos (reconocimiento, responsabilidad, promoción y otros factores relativos al contenido de la tarea).

- Factores extrínsecos (relacionados a la satisfacción relativa a la organización, a los horarios, las remuneraciones y las condiciones físicas del trabajo)¹³.

La escala OJS se aplicó juntamente con la EVP-salud a 52 trabajadores de dos establecimientos sanitarios (uno de la ciudad de Lima y otro del interior del país ($n = 26$ en cada centro)). Los resultados presentaron alta correlación en sentido negativo. La convergencia de puntuaciones entre la EVP-salud y de la escala OJS fue altamente significativa ($r = -0,769$; $p < 0,0003$). Estos datos indican que, a mayor puntuación en la violencia psicológica en el trabajo, menor será la puntuación en la satisfacción laboral (Tabla 4).

Para evaluar complementariamente la validez discriminativa (cuarta etapa, Figura 1), se aplicó la EVP-salud en 42 individuos desagregados en dos grupos (no clínico versus clínico) del mismo tamaño de muestra ($n = 21$). Los participantes de estos dos grupos se diagnosticaron previamente mediante dos instrumentos confirmatorios sobre las reacciones depresivas (BDI-I, y EAD de Zung).

Tabla 4. Valores de correlación de Pearson entre la EVP-salud y las subescalas del OJS.

EVP-salud (Z de K-S $p < 0,332$)		Overall Job Satisfaction Scale (OJS)								
		Intrínseca (Z de K-S $p < 0,242$)		Coeficiente "r" de Pearson ($n = 52$)	Extrínseca (Z de K-S $p < 0,048$)		Coeficiente "r" de Pearson ($n = 52$)	Global (Z de K-S $p < 0,018$)		Coeficiente "r" de Pearson ($n = 52$)
Media	DS	Media	DS		Me- dia	DS		Media	DS	
52,67	7,72	35,25	3,32	- 0,822 ($p < 0,001$)	45,3 3	4,98 1	- 0,572 ($p < 0,001$)	80,58	7,25	- 0,769 ($p < 0,0003$)

Todos los valores de p son significativos para $p \leq 0,01$

EVP, escala de violencia psicológica; OJS, Overall Job Satisfaction Scale; Z de K-S, prueba de Kolmogorov-Smirnov; DS, desviación estándar.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

La puntuación promedio del grupo no clínico fue $39,38 \pm 9,14$ y la del grupo clínico $44,19 \pm 7,95$, siendo de 24 a 96 el rango teórico de

puntuación base. Los resultados de la prueba t de Student confirmaron la ausencia de diferencias significativas en el rango de puntuaciones entre las dos muestras ($p < 0,076$) (intervalo de confianza al

95%: -10,15; 0,53), lo que respalda la buena capacidad discriminativa de EVP-salud en cada uno de los grupos de comparación (Tabla 5).

Tabla 5. Comparación de diferencias entre la EVP-salud y dos instrumentos (n = 42).

Grupo	n	Beck Depresión Inventory - II		t de Student	EAD-Zung		t de Student	EVP-salud		t de Student
		Media	DS		Media	DS		Media	DS	
No clínico	21	0,00	0,00	0,001	23,81	2.44	0,001	39,38	9,140	0,076
Clínico	21	14,4	1,53		51.19	1,63		44,19	7,947	

Todos los valores de p son significativos para $p \leq 0,01$.

EAD, escala de autoevaluación de depresión de Zung; EVP, escala de violencia psicológica; DS, desviación estándar.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Discusión

El objetivo del estudio fue determinar la validez y fiabilidad de la versión peruana de la escala breve para evaluar la violencia psicológica en profesionales sanitarios (Escala de violencia psicológica, EVP- salud). Encontramos que las propiedades psicométricas con fuerte apoyo para la escala son las siguientes:

- Buena validez de contenido.
- Apropiada validez de constructo.
- Adecuada validez convergente y discriminante.
- Fiabilidad significativa según consistencia interna.

En relación con la segunda propiedad (apropiada validez de constructo, b), el primer factor dentro de la violencia psicológica interna cumple con la propiedad de explicar la mayor varianza de la violencia psicológica por pocos componentes (porcentaje de varianza acumulada del 54,3%) y de organizar el mayor número de elementos (38,5%; 5/13). Este primer factor describe la violencia de aislamiento, y se complementan con las violencias de intimidación y de desprestigio.

En este trabajo pudimos confirmar la existencia del principio de estructuración simple de la EVP-salud. Este principio es considerado como una propiedad psicométrica apropiada por Lloret y colaboradores²⁸, Coulacoglou & Saklafske³⁵ y por tres instituciones²⁶ cuando un conjunto de ítems con los pesos factoriales más altos están organizados mayoritariamente en un factor principal. En este caso se encuentra dentro de un total de tres componentes.

Nuestro análisis del instrumento EVP-salud difiere del inventario de violencia y acoso psicológico del trabajo chileno²⁵ porque, además de su validación para un contexto y ámbitos laborales más amplios y distintos al sector de nuestro estudio, está basado en cuatro modalidades de violencia que incluyen a la violencia física generada por agentes externos. La EVP-salud varía en primer lugar, porque presenta tres modalidades de violencia psicológica (generado por agentes internos) y excluye a la violencia física, conforme describen varios académicos^{1,3}. En segundo lugar, además de los ocho indicadores restantes de la escala abreviada no incluidos en la versión final, se destaca a un indicador que describe la violencia de menosprecio mediante el lenguaje no verbal (por ejemplo, evitar contacto visual y gestos de ignorar la presencia del colega) y otro indicador que resalta mediante calumnias y/o difamaciones públicas. En tercer lugar, en

la escala EVP-salud existe un indicador de la violencia psicológica, que destaca la contención al individuo para expresarse y bloquear la realización profesional o laboral de un colega. Finalmente, en la EVP-salud la varianza total que explica la violencia psicológica global (porcentaje de varianza acumulada: 63,8% versus 54,3%) es inferior hasta en 14,9% de variación. A pesar de estas tres diferencias, según el análisis por conglomerados, la escala EVP-salud tiene convergencia con el estudio de Díaz y colaboradores²⁵ en lo que respecta a la conformación de ítems por componentes de hasta 55,6% (5 versus 9 ítems) en el primer componente, y de 57,1% (4 versus 7 ítems) en el segundo.

Respecto al número de reactivos de la versión final de la escala breve de violencia psicológica (EVP-salud de 13 reactivos), también difiere superando hasta 46,2% (13/7) a la escala de comportamiento agresivo de trabajadores sanitarios de Waschgler y colaboradores²⁰, utilizado en el ámbito de la salud mental donde la violencia psicológica está organizada por siete ítems^{13,20}. También excede hasta 61,5% (13/5) de reactivos al cuestionario tipo encuesta estructurada de Pérez¹¹ compuesto por cinco ítems y empleado para estudios sobre violencia psicológica en profesionales de la salud de varios países latinoamericanos¹⁰.

Sobre la fiabilidad complementaria a la cuarta propiedad psicométrica (d) de la escala EVP-salud, según prueba de estabilidad de respuestas, igualmente encontramos que existen diferencias entre la primera y la segunda aplicación del instrumento, confirmando el reporte de Díaz y colaboradores²⁵ donde la violencia psicológica en el trabajo es una variable fluctuante a lo largo del tiempo.

Las propiedades de consistencia interna son concordantes a las especificaciones de Cascaes da Silva y colaboradores³⁴ y tiene una validez adecuada. Esta posible uniformización contrastará con estudios previos de nuestro país, los que emplearon diferentes técnicas e instrumentos para evaluar la violencia centrada en establecimientos sanitarios y grupos profesionales específicos¹⁵⁻¹⁹. En nuestro estudio el tamaño muestral señalado anteriormente, fue superior al mínimo requerido de 10 individuos por cada ítem (n = 316 versus n = 220 sujetos)³³ y superior al tamaño de muestra de los estudios de Bolivia, Colombia, Ecuador y México^{21,22,24}.

Por otro lado, tal como existe una asociación entre las diferentes modalidades de violencia y acoso psicológico, y otras variables psi-

cosociales en el contexto latinoamericano (por ejemplo, la satisfacción laboral)¹⁰; también verificamos la asociación negativa entre la violencia psicológica y la satisfacción laboral mediante la EVP-salud. Estos resultados concuerdan con el reporte de Llor y colaboradores¹³ y son altamente significativos ya que la satisfacción laboral intrínseca está vinculada a la presencia o ausencia de factores de riesgo psicosociales en el centro sanitario⁴. Además, se sabe que las consecuencias negativas de la disminución de la satisfacción laboral influyen negativamente en el compromiso organizacional³, e incrementan los niveles de estrés y agotamiento de los trabajadores sanitarios⁹.

Limitaciones

El estudio se realizó en una muestra 43,6% (316/220) mayor al tamaño mínimo requerido, según el número de ítems del instrumento²⁸, lo que equivale a 220 sujetos (10 x 22 ítems). Las posibles limitaciones de nuestro estudio se vinculan con el control de calidad acotado sobre la aplicación de los encuestadores, y con el reducido tamaño de muestra empleado para evaluar la validez y fiabilidad complementarias, asociadas a la satisfacción laboral y la depresión. Sin embargo, como el tamaño de muestra de los sexos son similares y el tiempo de servicios laborales es de dos a más años²⁷, la validez y fiabilidad determinadas en este estudio mantienen su posición actual. Por otra parte, la ocurrencia de violencia psicológica en el trabajo no difiere entre grupos sanitarios⁵⁻⁷.

De este modo, las perspectivas de utilización de la versión peruana de la escala abreviada de violencia psicológica EVP-salud son:

- a) Garantizar la evaluación de la violencia psicológica en el trabajo sanitario de forma válida y fiable.
- b) Captar reportes de denuncias sobre la violencia según sus dimensiones debido al carácter anónimo y voluntario de la escala, pues las situaciones de violencia generalmente permanecen ocultas por diversas causas (entre ellas la necesidad de anonimato por parte del denunciante)^{1,8}.
- c) Identificar tópicos de intervención, al usar la escala sola o en conjunto con otros instrumentos de evaluación del comportamiento humano en las organizaciones.

Finalmente, dada la prevalencia e impacto de la violencia psicológica y sus correspondientes respuestas en el contexto de los centros sanitarios, el uso de la EVP-salud podrá posibilitar la formación de una línea base, y el seguimiento de respuestas a partir del marco de la psicología organizacional¹.

Conclusión

En este trabajo se ha determinado que la versión peruana de la escala breve para evaluar la violencia psicológica en profesionales sanitarios (EVP-salud), ha mostrado buenos índices de fiabilidad y de validez aplicables a distintos centros sanitarios del país (Anexo 3).

Notas

Rol de contribución

LFAT, YJGH: conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, curación de datos, redacción del borrador original; preparación, revisión y edición; y supervisión. CKGD, GECC: conceptualización, metodología, investigación, recursos, redacción del borrador original; preparación, revisión y edición; supervisión, administración del proyecto y adquisición de fondos.

Conflictos de intereses

Los autores completaron la declaración de conflictos de interés de ICMJE y declararon que no recibieron fondos por la realización de este artículo; no tienen relaciones financieras con organizaciones que puedan tener interés en el artículo publicado en los últimos tres años y no tienen otras relaciones o actividades que puedan influenciar en la publicación del artículo. Los formularios se pueden solicitar contactando al autor responsable o al Comité Editorial de la Revista.

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Consideraciones éticas

El estudio contó con la aprobación de los Comités de Ética en Investigación de la Universidad Nacional Agraria de la Selva, y de la Facultad de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Federico Villareal.

Disponibilidad de los datos

Los datos utilizados para el estudio se encuentran disponibles previa solicitud al autor correspondiente.

Idioma del envío

Español

Agradecimiento

A la maestra Karina V. Diestro C. (Escuela Académica de Psicología, Universidad de Huánuco), y a la psicóloga A. Celia Lino C. (Hospital de Tingo María), por su colaboración en la recogida de datos.

Referencias

1. Schindeler E, Reynald D. What is the evidence? Preventing psychological violence in the workplace. *Aggress. Violent Behav*, 2017 Set; 36: 25-33. | CrossRef |
2. Organización Internacional del Trabajo –OIT–, Consejo Internacional de Enfermeras –CIE–, Organización Mundial de la Salud –OMS–. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: OIT. 2002.[On line] | Link |
3. Li P, Xing K, Qiao H, Fang H, Ma H, Jiao M, et al. Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health Qual Life Outcomes*. 2018 Jun 5;16(1):117. | CrossRef | PubMed |
4. Vévoda J, Vévodová Š, Nakládalová M. Psychosocial risks in healthcare. *Cas Lek Cesk*. 2018 Dec 17;157(8):411-418. English. | PubMed |
5. Schablon A, Wendeler D, Kozak A, Nienhaus A, Steinke S. Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany-A Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jun 15;15(6):1274. | CrossRef | PubMed |
6. Shea T, Sheehan C, Donohue R, Cooper B, De Cieri H. Occupational Violence and Aggression Experienced by Nursing and Caring Professionals. *J Nurs Scholarsh*. 2017 Mar;49(2):236-243. | CrossRef | PubMed |
7. Volz NB, Fringer R, Walters B, Kowalenko T. Prevalence of Horizontal Violence Among Emergency Attending Physicians, Residents, and Physician Assistants. *West J Emerg Med*. 2017 Feb;18(2):213-218. | CrossRef | PubMed |
8. Niu SF, Kuo SF, Tsai HT, Kao CC, Traynor V, Chou KR. Prevalence of workplace violent episodes experienced by nurses in acute psychiatric settings. *PLoS One*. 2019 Jan 24;14(1):e0211183. | CrossRef | PubMed |
9. Mento C, Catena M, Bruno A, Muscatello MR, Cedro C, Pandolfo G, et al. Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggress Violent Behav*. 2020 Apr; 51(2), 101381. | CrossRef |

10. Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud [Assaults on professionals in healthcare settings]. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 Oct;38(4):307-15. Spanish. | [CrossRef](#) |
11. Pérez VA. Características epidemiológicas de la violencia en el trabajo contra profesionales de salud en dos hospitales públicos de Trujillo. Tesis de título profesional de médico cirujano, Universidad Nacional de Trujillo, Perú. 2017. | [Link](#) |
12. Ortiz-León S, Jaimes-Medrano AL, Tafoya-Ramos SA, Mujica-Amaya ML, Olmedo- Canchola VH, Carrasco-Rojas JA. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes [Experiences of bullying in medical residents]. *Cir Cir*. 2014 May-Jun;82(3):290-301. Spanish. | [PubMed](#) |
13. Llor B, Sánchez M, Ruiz JA. User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *Eur. J. Psychol. Appl. to Leg. Context*. 2017 Jun; 9(1), 33-40. | [CrossRef](#) |
14. Tito P. El potencial humano y los estímulos organizacionales. *Gest. terc. milen*. 2005 Jun; 8(16): 25-40. | [CrossRef](#) |
15. Tuya-Figueroa X, Mezones-Holguín E, Monge E, Arones R, Mier M, Saravia M, et al. Violencia laboral externa tipo amenaza contra médicos en servicios hospitalarios de Lima Metropolitana, Perú 2014 [External workplace violence against doctors in hospital services in Lima Metropolitana, Peru 2014]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 Oct-Dec;33(4):670-679. Spanish. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
16. Ancalli-Calizaya F, Cohaila G, Maquera-Afaray J. Agresiones contra el trabajador de salud en Tacna, Perú [Assaults against health workers in Tacna, Peru]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012 Jul-Sep;29(3):415-6. Spanish. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
17. Tuya-Figueroa X, Mezones-Holguín E. Violencia contra médicos: un problema por considerar en la investigación de recursos humanos en salud [Violence against medical doctors: an issue to consider in human resources for health]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012 Mar;29(1):164-5. Spanish. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
18. Muñoz del Carpio A, Valdivia B, Velásquez C, Valdivia M, Arroyo GY, Toia M, et al. Violencia contra médicos en hospitales de Arequipa, Perú 2016. 2016 Jun; *Acta Med Peru*. 33(2): 99-104. | [Link](#) |
19. Aucaruri H. Percepción de violencia laboral en internos de medicina de una universidad pública. Lima-2016. Tesis de título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. 2017. | [Link](#) |
20. Waschgler K, Ruiz-Hernández JA, Llor-Esteban B, García-Izquierdo M. Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users. *J Adv Nurs*. 2013 Jun;69(6):1418-27. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
21. Pando M, Aranda C, Preciado L, Franco SA, Salazar JE. Validez y confiabilidad del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT-Pando). *Enseñ. invest. psicol*. 2006 Dic; 11(2), 319-32. [On line] | [Link](#) |
22. Acosta M, Parra L, Restrepo JI, Pozos BE, Aguilera ML, Torres TM. Condiciones psicosociales, violencia y salud mental en docentes de medicina y enfermería. *Salud Uninorte*. 2017 Dic; 33(3): 344-54. | [CrossRef](#) |
23. Pando M, Aranda C, Parra L, Gutiérrez AM. Determinación del mobbing y validación del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT) para Colombia. *Salud Uninorte*. 2013 Set; 29(3): 525-33. | [Link](#) |
24. Pando M, Aranda C, & Olivares DM (2012). Análisis factorial confirmatorio del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT-Pando) para Bolivia y Ecuador. *liber*. 2012 Jun; 18(1): 27-36 | [Link](#) |
25. Díaz X, Mauro A, Toro JP, Villarroel C, Campos C. Validación del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo -IVAPT-Pando- en tres ámbitos laborales chilenos. *Cienc Trab*. 2015 Abr; 17(52): 7-14. | [CrossRef](#) |
26. American Educational Research Association –AERA–, American Psychological Association (APA), National Council on Measurement in Education –NCME–. Standards for educational and psychological testing. Washington DC: American Educational Research Association. 2014. | [Link](#) |
27. Nowrouzi-Kia B, Isidro R, Chai E, Usuba K, Chen A. Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review. *Aggress. Violent Behav*. 2019 Feb; 44(1): 1-7. | [CrossRef](#) |
28. Lloret S, Ferreres A, Hernández A, Tomás I. Exploratory item factor analysis: A practical guide revised and up-dated. *An. psicol*. 2014 Oct; 30(3), 1151-69. | [CrossRef](#) |
29. García-Batista ZE, Guerra-Peña K, Cano-Vindel A, Herrera-Martínez SX, Medrano LA. Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLoS One*. 2018 Jun 29;13(6):e0199750. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
30. Benítez A, Caballero MC. (2017). Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Act. Colom. Psicol*. 2017 Jun; 20(1): 221-31. | [CrossRef](#) |
31. Hair JF, Black W, Babin B, Anderson R. *Multivariate data analysis*. Harlow: Pearson Education Limited. 2014. [On line] | [Link](#) |
32. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: OUP Oxford. 2015. | [CrossRef](#) |
33. Aravena PC, Moraga J, Cartes R, Manterola C. Validez y confiabilidad en investigación odontológica. *Int. J. Odontostomat*. 2014 Abr; 8(1): 69-75. | [CrossRef](#) |
34. da Silva FC, Gonçalves E, Arancibia BA, Bento GG, Castro TL, Hernandez SS, et al. Estimadores de consistencia interna en las investigaciones en salud: el uso del coeficiente alfa [Estimators of internal consistency in health research: the use of the alpha coefficient]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015 Jan-Mar;32(1):129-38. Spanish. | [PubMed](#) |
35. Coulacoglou C, Saklofske DH. *Psychometrics and psychological assessment: Principles and applications*. Chicago: Elsevier Inc. 2018. | [Link](#) |

Correspondencia a
Jirón Enrique Barrón N° 1381, Urbanización Santa Beatriz, CP: 15003, Lima, Perú



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.