



## VIOLENCIA OCUPACIONAL: EL CASO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

**Leonor M. Cantero\*, Genís Cervantes\*\* y Josep M. Blanch\*\*\***

\*Universidad Autónoma de Barcelona. \*\*Consorci Sanitari del Alt Penedés. \*\*\*Universidad Autónoma de Barcelona

*La violencia ocupacional es un fenómeno emergente y global en el ámbito de los riesgos laborales que afecta a todas las profesiones -y muy especialmente al sector sanitario- y cuya prevención exige una información empírica válida, fiable, situada y permanentemente actualizada. Hasta el presente, esta información se obtiene básicamente de encuestas de autoinforme, con bajos porcentajes de respuesta y notables problemas metodológicos de validez, por los diversos sesgos que conlleva. Este artículo expone el diseño y los resultados de la implementación en diversos centros sanitarios de Catalunya de la Web [www.violenciaocupacional.net](http://www.violenciaocupacional.net), un sistema informatizado de Notificación on-line de Incidentes Violentos (NIV), describe la tipología y la prevalencia de esta violencia en el colectivo investigado, identifica los principales factores de riesgo de la misma y compara los datos obtenidos con los de otras investigaciones de referencia. El Cuestionario de Violencia Ocupacional incluido en esta Web permite un registro integrado de características y circunstancias de incidentes violentos contra profesionales de la salud en tiempo real y de modo confidencial. Una sola persona notifica on-line los incidentes de cada centro. Pertenece a los departamentos de Recursos Humanos o de Prevención de Riesgos Laborales y ha sido especialmente designada para ello por su propia institución, que participa voluntariamente en el proyecto. Los resultados muestran que entre el 01-01-2005 y el 31-12-07, desde los 38 centros participantes, en los que trabajan unas 18.500 personas, han sido notificados 846 incidentes violentos. En el 36 % de los casos se da cuenta de agresión física y en el 80 % de la de tipo verbal (que a menudo acompaña a la anterior). Los incidentes afectan a personal de enfermería (48%), médico (32%), técnico y administrativo (13%) y de otros sectores (7%). Como base de datos epidemiológicos permanentemente actualizada en tiempo real y desde el escenario natural de los incidentes, el sistema NIV constituye una herramienta novedosa de recogida de información sobre la violencia ocupacional en el sector sanitario. Los resultados de su aplicación confirman la importancia del problema en la sanidad catalana, ratifican tendencias observadas por otros estudios locales e internacionales y señalan algunas variables clave para el desarrollo de políticas preventivas en este campo.*

**Palabras clave:** Violencia ocupacional. Profesionales de la salud. Notificación on-line de Incidentes Violentos.

*Workplace violence is a global emergent issue on the labour risks affecting all professions –and very specially the health sector-. Its prevention requires valid, reliable, situated and permanently actualized information. Till now, this information is obtained mainly from self-report inquiries, with low response rates and a lot of validity methodological problems because its biases. This article show the design and the results of the implementation on some sanitarian centres of Catalonia of the [www.violenciaocupacional.net](http://www.violenciaocupacional.net) website, a computerized system of on-line Notification of Violent Incidents (NIV), describes the typology and prevalence of this violence in the investigated collective, identifies its main risk factors, and compares the collected results with data obtained from other relevant research. The Occupational Violence Questionnaire included in this Website permits an integrated register of de characteristics y circumstancias of violent incident against health care workers on real time and with confidentiality. One person notifies on-line the incidents of every centre. This person belongs to Human Resources or Labour Risk Prevention departments and was specially designed to this function by its own institutions, who voluntarily participate in the project. From period including from 01-01-2005 to 31-12-07, from 38 participant centers, on who work near to 18.500 people, 846 violent incidents were notified. Physical aggression is accounted on 36% of the cases and verbal aggression (who sometimes joints it) on 80% of them. Incidents affect to nursing (48%), medical (32%), technical and administration (13%), and other (7%) personnel. As a permanently actualized epidemiological data base on real time and from the same natural setting of the incidents, the NIV system is a new tool of collecting information about the workplace violence in the health sector. The results of its application confirm the importance of the problem in the Catalan health sector and the tendencies in the matter observed from other local and international studies, and identify some key variables for developing preventive politics on this field.*

**Key Words:** Workplace Violence. Health care workers, Notification on-line of Violent Incident.

**L**a violencia en el lugar de trabajo, en sus diversas modalidades de manifestación (de la física a la psicológica, de la verbal a la sexual, etc.) es actualmente observada y percibida como un problema global con matices

Correspondencia: Leonor M. Cantero. Departamento Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona. 08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), Barcelona, España.

E-mail: [leonor.cantera@uab.es](mailto:leonor.cantera@uab.es)

locales, que atraviesa fronteras políticas y culturales, sectores económicos, entornos laborales y categorías profesionales. Al igual que otras formas de violencia cotidiana –como, por ejemplo, la familiar o la de género-, habiendo sido considerada durante mucho tiempo una cuestión de rango menor, casi privada y de escasa trascendencia social y organizacional, se ha ido convirtiendo, a lo largo de los últimos lustros, en una preocupación prioritaria para los más diversos organismos internacio-



nales interesados en la calidad de vida y el bienestar humano, que la presentan como un importante factor de riesgo psicosocial en el trabajo, como un problema de derechos humanos y como una cuestión socialmente urgente y económicamente relevante que concierne tanto al bienestar de las personas como a la salud de los ambientes laborales, a la efectividad y a la eficiencia de las organizaciones y también a la calidad de los servicios que prestan a la ciudadanía. (OIT/ CIE/ OMS/ ISP, 2002, Paoli y Merlie, 2001, Parent-Thirion et al., 2007, Weilier, 2006 a. b). Di Martino (2003) destaca entre los costes directos de la violencia laboral el absentismo, las rotaciones y las bajas e incluye en los indirectos el deterioro de la motivación y de la implicación laborales, del rendimiento profesional y de la competitividad de la misma organización.

En el marco de la investigación sobre *violencia en el lugar de trabajo* -*workplace violence, violence at work*, etc. (Chapel y Di Martino, 2000, Di Martino et al, 2003, Einarsen et al, 2003)-, se abren paso estudios que enfocan específicamente la violencia ocupacional contra profesionales de la asistencia sanitaria -*Health Care Workplace Violence*-. A la visibilización histórica de este sector, donde la problemática alcanza las mayores cotas de gravedad, ha contribuido notablemente la publicación conjunta en 2002 de las *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud* por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP), que proclaman que la violencia ocupacional en el sector de la salud no constituye una mera cuestión individual y aislada concerniente a las víctimas, sino un desafío estructural y estratégico que afecta a todo el sistema sanitario del mundo global (OIT/ CIE/ OMS/ ISP, 2002).

Si bien no se puede hablar todavía de una definición operacional del constructo *violencia ocupacional contra profesionales de la salud* universalmente consensuada y asumida, en los últimos lustros, diversos organismos internacionales implicados en la promoción de la salud, en la mejora de las condiciones de vida y de trabajo y en la prevención de riesgos laborales, al igual que instituciones corporativas que velan por las condiciones sociales del desarrollo de la práctica profesional, están realizando significativos intentos en esta dirección. Integrando elementos de diversas propuestas al respecto (Krug, 2002, OSHA, 2004, Parent-Thirion et al, 2007, Di Martino, Hoel, y Cooper, 2003 Gerberich, 2004, Rumsey, 2007, CIE, 2007), se puede definir la violencia ocupacional contra profesionales del sector de la salud como un incidente (aislado o en serie) en forma de conducta hostil (generalmente verbal, a veces física) dirigida por una o varias personas (pacientes, familiares o acompañantes) hacia personal que los atiende en el marco de una organización de servicios sanitarios, en circunstancias relacionadas con su trabajo y que ponen en peligro la seguri-

dad del mismo, su bienestar o su salud, consideradas en su triple dimensión somática, psicológica y social. El escenario de esta violencia abarca cualquier espacio (permanente o temporal) donde este personal desarrolla sus tareas profesionales y cualquier modalidad de instalación de un servicio sanitario -independientemente de su tamaño o ubicación y del tipo de actividad realizada- incluyendo todo tipo de hospitales y clínicas, centros sociosanitarios, de rehabilitación o de cuidados de larga duración, consultas de médicos de familia o de otros profesionales de la salud, servicios ambulatorios o a domicilio, viviendas particulares de pacientes o de profesionales, y también entornos exteriores o interiores de los edificios por donde se mueve el personal sanitario (aparcamientos, vías de acceso, pasillos, salas de espera, escaleras, ascensores, vehículos particulares o del centro, etc.). La acción violenta puede adoptar múltiples manifestaciones, según las personas, culturas, organizaciones y tipos de relaciones implicadas. En las interacciones cara a cara, destacan dos modalidades principales de violencia: (a) la *física*, o empleo de la fuerza corporal (que incluye golpes puntuales, empujones, bofetadas, patadas, mordiscos, pellizcos, tirones de pelo, palizas, puñaladas, tiros, etc.) que produce daños somáticos, sexuales o psicológicos y (b) la *psicológica*, en forma de abuso verbal (amenaza, insulto, injuria, etc.), intimidación, acoso, invasión del espacio personal, etc. Las tecnologías de la comunicación ofrecen otros medios de violencia psicológica vía teléfono, fax, e-mail, SMS, etc.

El acuerdo básico sobre una definición no representa más que el primero de una serie de pasos urgentes y necesarios que pueden conducir al salto cualitativo desde la notable cantidad de información empírica acumulada en la literatura científica reciente sobre el tópico hacia la calidad de la producción en forma de conclusiones empíricas generalizables y de comparaciones transversales y longitudinales de los resultados de las diferentes investigaciones, requisitos clave para la evaluación de necesidades y la identificación de tendencias, así como para el diseño y evaluación de programas preventivos (Di Martino, 2002 a, Magin, 2005, Ferns, 2006, Agervold, 2007, Maguire, 2007, Rumsey, 2007). Hasta el presente, la información empírica sobre la problemática es tan extensa como heterogénea, fragmentaria y dispersa. Esta circunstancia resulta explicable por la notable diversidad de contextos, situaciones, fenómenos y procesos investigados y también por la carencia de una caja de herramientas universalmente compartida que incluya un glosario básico consensuado y criterios comúnmente aceptados y asumidos concernientes a categorización de dimensiones e indicadores, a variables cruciales y a una hoja de ruta precisa en cuanto a procedimientos, instrumentos y técnicas de recogida de información en el campo de la violencia ocupacional.

En efecto, la producción científica sobre "workplace violence" maneja vocablos tan diversos y heterogéneos como los de vio-



lence, aggression, abuse, injury, threat, assault, intimidation, harassment, bullying, mobbing, battering o victimizing e incluye desde investigaciones que tratan sobre cualquier tipo de incidente violento en general (Benveniste, 2005, Farell, 2006) hasta las que llegan a distinguir 14 categorías de agresión y violencia ocupacionales (Ryan y Maguire, 2006), pasando por las que manejan clasificaciones dicotómicas (Benveniste, 2005, Krug, 2002, Di Martino, 2003), de tres categorías (Rumsey, 2007, Parent-Thirion, 2007), de cuatro (Kwok, 2006), COMB, 2004 a b) o de cinco (Magin, 2005, Rumsey, 2007), combiniéndose ocasionalmente tipos de maltrato con "niveles de severidad" del mismo (Magin, 2005). En la literatura estadounidense, además, cuando se maneja la categoría específica *homicide* suele recurrirse de paso a la subdistinción "fatal/ non fatal injuries" (Gerberich, 2004). En lo que concierne a la operacionalización de variables como la del periodo temporal considerado para el registro de incidentes violentos, el continuo contemplado por los diversos informes abarca referencias tan dispares como la de "durante la última semana" y la de "a lo largo de su vida laboral". Las técnicas de recogida de información incluyen básicamente encuestas de autoinforme (cara a cara, por teléfono o por correo postal o electrónico), entrevistas semiestructuradas y documentación proporcionada por organismos públicos del ámbito laboral, social, sanitario, judicial o policial o bien por entidades privadas relacionadas con la gestión de pólizas de seguro. En las encuestas de autoinforme (que suelen presentar porcentajes de respuesta muy dispares), suele darse una sobre representación de las personas más sensibilizadas hacia la problemática, mientras las fuentes documentales sobredimensionan la violencia "física".

En medio de tanto ruido y confusión, del conjunto de la información epidemiológica actualmente disponible sobre violencia ocupacional contra profesionales de la salud emana cierta evidencia acumulada que ya forma parte de las premisas de cualquier investigación sobre el tema (AMA, 1995, ANA, 2002, OIT/ CIE/ OMS/ ISP, 2002, Di Martino, 2002b, Di Martino et al, 2003, WHO, 2003, Gerberich, 2004, COMB, 2004 a, OSHA, 2004, Schopper et al, 2006, Rumsey, 2007, CIE, 2007) y que se organiza en torno a unas tesis clave: (a) Constituye un problema emergente a escala global. (b) Tiene graves efectos en las víctimas, en las organizaciones, en el sistema sanitario y en la calidad de vida de la población (ver tabla 1). (c) Los servicios sanitarios mayormente expuestos al riesgo de ocurrencia de incidentes violentos son los psiquiátricos, las urgencias hospitalarias y las ambulancias. (d) La mayor probabilidad de conducta violenta contra profesionales sanitarios se concentra en pacientes con patología psiquiátrica o con problemas derivados del abuso de alcohol o de otras drogas. (e) La dimensión psicológica de la violencia ocupacional, siendo grave, ha sido tradicionalmente minimizada. (f) Los

**TABLA 1**  
**EFEKTOS DE LA VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO**

Dimensiones	Procesos	Indicadores
Organización	Descenso significativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad de las horas de trabajo</li> <li>- Cantidad y calidad de los servicios prestados</li> <li>- Calidad de la vida laboral y del clima social</li> <li>- Imagen institucional</li> <li>- Productividad, eficiencia, competitividad y excelencia organizacionales</li> <li>- Costes de los servicios sanitarios, por adopción de estrategias de <i>medicina defensiva</i>, que suele traducirse en el aumento de solicitudes de pruebas complementarias innecesarias, la derivación sistemática a urgencias hospitalarias o a especialistas, el desarrollo de visitas rápidas, superficiales y poco comprometidas, la prescripción injustificada de fármacos, la autorización automática del uso de ambulancias o la prolongación de bajas laborales por la simple petición de pacientes exigentes percibidos como peligrosos</li> <li>- Insatisfacción de usuarios, clientes y profesionales</li> <li>- Interacciones sociales negativas profesionales-pacientes.</li> <li>- Crispación y conflictividad laborales</li> </ul>
	Aumento significativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad de las horas de trabajo</li> <li>- Cantidad y calidad de los servicios prestados</li> <li>- Calidad de la vida laboral y del clima social</li> <li>- Imagen institucional</li> <li>- Productividad, eficiencia, competitividad y excelencia organizacionales</li> <li>- Costes de los servicios sanitarios, por adopción de estrategias de <i>medicina defensiva</i>, que suele traducirse en el aumento de solicitudes de pruebas complementarias innecesarias, la derivación sistemática a urgencias hospitalarias o a especialistas, el desarrollo de visitas rápidas, superficiales y poco comprometidas, la prescripción injustificada de fármacos, la autorización automática del uso de ambulancias o la prolongación de bajas laborales por la simple petición de pacientes exigentes percibidos como peligrosos</li> <li>- Insatisfacción de usuarios, clientes y profesionales</li> <li>- Interacciones sociales negativas profesionales-pacientes.</li> <li>- Crispación y conflictividad laborales</li> </ul>
Persona	Descenso significativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivación para el trabajo</li> <li>- Implicación con la organización</li> <li>- Autoestima profesional</li> <li>- Rendimiento laboral</li> <li>- Empatía en relación asistencial</li> <li>- Disponibilidad para atención a pacientes potencialmente conflictivos</li> <li>- Duración de ciertas visitas médicas</li> </ul>
	Aumento significativo de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fisiológicos (disfunciones gastrointestinales, respiratorias, insomnio, cefaleas, fatiga, etc.)</li> <li>- Emocionales (malestar, insatisfacción, ansiedad, estrés, irritabilidad, sentimientos de inseguridad, indefensión, impotencia, frustración, miedo, culpabilidad, vergüenza, desconfianza, depresión, etc.)</li> <li>- Cognitivos (perplejidad, confusión, injusticia percibida, pesimismo profesional, dificultades de atención, memoria, concentración en la tarea, planificación y ejecución de actividades, etc.)</li> <li>- Conductuales (actitudes de absentismo laboral y bajas efectivas por enfermedad, retrasos, peticiones de permiso, de traslado, de rotación, de excedencia, cambio de trabajo, jubilación anticipada, abandono de la organización, del trabajo o de la profesión, recurso a psicofármacos, etc.)</li> <li>- Psicosociales (retramiento, incomunicación, trato despersonalizado a pacientes, abdicación de responsabilidades profesionales, etc.)</li> </ul>



"motivos" invocados de la violencia remiten principalmente a la información, al trato, al tiempo de espera y al servicio recibidos. (g) Los factores de riesgo de ocurrencia de incidentes violentos tienen que ver con la estructura y el comportamiento de la organización, con la dinámica del contexto sociolaboral y con factores individuales predisponentes (ver tabla 2). (h) La prevención de la problemática exige la combinación de medidas tácticas y de planes estratégicos basados en un mejor conocimiento de los factores de riesgo y en programas preventivos fundamentados en este conocimiento (ver tabla 3).

Con respecto a la prevención de lo que califica de epidemia, el programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud propuesto por OIT/ CIE/ OMS/ ISP (2002) enumera

**TABLA 2**  
**FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA OCUPACIONAL**

- Estructura de la organización. Organización muy rígida (burocratizada o autoritaria), muy flexible (inestable, precaria, impredecible), carente de políticas y normativas coherentes, con circuitos y canales de información inoperantes o deficitarios, con contenidos informativos insuficientes, ambiguos, tardíos, etc.
- Conducta organizacional. Gestión arbitraria o autoritaria, trato de favor o discriminatorio, etc.
- Contexto laboral y sociocultural. Condiciones y clima de trabajo estresantes, masividad (en salas de urgencias, de consultas externas, etc.), tiempos de espera largos, valoración cultural del individualismo, de la violencia instrumental y de modelos de conducta agresiva (quien no lo exige agresivamente no es atendido adecuadamente), etc.
- Factores individuales "predisponentes". Perfiles de riesgo (pacientes con - historial violento, psiquiátricos, alcohólicos, dependientes de otras drogas, etc.).

**TABLA 3**  
**ELEMENTOS DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO**

Nivel	Propuestas
Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilización</li> <li>- Información</li> <li>- Formación</li> <li>- Capacitación</li> </ul>
Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refuerzo dispositivos seguridad</li> <li>- Rediseño organizacional, del espacio físico asistencial, de vías de acceso y de salida de salas de atención, cambios en la cultura y en el estilo de gestión, en la cantidad y en la calidad de la información administrada a las personas usuarias del servicio</li> <li>- Creación de observatorios de violencia ocupacional</li> <li>- Dispositivos de detección precoz, de intervención en crisis, de tratamiento paliativo y, sobre todo, de prevención primaria.</li> <li>- Optimización de sistemas de comunicación</li> <li>- Protocolos de conducta antiviolencia</li> </ul>
Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo y actualización de un marco legal adecuado y suficiente que funcione como factor preventivo de carácter disuasorio</li> <li>- Promoción de valores culturales como el civismo activo</li> </ul>

una serie de *derechos y responsabilidades generales* de los diferentes agentes implicados en el tema. Corresponde (a) a las Administraciones pedir que se recoja *información y datos estadísticos sobre el alcance, las causas y las consecuencias de la violencia laboral*, (b) a los Empleadores evaluar habitualmente *la incidencia de la violencia laboral y los factores que favorecen la violencia en el trabajo o la generan*, (c) a los Trabajadores comunicar los incidentes, incluso los de poca importancia, (d) a los Órganos profesionales el perfeccionar los procedimientos de acopio de datos para los incidentes de violencia en el sector de salud y promover el acopio de esos datos, (e) a la Comunidad en general contribuir a la creación de una red de información y conocimientos en este sector y (f) a las Organizaciones activar comités o equipos de salud y seguridad, que reciban informes de los incidentes de violencia, hagan encuestas sobre ellos y estudios sobre la violencia laboral, y respondan con recomendaciones de estrategias correctoras.

Atendiendo a tales requerimientos, el objetivo general del presente trabajo consiste en la exposición del diseño y de los resultados de la implementación en diversos centros sanitarios de Catalunya de la Web [www.violenciaocupacional.net](http://www.violenciaocupacional.net), un sistema informatizado de *Notificación on-line de Incidentes Violentos* (NIV). Ello permitirá además describir la tipología y la prevalencia de esta violencia en el colectivo investigado, identificar los principales factores de riesgo de la misma y comparar los datos obtenidos con los de otras investigaciones de referencia.

## MÉTODO

### Procedimiento

Impulsado por la Sección de Ámbito Sanitario de la Sociedad Catalana de Seguridad y Medicina del Trabajo, un grupo de investigación sobre violencia ocupacional en el ámbito sanitario ha participado en la movilización de instituciones, colegios profesionales, sociedades científicas y otras asociaciones profesionales del ámbito sanitario interesados en la prevención de esta problemática. Con la ayuda de una beca de la Fundación Prevent, y con motivo de la XIII Jornada de Prevención de Riesgos Laborales en el ámbito sanitario celebrada, en mayo de 2006, en el Consorci Sanitari de l'Alt Penedès, se pone en marcha la Web [www.violenciaocupacional.net](http://www.violenciaocupacional.net), a la que se da acceso restringido a representantes de un conjunto de centros sanitarios de Catalunya en los que previamente se han desplegado Comisiones de Prevención de la Violencia (COPREVI) y que deciden participar, voluntaria y gratuitamente, en la investigación. Esta página funciona como un medio de notificación y registro integrado de incidentes en tiempo real y de modo confidencial, gracias al dispositivo *on line* de *Notificación de Incidente Violento* (NIV) que la misma ofrece a las entidades participantes. Cada centro participante asigna a una



persona (generalmente perteneciente al departamento de Recursos humanos o al de Prevención de Riesgos Laborales) la responsabilidad de la notificación de los incidentes violentos ocurridos en su organización. Independientemente de la fecha de su incorporación efectiva a la red, esta persona procura notificar todos los casos registrados en su centro desde el día 1 de enero de 2005 hasta la fecha de la notificación, siguiendo las pautas de un cuestionario al que se accede desde la misma Web. Para que pudiera darse de alta en el sistema, se le ha proporcionado un nombre de usuario y una contraseña (que posteriormente ha podido cambiar, de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos). Previa consulta y aceptación de una cláusula de confidencialidad, ha introducido sus datos personales y el nombre y las variables censales de su centro. Finalmente, la administración de la Web, efectuadas las correspondientes verificaciones, activa el dispositivo que permite la realización efectiva de las notificaciones. Los datos de las notificaciones son tratados estadísticamente mediante el programa SPSS 14.0.

### Instrumento

La herramienta fundamental de recogida de información es el cuestionario incorporado a la página. Para su construcción, se procedió en primer lugar a una selección de ítems con criterios de representatividad y relevancia a partir de una revisión de la literatura, adoptándose como referencias básicas AMA, 1995, ANA, 2002, OIT/ CIE/ OMS/ ISP, 2002, Di Martino, 2002b, Di Martino et al, 2003, WHO, 2003, Gerberich, 2004, COMB, 2004 a b, Magin et al, 2005. También fueron tomadas en consideración relevantes aportaciones de miembros COMB (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona). Se adaptó un modelo de presentación de las preguntas originalmente aplicado en encuestas de autoinforme a los requerimientos de un cuestionario accesible mediante una Web, que debe ser contestado *on line* por una sola persona de cada centro, refiriéndose a incidentes violentos ocurridos a otras personas de su institución. El borrador del cuestionario fue sometido por dos veces a revisión por una comisión interdisciplinaria (medicina, enfermería y psicología) de personas expertas en violencia ocupacional que, no habiendo intervenido directamente en la elaboración del mismo, desarrollaron la función de "jueces". El formato de los ítems del cuestionario NIV se ajusta a un modelo de opción múltiple, siendo algunos de ellos de respuesta única (categorías censales de sexo, puesto de trabajo, turno, etc.) y otros susceptibles de respuesta múltiple. Por ejemplo, dentro de la categoría "agresión verbal", puede elegirse más de una de las respuestas "insulto", "amenaza verbal", "intimidación verbal". Lo mismo puede ocurrir ante preguntas como la relativa a los pretextos invocados como motivación del incidente, que admite también la elección de varias respuestas (información, asistencia, trato,

tiempo de espera, alta médica). El cuestionario incluye una serie de ítems cerrados relativos básicamente (a) a datos demográficos y laborales de la persona agredida, al perfil demográfico, de antecedentes propiciatorios y de otras características relevantes de la persona agresora y al tipo de relación entre la persona agresora y la persona agredida, (b) al escenario del incidente violento (centro, servicio, lugar, turno, etc.) y (c) al proceso del incidente, incluyendo las modalidades de violencia aplicada (física, verbal, etc.), al pretexto invocado para la misma (información, asistencia, trato, tiempo espera, alta médica etc.), a la gestión del incidente (inicial y posterior) y a los efectos (físicos, psíquicos, laborales) del mismo en la persona agredida.

### Muestra

La población de referencia es el conjunto del personal que trabaja en el sistema sanitario catalán, sirviendo a las cerca de siete millones y medio de personas poseedoras de la tarjeta sanitaria CAT-SALUT, dentro de un modelo sanitario mixto, que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública.

Para la presente investigación, se ha utilizado la muestra de conveniencia integrada por el conjunto del personal empleado en los 38 centros sanitarios que, gratuita y voluntariamente, se han integrado en la red y desde los que se ha proporcionado datos sobre incidentes ocupacionales violentos acontecidos entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2007, notificándolos en la Web [www.violenciaocupacional.net](http://www.violenciaocupacional.net). Estos centros están en su mayoría integrados en la red XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública). De composición heterogénea, incluyen desde hospitales hasta unidades sociosanitarias y de atención primaria. En ellos trabajan unas 18.500 personas, de las que aproximadamente unas tres cuartas partes son mujeres y una proporción similar dispone de un contrato laboral estable, una quinta parte está integrada por personal médico y más de la mitad trabaja en el sector de enfermería, mientras el resto lo hace en la administración y en otros servicios.

### RESULTADOS

En relación con el periodo comprendido entre el 01-01-2005 y el 31-12-2007 han sido notificados 846 incidentes violentos. Un 75% de las agresiones notificadas han sido realizadas contra personal femenino, que a su vez integra las tres cuartas partes del personal laboral del conjunto de los centros estudiados. Un 64% de las personas agresoras son hombres. La mayoría de agentes de la agresión (73%) son pacientes, un 20% familiares y un 7% acompañantes. Un tercio de las personas agresoras son reincidientes y en casi una tercera parte de las agresiones concurre alguna situación psicológicamente facilitadora (patología psiquiátrica, drogodependencia o alcoholismo).



En cuanto al tiempo de ocurrencia, el 51% de las agresiones se han producido en el turno de la mañana, el 31% en el de la tarde y el 18% en el de la noche. En los servicios de urgencias se han producido el 29% de los incidentes, mientras que el 22% corresponde a las plantas de hospitalización, el 19% a las consultas, el 6% a admisiones, el 5% a los pasillos de los centros y el resto en entornos diversos.

Por sectores profesionales, los incidentes notificados afectan a personal de enfermería (48%), médico (32%), técnico y administrativo (13%) y de otros sectores (7%).

En un 36% de las agresiones se ejerce violencia física, en un 80% se da la verbal y en un 15% otras formas, como los gestos de amenaza y la invasión del espacio. En más de la mitad de las agresiones físicas concurre además la violencia verbal. Las principales modalidades de violencia física notificada consisten en golpes y empujones. En un 6% de los casos, se utiliza algún tipo de arma, que en la mitad de los casos consiste en un objeto contundente, en la cuarta parte de los mismos en arma blanca y, en algunos pocos, en una de fuego. Un 39% de los actos de violencia verbal consisten en insultos, otro 32% en intimidación verbal y otro 29% en amenaza.

El comportamiento hostil premeditado aparece sólo en un 5% de los casos notificados. Entre los "motivos" más frecuentemente señalados por los notificadores como pretexto desencadenante del episodio violento destacan los relativos a algún supuesto déficit de calidad o de cantidad de información recibida (26%) o de asistencia prestada (23%), a la frustración por el tiempo de espera (15%), al alta médica indeseada (14%), y al trato dispensado (10%).

La mayoría de los casos notificados dejan entrever escasa preparación del personal de servicios sanitarios en el manejo de situaciones potencialmente conflictivas y que conllevan cierto riesgo de activación de incidentes violentos. En cerca de la mitad de los casos notificados, se ha producido algún tipo de intervención inmediata durante el incidente (por colegas o por fuerzas de seguridad del propio centro). La policía ha intervenido en el 7% de los casos. En el 67% de las ocasiones, no se ha llevado a cabo ninguna intervención post-incidente y en otro 17% está en periodo de estudio. En un 6% se ha iniciado un proceso judicial y en el resto acciones extrajudiciales. En el 3% de los casos se ha ocasionado alguna herida física grave y en el 13% heridas leves. Un 22% de los incidentes ha tenido alguna repercusión psicológica declarada en la persona agredida. Del 3% ha derivado una baja laboral y en otro 3% de los casos se ha producido una interrupción de la jornada por causa física (2%) o psicológica (1%). Prácticamente ninguna persona agredida valora el incidente como una experiencia positiva o enriquecedora para ella desde un punto de vista profesional. Por el contrario, la mayoría considera que influirá negativamente en su práctica asistencial, mientras que una minoría piensa que el incidente no repercutirá significativamente en su trabajo.

## DISCUSIÓN

Con respecto a la encuesta de autoinforme, habitualmente utilizada en la investigación convencional de la violencia ocupacional, el sistema NIV de notificación online de incidentes violentos resulta novedoso y funciona en parte como correctivo y en parte como complemento de la misma, que adolece de un déficit de validez imputable a una triple limitación: el normalmente bajo porcentaje de respuesta, el sesgo del autoinforme y el potencial efecto combinado de ambos. El sesgo del autoinforme (*self-report bias*) se traduce, en el campo de la conducta organizacional, en lo que Coyne et al (2003) señalan como un "exceso de subjetividad" inducente a sobreinformar sobre conductas percibidas como socialmente apropiadas y deseables y a subinformar acerca de las de signo contrario (Donaldson y Grant-Vallone, 2002). La combinación de un bajo porcentaje de respuesta a la encuesta con el sesgo de autoinforme puede dar lugar a que las encuestas efectivamente contestadas tiendan a concentrarse especialmente en aquellas personas más sensibilizadas hacia la temática o más afectadas por ella y por tanto más propensas a asumir la responsabilidad de contar algo sobre un tema que les preocupa e interesa, aportando una información con la que se procura "confirmar" las hipótesis que se presupone guían la investigación. Esa conjunción de sesgos de respuesta resta representatividad a la muestra debido a un sesgo de autoselección (*self-selection bias*), por el que quedaría sobre representado el personal más sensibilizado a la temática de la investigación. En el NIV no puede hablarse de porcentaje de respuesta, puesto que el sistema recoge la totalidad de la información facilitada desde cada centro. A ese respecto, Covie et al (2002) distinguen una doble "perspectiva" en la investigación del *bullying*: la "interna" (característica de técnicas de autoinforme) y la "externa" (observacional), que estos autores consideran de mayor calidad metodológica. El NIV proporciona información recogida por observadores profesionales generalmente expertos en recursos humanos y en riesgos laborales. En contraposición a estas ventajas, el NIV comporta también el inconveniente del sesgo del voluntarismo, del que puede derivar una doble limitación pragmática y metodológica: en efecto, por un lado, la notificación voluntaria de incidentes violentos puede conllevar el que, en algunos contextos organizacionales, se "notifique" siempre y solamente cuando el trabajo de la persona profesional responsable se lo permita, lo que redundaría en un déficit en cantidad, en calidad y en puntualidad de las notificaciones. Por otro, por la ética y la lógica misma del proceso (participación voluntaria de personas e instituciones sensibilizadas hacia la problemática y comprometidas en la causa de la prevención de la violencia ocupacional en el sector sanitario), no se ha realizado un control por centros que permitiera verificar que la cantidad y la calidad de la información proporcionada por el sistema NIV se ajusta a la realidad de (todos) los "hechos" de violencia ocupacional efectivamente acontecidos en el centro en



el periodo estudiado. Estos controles suelen efectuarse habitualmente en megaencuestas y muy excepcionalmente en la mayoría de las demás investigaciones.

En cuanto a los datos obtenidos, la discusión se centra principalmente en dos puntos: por un lado, en la comparación de las frecuencias y la distribución de los incidentes violentos según tipos de violencia, sectores profesionales implicados y circunstancias de riesgo de ocurrencia de los incidentes y, por otro, en las implicaciones de la información generada. Por una parte, Los 846 incidentes violentos registrados mediante el sistema NIV indican que más de un 4.5% de los 18.500 profesionales empleados en los centros sanitarios del área investigada ha sido víctima directa de violencia en sus centros de trabajo en los últimos tres años. Si bien este 4.5% se ubica en la franja baja de lo que viene siendo estadísticamente normal en la mayoría de las investigaciones publicadas sobre violencia ocupacional en el ámbito sanitario –en las que resultan habituales los porcentajes de dos dígitos, no por ello deja de constituir una señal de alarma de un importante factor de riesgo laboral para los profesionales de la sanidad. A ese respecto, resulta notable el grado de dispersión de los porcentajes de prevalencia del problema según los informes manejados, que reflejan la extensa variabilidad no sólo de las variables socioculturales, organizacionales y profesionales contempladas, sino también de los diseños de investigación aplicados, todo lo cual contribuye a que los datos resulten incomparables en sentido estricto. Esta variabilidad en cuanto a porcentajes de prevalencia aparece también por ejemplo en el subámbito específico del *mobbing*, donde el abanico se extiende desde el 3.5% en un a muestra de trabajadores suecos (Leyman, 1996) hasta el 71% en otra de empleados del sector público británico (Cortina et al, 2001), pasando por el 40% en trabajadores del servicio Nacional de Salud del mismo Reino Unido (Therani, 2004).

El estudio más próximo al presente lo constituye el publicado por el COMB (2004 a) basado en una encuesta por correo electrónico a una muestra aleatoria estratificada de 1500 profesionales de la medicina y a la que responden efectivamente 377 personas (25%), de las que un 33,4% declara que, a lo largo de su vida profesional, "ha vivido alguna situación de violencia en su lugar de trabajo" en primera persona y otro 25,7% reconoce haberla experimentado como "testimonio". Algunos autores –como Leyman (1996), que no dudó en extraer a la totalidad de la trayectoria laboral del conjunto de la población trabajadora sueca lo que él mismo observó en una muestra de conveniencia para un periodo de 15 meses, o como Davenport et al. (2002), que extrapolaron al conjunto de la población trabajadora estadounidense lo que Leyman especuló que debía estar ocurriendo en la sueca- acaso sugerirían algún ajuste matemático proponiendo que un 4.5% en tres años equivaldría a alrededor de un 30% en 20 años, lo que parecería conferir algo de similitud a los datos de ambos estudios. Sin

embargo, desde un punto de vista teórico y metodológico, tales extrapolaciones no dejarían de ser arbitrarias y gratuitas.

El relativamente "bajo porcentaje de prevalencia" de la violencia ocupacional notificada mediante el sistema NIV en "comparación" con los que proporcionan informes basados en encuestas de autoinforme puede ser atribuido más bien al diferente procedimiento de obtención de la información y, sobre todo, a la distinta modalidad de fuente informativa: Las encuestas de autoinforme presentan porcentajes de incidentes "declarados" por las personas que han optado por contestar la encuesta, mientras que el NIV registra incidentes "notificados" por personal experto que maneja sólo la información que ha trascendido a determinados órganos centrales de la institución. Según Senuzun (2005), solamente el 16,5% de los incidentes violentos "declarados" en una encuesta por enfermeras de servicios de urgencias de 4 hospitales de Turquía han sido "notificados" oficialmente a otras instancias (autoridades del hospital o bien organismos policiales o judiciales). Algo similar se recoge en otros informes, según los cuales tiende a notificarse sólo una parte de los incidentes que conllevan violencia física y una porción insignificante de los que comportan violencia psicológica: no se notificó a las instancias superiores de la organización el 70% de los incidentes violentos registrados en servicios de urgencias de una serie de hospitales australianos (Lineham, 2000), ni el 82% de los abusos verbales padecidos por enfermeras en hospitales de Hong Kong (Kwok et al, 2006), ni el 64% de los "asaltos físicos" padecidos por el conjunto del personal sanitario que trabajaba en el servicio de urgencias de 5 hospitales estadounidenses del entorno de Cincinnati (Gates et al, 2006). En resumen, todo indica que la información de la mayor parte de los incidentes violentos padecidos por el personal sanitario en su lugar de trabajo no se extiende más allá de los círculos privados y próximos al entorno de las víctimas. Será por ello que las "Directrices" de diversos organismos internacionales (OIT et al, 2002, CIE, 2007, Rumsey, 2007), recomiendan con insistencia al personal sanitario que notifique oficialmente los incidentes violentos y a las organizaciones sanitarias en particular y a diversas instituciones públicas en general que tomen nota de ello y adopten las medidas preventivas pertinentes y oportunas.

Atendiendo a la distribución de los incidentes violentos "notificados" por el sistema NIV según las principales categorías de violencia ocupacional establecidas, se observa que en un 36% de los casos interviene violencia física y en un 80% violencia verbal (en algunas ocasiones acompañando a la física). Estos datos están, en líneas generales, en consonancia con los aportados por otros estudios. La siguiente tabla incluye datos concernientes a estos dos tipos de violencia ocupacional "declarada" en estudios en los que se aplica encuesta de autoinforme y diversos modelos de diseño de la investigación.

La información proporcionada por el sistema NIV permite cons-



**TABLA 4**  
**DATOS SOBRE VIOLENCIA FÍSICA Y VERBAL SEGÚN ENCUESTAS DE AUTOINFORME**

Fuente	Personal investigado	Violencia física (%)	Violencia verbal (%)
Al-Sahlawi, 1999	Médicos Urgencias y traumatología. Kuwait	35	86
May, 2002	Enfermeras Unidad Agudos Hospital. Florida	74	88
Winstanley & Whittington , 2004	Profesionales sanitarios hospitales. UK	27	68
COMB 2004 a	Personal médico. Barcelona	28	70
Ayrancy, 2005	Personal sanitario urgencias. Turquía	8.5	69.5
Carmi, 2005	Personal médico. Israel	9	56
Jackson , Hasley, 2005	Personal sanitario. Jamaica	7.7	38.6
Kowalenko et al, 2005	Médicos urgencias. Michigan	28.1	74.9
Magin et al, 2005	Médicos cabecera. Australia	12	42.1
Senuzum, 2005	Enfermeras servicio urgencias. Turquía	19	98
Kwok, 2006	Enfermeras. Hong Kong	18	73

truir un esbozo de mapa significativo de la violencia ocupacional en el sector sanitario catalán, compararlo con los de otros entornos y ámbitos profesionales e identificar variables clave para el desarrollo de políticas preventivas al respecto. Los 846 casos de incidentes violentos ocurridos en una población de 18.500 profesionales empleados en centros sanitarios indican que al menos un 4.5% de estas personas han sido víctimas de violencia en sus centros de trabajo en los últimos dos años. Un tercio de los casos reportados remite a violencia física y cuatro de cada cinco a violencia psicológica. Esta última deja pocas señales visibles en un tiempo corto, pero puede acarrear importantes consecuencias indeseables a medio y largo plazo, por lo que cada día cobra mayor relevancia teórica y social en tanto que problemática emergente en el campo de la calidad de vida laboral (Parent-Thirion et al., 2007, WHO, 2007). Más que un catálogo de incidentes pretéritos y cerrados, la investigación ofrece un mapa de procesos cuyo desarrollo exige un seguimiento del impacto a medio y largo plazo del incidente violento en las personas agredidas y en los equipos de trabajo de los que forman parte, una evaluación de la huella que tal incidente puede haber dejado en sus motivaciones, actitudes y valores profesionales, en su ética y en su conducta asistencial, en su implicación con el trabajo, con la organización en que lo realizan y con las personas a las que sirven.

Algunos de los motivos invocados como activadores de la conducta violenta remiten a fenómenos y procesos organizacionales (información, asistencia, tiempo de espera, trato, etc.) siempre susceptibles de algún tipo de mejora, lo que, de llevarse a cabo, a su vez podría constituir una excelente práctica preventiva, al desarmar determinados argumentos recurrentes en la agresión a profesionales de la salud. Otra de las carencias del sistema sanitario vigente evidenciadas por el NIV es la falta de preparación del personal de servicios sanitarios en el manejo de situaciones potencialmente conflictivas y que conllevan cierto riesgo de activación de incidentes violentos. Algunas de estas razones inducen a pensar que, en determinados contextos y situaciones, pacientes

y profesionales pueden ser víctimas de deficiencias organizacionales manifiestamente mejorables.

En conclusión, el sistema NIV es un recurso útil y eficaz para la investigación epidemiológica. Los datos obtenidos mediante su aplicación confirman la importancia cuantitativa y cualitativa de la violencia ocupacional en el sector sanitario catalán y aportan elementos para el diseño de políticas preventivas al respecto.

## REFERENCIAS

- Agerwold, M. (2007). Bullying at Work: A discussion of definitions and prevalence, based on an empirical study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48 (2), 161-172.
- Al-Sahlawi KS, Zahid MA, Shahid AA, Hatim M, Al-Bader M (1999). Violence against doctors: 1. A study of violence against doctors in accident and emergency departments. *Journal of Emergency Medicine* 6, 301-304.
- AMA [1995]. *Violence in the medical workplace: prevention strategies*. Chicago, IL: American Medical Association.
- ANA (American Nurses Association). (2002). *Preventing workplace violence*. Washington DC: ANA. Consultado en abril de 2007 en <http://www.nursingworld.org/osh/violence.pdf>
- Ayrancı, U. (2005). Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *European Journal of Emergency Medicine* 28 (3), 361-365.
- Benveniste, K. A., Hibbert, P. D., & Runciman, W. B. (2005). Violence in health care: The contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. *Medical Journal Australia*, 183(7), 348-351.
- Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. (2005). Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Services Research*. 15, 50-54.
- Chappell, D.; Di Martino, V. (2000). *Violence at Work*. Geneva: International Labour Office. (2<sup>nd</sup> Ed.).
- CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) (2007). *Directrices*



- para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra: CIE.
- Cortina, L.M., Magley, V.J., Hunter Williams, J., & Langhout, R.D. (2001). Incivility in the workplace: Incidence and impact. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 64-80.
- COMB (2004 a). *La violència en el lloc de treball. L' experiència dels metges de Barcelona*. Barcelona: Col.legi Oficial de Metges de Barcelona.
- COMB (2004 b). *Quaderns de la bona praxi. Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges*. Barcelona: Col.legi Oficial de Metges de Barcelona.
- Cowie H.; Naylor P.; Rivers I.; Smith P.K.; Pereira B. Measuring workplace bullying. *Aggression and Violent Behavior*. 7, (1), 33-51.
- Coyne, I., Seigne, E. and Randall, P. (2000). Predicting workplace victim status from personality. *European Journal of Work and Organisational Psychology*. 9, 335-49.
- Coyne I.; Smith-Lee Chong P.; Seigne E.; Randall P. (2003). Self and peer nominations of bullying: An analysis of incident rates, individual differences, and perceptions of the working environment. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 12 (3), 209-228.
- Davenport, N, Schwartz, R.D. y Elliot, G.P. (2002). *Mobbing. Emotional abuse in the American workplace*. Ames, Io: Civil Society Pub.
- Di Martino, V. (2003). *Workplace violence in the health sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health.
- Di Martino, V. (2002 a). *Workplace Violence in the Health Sector - Country Case Studies. Synthesis Report*; Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health.
- Di Martino, V. (2002 b). *Framework Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health.
- Di Martino, V., Hoel, H., Cooper, C. L. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. / Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Donaldson S.I.; Grant-Vallone E.J. (2002) Understanding Self-Report Bias in Organizational Behavior Research. *Journal of Business and Psychology*. 17 (2), 245-260.
- Einarsen, E., Hoel, H., Zapf, D. y Cooper C.L. (Eds.) (2003). *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. London/ New York: Taylor & Francis.
- Farrell G.A., Bobrowski C. y Bobrowski P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing* 55 (6), 778-787.
- Ferns, T. (2006). Violence and aggression in the emergency department: Factors impinging on nursing research. *Accident and Emergency Nursing* 14 (1), 49-55.
- Gates, D. Ross, C y McQueen, L. (2006) Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine*, 31 (3) 331-337.
- Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*. 61, 495-503.
- Jackson M, Ashley D. (2005). Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18(2), 114-21.
- Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. (2005). Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Annals of Emergency Medicine*, 46 (2), 142-147.
- Krug, E. et al. (Eds.) (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, Kwok KT, Tong JM, Yen PF, Leung WC. (2006) Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12, 6-9.
- Leyman, (H. (1996). The content and development of Mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5 (2) 165-184.
- Lyneham, J. (2000). Violence in New South Wales Emergency Departments. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 18 (2), 8-17.
- Magin, P.J., Adams, J., Sibbitt, D.W; Joy, E. y Ireland, M.C. (2005). Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. *Medical Journal of Australia* 183 (7), 352-356.
- Maguire, J. y Ryan, D. (2007). Aggression and violence in mental health services: Categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 120-127.
- May DD, Grubbs LM. (2002). The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emerging Nursing*. 28(3), 191-197..
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2004). *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers*. Washington, DC: U.S. Department of Labor, OSHA. Consultado el 26 de abril de 2007 en <http://www.osha.gov/Publications>.



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

Paoli, P. and Merllié, D., (2001). *Third European survey on working conditions 2000*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities/ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Parent-Thirion, A, Fernández, E, Hurley y J., Vermeylen, G. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Rumsey, M., Foley, E. Harrigan, R. y Dakin, S. (2007). *National Overview of Violence in the Workplace*. Australia: Royal College of Nursing.

Ryan, D. y Maguire, J. (2006). Agresión and violence. A problem in Irish Accident and Emergency departments. *Journal of Nursing Management* 14 (2) 106-115.

Schopper, D., Lormand, J.D. & Waxweiler, R. (Eds.) (2006).

*Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planner*. Geneva: World Health Organization.

Senuzun Ergün F, Karadakovan A. (2005). Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Nursing Review*. 52(2), 154-60.

Tehrani, N.2004). Bullying: A Source of Chronic Post Traumatic Stress? *British Journal of Guidance and Counselling*, 32 (3), 357-366.

Weiler, A. (2006 a). *Annual Review of Working Conditions in the EU: 2005–2006*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Weiler, A. (2006 b). *Quality of work and employment 2006*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

WHO (2003) *Developing National Policies on Violence and Injury Prevention*. Geneva: World Health Organization.

Winstanley S. y Whittington R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 3-10.