



Prevalencia de violencia y acoso en el trabajo a la Enfermería de la isla de La Palma

Trabajo de Fin de Grado
Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Enfermería

Sede de La Palma

Universidad de La Laguna

Autor: Abraham Jorge China

Tutor: Jorge Antonio Martín Martín

Junio 2021

RESUMEN

La violencia y el acoso en el trabajo son grandes amenazas para la seguridad y la salud tanto del personal de enfermería como de los pacientes. La violencia y el acoso pueden ocurrir en forma de violencia física, psicológica o sexual según las características del acto violento. Además, los autores de estos actos pueden ser otros compañeros de trabajo o personas externas al ámbito laboral. Se han identificado múltiples factores de riesgo que predisponen a la aparición de violencia y acoso en el trabajo, tanto a nivel de los individuos como de las organizaciones. De cualquier forma, la violencia y el acoso en el trabajo suponen consecuencias para los trabajadores, sus familiares, las organizaciones y la sociedad en general, tanto a nivel de salud como laborales y económicas.

Mediante este trabajo se pretende conocer la prevalencia de violencia y acoso en el trabajo del personal de enfermería del Área de Salud de La Palma desde el 1 de enero de 2020 coincidiendo con la irrupción de la COVID-19. Con este objetivo se ha diseñado un proyecto de investigación multicéntrico cuantitativo observacional de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo.

Palabras clave: violencia laboral, acoso, enfermería, enfermeras.

ABSTRACT

Workplace violence and harassment are major threats to the safety and health of both nurses and patients. Violence and harassment can occur in the form of physical, psychological or sexual violence depending on the characteristics of the violent act. In addition, the perpetrators of these acts may be other co-workers or people outside the workplace. Multiple risk factors have been identified that predispose to the occurrence of violence and harassment at work, both at individual and organizational levels. In any case, workplace violence and harassment have consequences for workers, their families, organizations and society, at health, occupational and economic levels.

Through this work, it is intended to know the prevalence of workplace violence and harassment of the nursing staff of the Health Area of La Palma since January 1, 2020, in parallel with the emergence of COVID-19. With this objective in mind, a descriptive, cross-sectional and retrospective multicenter quantitative observational research project has been designed.

Keywords: workplace violence, harassment, nursing, nursing staff.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO CONCEPTUAL.....	1
2.1. Definiciones	1
2.2. Formas de violencia y acoso.....	3
2.2.1. Violencia física	3
2.2.2. Violencia psicológica	3
2.2.3. Violencia sexual	4
2.2.4. Acoso cibernético	4
2.3. Actores que participan en la violencia y el acoso	5
2.3.1. Actores principales	6
2.3.2. Actores secundarios.....	6
2.3.3. Otros actores.....	6
2.4. La dinámica de la violencia y el acoso	7
2.4.1. Violencia y acoso externos.....	7
2.4.2. Violencia y acoso internos.....	8
2.5. Antecedentes.....	9
2.5.1. Violencia y acoso en tiempos de la COVID-19	13
2.6. Factores de riesgo predisponentes	14
2.6.1. Factores individuales.....	14
2.6.2. Factores interpersonales	16
2.6.3. Factores organizacionales.....	17
2.7. Consecuencias de la violencia y el acoso	19
2.7.1. Consecuencias individuales y familiares	20
2.7.2. Consecuencias organizacionales y sociales.....	21
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	23
5. OBJETIVOS.....	23
5.1. Objetivo principal	23

5.2. Objetivos específicos	24
6. METODOLOGÍA.....	24
6.1. Diseño	24
6.2. Población y muestra	24
6.2.1. Criterios de inclusión	26
6.2.2. Criterios de exclusión	26
6.3. Variables e instrumentos de recogida de datos.....	26
6.3.1. Sociodemográficas.....	26
6.3.2. Laborales	27
6.3.3. Específicas de la VAT	27
6.3.4. Instrumentos de medida	28
6.4. Recogida y análisis de los datos	29
6.5. Limitaciones.....	30
6.6. Consideraciones éticas y legales	30
7. CRONOGRAMA.....	31
8. RECURSOS Y PRESUPUESTO	32
9. BIBLIOGRAFÍA	33
10. ANEXOS	48
Anexo 1. Registro de comunicación interna de agresiones del SCS.....	48
Anexo 2. Cuestionario de recogida de datos.....	50
Anexo 3. Solicitud de autorización para la recogida de datos	56

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Internacional del Trabajo (ILO por sus siglas en inglés) es la agencia de las Naciones Unidas especializada en cuestiones laborales y sus objetivos principales son “impulsar la justicia social” y “promover el trabajo decente”.¹ En su último convenio² reconoce que la violencia y el acoso en el trabajo (VAT) son grandes amenazas para la seguridad y la salud tanto de los trabajadores como de otras personas relacionadas con el mundo del trabajo, y pueden constituir una violación o un abuso de los derechos humanos además de ser incompatibles con un trabajo seguro y decente.³

La violencia relacionada con el trabajo es un problema que ha recibido una atención importante en los últimos años, tanto a nivel socioeconómico como laboral y sanitario.⁴ La VAT afecta a la salud psicológica, física y sexual de las personas, a su dignidad, y a su entorno familiar y social, además de afectar a la calidad de los servicios públicos y privados.^{2,5}

Desde hace relativamente poco ha habido un aumento de las actividades de investigación en torno a la violencia relacionada con el trabajo⁶ así como el desarrollo e introducción de leyes⁷ y políticas para prevenir dicha violencia. Esto se debe a que ha aumentado la atención que se presta a la VAT, impulsada en parte por los altos costos potenciales para los empleadores y organizaciones, asociados con el absentismo laboral, la menor productividad y la mayor rotación de plantillas. Estas investigaciones abordan temas como la violencia y sus contribuyentes o las características de los perpetradores y las víctimas que influyen en la prevalencia e incidencia de incidentes violentos.

El progresivo aumento de las demandas laborales y la exigencia de las organizaciones, tanto públicas como privadas, para alcanzar los más altos niveles de eficacia y eficiencia provoca que la presión sobre los trabajadores y sus niveles de estrés aumenten en consecuencia. Como resultado, la violencia puede irrumpir en el lugar de trabajo, especialmente en profesiones consideradas de alto riesgo como las relacionadas con la atención sanitaria⁸, como es el caso de las enfermeras.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Definiciones

Existe una gran dificultad a la hora de identificar la VAT, ya que “violencia” y “acoso” son conceptos cuyas definiciones pueden estar influenciadas tanto por

percepciones, actitudes y experiencias individuales, como por trasfondos sociales y culturales, e incluso por el marco normativo, legislativo y teorías académicas.⁹ Esto hace que no exista una definición consensuada internacionalmente por las autoridades laborales ni en la literatura científica sobre qué se considera violencia; en su lugar, se han desarrollado distintas definiciones para diferentes propósitos. No obstante, es necesario definir algunos términos a modo de establecer una base común.

En el más reciente “Convenio sobre la violencia y el acoso” de la ILO se definen los términos “violencia y acoso” como “un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico [...]”.²

El término “lugar de trabajo” hace referencia a todos los lugares donde los trabajadores necesitan estar o deben desplazarse por razones laborales y que están bajo control directo o indirecto del empleador. En el caso de los trabajadores de la salud, se considera como lugar de trabajo cualquier instalación de atención sanitaria independientemente de sus dimensiones, su ubicación o los servicios que preste. También se incluye cualquier lugar en el que los trabajadores presten atención sanitaria, como es el caso de los servicios ambulatorios o a domicilio.¹⁰

Es por ello que el ámbito de aplicación temporal de la VAT se da en cualquier momento durante la jornada laboral, relacionado con el trabajo o como resultado del mismo. Asimismo, desde el punto de vista espacial, se puede aplicar “en el lugar de trabajo, inclusive en los espacios públicos y privados cuando son un lugar de trabajo; en los lugares donde se paga al trabajador, donde éste toma su descanso o donde come, o en los que utiliza instalaciones sanitarias o de aseo y en los vestuarios; en los desplazamientos, viajes, eventos o actividades sociales o de formación relacionados con su actividad laboral; en el marco de las comunicaciones que estén relacionadas con el trabajo, incluidas las realizadas por medio de tecnologías de la información y de la comunicación; en el alojamiento proporcionado por el empleador, y en los trayectos entre el domicilio y el lugar de trabajo”.²

Existen multitud de sinónimos de diversos tipos que hacen referencia a conductas nocivas en el trabajo que complican aún más la contextualización de la VAT. Incluso, las principales formas de VAT pueden ser clasificadas en distintas categorías cuyos límites definitorios a menudo están difuminados.

2.2. Formas de violencia y acoso

Tanto la violencia física como la psicológica a menudo ocurren de manera solapada en los entornos de trabajo, lo cual supone una mayor dificultad a la hora de clasificar los actos de violencia y acoso. Al final de este apartado se encuentra una tabla resumen (tabla 1) acerca de los diversos tipos de violencia y acoso que se definen a continuación.

2.2.1. Violencia física

La violencia física es el uso de la fuerza física contra una persona o grupo de personas que produce daños físicos, sexuales o psicológicos de manera intencionada.^{10,11} En este tipo de violencia se incluye cualquier tipo de agresión física como los empujones, las patadas, las bofetadas, los mordiscos, los escupitajos, las palizas, las agresiones con arma blanca o los disparos, entre otros. Cabe destacar que la agresión sexual se incluye en esta categoría.

2.2.2. Violencia psicológica

En la bibliografía se hace referencia a los términos “violencia y acoso psicológicos” para englobar conductas en las que se hace un uso voluntario e intencionado del poder, o a las amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo de personas, que pueden dañar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.¹⁰ Esta categoría engloba el abuso verbal, la intimidación, las amenazas, el acoso moral y el acoso sexual, y la discriminación, todo lo cual puede causar importantes daños a las personas a las que se dirige.¹¹⁻¹³ Puede incluir la manipulación de la reputación de una persona, el aislamiento de un individuo, la retención de información, la difamación y la ridiculización, la devaluación de derechos y opiniones, la fijación de objetivos y plazos imposibles, y la infrautilización del talento, entre otros.¹⁴⁻¹⁶

2.2.2.1. El caso del “bullying” y el “mobbing”

“Intimidación” y “acoso moral” son los términos empleados como traducción al castellano de las palabras anglosajonas “bullying” y “mobbing” respectivamente. De acuerdo con Di Martino y Musri¹⁷, son una forma de acoso psicológico que consiste en un comportamiento persecutorio y reiterado a través de intentos crueles, vengativos o maliciosos de humillar o socavar a una persona o un grupo de personas. Incluyen conductas como las críticas o comentarios negativos constantes e injustificados, aislar a

una persona del resto de contactos sociales y chismear o difundir información falsa, entre otras.

Ambos términos a menudo son utilizados indistintamente como sinónimos pero Chappell y Di Martino¹¹ puntualizan que la intimidación hace referencia al acoso procedente de un único trabajador, mientras que el acoso moral se refiere a un grupo de trabajadores que se agrupan para acosar o abusar de un individuo. Cabe destacar que un conflicto entre dos o más partes se trata de un incidente aislado, a diferencia de la intimidación y el acoso moral, que ocurren de manera repetida y regular durante un período de tiempo.^{10,11,17,18}

2.2.3. Violencia sexual

Krug et al.¹⁹ definen violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima [...]”. Según los datos aportados por el Eurofound²⁰, aunque las víctimas de acoso sexual tienen más probabilidades de ser mujeres, el acoso sexual también afecta a los hombres.

A pesar de que la violencia sexual puede ser englobada dentro de la violencia física o psicológica en función del tipo de conducta violenta, en la bibliografía, en la legislación española y en el Código Penal⁷ es considerada como una categoría *per se* dentro de las formas de violencia. Engloba otros términos como la agresión sexual y el acoso sexual.²¹⁻²³

2.2.4. Acoso cibernético

El acoso cibernético es un término que se utiliza en la bibliografía, aunque no es tanto una forma de violencia sino más bien un medio mediante el cual se puede llevar a cabo cualquiera de las formas de violencia psicológica y sexual anteriormente citadas. Este tipo de conducta se ha empezado a tener en consideración desde hace relativamente poco tiempo debido al auge del uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) tanto a nivel general como laboral en las últimas décadas.

En el mundo del trabajo puede entenderse como cualquier forma de comportamiento agresivo contra una persona o grupo de personas a través de las TIC.^{3,24}

Las TIC pueden consistir en mensajes de texto, imágenes, videoclips, llamadas telefónicas, correos electrónicos, chats, sitios web, foros en línea o redes sociales, entre otros.^{24–27}

Tabla 1. Resumen de las diversas formas de violencia y acoso y sus términos asociados

Formas de violencia	Términos	Tipos de actuaciones
Violencia física	Agresión / ataque	Agresiones físicas, palizas, patadas, bofetadas, agresiones con arma blanca, disparos, empujones, mordiscos, etc.
		Agresión sexual
Violencia psicológica	Abuso	Físico
		Psicológico
	Amenaza	Amenaza de muerte
		Anuncio de la intención de dañar a una persona o su propiedad
	Acoso	Acoso racial
		Acoso sexual
	Intimidación / bullying	
Acoso moral / mobbing		
Discriminación	Directa	
	Indirecta	
Violencia sexual*	Acoso sexual	Agresión sexual
		<i>Quid pro quo</i> Resultante de un entorno de trabajo hostil

* En la bibliografía, la violencia sexual es considerada como una forma de violencia en sí misma, aunque puede tener consideración física o psicológica, dependiendo de las características del acto violento.

† En la bibliografía, el acoso cibernético es considerado indistintamente tanto como una forma de violencia como un medio para perpetrar cualquier forma de violencia, sea psicológica o sexual.

Varias fuentes.^{3,10–13,21,23} Elaboración propia.

2.3. Actores que participan en la violencia y el acoso

En toda situación de violencia y acoso existen diversos actores que se clasifican según en qué medida participan en la misma. A grandes rasgos, los actores principales

son los que participan directa o indirectamente en los actos de violencia y acoso, como son los autores, las víctimas y los testigos, mientras que los actores secundarios y otros actores tienen cierta relación con la VAT, como pueden ser los empleadores, las organizaciones, los sindicatos o los medios de comunicación, entre otros.

2.3.1. Actores principales

La ILO³ establece que los actores principales son aquellos individuos que participan directamente en la VAT y se clasifican en tres categorías:

- Autores: son las personas que cometen actos de violencia y acoso. Pueden ser miembros de la organización, así como personas externas al mundo del trabajo, como los pacientes o familiares en el ámbito sanitario.
- Víctimas: son las personas que son objeto de violencia y acoso. Pueden ser trabajadores, empleadores u otras personas del mundo del trabajo.
- Testigos o espectadores: son las personas que no participan directamente en los actos de violencia y acoso, pero están presentes en el lugar de trabajo cuando estos actos ocurren.

2.3.2. Actores secundarios

Los actores secundarios “son aquellos que están directamente involucrados en la VAT, pero que no son autores, denunciantes o espectadores”, según la ILO³. En este grupo se incluyen los empleadores y las personas que intervienen en las etapas posteriores de las denuncias de violencia y acoso como, por ejemplo, la organización, el organismo que recibe la “denuncia”, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, los abogados, los responsables de las decisiones de los tribunales, los profesionales de la salud que tratan a la víctima, las aseguradoras o los sindicatos, entre otros.

2.3.3. Otros actores

Hay otros actores “potencialmente importantes en la eliminación de la violencia y el acoso en el lugar de trabajo”³ como, por ejemplo, familiares y amigos, interlocutores sociales, abogados, activistas, académicos, profesionales de la seguridad y salud en el trabajo (SST), ONGs, medios de comunicación y los medios sociales, entre otros.

2.4. La dinámica de la violencia y el acoso

En la bibliografía existen diferentes clasificaciones para los distintos tipos de VAT dependiendo de las interacciones sociolaborales entre los autores y las víctimas. La clasificación más común y extendida es la utilizada por la División de Seguridad y Salud Ocupacional (DOSH por sus siglas en inglés) de California, más conocida como Cal/OSHA, que establece cuatro categorías de violencia en función de la relación entre el autor y la víctima²⁸:

- Tipo I: se trata de la VAT cometida por una persona que no tiene una razón legítima para estar en el lugar de trabajo e incluye actos violentos por parte de cualquier persona externa que accede al mismo con la intención de cometer un delito.
- Tipo II: es la VAT dirigida a empleados por clientes, pacientes, estudiantes, presos, o visitantes u otras personas que acompañan a un paciente.
- Tipo III: engloba la VAT contra un empleado por parte de otro empleado, supervisor o gerente actual o anterior.
- Tipo IV: implica la VAT cometida por alguien que no trabaja en la organización, pero que tiene o se sabe que ha tenido una relación personal con un empleado.

Otros autores, como Hoel, Sparks y Cooper⁶, establecen tres tipos de violencia en función de si el agresor tiene derecho legítimo a estar en el lugar de trabajo o no, y los incidentes violentos que se producen entre compañeros de trabajo, y la ILO¹² distingue tres clases de violencia según si los agresores son clientes / pacientes, trabajadores o extraños.

2.4.1. Violencia y acoso externos

Este tipo de actos violentos son perpetrados por individuos externos a la organización e incluyen a terceros como clientes, pacientes, estudiantes o extraños, y ocurren en los términos espaciales y temporales establecidos por el convenio² de la ILO. Dentro de esta categoría podemos encontrar:

- Violencia perpetrada por extraños: implica todo tipo de violencia por parte de una persona que no conoce y no es conocida por la víctima, que no tiene legitimidad para estar en el lugar de trabajo de la víctima o que no necesariamente está involucrada directamente en los servicios prestados por

la organización,²⁹ ya sean bienes o servicios. Sin embargo, este tipo de violencia es consecuencia del tipo de trabajo que realiza la víctima o está directamente relacionado con las circunstancias de su trabajo. Por ejemplo, estos incidentes incluyen a perpetradores que no tienen relación personal con una empresa pero que cometen un delito, como un robo.

- **Violencia perpetrada por clientes:** incluye todos los tipos de violencia en los que un usuario o cliente, que es el receptor de bienes o servicios a cambio de una contraprestación monetaria o de otro valor, está bajo el cuidado de la víctima.²⁹ Pueden ser, por ejemplo, clientes actuales o anteriores, estudiantes, pasajeros, pacientes o cualquier otra persona que tenga un interés en la víctima debido a su trabajo. Puede ocurrir que el autor sea desconocido para la víctima, pero el autor conoce a la víctima a través de una actividad relacionada con el trabajo de la misma, como en el caso de los familiares, amigos o cualquier otro acompañante de los usuarios o clientes.
- **Violencia por una relación personal:** es un tipo de violencia perpetrada en el lugar de trabajo por alguien que no pertenece ni tiene relación con la organización pero tiene una relación personal con la víctima. En esta categoría se incluyen las víctimas de violencia doméstica que sufren un acto de VAT con implicaciones no sólo para la víctima sino para sus compañeros y los clientes.

2.4.2. Violencia y acoso internos

En este caso, los actos violentos o de acoso se dan entre personas que pertenecen al mundo del trabajo y a la misma organización, como las relaciones con los compañeros, supervisores y subordinados,^{11,20,30} tanto en el lugar de trabajo como fuera del mismo. Dentro de este grupo se pueden identificar dos formas de violencia:

- **Violencia horizontal:** se trata de la violencia perpetrada por compañeros de trabajo, es decir, toda persona que actualmente o en el pasado, directa o indirectamente, trabaja o ha trabajado con la víctima, incluso si el autor y la víctima trabajan en departamentos diferentes de la misma organización.²⁹ Estos compañeros de trabajo pueden estar más arriba o más abajo en la jerarquía organizativa; sin embargo, no supervisan ni dirigen directamente a la víctima, y tampoco son supervisados ni dirigidos directamente por esta.

- **Violencia vertical:** engloba los actos de violencia que ocurren entre individuos de distintos niveles en el sistema jerárquico.²⁹ Depende del organigrama de la organización establecer si se trata de violencia vertical ya que, como se ha mencionado anteriormente, la víctima debe estar directamente supervisada o dirigida por el autor, o de otra forma sería considerada como violencia horizontal. Por otra parte, y aunque es menos común, los trabajadores también pueden cometer actos de violencia y acoso contra sus supervisores o empleadores, siendo también clasificados como violencia vertical³.

A continuación se resumen e integran las diferentes clasificaciones para los tipos de violencia y acoso en la tabla 2, con los conceptos relacionados con la dinámica de la violencia y el acoso.

Tabla 2. Resumen de las diversas dinámicas de violencia y acoso y sus términos asociados

Tipos de violencia	Clasificación Cal/OSHA	Términos
Violencia y acoso externos	Tipo I	Violencia perpetrada por extraños
	Tipo II	Violencia perpetrada por clientes
	Tipo IV	Violencia por una relación personal
Violencia y acoso internos	Tipo III	Violencia horizontal
		Violencia vertical

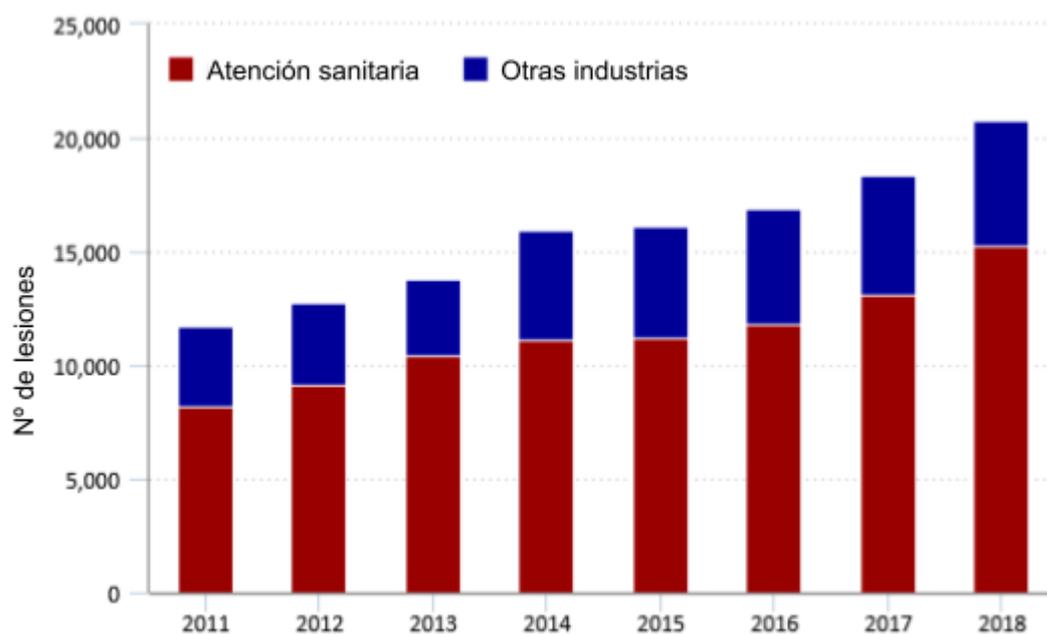
Fuentes: Wieser²⁹ y Cal/OSHA²⁸. Elaboración propia.

2.5. Antecedentes

Las profesiones consideradas como de alto riesgo incluyen la seguridad y la aplicación de la ley pública, así como todas aquellas en las que se tiene trato con personas²⁹ como es el caso de las relacionadas con la atención sanitaria. La VAT contra los profesionales de enfermería es un problema continuo y generalizado en todo el mundo.³¹⁻³³ La magnitud del problema es tal que, en el caso de España, en 2015, se llevó a cabo una modificación del Código Penal⁷, específicamente el artículo 550, por la que los sanitarios son considerados autoridad pública, y la agresión a los mismos conlleva “penas de prisión de uno a cuatro años y multa de tres a seis meses”.

Según los datos estadísticos más recientes³⁴ de la Bureau of Labor Statistics (BLS) de Estados Unidos, las organizaciones de servicios sociales y de atención sanitaria experimentan las tasas más altas de lesiones causadas por la VAT y tienen 5 veces más probabilidades de sufrir una lesión por VAT que los trabajadores del resto de sectores. Los trabajadores de la salud representaron el 73% de todas las lesiones y enfermedades laborales no mortales debido a la violencia en 2018, con un total de 15.230 casos. Resulta especialmente preocupante la progresión al alza de los casos de VAT registrados desde 2011 (ver figura 1).

Figura 1. Número de lesiones y enfermedades no mortales por VAT en Estados Unidos de 2011 a 2018.



Fuente: modificado de BLS³⁴.

En Europa, de manera similar, los sectores relacionados con los servicios sociales y la atención sanitaria son los que tienen la mayor prevalencia de VAT en comparación con la media europea según el último informe de 2015 del Eurofound⁸. Sin embargo, resulta difícil cuantificar la prevalencia de actos violentos en el ámbito sanitario ya que existe una gran variabilidad de datos, principalmente debido a las diferentes metodologías empleadas y a la diversidad de instrumentos y criterios de evaluación utilizados en los estudios³⁵⁻⁴⁶.

La violencia es tan común en el ámbito sanitario que a menudo es considerada por los trabajadores como una parte inevitable del trabajo.^{5,11,47-54} Esta y otras ideas erróneas hacen que muchos casos de VAT no sean informados⁵⁴⁻⁵⁸, aunque también puede que existan barreras organizacionales que influyen negativamente a la hora de comunicar y registrar los incidentes violentos⁵⁹⁻⁶³. Como consecuencia, la prevención de la violencia

se ve dificultada de dos maneras: en primer lugar, se subestima la verdadera magnitud del problema, lo que indicaría una necesidad de prevención menor a la necesaria⁶⁴; en segundo lugar, sin el conocimiento del espectro completo de eventos violentos a los que están expuestos los trabajadores, los programas de prevención solo pueden diseñarse para actuar de manera limitada sobre una parte del problema^{65,66}.

El Gobierno de Canarias tiene en vigor desde 2019 un “Protocolo de actuación ante situaciones de acoso en el entorno laboral de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias”⁶⁷. Este protocolo es únicamente aplicable a los eventos violentos de tipo psicológico y, sin embargo, no tiene en cuenta la violencia física.

Por otra parte, en el Servicio Canario de la Salud (SCS) existe un “Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores”⁶⁸, con un protocolo de actuación ante una situación de VAT y varios formularios, entre los que se encuentra uno de registro institucional (ver Anexo 1), que recoge datos sociodemográficos del trabajador agredido, laborales sobre el centro de trabajo, e información acerca de la agresión sufrida. Este documento se encuentra disponible para su consulta en la propia página web del SCS⁶⁸ además de en la intranet del SCS.

Como ya se ha mencionado, las organizaciones que prestan servicios de salud son objetivos importantes de la VAT y, a pesar de la heterogeneidad y el “subregistro” de datos, existe un acuerdo generalizado a la hora de identificar al Personal de Enfermería como las principales víctimas de dicha violencia, independientemente del área geográfica o el país.^{35,36,38,48,69,70}

Por ejemplo, Sibbald⁷¹ indica que la incidencia de violencia en los profesionales de enfermería es casi cuatro veces la de cualquier otra profesión. Por otra parte, Arnetz et al.⁷² detectaron que un 30% de los profesionales de enfermería han sufrido algún tipo de violencia durante algún momento de su vida laboral, mientras que Magnavita y Heponiemi⁵⁰ encontraron que este porcentaje aumentaba hasta un 43% de las enfermeras encuestadas.

Algunos trabajadores sanitarios tienen mayor riesgo de sufrir VAT que otros, como aquellos que trabajan en unidades de psiquiatría, de urgencias o geriátricas.^{42,43,45,69,73–75} Si bien los enfermeros que trabajan en unidades de maternidad, ginecología y pediatría parece que están menos expuestos a eventos violentos,^{47,69,76,77} tampoco están a salvo de ser víctimas de ellos, como indican Ahmad y Alasad⁷⁸. El fenómeno de la VAT ha recibido menor atención en el caso de los profesionales de Atención Primaria (AP), pero los estudios confirman que también son víctimas de comportamientos violentos^{79–82}.

La violencia verbal es la forma de VAT más comúnmente sufrida por las enfermeras independientemente de su lugar de trabajo.^{40,41,45} La incidencia de violencia verbal por parte de los pacientes o sus familiares es la más alta, con tasas variables según los estudios.^{36,59,78,83-89} Los profesionales de enfermería no solo son blanco de comportamientos violentos por parte de los pacientes y sus familiares, como explican Park, Cho y Hong⁹⁰, sino que también son víctimas de comportamientos ofensivos e injustos y de falta de apoyo y confianza por parte de sus colegas y superiores que, según Hutchinson y Jackson⁹¹, incluso pueden llegar a tener consecuencias para los pacientes.

No resulta sorprendente comprobar que existe un gran número de casos de violencia interna, principalmente en forma de violencia verbal, sufridos por los profesionales de enfermería donde los médicos, especialmente en el área quirúrgica⁹²⁻⁹⁴, son los principales autores, seguidos por otros enfermeros⁹⁵⁻¹⁰⁰.

Según el estudio de Zampieron et al.⁷⁷ realizado en Italia en 2010, el 49% de las enfermeras habían experimentado violencia en el último año, de las cuales el 82% fue violencia verbal. La mayoría de los comportamientos violentos observados en ese estudio fueron perpetrados contra enfermeras que trabajaban en el servicio de urgencias, los servicios de atención a pacientes geriátricos o de psiquiatría. Otro estudio, realizado en 2015 en Chipre por Vezyridis, Samoutis y Mavrikiou¹⁰¹, encontró que el 15,9% de los trabajadores de la salud había experimentado violencia verbal a diario, el 19,1% había experimentado violencia física al menos una vez y el 14,5% había experimentado al menos un incidente de acoso sexual durante el año anterior. En Taiwán, en su estudio de 2005, Lin y Liu¹⁰² observaron que el 62% de las enfermeras fueron víctimas de violencia en forma de amenazas de violencia o el uso de palabras amenazadoras por parte de los pacientes y sus familiares.

En España, según la última “Encuesta nacional de condiciones de trabajo”¹⁰³, publicada en 2017, en el último año un 5% de los trabajadores de la salud habrían sufrido violencia física, un 7% acoso e intimidación y, en el último mes, un 15% sufrieron ofensas verbales. En una revisión sistemática⁴⁰ publicada en 2019, donde también se hace presente una gran heterogeneidad en los datos, Serrano Vicente et al. identifican el mismo patrón que muestra que existe una gran prevalencia de VAT entre los profesionales sanitarios, siendo la mayoría de las agresiones sufridas verbales.

2.5.1. Violencia y acoso en tiempos de la COVID-19

En el momento de la redacción de este trabajo, España aún se encuentra bajo los efectos de la COVID-19, y debemos remitirnos a estudios como los de Wang et al.¹⁰⁴ o Sun et al.¹⁰⁵, entre otros, para conocer el origen y la evolución epidemiológica de esta enfermedad.

La bibliografía disponible al respecto de la violencia durante la COVID-19 aún es limitada debido a la aparición relativamente reciente de esta enfermedad. Una revisión sistemática con metaanálisis llevada a cabo por Pappa et al.¹⁰⁶ concluye que la atención sanitaria durante la pandemia de COVID-19 ha afectado a la salud mental de los trabajadores sanitarios, especialmente en aspectos como la ansiedad, la depresión o los trastornos del sueño. Por su parte, Xie et al.¹⁰⁷ estudiaron la VAT entre los profesionales de salud mental en China durante la pandemia; con una muestra de más de 10.000 sujetos hallaron que un 18,5% de ellos sufrieron VAT.

Un comunicado de la OMS¹⁰⁸ puso de manifiesto que a pesar de los esfuerzos llevados a cabo por los profesionales sanitarios durante la crisis sanitaria, seguían siendo víctimas de actos de VAT. Por ejemplo, Devi¹⁰⁹ afirma que la COVID-19 ha exacerbado la violencia contra los trabajadores sanitarios, en concordancia con los datos presentados por el International Committee of the Red Cross¹¹⁰. Estas publicaciones hablan sobre un fenómeno que, en la bibliografía consultada, nunca antes se había estudiado: la estigmatización, que no sólo es sufrida por los trabajadores, sino también por sus familiares y allegados.

Esta estigmatización ha resultado en actos de VAT no sólo en forma de violencia física y psicológica, sino también denegación de servicios, obstrucción de acceso a lugares o desahucios a profesionales sanitarios, ciberataques o, incluso, atentados contra infraestructuras sanitarias.¹⁰⁸ Dye et al.¹¹¹ concluyeron que los trabajadores sanitarios tienen mayor riesgo de sufrir estigmatización y violencia en forma de “bullying” en relación con la COVID-19.

En el caso de España, el sindicato CSIF publicó recientemente una nota de prensa¹¹², con motivo del Día Europeo contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario celebrado el 12 de marzo, en la que afirma que durante 2020 la COVID-19 “ha disparado las agresiones al personal de la Sanidad hasta un 32,3%” según los datos extraídos del Sistema Estadístico de Criminalidad¹¹³.

2.6. Factores de riesgo predisponentes

Como ya se ha expuesto en el apartado anterior, los enfermeros son los profesionales sanitarios que más sufren actos de VAT. Sin embargo, conocer e identificar las causas de la violencia y el acoso en el ámbito de la atención sanitaria es complicado debido a que intervienen múltiples factores: los sanitarios trabajan en un amplio abanico de estructuras organizativas donde desempeñan una gran variedad de funciones diferentes y están expuestos a diferentes formas de violencia y acoso procedente de múltiples fuentes. Es debido a la interacción entre estas características distintivas propias de esta profesión que no existe una conceptualización única y adecuada de los orígenes de la violencia.

En la literatura se ha intentado establecer clasificaciones de los factores asociados con un aumento del riesgo de violencia como la elaborada por Jenkins¹¹⁴ en relación a las características del trabajo. En el caso de la atención sanitaria, existen dos referencias seminales: la clasificación propuesta por Bulatao y VandenBos¹¹⁵ en 1996, que está relacionada con las características propias de los pacientes, y la propuesta por Elliot¹¹⁶ en 1997, enfocada hacia las características organizacionales de la atención sanitaria. Otro enfoque ha sido presentar modelos conceptuales o listas de factores que conducen a la VAT; muchos de estos modelos incluyen tres niveles de factores: individuales, organizacionales y sociales¹¹⁷⁻¹²¹, basados principalmente en evidencias teóricas.

Otros autores han tomado un modelo basado en el estrés ocupacional para examinar los factores causales de la VAT^{17,122-124}, observando que existe una interrelación bidireccional y recíproca de causa-efecto entre ambos^{8,11,125}. A este respecto, es importante no confundir la presión con el estrés; de acuerdo con las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹²⁶, la presión es normal en muchos lugares de trabajo, mientras que el estrés puede aparecer cuando la presión se vuelve tan excesiva o insostenible como para poder ser manejada.

2.6.1. Factores individuales

La evidencia disponible^{11,30,127-132} permite realizar afirmaciones, con cierto nivel de precisión y confianza, acerca de qué grupos de población pueden ser más propensos a cometer un acto violento o a ser víctimas de uno. Sin embargo, cuando se trata de anticipar si se producirá un comportamiento agresivo o no, estos datos se deben tomar con cierta

precaución, ya que se puede identificar erróneamente a individuos en riesgo de ser posibles autores o víctimas de VAT.

Según la ILO³, los trabajadores en situaciones vulnerables son más propensos a sufrir VAT. Bajo esta denominación se incluyen aquellos individuos que no se ajustan a las normas del lugar de trabajo o los estereotipos sociales, o aquellos que pueden ser una minoría debido a su origen étnico, religión, discapacidad, edad, opiniones políticas, sexo, género o preferencia sexual, estado serológico, origen nacional o social, o asociación, o falta de ella, como ser miembro de un sindicato o no. Feldblum y Lipnic¹³³ también apuntan que las diferencias culturales o lingüísticas pueden dar lugar a malentendidos que pueden desembocar en VAT.

La ILO³ también indica que las modalidades de trabajo diversas, como los individuos que están en prácticas, aquellos con contrato temporal, los recién contratados, los lesionados o los que se incorporan de una baja, se encuentran en situaciones vulnerables de sufrir VAT. Estos trabajadores tienden a recibir menos formación, tienen pocas perspectivas de ascenso y altos niveles de inseguridad laboral relacionada en especial con su continuidad y desarrollo profesional, y tienen menos autonomía y control sobre su trabajo, en relación con sus horarios laborales, salario y condiciones de trabajo, que aquellos trabajadores con contratos permanentes.³ Belin et al.¹³⁴ han relacionado estas diferencias con la aparición de problemas de salud psicosociales como la ansiedad, el estrés, la fatiga y la depresión.

Por otra parte, existen trabajadores que son reconocidos como “de alto valor” por parte de otros individuos o por la propia organización, y esto puede hacer que tengan estándares de conducta diferentes y menos respetuosos que otros trabajadores. Por ejemplo, individuos que generan muchos beneficios, galardonados con algún reconocimiento o que desempeñan su trabajo de manera brillante. Puede que se les permita más libertad respecto sus conductas como la VAT y que, en consecuencia, crean que las reglas generales de comportamiento en el trabajo no se les aplican o que no habrá consecuencias si no las cumplen.¹³³

Estos trabajadores suelen tener más autoridad en la organización que otros individuos, con lo que se establece una jerarquía de poder que cobra especial importancia en las dinámicas de violencia y acoso internos, tanto verticales como horizontales. Feldblum y Lipnic¹³³ afirman que los individuos que se encuentran más abajo en esta

jerarquía se ven condicionados por las consecuencias que podrían sufrir si comunicaran los actos de VAT que sufren.

De acuerdo con los últimos datos publicados en 2017 de la European Working Conditions Survey¹⁰³, en general los hombres y las mujeres tienen la misma probabilidad de sufrir violencia física. Sin embargo, las formas de violencia y acoso sufridas por hombres y mujeres son diferentes, y las mujeres, en especial las más jóvenes y con menor experiencia, tienen un mayor riesgo de sufrir intimidación y acoso sexual que los hombres.^{8,11,20,59,135-139}

No obstante, en el caso de los trabajadores de la salud, y de las enfermeras en concreto, los datos de los diferentes estudios deben ser tomados con precaución ya que las diferencias en los hallazgos pueden estar influenciadas por tratarse de ocupaciones con una gran cantidad de mujeres trabajadoras y una proporción mayor de mujeres que de hombres.^{8,17,20,30} No obstante, los estudios muestran inequívocamente que los enfermeros y las enfermeras son los profesionales sanitarios que están más expuestos a actos violentos durante su vida laboral.^{60,95,140-143}

2.6.2. Factores interpersonales

Algunos episodios violentos pueden ocurrir como resultado de una interacción interpersonal poco efectiva como consecuencia de los factores individuales y organizacionales. Un ejemplo es el estilo de atribución hostil, por el cual se tiende a interpretar las acciones de otros de una manera negativa o amenazante^{117,118}. Esto puede influir a los individuos, autores y víctimas, cuando intentan interpretar las acciones del otro y pueden provocar una confrontación por atribuciones erróneas de sus intenciones.

Según Curbow¹⁴⁴, esto también puede suceder en el caso de los trabajadores de la salud que se encuentran bajo mucha presión, debido a una alta carga de trabajo u otros factores organizacionales. Estos pueden no tener los recursos necesarios para tomarse el tiempo de evaluar y reflexionar sobre el tipo de estilo de interacción que se necesita con un paciente en particular y desembocar en una situación de VAT.

De acuerdo con la ILO³, la crítica indebida o inapropiada o la exclusión en el trabajo, los conflictos interpersonales y otras interacciones negativas, incluida la falta de apoyo de los supervisores y miembros del equipo, y la falta de retroalimentación y comunicación periódicas, son factores de riesgo de actos violentos como el acoso, la violencia y el acoso sexual. A su vez, como explican Baillien, Neyens y De Witte¹⁴⁵, las

malas relaciones interpersonales socavan la satisfacción laboral, la motivación y el compromiso con la organización.

La importancia de los factores interpersonales es tan relevante que se han identificado diversas variables que pueden modular el riesgo de exposición a la VAT en el sector sanitario. Entre dichas variables se encuentra la formación del personal para mejorar sus habilidades comunicativas y su empatía, según indican Farrell, Shafiei y Chan¹⁴⁶.

2.6.3. Factores organizacionales

Cualquier elemento del diseño o la administración del trabajo por parte de las organizaciones que aumente el estrés laboral puede ser considerado como un riesgo psicosocial. Chappell y Di Martino¹¹ exponen que este estrés puede desembocar en frustración e ira, y por lo tanto ser un antecedente de la VAT. En muchos casos, estos riesgos psicosociales que causan estrés también pueden ser, en mayor o menor medida, factores que contribuyen a la VAT: las personas que trabajan en lugares con altos niveles de estrés tienen más probabilidades de sufrir acoso, y los individuos que sufren acoso también describen sufrir estrés⁸. Algunos de estos riesgos son:

- Las demandas del trabajo. La OMS¹²⁶ expone que unos niveles mantenidos, tanto altos como bajos, de esfuerzo físico, mental o emocional contribuyen a aumentar el estrés. Los trabajadores, como los enfermeros, que están involucrados en períodos de vigilancia, respondiendo a situaciones comprometidas o pacientes angustiados o agresivos, y/o que están expuestos a eventos traumáticos o de VAT, y el trabajo por turnos, pueden aumentar el riesgo, no solo de fatiga, sino también de violencia y acoso¹⁴⁷.
- Control sobre el trabajo. De acuerdo con la OMS¹⁴⁸, el estrés laboral también puede aparecer cuando los trabajadores tienen poco control sobre cómo o cuándo realizar su trabajo, los protocolos laborales o cuándo pueden descansar, si no están involucrados en las decisiones que les afectan a ellos o a los pacientes, o cuando son incapaces de negarse a tratar con pacientes agresivos.
- Diseño de las tareas y claridad de los roles. Algunos aspectos de riesgo son los roles ambiguos, cuando las responsabilidades de los trabajadores y el grado de autoridad no se corresponden, y los conflictos de roles, cuando los

individuos tienen expectativas que son difíciles de cumplir, no están claras o no son aceptadas^{126,149}.

- Estilos de liderazgo. Tanto el estilo de liderazgo autocrático como el *laissez-faire*, o pasivo, son factores de riesgo de violencia y acoso en el lugar de trabajo. Según la ILO³, el primero se caracteriza por un enfoque de liderazgo que es estricto y directivo, inflexible y desdeña la participación de los trabajadores en la toma de decisiones; el segundo, por otro lado, se caracteriza por una supervisión inadecuada o ausente, la delegación inadecuada e informal de tareas y responsabilidades a los subordinados y la provisión de poca o ninguna orientación a los trabajadores.
- La justicia organizacional. La falta de políticas y procedimientos en el trabajo o la inconsistente aplicación de los mismos, la injusticia y/o parcialidad en la toma de decisiones y la distribución de los recursos y/o las tareas, así como la mala gestión de las conductas negativas o violentas o de la falta de productividad, pueden ser causas y/o manifestaciones de la VAT.³ Otras formas de mala conducta directamente relacionadas con la VAT son las promociones y las contrataciones: cuando no hay transparencia en el proceso, los criterios no son claros ni se han comunicado o cuando dichos criterios excluyen desproporcionadamente a ciertos grupos.¹⁵⁰
- Gestión del cambio organizacional. Este cambio puede implicar, entre otras cosas, cambios tecnológicos importantes, reestructuración o reducción de plantilla, cambio en los métodos de trabajo, subcontratación o cambios de supervisor. Pillinger¹⁵¹ expone que esto puede dar lugar a mayores niveles de estrés y VAT, especialmente cuando no ha habido participación o apoyo a los trabajadores durante el período de transición.
- El entorno físico del trabajo. De acuerdo con Leka y Jain¹⁵², la exposición a agentes peligrosos puede afectar tanto a la experiencia del estrés del trabajador además de su salud psicológica y física. Milczarek¹⁶ también identifica otros factores ambientales como la mala iluminación, la mala ventilación o el ruido que pueden contribuir aumentando el riesgo de VAT.

Los enfermeros se encuentran en situaciones laborales que tienden a aumentar el riesgo de sufrir VAT, especialmente en relación con terceras partes, y entre ellas están^{3,11,12,49}:

- El trabajo en solitario, o en aislamiento relativo, como en las visitas domiciliarias, o en los turnos de tarde o de noche, o en fines de semana, en los que suele haber una menor cantidad de personal trabajando.^{47,153}
- El trabajo en contacto con el público, como ocurre en los puestos asistenciales ocupados por enfermeros donde pueden estar expuestos a individuos con antecedentes de violencia, enfermedad mental o aquellos bajo efecto de sustancias. En otros casos, el comportamiento agresivo puede ser provocado por una mala calidad asistencial percibida o real, como apuntan Chappell y Di Martino¹¹.
- El trabajo con objetos de valor que estén o parezcan estar al alcance de cualquiera, como pueden ser los instrumentos de diagnóstico o tratamiento, y los medicamentos.
- El trabajo con personas en situación difícil, como la enfermedad y el dolor, problemas relacionados con el envejecimiento, desórdenes psiquiátricos o el abuso de alcohol y otras sustancias, pueden afectar al comportamiento y hacer que las personas sean violentas, según explica Forastieri¹².
- Trabajar en un entorno cada vez más "abierto" a la violencia, como las instituciones con políticas de puertas abiertas o servicios de acceso directo como las urgencias^{48,75,154}.
- Trabajar en condiciones de especial vulnerabilidad, como contratos de trabajo ocasionales y precarios, estando expuestos al riesgo de malas condiciones de trabajo, inestabilidad laboral, reducción de personal y pérdida de empleo.

2.7. Consecuencias de la violencia y el acoso

La VAT perjudica a todos, no sólo a las víctimas inmediatas. Otras víctimas potenciales incluyen compañeros de trabajo, familiares, amigos, pacientes y clientes, entre otros, como se expondrá en este apartado.

Es por ello que la implantación de programas de prevención de la VAT en las organizaciones resulta de gran importancia, y la efectividad de los mismos depende directamente de la calidad y la veracidad de los datos, así como de la identificación de los factores de riesgo predisponentes. En España existe legislación específica en materia de prevención de riesgos laborales, como es la *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de*

*prevención de Riesgos Laborales*¹⁵⁵ y la *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud*¹⁵⁶, en las que se regula la obligación de los empleadores a garantizar la seguridad de los trabajadores.

2.7.1. Consecuencias individuales y familiares

A causa de la VAT los individuos pueden sufrir una serie de problemas mentales y lesiones físicas, y pueden experimentar interrupciones en su empleo y otras consecuencias sociales^{157,158}. Aunque los actos aislados de VAT pueden ser percibidos como ofensas puntuales, los patrones de conducta acumulados pueden suponer un mayor riesgo para las víctimas^{159,160}.

Desde una perspectiva psicológica, aquellos individuos que experimentan VAT pueden sufrir tal trauma para su salud mental, bienestar general y autoestima que puede que nunca se recuperen.³ Las víctimas pueden sentir tristeza, vergüenza, culpa, ansiedad, depresión, desconfianza, repugnancia, incredulidad e impotencia.^{18,161-163} También pueden sufrir trastorno de estrés postraumático (TEPT) y otros síntomas nerviosos.¹⁶⁴⁻¹⁶⁸ La exposición a VAT está relacionada con mayores niveles de *burnout*,^{81,169-173} una disminución del bienestar psicológico, ansiedad, depresión^{170,172,174} e insatisfacción laboral^{175,176}.

Otras respuestas incluyen reacciones como el shock, desesperación, ira, problemas del sueño, fatiga crónica y aumento del riesgo de suicidio.^{177,178} Además, según Einarsen et al.¹⁸, las víctimas pueden tratar de aliviar sus problemas mediante el consumo de alcohol o drogas, o aislarse socialmente cuando sus relaciones con compañeros de trabajo, amigos y familiares se deterioran como consecuencia de la VAT, como indican Lutgen-Sandvik, Tracy y Alberts¹⁷⁹.

Desde una perspectiva física, las víctimas a menudo sufren una disminución de la fuerza física y problemas musculoesqueléticos¹⁷⁷ y aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular¹⁶¹, con aumento de los niveles de cortisol y un ritmo cardíaco elevado¹⁵⁹. Además, como indican Haspels et al.¹⁸⁰, las formas más graves de violencia sexual, como las relaciones sexuales forzadas o las violaciones, pueden provocar graves lesiones físicas, embarazos no deseados o el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Además, si un trabajador tiene una queja por VAT, ésta puede desembocar en represalias y reducir el bienestar profesional, psicológico y físico; sin embargo, no poder

quejarse y soportar la violencia sin oponer resistencia también tiene consecuencias en términos de salud, como apuntan Cortina y Magley¹⁸¹. La presencia de VAT puede tener un efecto negativo en la salud mental de los individuos incluso si no están afectados directamente, como es el caso de los testigos y los compañeros de trabajo¹⁸², u otras víctimas secundarias como los miembros de la familia y amigos, que pueden sufrir daños indirectos por la situación sufrida por sus parejas, familiares y allegados.³

2.7.2. Consecuencias organizacionales y sociales

De acuerdo con un informe publicado en 2016 por la Comisión Europea¹⁸³, los riesgos psicosociales asociados con la VAT "se han convertido en una preocupación cada vez mayor en toda Europa, con un impacto en el bienestar de los trabajadores que contribuye cada vez más a las ausencias del trabajo y está asociado con costos significativos para las empresas".

La VAT trae como resultado una serie de consecuencias adversas entre las que se encuentran un aumento del absentismo laboral, debido al miedo, enfermedad o lesión, entre otras, y más rotación y cambios en la plantilla.^{3,184-186} Según Nielsen y Einarsen¹⁵⁹, todos estos factores están relacionados con los consiguientes aumentos de los costes de contratación, incorporación y formación del nuevo personal, así como una reducción de la moral, el rendimiento y la productividad del personal existente. Estudios recientes, como el de Nielsen, Indregard y Øverland¹⁸⁷ de 2016, han revelado que la exposición a VAT aumenta el riesgo de baja laboral en más de un 60%.

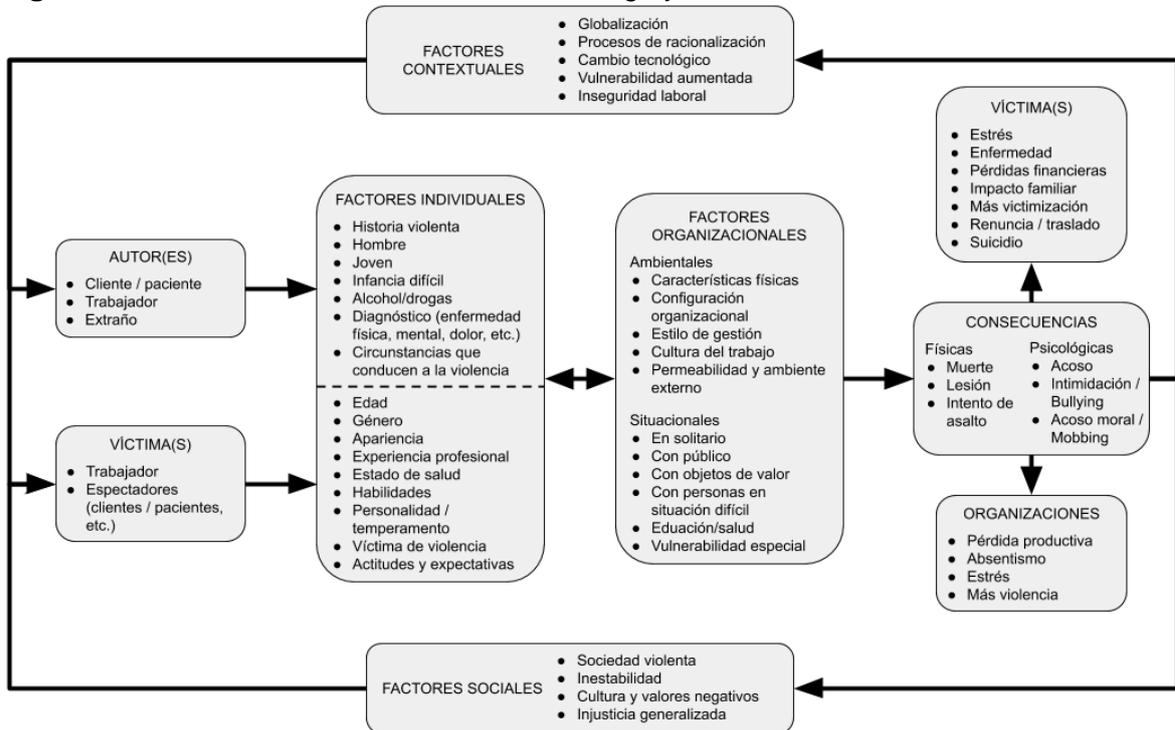
Otras consecuencias incluyen el daño en la reputación, problemas legales, la creación de un ambiente de trabajo desagradable y el daño a la cultura organizacional.³ Mayhew et al.¹⁸⁸ incluso apuntan que la mala reputación de una organización puede hacer más difícil contratar y mantener buenos trabajadores, tiene un impacto en los productos y los servicios prestados, y provoca gastos adicionales asociados con denuncias, litigios y otras reclamaciones legales. Por su parte, Rayner y Keashly¹⁸⁹ afirman que los costes asociados con el cambio de personal pueden ser muy cuantiosos ya que tanto las víctimas como los testigos pueden estar afectados negativamente por la VAT y verse motivados a dimitir.

Hoel et al.¹⁹⁰ sostienen que las consecuencias organizacionales causadas por la VAT pueden conducir a una reducción de la rentabilidad comercial, mayores primas de seguros privados, un mayor uso y costos para el sistema de salud, y una variedad de otras influencias adversas en la economía. Además, también puede tener un impacto negativo

indirecto en las organizaciones a través del comportamiento de los pacientes y los clientes, como pueden ser las reclamaciones o las denuncias. Por otra parte, Mayhew et al.¹⁸⁸ indican que los trabajadores que están expuestos a VAT tienen más probabilidades de cometer errores y dar un servicio y una atención deficientes, que en el caso de la atención sanitaria puede derivar en consecuencias graves y acciones legales por negligencias.

La VAT también puede tener consecuencias en la sociedad en conjunto, en términos de costes relacionados con servicios sociales y la sanidad. Estos costes incluyen aquellos relacionados con la atención sanitaria, tratamiento médico y/o rehabilitación, así como los gastos derivados de servicios sociales y las pensiones por jubilación anticipada o invalidez, además de la pérdida de trabajadores productivos.^{6,191} La interrelación de todos estos factores individuales, organizacionales y su interacción, puede verse resumida a continuación en la figura 2.

Figura 2. Modelo interactivo de factores de riesgo y consecuencias de la VAT.



Fuente: Ahmad et al.⁴⁶, Nowrouzi-Kia et al.⁴⁴, modificado de Chappell y Di Martino¹¹.

3. JUSTIFICACIÓN

La búsqueda bibliográfica llevada a cabo durante la elaboración de este trabajo ha evidenciado el pequeño número de estudios llevados a cabo en nuestro país, además de no mostrar ningún resultado acerca de publicaciones con población de estudio en Canarias.

No se han encontrado datos sobre VAT entre los profesionales sanitarios de nuestra comunidad autónoma y el presente trabajo supone una oportunidad para arrojar luz sobre esta cuestión de forma concreta entre los profesionales de enfermería del Área de Salud de La Palma (ASLP).

Creemos que los resultados de este proyecto de investigación supondrán una interesante contribución al campo del conocimiento del fenómeno de la VAT dado que, como ya se ha expuesto anteriormente, se trata de un problema prevalente en todo el mundo entre los profesionales sanitarios, y en especial de los profesionales de Enfermería³¹⁻³³.

Por otra parte, la VAT supone una gran cantidad de consecuencias tanto a nivel individual y familiar como a nivel organizacional y social que ponen de manifiesto la importancia de establecer políticas de prevención. Es de vital importancia conocer la magnitud del problema de la VAT y para ello es necesario que se comuniquen los eventos violentos por parte de los trabajadores a sus empleadores o autoridades competentes. Como explican Arnetz et al.⁵⁸, en muchas ocasiones existen barreras que impiden dicha comunicación, afectando negativamente los esfuerzos llevados a cabo en materia de prevención, y los datos obtenidos en este trabajo pueden ayudar a su identificación y posterior abordaje en las políticas de prevención organizacionales.

4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de casos de violencia y acoso en el trabajo del personal de enfermería del Área de Salud de La Palma desde el 1 de enero de 2020 hasta el 30 de agosto de 2021?

5. OBJETIVOS

Se han establecido los siguientes objetivos para este trabajo:

5.1. Objetivo principal

- Conocer la prevalencia de casos de violencia y acoso en el trabajo del personal de enfermería del ASLP desde el 1 de enero de 2020 hasta el 30 de agosto de 2021.

5.2. Objetivos específicos

- Examinar las características de los actos de VAT sufridos por los trabajadores.
- Determinar si existen diferencias en la prevalencia de VAT en cuanto a variables sociodemográficas como el sexo, la edad, etc.
- Conocer si existen diferencias en la prevalencia de VAT entre los profesionales de enfermería de Atención Primaria (AP) y los del Hospital General de La Palma (HGLP).
- Evaluar si existen diferencias en la prevalencia de VAT entre las distintas unidades y servicios del HGLP.
- Identificar si los profesionales de enfermería que han sufrido VAT conocen el protocolo de actuación ante agresiones del SCS.
- Conocer si los profesionales de enfermería que han sufrido VAT han comunicado algún incidente a la organización o a la autoridad competente.
- Determinar las causas por las que los profesionales de enfermería que han sufrido VAT no han comunicado algún incidente.
- Establecer si los profesionales de enfermería han recibido formación específica de prevención y manejo de estas situaciones violentas.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño

El presente trabajo tiene un diseño cuantitativo observacional de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Además, es multicéntrico, ya que se llevará a cabo en distintas ubicaciones del ASLP, en los distintos centros de AP y en el HGLP.

6.2. Población y muestra

La población de estudio es el personal de enfermería del SCS trabajando en el ASLP durante el momento de la recogida de datos que, según el cronograma del proyecto, se prevé que sea llevada a cabo en agosto de 2021.

Se realizó una consulta a la Gerencia de Servicios Sanitarios del ASLP a través del Profesor Jorge Antonio Martín Martín, enfermero del HGLP y tutor de este trabajo de fin de grado. Se solicitó información acerca del número de enfermeros del ASLP y se obtuvo respuesta a fecha de 5 de mayo de 2021 con los datos presentados a continuación en la tabla 3.

Tabla 3. Número de enfermeros/as del ASLP a fecha de 5 de mayo de 2021

Lugar de trabajo	Tipo de contrato	Nº de enfermeros/as
HGLP	Plantilla orgánica	208
	Eventuales	352
AP	Plantilla orgánica	92
	Eventuales	145
Enfermeros/as inscritos/as en la lista de contratación		994

Fuente: Gerencia de Servicios Sanitarios del ASLP. Elaboración propia.

Se decide tomar como muestra del estudio al número total de enfermeros/as trabajando en el ASLP, siendo este de 797 individuos. Es de esperar que durante el proceso de recogida de datos existan cierto porcentaje de pérdidas y abandonos por diferentes motivos, por lo que planifica *a priori* un tamaño muestral para la estimación de una proporción según la siguiente fórmula¹⁹²:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

donde:

N = total de la población

$Z_{\alpha}^2 = 1.962$ (para un nivel de confianza del 95%)

p = proporción esperada

q = 1 - p

d = precisión

De acuerdo con los resultados encontrados por Serrano Vicente et al. en su revisión sistemática de 2019⁴⁰, entre un 58 y un 75,9% de los profesionales encuestados fueron agredidos en alguna ocasión, por lo que a efectos del cálculo muestral en este proyecto de investigación se estima una proporción esperada del 60%. Además, se establece un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3%.

Según estos datos, se utilizó el programa Epidat¹⁹³ para el cálculo de la muestra (*Módulos > Muestreo > Cálculo de tamaños de muestra > Intervalos de confianza > Proporción*) arrojando un tamaño muestral de 449 individuos.

No obstante, y en línea con la opinión de Ato, López-García y Benavente¹⁹⁴, durante la fase de explotación de los datos obtenidos se comprobarán los resultados con un análisis de potencia *post-hoc*.

6.2.1. Criterios de inclusión

- Enfermeros/as trabajando en Centros de Salud (CS) o Consultorios Locales (CL).
- Enfermeros/as trabajando en Servicios Normales de Urgencias (SNU) o Puntos de Atención Continuada (PAC).
- Enfermeros/as trabajando en Consultas Externas (CAE).
- Enfermeros/as trabajando en servicios o unidades del Hospital General de La Palma (HGLP).

6.2.2. Criterios de exclusión

- Enfermeros/as trabajando en las Direcciones y Subdirecciones de Atención Primaria y Especializada del Área de Salud de La Palma.

6.3. Variables e instrumentos de recogida de datos

En el presente trabajo se han establecido tres diferentes dominios: el primero, con datos sociodemográficos; el segundo, concerniente a los datos laborales, y un tercero, para datos específicos de la VAT.

6.3.1. Sociodemográficas

Variables relacionadas con datos sociodemográficos. Variables independientes:

- Edad: cualitativa politómica. Valores: 25 años o menos; 26-35 años; 36-45 años; 46-55 años; 56-65 años; 66 años o más.
- Sexo: cualitativa dicotómica. Valores: hombre; mujer.

- Estado civil: cualitativa politómica. Valores: soltero/a; con pareja o casado/a; divorciado/a, separado/a o viudo/a.
- Nacionalidad: cualitativa dicotómica. Valores: española; otra nacionalidad.

6.3.2. Laborales

Variables relacionadas con el lugar de trabajo y la actividad laboral. Variables independientes:

- Lugar de trabajo: cualitativa dicotómica. Valores: hospital; Atención Primaria.
- Unidad o servicio: cualitativa politómica. Valores: Centro de Salud (especificar); Unidad de hospitalización (especificar); Unidad de Salud Mental; Consultas externas; HADO; Quirófano; UCI; Urgencias; Otra (especificar); Más de una unidad o servicio.
- Puesto de trabajo: cualitativa politómica. Valores: enfermero/a; matrón/a; supervisor/a.
- Tipo de contrato: cualitativa politómica. Valores: fijo; interino; temporal.
- Turno de trabajo: cualitativa politómica. Valores: turno fijo de mañana; turno fijo de tarde; turno rotatorio; otro (diurno, guardias, más de 12 horas, etc.).
- Antigüedad en el puesto: cualitativa ordinal. Valores: menos de 2 años; 2-5 años; 6-10 años; 11-15 años; 16-20 años; Más de 21 años.
- Experiencia profesional: cualitativa ordinal. Valores: menos de 2 años; 2-5 años; 6-10 años; 11-15 años; 16-20 años; Más de 21 años.
- Tipos de pacientes: cualitativa politómica. Valores: pediátricos; adultos; ambos.
- Incapacidad temporal en los últimos 12 meses: cualitativa dicotómica. Valores: sí; no.

6.3.3. Específicas de la VAT

Variables relacionadas con las características de los actos de VAT. Variables dependientes:

- Forma de la violencia: cualitativa dicotómica. Valores: física; psicológica
- Dinámica de la violencia: cualitativa politómica. Valores: violencia externa; violencia interna vertical; violencia interna horizontal.
- Frecuencia de exposición: cualitativa ordinal. Valores: nunca; anualmente, trimestralmente, mensualmente; semanalmente; diariamente.
- Comunicación del incidente(s): cualitativa dicotómica. Valores: sí; no.
- Razón(es) para no comunicar el incidente: cualitativa politómica. Valores: desconocimiento del protocolo; miedo a represalias; forma parte del trabajo; es inútil / no habrá cambios; no se considera como VAT; consume mucho tiempo; no se sufrieron lesiones; falta de apoyo de compañeros/as o superiores.
- Formación en el área de la VAT: cualitativa dicotómica. Valores: sí; no.

6.3.4. Instrumentos de medida

Se ha elaborado un cuestionario *ad-hoc* autoadministrado a partir de la revisión bibliográfica^{195,196} (ver Anexo 2). En primera instancia, el cuestionario consta de ítems para recoger datos sobre las variables sociodemográficas y laborales. Seguidamente, se solicita a los participantes información sobre violencia externa e interna mediante el uso de los siguientes instrumentos específicos según su lugar de trabajo. Finalmente, se encuentran preguntas acerca de la comunicación de incidentes violentos y formación específica.

6.3.4.1. Escala HABS-U

Es una escala creada por Waschgler et al.¹⁹⁶ y que consiste en 8 ítems distribuidos en dos factores que valoran la violencia física (ítems 8-10) y psicológica (ítem 1-7), con un valor de alfa de Cronbach (α) de 0.83, lo que indica una buena consistencia interna^{197,198}. La validez externa de este instrumento fue correlacionada con las siguientes escalas:

- Overall Job Satisfaction (OJS)¹⁹⁹, adaptada al castellano por Pérez y Fidalgo²⁰⁰.
- Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS)²⁰¹, validada al castellano por Salanova et al.²⁰².

- General Health Questionnaire (GHQ-28)²⁰³, validada al castellano por Lobo, Pérez-Echeverría y Artal²⁰⁴.

Los autores encontraron correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0.001$) entre los factores de la HABS-U y las escalas de validación externa: verificaron que una mayor exposición a comportamientos agresivos estaba relacionada con mayor nivel de burnout, un mayor impacto en los indicadores de salud valorados en la GHQ-28 y menor nivel de satisfacción laboral.

6.3.4.2. Escala HABS-CS

En cuanto a la información sobre violencia interna, los participantes deben responder a esta escala elaborada por Waschgler et al.¹⁹⁵. Consiste en 17 ítems distribuidos en una estructura interna de 5 factores relacionados con los compañeros (ítems 5-11 y 15-17) y los supervisores (ítems 1-4 y 12-14), y con dos subescalas, de violencia física y psicológica. La escala muestra propiedades psicométricas adecuadas: una alta consistencia interna^{197,198}, con un α de Cronbach de 0.86, y una buena validez de criterios, justificada mediante una correlación significativa ($p < 0.001$) con las escalas OJS^{199,200}, MBI-GS^{201,202} y GHQ-28^{203,204}.

En el cuestionario de este trabajo, a continuación, se pregunta a los participantes si han informado a la persona u órgano pertinente acerca de dichos incidentes violentos sufridos y, si su respuesta es negativa, la razón por la que no han realizado dicha comunicación. El cuestionario finaliza con una pregunta acerca de su participación en actividades de formación en materia de VAT.

6.4. Recogida y análisis de los datos

Para la recogida de los datos se prevé entregar en cada unidad, servicio y centro de salud del ASLP los cuestionarios que fueran necesarios en función de la plantilla de enfermería que se encuentre trabajando en ese momento. Cada cuestionario irá dentro de un sobre opaco sin identificación donde a continuación, una vez completado, será introducido y cerrado para evitar su posterior manipulación.

Cada sobre será depositado en un punto acordado en cada lugar de trabajo para, una semana después de haber sido repartido, ser recolectado para la siguiente fase del estudio. Se llevará un registro de las fechas en las que se ha realizado cada una de estas fases para llevar un control de la fidelidad del proceso de recogida de datos.

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se hará uso del programa informático IBM SPSS Statistics²⁰⁵. Se utilizará la analítica descriptiva simple de frecuencias y porcentajes de las diferentes variables cualitativas nominales y ordinales. Para el análisis bivalente de variables cualitativas se utilizará la prueba χ^2 (chi cuadrado) con un nivel de significación α de $p < 0,05$.

6.5. Limitaciones

El diseño retrospectivo del presente trabajo supone una limitación en relación con el tiempo de evaluación, siendo este desde el 1 de enero de 2020 hasta el momento en que se solicita a los participantes la recogida de los datos. La fiabilidad de estos depende de la capacidad de los participantes para recordar los eventos de VAT que han experimentado en ese período de tiempo.

Los trabajadores eventuales tienen más probabilidades de tener un alto índice de rotación en el año anterior, por lo que debido al diseño del cuestionario los datos en estos supuestos no podrán ser utilizados para determinar la prevalencia de VAT de una unidad o servicio específicos.

Durante el proceso de elaboración del cuestionario se intentó contactar mediante correo electrónico con cada uno de los autores de los artículos publicados sobre las escalas HABS^{195,196} seleccionadas con el fin de obtener autorización para su utilización en este trabajo. Sin embargo, no se obtuvo respuesta alguna al respecto.

Se intentó obtener información acerca de los posibles eventos violentos comunicados a través del formulario de registro del “Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de la Salud”⁶⁸ para conocer los datos oficiales y poder ser utilizados en este trabajo. No se obtuvo respuesta a la solicitud enviada a través del correo electrónico de la Dirección General de Recursos Humanos del SCS.

6.6. Consideraciones éticas y legales

Se asegura que los datos obtenidos en este estudio se gestionarán de forma anónima y confidencial, tal y como se aclara a los participantes de este en la presentación del cuestionario elaborado a tal efecto (ver Anexo 2). Es por ello que no es necesario un informe previo favorable de un comité de ética, cumpliendo con la vigente normativa de protección de datos publicada en el *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que*

respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)²⁰⁶ y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales²⁰⁷.

No obstante, se pondrá en conocimiento de la Dirección de Enfermería de Atención Especializada y de Atención Primaria del ASLP la intención de llevar a cabo este trabajo de investigación a través de una carta solicitando la pertinente autorización del mismo (ver Anexo 3).

7. CRONOGRAMA

Tabla 4. Actividades y tiempo empleado para la elaboración de este trabajo

ACTIVIDADES	MES																										
	OCT		NOV		DIC		ENE		FEB		MAR		ABR		MAY												
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	
Elección del tema y planificación																											
Búsqueda de información																											
Redacción del proyecto																											
Elaboración del cuestionario																											
Elaboración de la presentación																											

Tabla 5. Actividades y tiempo necesarios para llevar a cabo el proyecto de investigación

ACTIVIDADES	MES														
	AGO				SEP					OCT		NOV			
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2
Recogida de los datos															
Explotación de los datos															
Redacción y publicación															

8. RECURSOS Y PRESUPUESTO

En la siguiente tabla se detallan los recursos humanos que se prevé que sean necesarios para llevar a cabo cada una de las tareas del presente proyecto de investigación.

Tabla 6. Recursos humanos para la realización del proyecto

Tareas	Personal necesario	Cantidad
Entrega y recogida de los cuestionarios en cada lugar de trabajo	Investigador principal	1
Análisis de los datos obtenidos	Estadístico/a	1

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se muestra de manera pormenorizada los distintos recursos materiales necesarios junto con el presupuesto orientativo de los mismos.

Tabla 7. Recursos materiales para la realización del proyecto

Recursos	Material	Cantidad	Precio
Material inventariable	Ordenador portátil	1	750,00€
	Licencia IBM SPSS Statistics durante 1 mes	1	171,76€
	Impresora	1	70,00€
Material fungible	Salario del personal estadístico	10 horas	800,00€
	Paquete 500 Hojas 80 gr DIN A4	5	20,00€
	Paquete 1000 Sobres opacos DIN A5 con cierre autoadhesivo	1	70,00€
Desplazamientos y dietas	Tóner de impresora	1	50,00€
	Uso del vehículo propio	1	300,00€
	Dietas	1	200,00€
Total			2.431,76€

Fuente: Elaboración propia.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Internacional del Trabajo [Internet]. 2020 [citado 28 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>
2. Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 [Internet]. C190 jun 21, 2019. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190
3. Organización Internacional del Trabajo. Entornos de trabajo seguros y saludables, libres de violencia y acoso [Internet]. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2020 jul [citado 28 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_751837/lang--es/index.htm
4. Cebrino J, Portero de la Cruz S. A worldwide bibliometric analysis of published literature on workplace violence in healthcare personnel. PLoS ONE [Internet]. 23 de noviembre de 2020 [citado 25 de enero de 2021];15(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7682902/>
5. Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. Nurs Econ. abril de 2011;29(2):59-66, quiz 67.
6. Hoel H, Sparks K, Cooper CL. The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment [Internet]. University of Manchester; 2001 ene [citado 11 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_108532/lang--en/index.htm
7. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 77 mar 31, 2015 p. 27061-176. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-3439>
8. Eurofound. Violence and harassment in European workplaces: Causes, impacts and policies [Internet]. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2015 [citado 10 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_comparative_analytical_report/field_ef_documents/ef1473en.pdf
9. Neall AM, Tuckey MR. A methodological review of research on the antecedents and consequences of workplace harassment. J Occup Organ Psychol. 2014;87(2):225-57.
10. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud [Internet]. Ginebra: ILO; 2002 [citado 29 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2002/482743.pdf>
11. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. 3rd ed. Geneva: International Labour Office; 2006. 360 p.
12. Forastieri V, editor. SOLVE: integrating health promotion into workplace OSH policies: trainer's guide [Internet]. Geneva: ILO; 2012. Disponible en: http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/training/WCMS_178397/lang--en/index.htm

13. Directiva 2000/43/CE del Consejo, de 29 de junio de 2000, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico [Internet]. L 180, 32000L0043 jul 19, 2000. Disponible en: <http://data.europa.eu/eli/dir/2000/43/oj/spa>
14. Johnson GJ, Johnson WR. Perceived Overqualification, Emotional Support, and Health. *J Appl Soc Psychol.* 1997;27(21):1906-18.
15. Leymann H. Mobbing and Psychological Terror at Workplaces. *Violence Vict.* enero de 1990;5(2):119-26.
16. Milczarek M, European Agency for Safety and Health at Work, editores. Workplace violence and harassment: a European picture. Luxembourg: Publ. Office of the European Union; 2010. 155 p. (European risk observatory report).
17. Di Martino V, Musri M. Guidance for the prevention of stress and violence at the workplace [Internet]. Kuala Lumpur: Department of Occupational Safety and Health Malaysia; 2001 [citado 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_108523/lang--en/index.htm
18. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. The concept of bullying and harassment at work: the European tradition. En: Einarsen SV, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editores. *Bullying and harassment in the workplace: developments in theory, research, and practice.* 2.ª ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2011. p. 3-40.
19. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organization; 2002. 346 p.
20. Eurofound. Physical and psychological violence at the workplace [Internet]. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2013 [citado 15 de diciembre de 2020]. 22 p. (Foundation Findings). Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2806/49169>
21. Directiva 2006/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio de 2006, relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación (refundición) [Internet]. 204, 32006L0054 jul 26, 2006. Disponible en: <http://data.europa.eu/eli/dir/2006/54/oj/eng>
22. Piotrkowski CS. Sexual Harassment. En: *International Labour Organization's Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* [Internet]. 4.ª ed. Geneva: International Labour Organization; 1998 [citado 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.iloencyclopaedia.org/part-v-77965/psychosocial-and-organizational-factors/interpersonal-factors/item/22-sexual-harassment>
23. McCann D. Sexual harassment at work: National and international responses [Internet]. Geneva: International Labour Office; 2005 [citado 1 de diciembre de 2020]. (Conditions of Work and Employment). Disponible en: http://www.ilo.org/travail/whatwedo/publications/WCMS_TRAVAIL_PUB_2/lang--en/index.htm
24. West B, Foster M, Levin A, Edmison J, Robibero D. Cyberbullying at Work: In Search of Effective Guidance. *Laws.* 27 de agosto de 2014;3(3):598-617.
25. D'Cruz P, Noronha E, Notelaers G, Rayner C. Cyberbullying at Work: Understanding the Influence of Technology. En: Farley S, Coyne I, D'Cruz P, editores. *Concepts, Approaches and Methods* [Internet]. Singapore: Springer; 2021 [citado 17 de enero

- de 2021]. p. 233-63. (Handbooks of Workplace Bullying, Emotional Abuse and Harassment; vol. 1). Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-981-13-0134-6_8
26. De Stefano V. «System needs update»: Upgrading protection against cyberbullying and ICT-enabled violence and harassment in the world of work. Geneva: ILO; 2020. (ILO working paper).
 27. Vranjes I, Baillien E, Vandebosch H, Erreygers S, De Witte H. The dark side of working online: Towards a definition and an Emotion Reaction model of workplace cyberbullying. *Comput Hum Behav.* abril de 2017;69:324-34.
 28. California Division of Occupational Safety and Health. Title 8 [Internet]. Sec. 3342, Title 8 abr 1, 2017. Disponible en: <https://www.dir.ca.gov/Title8/3342.html>
 29. Wieser C, editor. Work-related violence and its integration into existing surveys. En: Room Document: 7 [Internet]. Geneva: International Labour Office; 2013. p. 48. Disponible en: <https://www.world-psi.org/en/work-related-violence-and-its-integration-existing-surveys>
 30. Di Martino V, Hoel H, Cooper CL. Preventing violence and harassment in the workplace [Internet]. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2003 [citado 13 de diciembre de 2020]. 100 p. Disponible en: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2003/preventing-violence-and-harassment-in-the-workplace-report>
 31. Yang L-Q, Spector PE, Chang C-HD, Gallant-Roman M, Powell J. Psychosocial precursors and physical consequences of workplace violence towards nurses: a longitudinal examination with naturally occurring groups in hospital settings. *Int J Nurs Stud.* septiembre de 2012;49(9):1091-102.
 32. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *N Engl J Med.* 28 de abril de 2016;374(17):1661-9.
 33. Piquero NL, Piquero AR, Craig JM, Clipper SJ. Assessing research on workplace violence, 2000–2012. *Aggress Violent Behav.* 1 de mayo de 2013;18(3):383-94.
 34. U.S. Bureau of Labor Statistics. Workplace Violence in Healthcare, 2018 [Internet]. 2020 [citado 10 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.bls.gov/iif/oshwc/cfoi/workplace-violence-healthcare-2018.htm>
 35. Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs.* marzo de 2010;42(1):13-22.
 36. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res.* 25 de febrero de 2010;10(1):51.
 37. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs.* 1 de abril de 2004;12(2):67-73.
 38. Kling RN, Yassi A, Smailes E, Lovato CY, Koehoorn M. Characterizing violence in health care in British Columbia. *J Adv Nurs.* 2009;65(8):1655-63.
 39. Saarela KL, Isotalus N. Workplace violence in Finland: high-risk groups and preventive strategies. *Am J Ind Med.* septiembre de 1999;Suppl 1:80-1.
 40. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública [Internet].* 2019 [citado 25 de enero de 2021];93. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100103&lng=es&nrm=iso&tlng=es

41. Li Y-L, Li R-Q, Qiu D, Xiao S-Y. Prevalence of Workplace Physical Violence against Health Care Professionals by Patients and Visitors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. enero de 2020 [citado 25 de enero de 2021];17(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6982349/>
42. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res.* 30 de agosto de 2011;189(1):10-20.
43. Nikathil S, Olaussen A, Gocentas RA, Symons E, Mitra B. Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. *Emerg Med Australas EMA.* junio de 2017;29(3):265-75.
44. 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.* 1 de enero de 2019;44:1-7.
45. Edward K, Ousey K, Warelou P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs.* 25 de junio de 2014;23(12):653-9.
46. Ahmad M, Al-Rimawi R, Masadeh A, Atoum M. Workplace Violence by Patients and Their Families Against Nurses: Literature Review. *Int J Nurs Health Sci.* 7 de agosto de 2015;2(4):46.
47. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm.* agosto de 2009;39(7-8):340-9.
48. Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. Patient-related violence against emergency department nurses. *Nurs Health Sci.* junio de 2010;12(2):268-74.
49. di Martino V. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2003. (Workplace violence in the health sector).
50. Magnavita N, Heponiemi T. Workplace Violence Against Nursing Students and Nurses: An Italian Experience. *J Nurs Scholarsh.* 2011;43(2):203-10.
51. Hinchberger PA. Violence against female student nurses in the workplace. *Nurs Forum (Auckl).* marzo de 2009;44(1):37-46.
52. Baby M, Glue P, Carlyle D. «Violence is not part of our job»: a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues Ment Health Nurs.* septiembre de 2014;35(9):647-55.
53. Rasmussen CA, Hogh A, Andersen LP. Threats and physical violence in the workplace: a comparative study of four areas of human service work. *J Interpers Violence.* septiembre de 2013;28(13):2749-69.
54. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J.* 1 de mayo de 2016;19(2):75-81.
55. Pinar R, Ucmak F. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *J Clin Nurs.* febrero de 2011;20(3-4):510-7.
56. Esmaeilpour M, Salsali M, Ahmadi F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *Int Nurs Rev.* marzo de 2011;58(1):130-7.

57. Mayorca Yancán IA, Lucena García S, Cortés Martínez ME, Lucerna Méndez MÁ. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Med Segur Trab.* junio de 2013;59(231):235-58.
58. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Luborsky M, Upfal MJ, Russell J, et al. Underreporting of Workplace Violence: Comparison of Self-Report and Actual Documentation of Hospital Incidents. *Workplace Health Saf.* 1 de mayo de 2015;63(5):200-10.
59. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 20 de diciembre de 2012;12(1):469.
60. McKinnon B, Cross W. Occupational violence and assault in mental health nursing: a scoping project for a Victorian Mental Health Service. *Int J Ment Health Nurs.* febrero de 2008;17(1):9-17.
61. Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. Prospective study of violence against ED workers. *Am J Emerg Med.* enero de 2013;31(1):197-205.
62. Pai H-C, Lee S. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *J Clin Nurs.* mayo de 2011;20(9-10):1405-12.
63. Campbell AK. Nurses' Experiences of Working with Adults Who Have an Intellectual Disability and Challenging Behaviour. *Br J Dev Disabil.* 1 de enero de 2011;57(112):41-51.
64. Bensley L, Nelson N, Kaufman J, Silverstein B, Kalat J, Shields JW. Injuries due to assaults on psychiatric hospital employees in Washington State. *Am J Ind Med.* enero de 1997;31(1):92-9.
65. Arnetz JE. The Violent Incident Form (VIF): A practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work Stress.* 1 de enero de 1998;12(1):17-28.
66. Arnetz JE, Aranyos D, Ager J, Upfal MJ. Development and application of a population-based system for workplace violence surveillance in hospitals. *Am J Ind Med.* 2011;54(12):925-34.
67. Resolución de 8 de mayo de 2019, por la que se establece el protocolo de actuación ante situaciones de acoso en el entorno laboral de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias [Internet]. *Boletín Oficial de Canarias*, 102 may 29, 2019. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2019/102/005.html>
68. Servicio Canario de la Salud. El Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de la Salud [Internet]. [citado 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=811945cb-d645-11e1-adc8-491cdb90fd3e&idCarpeta=c32fdf85-fc15-11dd-a72f-93771b0e33f6>
69. Chapman R, Styles I, Perry L, Combs S. Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. *J Clin Nurs.* 2010;19(3-4):479-88.
70. Shields M, Wilkins K. Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. *Health Rep.* junio de 2009;20(2):7-19.
71. Sibbald B. Physician, protect thyself. *CMAJ Can Med Assoc J.* 20 de octubre de 1998;159(8):987-9.

72. Arnetz JE, Arnetz BB, Petterson I-L. Violence in the nursing profession: Occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work Stress*. 1 de abril de 1996;10(2):119-27.
73. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Occupational hazards in hospitals: Violence [Internet]. Cincinnati: Centers for Disease Control and Prevention, DHSS (NIOSH); 2002 abr [citado 10 de enero de 2021]. Report No.: 2002-101. Disponible en: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/>
74. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2 de mayo de 2012;12:108.
75. Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *J Clin Nurs*. abril de 2011;20(7-8):1072-85.
76. Ahmad MM, Alasad JA. Patients' preferences for nurses' gender in Jordan. *Int J Nurs Pract*. agosto de 2007;13(4):237-42.
77. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs*. 2010;19(15-16):2329-41.
78. Pejic AR. Verbal abuse: a problem for pediatric nurses. *Pediatr Nurs*. agosto de 2005;31(4):271-9.
79. El-Gilany A-H, El-Wehady A, Amr M. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *J Interpers Violence*. abril de 2010;25(4):716-34.
80. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-Mikanovic VM, Terzic-Supic ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *Eur J Public Health*. agosto de 2015;25(4):693-8.
81. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs*. noviembre de 2013;22(21-22):3120-9.
82. Moreno Jiménez MA, Vico Ramírez F, Zerolo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serena P, Mateios Salido MJ. Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Aten Primaria*. agosto de 2005;36(3):152-8.
83. Bilgin H, Buzlu S. A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues Ment Health Nurs*. enero de 2006;27(1):75-90.
84. Celik SS, Celik Y, Ağırbaş I, Uğurluoğlu O. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *Int Nurs Rev*. diciembre de 2007;54(4):359-66.
85. Chen S-C, Hwu H-G, Williams RA. Psychiatric nurses' anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. *Arch Psychiatr Nurs*. junio de 2005;19(3):141-9.
86. Chen W-C, Sun Y-H, Lan T-H, Chiu H-J. Incidence and Risk Factors of Workplace Violence on Nursing Staffs Caring for Chronic Psychiatric Patients in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. noviembre de 2009;6(11):2812-21.
87. Crabbe J, Alexander DA, Klein S, Walker S, Sinclair J. Dealing with violent and aggressive patients: at what cost to nurses? *Ir J Psychol Med*. diciembre de 2002;19(4):121-4.
88. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs*. abril de 2007;58(2):140-9.

89. Hahn S, Müller M, Needham I, Dassen T, Kok G, Halfens RJ. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2010;19(23-24):3535-46.
90. Park M, Cho S-H, Hong H-J. Prevalence and Perpetrators of Workplace Violence by Nursing Unit and the Relationship Between Violence and the Perceived Work Environment. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(1):87-95.
91. Hutchinson M, Jackson D. Hostile clinician behaviours in the nursing work environment and implications for patient care: a mixed-methods systematic review. *BMC Nurs*. 4 de octubre de 2013;12(1):25.
92. Cook JK, Green M, Topp RV. Exploring the impact of physician verbal abuse on perioperative nurses. *AORN J*. septiembre de 2001;74(3):317-20, 322-7, 329-31.
93. Buback D. Assertiveness training to prevent verbal abuse in the OR. *AORN J*. enero de 2004;79(1):148-50, 153-8, 161-164: quiz 165-6, 169-70.
94. Higgins BL, MacIntosh J. Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *Int Nurs Rev*. septiembre de 2010;57(3):321-7.
95. Deans C. Nurses and occupational violence: the role of organisational support in moderating professional competence. *Aust J Adv Nurs Q Publ R Aust Nurs Fed*. febrero de 2004;22(2):14-8.
96. Manderino MA, Berkey N. Verbal abuse of staff nurses by physicians. *J Prof Nurs Off J Am Assoc Coll Nurs*. febrero de 1997;13(1):48-55.
97. Deans C. Who cares for nurses? The lived experience of workplace aggression. *Collegian*. 1 de enero de 2004;11(2):32-6.
98. O'Connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J, Lofthouse J. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *J Clin Nurs*. julio de 2000;9(4):602-10.
99. Anderson C. Workplace violence: are some nurses more vulnerable? *Issues Ment Health Nurs*. junio de 2002;23(4):351-66.
100. Yildirim D. Bullying among nurses and its effects. *Int Nurs Rev*. diciembre de 2009;56(4):504-11.
101. Vezyridis P, Samoutis A, Mavrikiou PM. Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *J Clin Nurs*. 2015;24(9-10):1210-22.
102. Lin Y-H, Liu H-E. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *Int J Nurs Stud*. 1 de septiembre de 2005;42(7):773-8.
103. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS – España [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT); 2017 mar. Report No.: ET.143.1.17. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/encuesta-nacional-de-condiciones-de-trabajo.-2015-6-ewcs.-espana>
104. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*. 15 de febrero de 2020;395(10223):470-3.
105. Sun J, He W-T, Wang L, Lai A, Ji X, Zhai X, et al. COVID-19: Epidemiology, Evolution, and Cross-Disciplinary Perspectives. *Trends Mol Med*. mayo de 2020;26(5):483-95.
106. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during

- the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 1 de agosto de 2020;88:901-7.
107. Xie X-M, Zhao Y-J, An F-R, Zhang Q-E, Yu H-Y, Yuan Z, et al. Workplace violence and its association with quality of life among mental health professionals in China during the COVID-19 pandemic. *J Psychiatr Res.* 1 de marzo de 2021;135:289-93.
 108. World Health Organization. Attacks on health care in the context of COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/attacks-on-health-care-in-the-context-of-covid-19>
 109. Devi S. COVID-19 exacerbates violence against health workers. *The Lancet.* 5 de septiembre de 2020;396(10252):658.
 110. International Committee of the Red Cross. ICRC: 600 violent incidents recorded against health care providers, patients due to COVID-19 [Internet]. International Committee of the Red Cross. 2020 [citado 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.icrc.org/en/document/icrc-600-violent-incidents-recorded-against-healthcare-providers-patients-due-covid-19>
 111. Dye TD, Alcantara L, Siddiqi S, Barbosu M, Sharma S, Panko T, et al. Risk of COVID-19-related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: an analytical cross-sectional global study. *BMJ Open* [Internet]. 30 de diciembre de 2020 [citado 14 de marzo de 2021];10(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7780430/>
 112. Central Sindical Independiente y de Funcionarios. El Covid19 dispara las agresiones al personal de la Sanidad por la falta de recursos: suben un 32,3% en 2020 [Internet]. CSIF. 2021 [citado 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.csif.es/contenido/nacional/general/316140>
 113. Ministerio del Interior, Gobierno de España. Portal estadístico de criminalidad [Internet]. [citado 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://estadisticasdecriminalidad.ses.mir.es/publico/portalestadistico/portal.html>
 114. Jenkins L. Violence in the workplace: Risk factors and prevention strategies. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers ...; 1996.
 115. Bulatao EQ, VandenBos GR. Workplace violence: Its scope and the issues. En: Bulatao EQ, VandenBos GR, editores. *Violence on the job: Identifying risks and developing solutions.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 1996. p. 1-23.
 116. Elliott PP. Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurs Manag (Harrow).* diciembre de 1997;28(12):38-41; quiz 42.
 117. Beugre CD. Understanding organizational insider-perpetrated workplace aggression: An integrative model. En: Bamberger PA, Sonnenstuhl WJ, editores. *Deviance in and of organizations.* Stamford, Conn.: Emerald; 1998. p. 163-96. (Bacharach SB. *Research in the sociology of organizations*; vol. 15).
 118. Folger R, Baron RA. Violence and hostility at work: A model of reactions to perceived injustice. En: Bulatao EQ, VandenBos GR, editores. *Violence on the job: Identifying risks and developing solutions.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 1996. p. 51-85.
 119. Levin PF, Hewitt JB, Misner ST. Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. *Image-- J Nurs Scholarsh.* 1998;30(3):249-54.

120. Neuman JH, Baron RA. Workplace Violence and Workplace Aggression: Evidence Concerning Specific Forms, Potential Causes, and Preferred Targets. *J Manag.* 1 de junio de 1998;24(3):391-419.
121. Paul RJ, Townsend JB. Violence in the Workplace—A Review with Recommendations. *Empl Responsib Rights J.* 1 de marzo de 1998;11(1):1-14.
122. Barling J. The prediction, experience, and consequences of workplace violence. En: Bulatao EQ, VandenBos GR, editores. *Violence on the job: Identifying risks and developing solutions.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 1996. p. 29-49.
123. Cole LL, Grubb PL, Sauter SL, Swanson NG, Lawless P. Psychosocial correlates of harassment, threats and fear of violence in the workplace. *Scand J Work Environ Health.* diciembre de 1997;23(6):450-7.
124. Di Martino V. Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study [Internet]. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2002 [citado 10 de enero de 2021]. (Workplace violence in the health sector). Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/WVsynthesisreport.pdf
125. Hauge LJ, Skogstad A, Einarsen S. Relationships between stressful work environments and bullying: Results of a large representative study. *Work Stress.* 2007;21(3):220-42.
126. World Health Organization. Occupational health: Stress at the workplace [Internet]. 2020 [citado 10 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/occupational-health-stress-at-the-workplace>
127. Mantell MR, Albrecht S. *Ticking bombs: defusing violence in the workplace.* Burr Ridge, Ill: Irwin Professional Pub; 1994. 273 p.
128. Mossman D. Violence prediction, workplace violence, and the mental health expert. *Consult Psychol J Pract Res.* 1995;47(4):223-33.
129. Anderson CA, Anderson KB, Deuser WE. Examining an Affective Aggression Framework: Weapon and Temperature Effects on Aggressive Thoughts, Affect, and Attitudes. *Pers Soc Psychol Bull.* 1 de abril de 1996;22(4):366-76.
130. Kelleher MD. *Profiling the lethal employee: case studies of violence in the workplace.* Westport, Conn: Praeger; 1997. 155 p.
131. Balloch S, Pahl J, McLean J. Working in the Social Services: Job Satisfaction, Stress and Violence. *Br J Soc Work.* 1998;28(3):329-50.
132. Lawrence C, Leather P. The social psychology of violence and aggression. En: Leather P, Brady C, Lawrence C, Beale D, Cox T, editores. *Work-related violence: assessment and intervention.* London ; New York: Routledge; 1999. p. 34-51.
133. Feldblum CR, Lipnic VA. Select Task Force on the Study of Harassment in the Workplace | U.S. Equal Employment Opportunity Commission [Internet]. 2016 jun [citado 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.eeoc.gov/select-task-force-study-harassment-workplace>
134. Belin A, Zamparutti T, Kerina T, Guillermo H. Occupational Health and Safety Risks for the Most Vulnerable Workers [Internet]. Brussels: European Parliament; 2011 jul [citado 16 de enero de 2021]. Disponible en:

- [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=IPOL-EMPL_ET\(2011\)464436](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=IPOL-EMPL_ET(2011)464436)
135. Estry-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, et al. Violence risks in nursing—results from the European ‘NEXT’ Study. *Occup Med.* 1 de marzo de 2008;58(2):107-14.
 136. Ito H, Eisen SV, Sederer LI, Yamada O, Tachimori H. Factors affecting psychiatric nurses’ intention to leave their current job. *Psychiatr Serv Wash DC.* febrero de 2001;52(2):232-4.
 137. Sakellaropoulos A, Pires J, Estes D, Jasinski D. Workplace aggression: assessment of prevalence in the field of nurse anesthesia. *AANA J.* agosto de 2011;79(4 Suppl):S51-57.
 138. Celebioğlu A, Akpınar RB, Küçükoğlu S, Engin R. Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: their emotions and behaviors. *Nurse Educ Today.* octubre de 2010;30(7):687-91.
 139. Lash AA, Kulakaç O, Buldukoglu K, Kukulcu K. Verbal abuse of nursing and midwifery students in clinical settings in Turkey. *J Nurs Educ.* octubre de 2006;45(10):396-403.
 140. Murray MG, Snyder JC. When staff are assaulted. A nursing consultation support service. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* julio de 1991;29(7):24-9.
 141. Lawoko S, Soares JJF, Nolan P. Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work Stress.* 2004;18(1):39-55.
 142. Badger F, Mullan B. Aggressive and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury. *J Clin Nurs.* mayo de 2004;13(4):526-33.
 143. Spector PE, Coulter ML, Stockwell HG, Matz MW. Perceived violence climate: A new construct and its relationship to workplace physical violence and verbal aggression, and their potential consequences. *Work Stress.* 1 de abril de 2007;21(2):117-30.
 144. Curbow. Origins of violence at work. En: Cooper CL, Swanson N, editores. *State of the Art. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2001.* p. 35-48. (Workplace violence in the health sector).
 145. Baillien E, Neyens I, De Witte H. Organizational, team related and job related risk factors for workplace bullying, violence and sexual harassment in the workplace: A qualitative study. *Int J Organ Behav.* enero de 2008;13(2):132-46.
 146. Farrell GA, Shafiei T, Chan S-P. Patient and visitor assault on nurses and midwives: an exploratory study of employer «protective» factors. *Int J Ment Health Nurs.* febrero de 2014;23(1):88-96.
 147. Safe Work Australia. Work-related psychological health and safety: a systematic approach to meeting your duties [Internet]. 2019 [citado 16 de enero de 2021]. (National Guidance Material). Disponible en: <https://www.safeworkaustralia.gov.au/doc/work-related-psychological-health-and-safety-systematic-approach-meeting-your-duties>
 148. World Health Organization, International Labour Organization. Occupational health and safety in public health emergencies: a manual for protecting health workers and responders. [Internet]. Geneva; 2018 [citado 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275385/9789241514347-eng.pdf>

149. Reknes I, Einarsen S, Knardahl S, Lau B. The prospective relationship between role stressors and new cases of self-reported workplace bullying. *Scand J Psychol.* febrero de 2014;55(1):45-52.
150. U.S. Equal Employment Opportunity Commission. BEST PRACTICES FOR EMPLOYERS AND HUMAN RESOURCES [Internet]. [citado 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.eeoc.gov/initiatives/e-race/best-practices-employers-and-human-resourceseeo-professionals>
151. Pillinger J. Violence and Harassment against Women and Men in the World of Work-Trade Union Perspective and Action [Internet]. 2017 mar [citado 16 de enero de 2021]. Disponible en: http://www.ilo.org/actrav/info/pubs/WCMS_546645/lang--en/index.htm
152. Leka S, Jain A, Organization WH. Health impact of psychosocial hazards at work: an overview [Internet]. World Health Organization; 2010 [citado 16 de enero de 2021]. 126 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44428>
153. Shiao JS-C, Tseng Y, Hsieh Y-T, Hou J-Y, Cheng Y, Guo YL. Assaults against nurses of general and psychiatric hospitals in Taiwan. *Int Arch Occup Environ Health.* octubre de 2010;83(7):823-32.
154. Anderson L, FitzGerald M, Luck L. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *J Clin Nurs.* septiembre de 2010;19(17-18):2520-30.
155. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 269 feb 10, 1996. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
156. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 301 dic 18, 2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>
157. Keashly L. Interpersonal and systemic aspects of emotional abuse at work: the target's perspective. *Violence Vict.* junio de 2001;16(3):233-68.
158. Einarsen S, Mikkelsen EG. Individual effects of exposure to bullying at work. En: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editores. *Bullying and emotional abuse in the workplace: international perspectives in research and practice* [Internet]. 1.^a ed. London ; New York: Taylor & Francis; 2003 [citado 17 de enero de 2021]. p. 137-44. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780203164662>
159. Nielsen MB, Einarsen S. Outcomes of exposure to workplace bullying: A meta-analytic review. *Work Stress.* 2012;26(4):309-32.
160. Nielsen MB, Einarsen SV. What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research. *Aggress Violent Behav.* 1 de septiembre de 2018;42:71-83.
161. Carter M, Thompson N, Crampton P, Morrow G, Burford B, Gray C, et al. Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. *BMJ Open* [Internet]. 28 de junio de 2013 [citado 17 de enero de 2021];3(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3686220/>

162. Kamchuchat C, Chongsuvivatwong V, Oncheunjit S, Yip TW, Sangthong R. Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *J Occup Health*. 2008;50(2):201-7.
163. Reininghaus U, Craig T, Gournay K, Hopkinson P, Carson J. The High Secure Psychiatric Hospitals' Nursing Staff Stress Survey 3: Identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault. *Personal Individ Differ*. 1 de febrero de 2007;42(3):397-408.
164. Einarsen S. The nature and causes of bullying at work. *Int J Manpow*. febrero de 1999;20(1/2):16-27.
165. Einarsen S. The nature, causes and consequences of bullying at work: The Norwegian experience. *Perspect Interdiscip Sur Trav Santé* [Internet]. 1 de noviembre de 2005 [citado 17 de enero de 2021];(7-3). Disponible en: <http://journals.openedition.org/pistes/3156>
166. Sá L, Fleming M. Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses. *Issues Ment Health Nurs*. abril de 2008;29(4):411-26.
167. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav*. 1 de septiembre de 2014;19(5):492-501.
168. Shi L, Wang L, Jia X, Li Z, Mu H, Liu X, et al. Prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 1 de agosto de 2017;7(7):e016810.
169. Alameddine M, Mourad Y, Dimassi H. A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. *PLoS ONE* [Internet]. 10 de septiembre de 2015 [citado 25 de enero de 2021];10(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4565636/>
170. Bernaldo-De-Quirós M, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey. *Int J Nurs Stud*. enero de 2015;52(1):260-70.
171. Galián-Muñoz I, Llor-Esteban B, Ruiz-Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias*. 2014;26(3):163-70.
172. Roldán GM, Salazar IC, Garrido L, Ramos JM. Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. *Health (N Y)*. 17 de febrero de 2013;05(02):193.
173. Mas CM, Larrea AM. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(Extra 1):193-201.
174. da Silva ATC, Peres MFT, Lopes C de S, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. septiembre de 2015;50(9):1347-55.
175. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff Proj Hope*. junio de 2001;20(3):43-53.
176. Jaradat Y, Nielsen MB, Kristensen P, Nijem K, Bjertness E, Stigum H, et al. Workplace aggression, psychological distress, and job satisfaction among

- Palestinian nurses: A cross-sectional study. *Appl Nurs Res ANR*. noviembre de 2016;32:190-8.
177. Parker KA. The workplace bully: The ultimate silencer. *J Organ Cult Commun Confl*. 1 de enero de 2014;18:169-86.
 178. Leach LS, Poyser C, Butterworth P. Workplace bullying and the association with suicidal ideation/thoughts and behaviour: a systematic review. *Occup Environ Med*. enero de 2017;74(1):72-9.
 179. Lutgen-Sandvik P, Tracy SJ, Alberts JK. Burned by Bullying in the American Workplace: Prevalence, Perception, Degree and Impact. *J Manag Stud*. 2007;44(6):837-62.
 180. Haspels N, Zaitun MK, Thomas C, McCann D, editores. Action against sexual harassment at work in Asia and the Pacific. 1.^a ed. Bangkok: International Labour Office, Bangkok Area Office and East Asia Multidisciplinary Advisory Team; 2001. 226 p.
 181. Cortina LM, Magley VJ. Raising voice, risking retaliation: Events following interpersonal mistreatment in the workplace. *J Occup Health Psychol*. octubre de 2003;8(4):247-65.
 182. Tsuno K, Kawakami N. Multifactor leadership styles and new exposure to workplace bullying: a six-month prospective study. *Ind Health*. marzo de 2015;53(2):139-51.
 183. European Commission. Study on the implementation of the autonomous framework agreement on harassment and violence at work: final report. [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016 [citado 17 de enero de 2021]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/8998>
 184. Demir D, Rodwell J. Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. diciembre de 2012;44(4):376-84.
 185. McGovern P, Kochevar L, Lohman W, Zaidman B, Gerberich SG, Nyman J, et al. The cost of work-related physical assaults in Minnesota. *Health Serv Res*. agosto de 2000;35(3):663-86.
 186. Schmidt K-H, Diestel S. Are emotional labour strategies by nurses associated with psychological costs? A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. noviembre de 2014;51(11):1450-61.
 187. Nielsen MB, Indregard A-MR, Øverland S. Workplace bullying and sickness absence: a systematic review and meta-analysis of the research literature. *Scand J Work Environ Health*. 1 de septiembre de 2016;42(5):359-70.
 188. Mayhew C, McCarthy P, Chappell D, Quinlan M, Barker M, Sheehan M. Measuring the Extent of Impact from Occupational Violence and Bullying on Traumatized Workers. *Empl Responsib Rights J*. 1 de septiembre de 2004;16(3):117-34.
 189. Rayner C, Keashly L. Bullying at Work: A Perspective From Britain and North America. En: Fox S, Spector PE, editores. Counterproductive work behavior: Investigations of actors and targets. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2005. p. 271-96.
 190. Hoel H, Sheehan MJ, Cooper CL, Einarsen S. Organisational effects of workplace bullying. En: Einarsen SV, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editores. Bullying and harassment in the workplace: developments in theory, research, and practice. 2.^a ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2011. p. 3-40.

191. Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M. Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *J Emerg Nurs.* mayo de 2014;40(3):218-28; quiz 295.
192. Pita-Fernández S, Pértega-Díaz S. Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria.* 2002;9(2):76-8.
193. Consellería de Sanidade. Epidat [Internet]. España; 2016. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT>
194. Ato M, López-García JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *An Psicol Ann Psychol.* 20 de septiembre de 2013;29(3):1038-59.
195. Waschgler K, Ruiz-Hernández JA, Llor-Esteban B, Jiménez-Barbero JA. Vertical and lateral workplace bullying in nursing: development of the hospital aggressive behaviour scale. *J Interpers Violence.* agosto de 2013;28(12):2389-412.
196. 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;69(6):1418-27.
197. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1 de septiembre de 1951;16(3):297-334.
198. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ.* 22 de febrero de 1997;314(7080):572.
199. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol.* 1979;52(2):129-48.
200. Pérez Bilbao J, Fidalgo Vega M. Satisfacción laboral: escala general de satisfacción [Internet]. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 1995 [citado 19 de marzo de 2021] p. 6. (11). Report No.: NTP 394. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326853/ntp_394.pdf
201. Maslach C, Jackson S, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory Manual. En: *Evaluating Stress: A Book of Resources.* Lanham, MD, US: Scarecrow Education; 1997. p. 191-218.
202. Salanova M, Schaufeli WB, Llorens Gumbau S, Peiró Silla JM, Grau Gumbau RM. Desde el burnout al engagement: ¿una nueva perspectiva? *J Work Organ Psychol.* 1 de julio de 2000;16(2):117-34.
203. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* febrero de 1979;9(1):139-45.
204. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med.* febrero de 1986;16(1):135-40.
205. IBM. SPSS Statistics [Internet]. 2021 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.ibm.com/es-es/products/spss-statistics>
206. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) (Texto pertinente a efectos del EEE) [Internet]. OJ L, 32016R0679 may 4, 2016. Disponible en: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/spa>

207. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 294 dic 7, 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>

10. ANEXOS

Anexo 1. Registro de comunicación interna de agresiones del SCS



Servicio Canario de Salud



ANEXO A

REGISTRO DE COMUNICACIÓN INTERNA DE AGRESIONES

El objetivo de este registro y comunicación inmediata del suceso es doble:

Conocer las circunstancias que se daban en el momento previo al suceso anormal que permitieron la materialización del mismo.

La adopción de medidas correctoras que eviten su repetición o, en el caso de que se repitan, sus consecuencias sean mínimas y se pueda controlar la situación.

Para ello, se deberá entregar copia rellena de este documento (sin tener en cuenta las casillas sombreadas) a la Unidad de Prevención de la Gerencia para la cual desempeña su trabajo quien se encargará de su tramitación.

Datos del centro de trabajo								
Hospital/Gerencia:								
Centro/Servicio:								
Responsable del Centro/Servicio:								
Fecha de la agresión:					Nº de la agresión:			
Fax:								
Teléfono:								
e-mail:								
Datos del trabajador/a agredido/a								
Nombre completo:								
Edad:		Sexo:		Masculino		Femenino		
Dirección:								
Teléfono y e-mail:					D.N.I.:			
Vinculo:		<input type="checkbox"/> Funcionario		<input type="checkbox"/> Laboral		<input type="checkbox"/> Estatutario		
		<input type="checkbox"/> Fijo		<input type="checkbox"/> Interino		<input type="checkbox"/> Eventual		
Categoría:								
Trabajo que efectuaba en el momento de la agresión:								
¿Es su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Antigüedad en este puesto de trabajo:								
Datos de la agresión					Nº de la agresión:			
Nombre y apellidos del agresor:					D.N.I.:			
Edad aproximada del agresor:			Sexo del agresor:		Masculino		Femenino	
Lugar del incidente:								
Día de la semana:		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D
Hora:								
Testigos del centro de trabajo (incluya aquí nombres, datos de identificación y localización):								
Otros testigos (incluya aquí nombres, datos de identificación y localización):								
¿Interviene alguna persona más aparte de los implicados?								

Anexo 2. Cuestionario de recogida de datos

Presentación

Estimado/a Sr./Sra.,

Mi nombre es Abraham Jorge China y soy estudiante del 4º curso del Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna en su sede de La Palma. Estoy realizando un trabajo de investigación acerca de la violencia en el ámbito laboral del personal de Enfermería del Área de Salud de la Palma desde enero de 2020 hasta el día de hoy.

Solicito su participación a través del siguiente cuestionario, que es autoadministrado y completamente anónimo, y no le llevará más de 10 a 15 minutos. Una vez completado el cuestionario se introducirá en el sobre que se ha proporcionado y se cerrará, de manera que se garantice la confidencialidad de la información obtenida. El sobre podrá ser depositado en el despacho de su supervisor/a o directamente a éste/a.

La participación en esta investigación a través del presente cuestionario es totalmente voluntaria y anónima, y en ningún caso podrá identificarse a la persona que lo completa. No obstante, si por cualquier motivo no quiere completarlo o entregarlo, usted tiene derecho a terminar su participación en cualquier momento durante el proceso, sin que ello implique consecuencia alguna. Se prevé el uso posterior de los datos obtenidos exclusivamente con fines de docencia, investigación y/o publicación científica.

Muchas gracias de antemano por su colaboración.

Violencia y acoso en el trabajo

Información sociodemográfica

1. Indique su edad:

- 25 años o menos
- 26-35 años
- 36-45 años
- 46-55 años
- 56-65 años
- 66 años o más

2. Indique su sexo:
- Mujer
 - Hombre
3. Indique su estado civil:
- Soltero/a
 - Con pareja o casado/a
 - Divorciado/a, separado/a o viudo/a
4. Indique su nacionalidad:
- Española
 - Otra nacionalidad

Información laboral

5. ¿Cuál es su lugar de trabajo en la actualidad?
- Hospital
 - Atención Primaria
6. Indique la unidad o el servicio donde ha trabajado en los últimos 12 meses:
- Centro de Salud (especificar) _____
 - Unidad de hospitalización (especificar) _____
 - Unidad de Salud Mental
 - Consultas externas
 - HADO
 - Quirófano
 - UCI
 - Urgencias
 - Otra (especificar) _____
 - Más de una unidad o servicio
7. Indique su puesto de trabajo actual:
- Enfermero/a
 - Matrón/a
 - Supervisor/a

8. Indique su tipo de contrato:

- Fijo
- Interino
- Temporal

9. Indique su turno de trabajo:

- Turno fijo de mañana
- Turno fijo de tarde
- Turno rotatorio
- Otro (diurno, nocturno, guardias, más de 12 horas, etc.)

10. Indique su antigüedad en el puesto actual:

- Menos de 2 años
- 2-5 años
- 6-10 años
- 11-15 años
- 16-20 años
- Más de 21 años

11. Indique sus años de experiencia profesional:

- Menos de 2 años
- 2-5 años
- 6-10 años
- 11-15 años
- 16-20 años
- Más de 21 años

12. Indique qué grupo de población atiende habitualmente:

- Pacientes pediátricos
- Pacientes adultos
- Ambos

13. Indique si ha estado de baja laboral en los últimos 12 meses:

- Sí
- No

Información sobre violencia externa

	Nunca	Anualmente	Trimestralmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente
1. Los usuarios han cuestionado mis decisiones	<input type="checkbox"/>					
2. Los usuarios me han responsabilizado exageradamente de cualquier minucia	<input type="checkbox"/>					
3. Los usuarios me han acusado injustificadamente de no cumplir mis obligaciones, cometer errores o complicaciones	<input type="checkbox"/>					
4. Los usuarios me han hecho bromas irónicas	<input type="checkbox"/>					
5. Los usuarios se han enfadado conmigo por falta de información	<input type="checkbox"/>					
6. Los usuarios se han enfadado conmigo por la demora asistencial	<input type="checkbox"/>					
7. Los usuarios me han puesto malas caras o miradas de desprecio	<input type="checkbox"/>					
8. Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil	<input type="checkbox"/>					
9. Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme	<input type="checkbox"/>					
10. Los usuarios han mostrado su enfado contra mí destruyendo puertas, cristales o paredes	<input type="checkbox"/>					

Información sobre violencia interna

	Nunca	Anualmente	Trimestralmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente
1. Mi superior ha amenazado con atacarme	<input type="checkbox"/>					
2. Mi superior ha hecho gestos o insinuaciones sexuales no deseados	<input type="checkbox"/>					
3. Mi superior me ha sujetado o tocado de forma hostil	<input type="checkbox"/>					
4. Mi superior ha recomendado a mis compañeros/as que no hablen conmigo	<input type="checkbox"/>					
5. Algunos/as compañeros/as han difundido falsos rumores sobre mí	<input type="checkbox"/>					
6. Algunos/as compañeros/as me han hecho bromas irónicas	<input type="checkbox"/>					
7. Algunos/as compañeros/as han criticado mi vida privada	<input type="checkbox"/>					
8. Algunos/as compañeros/as han criticado mi forma de trabajar	<input type="checkbox"/>					
9. Algunos/as compañeros/as han dejado de hablar conmigo	<input type="checkbox"/>					
10. Algunos compañeros me han ignorado o no han respondido a mis preguntas	<input type="checkbox"/>					
11. Mis compañeros/as me han puesto malas caras o miradas de desprecio	<input type="checkbox"/>					
12. Mi superior me ha ignorado	<input type="checkbox"/>					
13. Mi superior ha desvalorizado mis iniciativas	<input type="checkbox"/>					
14. Mi superior ha impedido mi participación en actividades de formación, docencia o investigación	<input type="checkbox"/>					
15. Algunos compañeros me han acusado deliberadamente de los errores de otras personas	<input type="checkbox"/>					
16. Algunos compañeros de trabajo han intentado impedirme aprender las técnicas habituales de mi servicio	<input type="checkbox"/>					
17. Algunos compañeros de trabajo me han excluido de la información sobre el Servicio (cambios de turno, cambios de protocolos, etc.)	<input type="checkbox"/>					

Información sobre los incidentes violentos

1. Si ha sufrido cualquier incidente violento de los anteriormente mencionados desde enero de 2020, ¿lo ha puesto en conocimiento?
 - Sí, siempre
 - Sí, a veces
 - No, nunca

2. Si en alguna ocasión no ha comunicado cualquier incidente violento, marque la(s) razón(es) que corresponda(n):
 - Desconocía el protocolo
 - Podría sufrir represalias
 - Es parte de mi trabajo
 - Sería inútil / no habría cambios
 - No lo considero como violencia o acoso
 - Es un trámite que consume mucho tiempo
 - No sufrí lesiones
 - No tuve apoyo de compañeros/as o superiores

3. Indique si en alguna ocasión ha recibido formación en materia de violencia y acoso en el trabajo (comunicación eficaz, gestión de conflictos, empatía, prevención de incidentes violentos, etc.)
 - Sí
 - No

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 3. Solicitud de autorización para la recogida de datos

Estimado/a _____,

Mi nombre es Abraham Jorge Chinaea, alumno del 4º curso del Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna con sede en La Palma.

Como Trabajo de Final de Grado, estoy desarrollando un proyecto de investigación sobre la prevalencia de la violencia y el acoso en el trabajo en el personal de Enfermería en el Área de Salud de La Palma bajo la tutorización de D. Jorge Antonio Martín Martín, Profesor Asociado de la Universidad de La Laguna..

Por este motivo, me dirijo a Ud. con el propósito de solicitar su autorización para recoger los datos necesarios mediante un cuestionario a los profesionales de Enfermería del Hospital General de La Palma / de los Centros de Salud y Consultorios Locales del Área de Salud de La Palma.

Las personas que colaboren en dicho cuestionario lo harán de manera voluntaria y anónima, y en ningún caso podrá identificarse a la persona que lo completa. Todos los datos se tratarán de forma confidencial con arreglo a la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales”, respetándose en todo momento los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Agradezco, de antemano su colaboración.

Breña Alta, a _____ de 2021

Firma