

# Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo.

## Incidentes violentos notificados por internet en Catalunya entre 2005 y 2007: resultados de un estudio piloto

Genís Cervantes Ortega <sup>a</sup>, Leonor Cantera Espinosa <sup>b</sup>, Josep M Blanch Ribas <sup>c</sup>

Recibido: 8 Junio 2007

Aceptado: 6 Noviembre 2007

### RESUMEN

**Objetivo:** Presentar el diseño y los resultados preliminares de la aplicación del sistema informatizado de Notificación de Incidente Violento (NIV) en el ámbito sanitario.

**Método:** A lo largo del bienio 2005-2006, el sistema NIV se ha implementado la web [www.violenciaocupacional.net](http://www.violenciaocupacional.net) en 38 centros sanitarios de Catalunya que participan voluntariamente en el proyecto. Esta web, que incluye el Cuestionario de Violencia Ocupacional, permite un registro integrado de incidentes violentos contra profesionales de la salud en tiempo real y de modo confidencial. Una sola persona notifica *on-line* los incidentes de cada centro. El notificador pertenece a los departamentos de Recursos Humanos o de Prevención de Riesgos Laborales y ha sido especialmente designado por su propia institución para esta función.

**Resultados:** En el período comprendido entre el 01-01-2005 y el 31-03-07 han sido notificados 501 incidentes violentos desde 38 centros en los que trabajan unas 18.000 personas. En el 35% de los casos se da cuenta de agresión física y en el 83% de la de tipo verbal (que a menudo acompaña a la anterior). Los incidentes afectan a personal de enfermería (42%), médico (35%), técnico y administrativo (16%) y de otros sectores (7%).

**Conclusión:** El sistema NIV constituye una técnica novedosa de recogida de información sobre la violencia ocupacional en el sector sanitario. Los resultados preliminares de su aplicación piloto reafirman la importancia del problema investigado, ratifican tendencias observadas por otros estudios locales e internacionales y señalan elementos clave para la agenda de la investigación y la intervención en este campo.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia Ocupacional, Profesionales Sanitarios, Notificación por Internet.

### WORKPLACE VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE WORKERS.

Internet-based reporting of violence incidents in catalonia, 2005 - 2007. Results of a pilot study.

### ABSTRACT

**Objective:** To present the design and preliminary results of application of the computerised Violent Incident Notification (NIV) system in the healthcare sector.

**Methods:** In the 2005-2006 biennium, the [www.violenciaocupacional.net](http://www.violenciaocupacional.net) website was launched in 38 healthcare centres in Catalonia, all of whom participate voluntarily in this project. This website features a Workplace Violence Questionnaire that allows confidential, real-time, integrated reporting of violent incidents against health care workers. Each centre has a single designated individual, employed in either the human resources or occupational health departments, charged with submitting the online reports.

a Responsable del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Consorci Sanitari de l'Alt Penedès.

b Profesora de Psicología Social. Universitat Autònoma de Barcelona.

c Catedrático de Psicología Social Aplicada. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Correspondencia:**

Genís Cervantes i Ortega

Consorci Sanitari de l'Alt Penedès

C/ Espirall s/n 08720 Vilafranca del Penedès, Barcelona.

Tf.: 93 818 0440

[gcervantes@csap.scs.es](mailto:gcervantes@csap.scs.es)

**Results:** From January 1 2005 through March 31 2007, a total of 501 violent incidents were reported from the 38 healthcare centers, which collectively employ nearly 18,000 persons. Physical assaults accounted for 35% of the cases and verbal aggression (which may occur together with physical assaults) were reported in 83% of cases. These incidents primarily affected nursing (42%), medical (35%), technical and administrative (16%), and other (7%) personnel.

**Conclusion:** The NIV system is a new technique for collecting information on workplace violence in the healthcare sector. Preliminary results of its pilot application underscore the importance of the problem investigated, confirm previously described trends in other local and international studies, and identify some key elements for further investigation and intervention.

**KEY WORDS:** workplace violence, healthcare workers, reporting, Internet.

## INTRODUCCIÓN

La violencia contra profesionales de la salud en su lugar de trabajo constituye una epidemia emergente en el ámbito de los riesgos laborales a escala universal que presenta variaciones locales y cuya prevención efectiva requiere un conocimiento empírico actualizado de su prevalencia y características. Sin embargo, la gran cantidad de información empírica acumulada en la literatura científica sobre el tema, a lo largo de los últimos años, no facilita el salto cualitativo hacia la producción de conclusiones generalizables, ni la comparación transversal de los resultados de las diferentes investigaciones, ni mucho menos la comparación longitudinal de los datos que deberían posibilitar la identificación de tendencias básicas de desarrollo de la problemática, proceso clave para el diseño y evaluación de políticas y programas preventivos<sup>1-4</sup>. Esta situación resulta explicable, en primer lugar, por la inexistencia de una herramienta universalmente compartida que incluya un lenguaje técnico de base (con vocablos de significación unívoca y aplicables a situaciones diversas y cambiantes), un glosario comúnmente aceptado y asumido de las definiciones de los constructos principales y un modelo básico de categorización de las dimensiones e indicadores de la violencia ocupacional y de operacionalización consensuada de algunas de las variables cruciales de la investigación sobre el tema, y también por la ausencia de conclusiones operativas de un debate metodológico sobre las fuentes, técnicas e instrumentos de recogida de información. Y, en segundo lugar, por la notable diversidad de los contextos, situaciones, fenómenos y procesos analizados; en virtud de lo cual, a la hora de hacer comparaciones transversales de carácter internacional resulta imprescindible leer la información desde el doble prisma socioeconómico y sociocultural. Por ejemplo, a principios del siglo XXI, probablemente no se pueda comparar la sala de espera de un hospital de Haití que la de otro en Dinamarca, ni probablemente tampoco presente las mismas connotaciones la interacción laboral mujer enfermera-paciente varón en Noruega que en Irán. El segundo factor remite a la complejidad del objeto, mientras que el primero indica deficiencias en el proceso de la investigación sobre el tema, que distan de estar resueltas.

En el cajón de sastre terminológico que ofrece la literatura científica en inglés del último lustro sobre “*workplace violence*” y similares indexada en la base de datos *Medline*, coexisten —unas veces usados como sinónimos dentro de un campo semántico unificado y otras como significantes de significados claramente diferenciados— vocablos tan diversos

y heterogéneos como los de *violence, aggression, abuse, injury, threat, assault, intimidation, harassment, bullying, mobbing, battering* y *victimizing*. A esta confusión contribuyen también glosarios aportados por organizaciones internacionales<sup>5-8</sup>. En cuanto a la categorización de las modalidades de violencia ocupacional investigadas, algunas publicaciones dan cuenta de una sola categoría de incidente violento en general<sup>1,9</sup>, otras clasifican los incidentes en términos dicotómicos (“violencia física/verbal”<sup>10,11</sup>, o “violencia física/psicológica”<sup>1,2</sup>), otras establecen tres categorías<sup>8,12,13</sup>, otras cuatro<sup>14,15</sup> y otras cinco<sup>4,6,15,16</sup>, incluyendo modalidades como la “emocional”, la “sexual”, el “acoso”, la “intimidación”, la “amenazas”, el “asalto”, el “robo” o los “daños a la propiedad”. La *Scale of Aggressive and Violent Experiences* de Ryan y Maguire<sup>17</sup> incluye catorce categorías de “agresión y violencia” que abarcan diversas modalidades de maltrato físico, verbal, psicológico y sexual. Algunos informes introducen distinciones dentro de cada categoría al cruzar tipos de violencia con niveles de severidad de la misma —“alto/bajo”<sup>2</sup>— o al distinguir, dentro de la “violencia verbal”, entre los insultos “con/sin amenaza”<sup>3</sup>. Por otra parte, en la literatura estadounidense, resulta frecuente la subdistinción “*fatal/non fatal injuries*” o bien la ampliación del modelo tipológico general con la inclusión de la categoría específica “*homicide*”<sup>18</sup>.

La notable variabilidad de los datos sobre la prevalencia de la violencia ocupacional en el sector sanitario resulta además imputable a la diversidad de variables manejadas concernientes a las formas de interacción violenta (cara a cara, por teléfono, por escrito, por correo electrónico, por SMS, por robo o destrucción de pertenencias personales o de instrumental de trabajo, etc.), a los escenarios de desarrollo del incidente (hospital general, centro psiquiátrico, sala de urgencias, consulta ambulatoria, sala de espera, aparcamiento del centro sanitario, calle, ambulancia, domicilio del profesional o del paciente), a las víctimas del acto violento (personal sanitario en general, personal médico, de enfermería o de la administración y servicios del centro) y a los agentes de esta violencia (pacientes o acompañantes en general o bien personas con enfermedad mental subyacente, con antecedentes de abuso de alcohol o de otras drogas en particular o en circunstancias de desventaja o de exclusión social), todo ello cruzado o no por el tipo de centro, de servicio o de turno, o por las principales categorías demográficas. Contribuye asimismo de modo significativo a esta especie de *Babel epidemiológica* la falta de un criterio común de operacionalización de variables como la del periodo temporal considerado para el registro de incidentes violentos; según los informes, este tiempo puede abarcar desde “durante la última

semana”, pasando por “en el último año”, hasta “a lo largo de su vida laboral”.

También explican la complejidad de la tarea de integración de la información disponible la multiplicidad de técnicas de recogida de información empleadas: encuesta de autoinforme, aplicada unas veces cara a cara y otras por teléfono o por correo postal o electrónico (con porcentajes de respuesta notablemente dispares que, según los estudios, oscilan entre el 15% y el 80%), entrevista en el propio lugar de trabajo o bien manejo de fuentes secundarias de datos (como estadísticas oficiales de incidentes laborales violentos proporcionadas por departamentos de trabajo, de justicia o policiales, o bien archivos de casos tramitados a través de pólizas de seguro). Cada técnica genera su propio sesgo característico; en los estudios basados en encuestas autocomplimentadas con bajo porcentaje de respuesta, se da por descontada una sobrerrepresentación de las personas más sensibilizadas hacia la problemática, por haberla vivido de cerca, ya sea en primera o en tercera persona. En los que se maneja documentación relacionada con expedientes de pólizas de seguro o con archivos policiales o judiciales, suele presuponerse un determinado grado de sobre representación de la violencia “física”.

A pesar de todo ello, del conjunto de la literatura científica emana cierta evidencia acumulada que se organiza en torno a unas hipótesis principales: (a) esta violencia constituye un problema complejo, polifacético, grave y emergente a escala global, que presenta una notable variabilidad entre países, entre sectores profesionales, entre departamentos, entre servicios y entre perfiles de agentes agresores; (b) los mayores niveles de riesgo de ocurrencia de incidentes violentos se concentran en servicios psiquiátricos, en urgencias hospitalarias y en ambulancias; (c) el perfil de la persona con mayor probabilidad de ejercer actos de violencia contra profesionales de la salud corresponde al paciente psiquiátrico o con problemas de abuso de alcohol o de otras drogas; (d) los pretextos más frecuentemente invocados como *pseudo* legitimación de una violencia siempre injustificable giran en torno a la cantidad, calidad, puntualidad o coherencia de la información dada, a la frustración de expectativas en cuanto a tiempo de espera o a prescripciones y tratamiento recibidos, y también a la denegación de determinados servicios; (e) la dimensión psicológica de la violencia ocupacional ha sido tradicionalmente minimizada, siendo su impacto no menos grave, por lo que urge investigarla con mayor atención y precisión; (f) la relevancia de esta problemática está determinada tanto por sus costes directos sobre las personas trabajadoras victimizadas como por los indirectos sobre el centro y sobre el mismo sistema sanitario en general; y (g) las políticas preventivas exigen la adopción de medidas tácticas orientadas a reforzar la seguridad del personal, pero sobre todo el diseño de planes estratégicos basados en un conocimiento científico de los factores de riesgo<sup>5, 6, 7, 8, 4, 15, 16, 18</sup>.

Con el ánimo de explorar nuevas fuentes, formas y técnicas de información sobre la violencia ocupacional en el sector sanitario, el propósito general del presente estudio es la presentación de la metodología y de los resultados preliminares del sistema informatizado de Notificación de Incidente Violento (NIV), implementado en un conjunto de centros

sanitarios de Catalunya. Los objetivos específicos son los de dar cuenta de la puesta a punto del sistema NIV, examinar la tipología y la prevalencia de esta forma de violencia en el colectivo investigado, identificar los principales factores de riesgo de la misma y comparar, en la medida de lo posible, los datos obtenidos con los de otras investigaciones de referencia.

## MÉTODO

### Procedimiento

La Sección de Ámbito Sanitario de la *Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball* impulsó la creación de un grupo de investigación sobre violencia ocupacional en este ámbito y la movilización de instituciones, colegios profesionales, sociedades científicas y otras asociaciones profesionales del ámbito sanitario. En este contexto, un total de 38 centros sanitarios de Catalunya en los que previamente se han desplegado Comisiones de Prevención de la Violencia (COPREVI) decidieron participar, voluntaria y gratuitamente, en la fase piloto de la investigación, para lo cual solicitaron el acceso restringido a la página [www.violenciaocupacional.net](http://www.violenciaocupacional.net), activada en mayo de 2005, y al dispositivo on-line de *Notificación de Incidente Violento* (NIV) que la misma ofrece a las entidades participantes. Esta web funciona como un medio de registro integrado de incidentes en tiempo real y de modo confidencial.

La responsabilidad de la notificación de los incidentes violentos de cada centro recae sobre una sola persona especialmente designada para ello por su propia institución y que generalmente pertenece a los departamentos de Recursos Humanos o de Prevención de Riesgos Laborales. Para su alta en la web, recibe un nombre de usuario y una contraseña (que posteriormente puede cambiar, de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos). Previa consulta y aceptación de una cláusula de confidencialidad, introduce sus datos personales y el nombre y las variables censales del centro correspondiente. Por su parte, la administración de la web, efectuadas las correspondientes verificaciones, activa el dispositivo para la realización efectiva de las notificaciones. Cada persona responsable del NIV, independientemente del mes de su incorporación efectiva a la red, notifica todos los casos registrados en su centro desde el día 1 de enero de 2005 hasta la fecha de la notificación siguiendo las pautas de un cuestionario al que accede desde la misma web.

### Instrumento

Para la construcción del cuestionario de notificación se procedió en primer lugar a una selección de ítems representativos y relevantes a partir de una revisión de la literatura<sup>1,5,6,16,18,19</sup>. Antes de su introducción en la web, el borrador del cuestionario fue sometido por dos veces a revisión por una comisión interdisciplinaria (medicina, enfermería y psicología) de personas expertas en violencia ocupacional que, no habiendo intervenido directamente en la elaboración del mismo, desarrollaron la función de “evaluadores externos”. Habitualmente las preguntas están formuladas de acuerdo

**Tabla 1.** Contenidos principales del cuestionario utilizado en el sistema informatizado de Notificación de Incidente Violento (NIV) en profesionales de la salud en su lugar de trabajo ([www.violenciaocupacional.net](http://www.violenciaocupacional.net)).

Escenario y actores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de centro, servicio, lugar, turno</li> <li>• Datos demográficos y laborales de la persona agredida</li> <li>• Datos demográficos, de antecedentes propiciatorios y de otras características relevantes de la persona agresora</li> <li>• Datos del tipo de relación entre la persona agresora y la persona agredida</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modalidades de violencia aplicada (física, verbal, otras)</li> <li>• Pretextos invocados (información, asistencia, trato, tiempo espera, alta médica)</li> <li>• Efectos producidos (físicos, psíquicos, laborales)</li> <li>• Gestión del incidente (inicial, posterior)</li> </ul>

con un modelo de opción múltiple, siendo algunas de ellas de respuesta única (por ejemplo, las correspondientes a categorías censales de sexo, puesto de trabajo o turno) y otras susceptibles de respuesta múltiple (por ejemplo, en relación con el mismo incidente se pueden señalar distintos tipos de violencia: física, verbal, etc.). La Tabla 1 presenta de manera esquemática los principales apartados del cuestionario.

### Muestra, periodo de estudio y análisis

Para el estudio piloto se ha utilizado la muestra de conveniencia integrada por el conjunto del personal empleado durante el periodo de referencia en los 38 centros sanitarios integrados en la red. En total se incluyen alrededor de 18.000 trabajadores, de los que tres cuartas partes son mujeres, una proporción similar dispone de contrato laboral estable, una quinta parte la integra personal médico, y más de la mitad trabaja en el sector de enfermería, mientras el resto lo hace en la administración y en otros servicios. En el presente estudio se presentan los resultados de la notificación en el periodo comprendido entre el 01-01-2005 y el 31-03-2007.

Todos los datos se han tratado estadísticamente mediante el SPSS 14.0.

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se han notificado 501 incidentes violentos, de los que 116 corresponden al año 2005 (0,32/día), 317 al de 2006, (0,87/día) y 68 al primer trimestre de 2007 (0,76 día). Se señalan como escenarios más frecuentes del incidente violento los servicios de atención hospitalaria y ambulatoria (75% de los casos). En el primero de ellos, la mayoría de los incidentes se da en urgencias y significativamente en turno de noche. En el segundo, acontecen en las consultas y sobre todo en el turno de mañana. En un entorno laboral integrado en sus tres cuartas partes por mujeres, también un 77% de las agresiones notificadas han sido

**Tabla 2.** Principales tipos y modalidades de violencia ocupacional notificada desde 38 centros sanitarios de Catalunya en el periodo del 01-01-2005 al 31-03-07.

Tipo de violencia <sup>1</sup>	%	Modalidad	%
Física	35%	Golpes	48%
		Empujones	46%
		Ataques con armas	6%
Verbal	83%	Insultos	39%
		Intimidación	32%
		Amenazas	29%
Otras	14%	Gestos amenazantes	58%
		Invasión del espacio	36%
		Otras	6%

1 El mismo incidente puede involucrar distintos tipos de violencia.

realizadas contra personal femenino. En general, las personas agredidas no han recibido ningún tipo de capacitación específica previa para afrontar situaciones de riesgo de violencia. Por sectores profesionales, el 42% de los incidentes afecta a personal de enfermería, un 35% al médico, el 16% al técnico y administrativo y el 7% a otros sectores. Las formas más frecuentes de violencia notificada aparecen reflejadas en la Tabla 2.

En las agresiones físicas con armas el recurso más utilizado es el objeto contundente (57%), seguido del arma blanca (27%) y de la de fuego (14%). Asimismo, el 57% de las agresiones notificadas como físicas conllevan además alguna otra forma de violencia, generalmente de tipo verbal. En un 21% de los incidentes se combinan al menos tres tipos de violencia.

La persona agresora suele ser un hombre relativamente joven, paciente, que actúa sólo y que en un tercio de los casos es reincidente. En casi una tercera parte de las agresiones concurre alguna situación psicológicamente facilitadora (patología psiquiátrica, drogodependencia o alcoholismo). El comportamiento hostil premeditado aparece sólo en un 5% de los casos notificados. Entre los "motivos" de la conducta violenta más frecuentemente invocados destacan el déficit de calidad o de cantidad de información recibida (33%), la asistencia prestada (24%), el alta médica indeseada (16%), el tiempo de espera (14%) y el trato dispensado (13%).

## DISCUSIÓN

El sistema NIV resulta novedoso con respecto a la encuesta autocumplimentada (habitualmente utilizada en la investigación de la violencia ocupacional), que adolece de un doble déficit de validez imputable tanto al relativamente bajo porcentaje de respuesta (generalmente por debajo del 50%), que le resta representatividad, como al sesgo del autoinforme (*self-report bias*), que induce a un "exceso de subjetividad"<sup>20</sup> traducida en sobreinformación de aquéllo percibido

como socialmente apropiado y deseable y en infrainformación de lo contrario<sup>21</sup>. La combinación de un bajo porcentaje de respuesta a la encuesta con el sesgo de autoinforme genera, a su vez, un sesgo de autoselección (*self-selection bias*), por el que queda sobrerrepresentado el personal más sensibilizado a la temática de la encuesta. El sistema NIV, por el contrario, recoge la totalidad de la información facilitada desde cada centro por observadores profesionales, siendo esta información de mayor calidad por adoptar una “perspectiva externa” (observacional), en contraposición a la “perspectiva interna” (característica de las estrategias basadas en el autoinforme)<sup>22</sup>. Por su parte, el sistema NIV, en su versión actual, puede comportar la limitación pragmática del sesgo del voluntarismo, aunque quizás en algún contexto organizacional se notifique solamente cuando el trabajo de la persona notificadora responsable se lo permita, lo que redundaría en un déficit en cantidad, calidad y puntualidad de las notificaciones. Por otra parte, según se desprende de valoraciones realizadas por personas que han realizado notificaciones de incidentes violentos, el cuestionario NIV mejoraría su operatividad si se le incorporara un breve glosario, estrategia ya utilizada en otras investigaciones sobre violencia ocupacional<sup>18</sup>.

En cuanto a los datos obtenidos destaca el relativamente bajo porcentaje de prevalencia de la violencia ocupacional notificada mediante el sistema NIV en comparación con el que suelen poner de manifiesto muchas de las encuestas de autoinforme<sup>1-5,9,14,16,18</sup>. Este contraste podría atribuirse al diferente procedimiento de obtención de la información y, sobre todo, a la diferente modalidad de la fuente informativa: Las encuestas de autoinforme presentan porcentajes de incidentes “declarados” por las personas que han optado por contestar la encuesta, mientras que el NIV registra incidentes “notificados” por personal experto que maneja sólo la información que ha trascendido a determinados órganos centrales de la institución. Según diferentes informes<sup>14,23,24,25</sup>, sólo una parte de la violencia física y una porción casi insignificante de la psicológica declarada en las encuestas es efectivamente “notificada” a las instancias superiores de la organización o a las instituciones policiales y judiciales. En cuanto a la distribución de los incidentes violentos según tipos de violencia, sectores profesionales implicados, agentes agresores y circunstancias de riesgo de ocurrencia de los incidentes, los datos aportados por el sistema NIV se inscriben en la línea de lo que viene resultando habitual, en términos generales, en otros muchos informes<sup>1-5,9,14,16,18,23-29</sup>.

Algunos de los motivos invocados por las personas agresoras como “justificación” de su conducta violenta remiten a fenómenos y procesos (información, tiempo de espera, prescripciones, etc.) siempre susceptibles de algún tipo de mejora, lo cual, de llevarse a cabo, a su vez podría constituir una excelente práctica preventiva al desarmar determinados argumentos recurrentes en la agresión a profesionales de la salud, a menudo víctimas, como muchos de sus pacientes violentos, de deficiencias organizacionales manifiestamente mejorables.

Para mejorar el conocimiento del fenómeno de la violencia hacia profesionales de la salud en el lugar del trabajo, será muy útil contar en el futuro con estudios que evalúen el impacto psicosocial a medio y largo plazo del incidente vio-

lento en las personas agredidas y en los equipos de trabajo de los que forman parte, tal y como sugieren estudios recientes<sup>4,13,18</sup>. En particular, sería muy interesante conocer el impacto del incidente en la ulterior conducta asistencial y en la ética profesional de los trabajadores afectados, abarcando sus motivaciones, actitudes y valores laborales y profesionales, su implicación con el trabajo y con la organización, así como su compromiso con los pacientes atendidos.

En conclusión, el sistema NIV constituye una técnica novedosa de recogida de información sobre violencia ocupacional en el sector sanitario que, por un lado, corrige determinados sesgos metodológicos de las encuestas autocumplimentadas y por otro resulta susceptible de mejoras técnicas que pueden optimizar su utilidad como herramienta de investigación. Los datos preliminares del estudio piloto realizado ratifican la importancia de la violencia ocupacional como factor de riesgo psicosocial, aportan elementos para el desarrollo de políticas preventivas al respecto y refuerzan la tesis emergente en la literatura científica acerca de la relevancia y la urgencia de poner la dimensión psicosocial de la violencia ocupacional en el primer plano del análisis, tanto en lo que se refiere a la modalidad de la violencia psicológica como en la dimensión psicosocial de su impacto.

## AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Prevent por su concesión de una beca de I+D en Prevención de Riesgos Laborales y al inestimable apoyo social de las personas e instituciones que se han comprometido activamente en el diseño y gestión de la web [www.violenciaocupacional.net](http://www.violenciaocupacional.net).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Di Martino V. Workplace Violence in the Health Sector - Country Case Studies. Synthesis Report; Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health; 2002.
2. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. *Med J Aust.* 2005;183(7):352-6.
3. Maguire J, Ryan D. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14(2):120-7.
4. Rumsey M., Foley E, Harrigan R, Dakin S. National Overview of Violence in the Workplace. Australia: Royal College of Nursing; 2007.
5. OIT/CIE/OMS/ISP. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo/Consejo internacional de Enfermeras/Organización Mundial de la Salud/Internacional de Servicios Públicos. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud; 2002.
6. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
7. Di Martino V, Hoel H, Cooper CL. Preventing violence and harassment in the workplace. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2003.

8. CIE. Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2007.
9. Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *J Adv Nurs*. 2006;55(6):778-87.
10. Henderson AD. Nurses and workplace violence: nurses' experiences of verbal and physical abuse at work. *Can J Nurs Leadersh*. 2003;16(4):82-98.
11. Benveniste KA, Hibbert PD, Runciman WB. Violence in health care: The contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. *Med J Aust*. 2005;183(7):348-51.
12. Anderson C. Training efforts to reduce reports of workplace violence in a community health care facility. *J Prof Nurs*. 2006;22(5):289-95.
13. Parent-Thirion A, Fernández E, Hurley J, Vermeylen G. Fourth European Working Conditions Survey. Dublin: European Foundation; 2007.
14. Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, et al. *Hong Kong Med J*. 2006;12(1):6-9
15. COMB. Quaderns de la bona praxi. Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges. Barcelona: Col.legi Oficial de Metges de Barcelona; 2004.
16. COMB. La violència en el lloc de treball. L'experiència dels metges de Barcelona. Barcelona: Col.legi Oficial de Metges de Barcelona; 2004.
17. Ryan D, Maguire J. Aggression and violence - a problem in Irish Accident and Emergency departments? *J Nurs Manag*. 2006;14(2):106-15.
18. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med*. 2004;61(6):495-503.
19. AMA. Violence in the medical workplace: prevention strategies. Chicago, IL: American Medical Association; 1995.
20. Coyne I, Smith-Lee Chong P, Seigne E, Randall P. Self and peer nominations of bullying: An analysis of incident rates, individual differences, and perceptions of the working environment. *Eur J Work Organizat Psychol*. 2003;12(3):209-28.
21. Donaldson SI, Grant-Vallone EJ. Understanding Self-Report Bias in Organizational Behavior Research. *J Busin Psychol*. 2002;17(2):245-60.
22. Cowie H, Naylor P, Rivers I, Smith PK, Pereira B. Measuring workplace bullying. *Aggression Violent Behav*. 2002;7(1):33-51.
23. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med*. 2006;31(3):331-7.
24. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S, Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med*. 2005;46(2):142-7.
25. Lyneham J. Violence in New South Wales Emergency Departments. *Aust J Adv Nurs*. 2001;18(2):8-17.
26. May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nurs*. 2002;28(3):191.
27. Senuzun Ergün F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev*. 2005;52(2):154-60.
28. Villar M, Aranaz JM. Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2006; 9:20-27.
29. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs*. 2004;13(1):3-10.

**Estrés, trabajo y salud 2008**  
**VII Conferencia internacional**  
**sobre el estrés profesional y la salud**

6 – 8 marzo 2008, Washington (EE.UU.)

*Información:*

American Psychological Association, 750 First Street, NE,  
 Washington DC 20002-4242, EE.UU.

Tel.: 202 336 61 24

E-mail: [wbaker@apa.org](mailto:wbaker@apa.org)

<http://www.apa.org>