

# Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009)

Genís Cervantes<sup>a</sup>, Josep Maria Blanch<sup>b</sup> y Diana Hermoso<sup>c</sup>

Recibido: 30 marzo 2010

Aceptado: 22 junio 2010

---

## RESUMEN

**Objetivo.** Describir la frecuencia, la tipología y las características de los incidentes de violencia ocupacional contra profesionales de la salud registrados mediante un sistema de notificación *online* durante el trienio 2007-2009 en Cataluña.

**Método.** Participa en el proyecto una red de 60 centros sanitarios de Catalunya en los que trabajan en torno a 43.000 profesionales de la salud durante el periodo de referencia. Cada centro asigna a una persona experta en prevención de riesgos laborales la misión de recoger información de los incidentes violentos acontecidos en el mismo y de notificarla a través de la web [www.violenciaocupacional.cat](http://www.violenciaocupacional.cat), rellenando un cuestionario específico.

**Resultados.** Entre enero de 2007 y diciembre de 2009 fueron notificados 1940 incidentes que comportaron violencia física en un tercio de los casos y verbal en más de la mitad de los mismos. En dos de cada tres ocasiones agredió el propio paciente, siendo uno de cada tres agresores reincidente. La mitad de los incidentes aconteció en servicios de atención hospitalaria. Las causas registradas más frecuentemente en relación con la agresión fueron problemas con “tiempos de espera”, “calidad de la información” y “trato recibido”.

**Conclusión.** La información recogida aporta datos relevantes sobre la frecuencia, tipología y características de los incidentes notificados y permite compararlas con las de otras investigaciones de referencia.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia; Personal sanitario; Cuestionarios; Bases de datos; Internet.

---

## WORKPLACE VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE PROFESSIONALS IN CATALONIA NOTIFIED ONLINE (2007-2009)

### ABSTRACT

**Objectives.** To describe the frequency, types and characteristics of incidents of workplace violence against health workers recorded through an on-line reporting system between 2007 and 2009 in Catalonia.

**Methods.** A network of 60 Catalan healthcare centers participated in the project, involving around 43,000 health workers employed throughout the reference period. Each center designed an occupational health specialist to collect information on violent incidents occurring in the center and to notify these incidents via the web [www.violenciaocupacional.cat](http://www.violenciaocupacional.cat) filling out an specific questionnaire.

**Results.** Between January 2007 and December 2009, 1940 incidents were reported. Physical violence was reported in one third of these incidents and verbal violence in more than half of them. In two out of three incidents the patient was the aggressor. In one of three incidents the offenders had antecedents of similar aggressions. Half of the incidents occurred in hospitals. Registered causes more frequently related to aggressions were problems related to “waiting times”, “quality of information” and “personal treatment received”.

---

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

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

c Psicóloga. Departamento Psicología Social, UAB

### 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)

**Conclusión.** The information collected provides relevant data on the frequency, types and characteristics of reported incidents and enables to compare them with those of other relevant research.

**KEYWORDS:** Violence; Healthcare workers; Questionnaires; Databases; Internet

## INTRODUCCIÓN

Distintos organismos internacionales implicados en la calidad de vida laboral y el bienestar en el trabajo consideran la violencia ocupacional como un importante factor de riesgo psicosocial y una cuestión fundamental de derechos humanos y de salud laboral<sup>1-3</sup>. Se trata de una modalidad de violencia interpersonal en forma de acción hostil, consciente y deliberada, practicada por la instancia agresora con la actitud y la intención de causar en la agredida algún tipo de daño, perjuicio, lesión o sufrimiento (físico, psíquico, moral, sexual, profesional, económico, social, jurídico o laboral). La que se realiza específicamente contra profesionales de la salud en su lugar de trabajo (*workplace violence against health care workers*) consiste en un incidente (único o en serie) protagonizado por una o varias personas (pacientes, familiares o acompañantes) y dirigido hacia personal que los atiende<sup>3</sup>. Puede darse en cualquier espacio y tiempo de trabajo y conllevar síntomas fisiológicos emocionales, cognitivos, conductuales y psicosociales en las víctimas directas de la agresión, repercutiendo negativamente de modo manifiesto en su seguridad, salud y bienestar individuales, así como en su dignidad personal y profesional, e impactando de modo latente en la dinámica de su grupo de trabajo, en el clima social del centro y en la calidad del servicio prestado, del sistema sanitario y de la vida de la población<sup>2,4,5</sup>.

El presente estudio se plantea con el objetivo de describir la frecuencia, la tipología y las características de los incidentes de violencia ocupacional contra profesionales de la salud en Cataluña registrados mediante un sistema de notificación *online* durante el trienio 2007-2009.

## MÉTODOS

En el proyecto participan 60 centros sanitarios ubicados en Cataluña, pertenecientes en su mayoría a la red XHUP (*Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública*), en los que estuvieron trabajando, a lo largo del periodo 2007-2009, en torno a unos 43.000 profesionales de la salud. De éstos, nueve de cada diez lo hicieron en hospitales de agudos, mientras que el resto se distribuyeron principalmente en centros sociosanitarios, de atención primaria y de salud mental. Tres cuartas partes de este colectivo fueron mujeres, que ocuparon la mayor parte de las plazas de enfermería.

En 2006 se inició el presente proyecto con la creación de la red de centros comprometidos con el mismo y las respectivas puestas a punto y activación de la web [www.violenciaocupacional.cat](http://www.violenciaocupacional.cat) y del cuestionario específico sobre violencia ocupacional, que se responde *online* a través de la web. Asimismo, cada centro asignó a una persona perteneciente a su organización y experta en prevención de riesgos laborales

la misión de informarse de los incidentes violentos acontecidos en el centro y de notificarlos a través de la web. El protocolo de recogida de información por esta persona durante el periodo 2007-2009 incluyó la realización de entrevistas con profesionales que fueron víctimas de la violencia ocupacional y eventualmente con testigos y otros agentes implicados en el incidente. Su acceso a la web lo realizó mediante el *user* y el *password* que se le fueron asignados por la gestión de la misma, previo adiestramiento y aceptación de una cláusula de confidencialidad. De este modo, pudo notificar cada incidente respondiendo el cuestionario en tiempo casi real, de modo confidencial y desde el mismo escenario organizacional de la agresión, quedando la información introducida automáticamente en la base de datos del proyecto. A esta persona responsable de la notificación también le fue encomendada la función de contactar, cuando las circunstancias del caso lo exigieran, con la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social del centro, para facilitar, en caso necesario, el apoyo médico o psicológico, los trámites del comunicado de accidente (con o sin baja laboral) o el acceso al servicio de asesoría jurídica del propio centro o del colegio profesional.

La información sobre el incidente violento se recogió en un cuestionario diseñado específicamente. Los ítems incluidos en el cuestionario se seleccionaron de acuerdo con los criterios psicométricos de relevancia y de representatividad teórica<sup>6-8</sup>. Para el cumplimiento del criterio de relevancia, se hizo una revisión de la literatura con el objetivo de identificar los tópicos centrales en la investigación sobre el problema. Para el criterio de representatividad (con el que se trata de garantizar que los ítems seleccionados representan los aspectos importantes del campo semántico de la violencia ocupacional en el ámbito sanitario), se sometió el borrador del cuestionario a revisión por una comisión interdisciplinaria (medicina, enfermería y psicología) de personas expertas en violencia ocupacional que no habían intervenido directamente en la elaboración inicial del cuestionario.

Las diversas formas que puede adoptar la violencia ocupacional contra profesionales de la salud fueron agrupadas en cuatro categorías principales: (a) *violencia verbal*, referida al uso de la palabra por parte de la persona agresora para ofender, insultar, injuriar, difamar, desacreditar, ridiculizar, ultrajar, amenazar, intimidar, atemorizar, etc., la persona agredida. Habitualmente se da en interacciones cara a cara y ocasionalmente a través de mensajes telefónicos, electrónicos, vía SMS, escritos en papel, etc. A veces, va precedida, acompañada o seguida de otras manifestaciones de agresión; (b) *violencia física*, referida al contacto corporal en forma de empujón, patada, bofetada, puñetazo, golpe con alguna otra parte del cuerpo, arañazo, mordedura, estirón de cabello, escupitajo o bien de ataque con algún objeto contundente o cortante, con manejo de arma blanca o de fuego o median-

**Tabla 1.** Contenidos principales del cuestionario de violencia ocupacional. Sistema de notificación de incidentes violentos contra profesionales de la salud en Cataluña (www.violenciaocupacional.cat)

Características del incidente	Variable
Persona agredida	Edad
	Sexo
	Años de ejercicio laboral
	División asistencial
	Categoría profesional
	Tipo de contrato
	Preparación recibida para actuar en situaciones de riesgo
Persona agresora	Antecedentes como víctima de violencia ocupacional
	Edad
	Sexo
	Condición de reincidente en otras ocasiones
Circunstancias del incidente	Relación asistencial habitual con la persona agredida
	Antecedentes de patología propiciatoria
	Número de personas agresoras
	Fecha y hora de la agresión
Circunstancias del incidente	Turno de trabajo
	Número de personas agredidas
	Lugar o servicio
	Tipo de agresión
	Motivo invocado para la conducta violenta
	Consecuencias laborales y psicofísicas iniciales en la persona agredida
	Intervención de agentes de seguridad
	Acciones emprendidas contra la persona agresora

te el recurso a cualquier otro tipo de objeto o sustancia capaz de causar daño o lesiones en la persona agredida; (c) *violencia simbólica*, que contempla los ataques sutiles en forma de invasión del espacio personal, de intrusión en lugares no autorizados, de realización de gestos intimidatorios, de ostentación de armas, etc., que puede ir asociado o no a la violencia verbal o física; y (d) *violencia económica*, relativa a la apropiación, deterioro o destrozo de objetos y pertenencias del centro o particulares del personal empleado en el mismo, manoseo de instrumental de trabajo o de mobiliario de la institución, etc.

El formato de los ítems del cuestionario se ajusta a un modelo de opción múltiple, siendo algunos de ellos de respuesta única (categorías censales de sexo, puesto de traba-

**Tabla 2.** Motivos referidos como justificación de la conducta violenta (respuesta múltiple). Sistema de notificación de incidentes violentos contra profesionales de la salud en Cataluña (www.violenciaocupacional.cat), 2007-2009 (n=1.940).

	%
<b>Tiempo de espera:</b> Sala de espera de consulta, urgencias y otras situaciones relacionadas con el tiempo en recibir asistencia.	17,4
<b>Información recibida por persona usuaria o paciente:</b> Insuficiente (por falta o no de recursos humanos), tardía, inespecífica o de poca calidad, confusa o contradictoria.	29,4
<b>Dinámica asistencial:</b> Frustración por disconformidad o por simple incumplimiento de expectativas relativas a tratamiento, prescripciones, pruebas complementarias, etc.	25,2
<b>Trato recibido:</b> Mala relación percibida entre profesional y usuario, atribuida a falta de empatía o de preparación del profesional en el manejo de situaciones.	12,2
<b>Alta médica o laboral:</b> Médica en centros hospitalarios, sociosanitarios y salud mental. Laboral en centros atención primaria y gestión contingencias.	15,8

jo, turno, etc.) y otros susceptibles de respuesta múltiple. Por ejemplo, dentro de la categoría “agresión verbal”, puede elegirse más de una de las respuestas “insulto”, “amenaza verbal” o “intimidación verbal”. Lo mismo puede ocurrir en preguntas como la relativa a los pretextos invocados como motivación del incidente, que admite también la elección de varias respuestas (información, asistencia, trato, tiempo de espera, alta médica, etc). La Tabla 1 resume los principales contenidos del cuestionario.

## RESULTADOS

Entre enero de 2007 y diciembre de 2009 fueron notificados 1940 incidentes, de los que 550 corresponden a 2007, 758 a 2008 y 632 a 2009. Por tipo de asistencia, a lo largo del periodo estudiado los mayores índices de incidencia correspondieron, en primer lugar, a la gestión de contingencias comunes y profesionales (incapacidad temporal y permanente) y al servicio de inspección. Les siguieron los correspondientes a los servicios de salud mental y a los de atención primaria.

Un 76,9% de las agresiones incluyó violencia *verbal* (algunas veces, precediendo y acompañando a las demás). Asimismo, en un 37,9% de los casos se notificó violencia *física*, en un 15,5% la *simbólica* y en un 2,6% la *económica*. Los motivos más frecuentemente señalados como desencadenantes del episodio violento se resumen en la Tabla 2.

El personal femenino, que constituyó las tres cuartas par-

tes del total de la población de referencia, fue asimismo víctima de tres de cada cuatro actos de violencia ocupacional notificados. Por su parte, la persona agresora fue un hombre en un 63,2% de los casos. El caso típico de persona trabajadora agredida perteneció mayoritariamente a los sectores profesionales de la medicina o de la enfermería, teniendo una edad media de 34,5 años y una antigüedad en el oficio de 6 a 15 años, gozando de contrato estable o indefinido en el 80% de los casos.

Un 42,5% de las personas agredidas declaró haberlo sido agredida anteriormente en alguna otra ocasión y otro 59,4% reconoció no haber recibido ningún tipo de formación específica para el manejo de situaciones violentas. En más de la mitad de los incidentes (55,9%), no existía una relación asistencial habitual entre las personas agresora y agredida. El 71,7% de los incidentes de agresión son protagonizados por el propio paciente quien, en el 91,5% de las ocasiones, actúa sólo.

En un 34,3% de los casos notificados, el agente agresor fue reincidente. Asimismo, en una tercera parte de los incidentes concurrió alguna *circunstancia propiciatoria* (patología psiquiátrica, drogodependencia o alcoholismo), en el marco de la cual, la reincidencia se dio en dos de cada tres casos. En menos de la mitad de los casos (48,4%), se produjo intervención de colegas o de algún tipo de fuerzas de seguridad, si bien, a lo largo del periodo considerado, fue apareciendo cada vez con más frecuencia la actuación de dispositivos de seguridad contratados por los mismos centros. En una de cada cinco situaciones de crisis, se realizó la intervención inmediata de algún colega o jefe de unidad o de área.

Atendiendo a las consecuencias de los actos violentos, en un 21% de los casos se hicieron concesiones inmediatas a las exigencias de la persona agresora (pruebas complementarias, medios de transporte sanitario, etc.) y sólo en un 5% de los incidentes se inició un proceso judicial formal. En cuanto a los efectos de la violencia sobre las víctimas, si bien sólo un 3% de ellas solicitó una baja laboral a raíz de la agresión recibida, un 27% de las mismas declaró haber experimentado efectos psicológicos derivados de aquel acontecimiento traumático. Además un 56% de las víctimas reconoció el potencial impacto negativo del suceso en su propia práctica asistencial y en la de su grupo de trabajo.

## DISCUSIÓN

Los datos aportados por esta investigación pueden compararse con los de otros estudios similares con las limitaciones derivadas de la variedad de métodos y herramientas utilizadas en la recogida de la correspondiente información. A ese respecto, en la literatura epidemiológica sobre violencia ocupacional contra profesionales de la salud predominan las encuestas de autoinforme, pero también se recurre a la documentación proporcionada por expedientes de pólizas de seguro o por archivos policiales o judiciales. Cada una de estas técnicas comporta sus sesgos característicos: mientras que en expedientes y archivos suele estar sobre representada la violencia física<sup>9</sup>, los autoinformes suelen distorsionar la información<sup>10-12</sup> debido a la variabilidad de los porcentajes de respuesta (generalmente bajos), a las propias características de la metodología<sup>12,13</sup> y, sobre todo, a la sobrepre-

sentación (por autoselección) del personal más sensibilizado a la temática y más propenso por tanto a informar sobre estos fenómenos. Ello podrían derivar en un incremento en el número de incidentes declarados, lo que exageraría las dimensiones del problema.

Diversos estudios coinciden en señalar que sólo un bajo porcentaje de los incidentes declarados en encuestas de autoinforme trasciende en forma de notificación a los órganos centrales de la institución que ha sido escenario de estos incidentes. Así, no fueron notificados (a través de una denuncia formal) el 17% de los incidentes violentos declarados en una encuesta de autoinforme por enfermeras de servicios de urgencias de cuatro hospitales de Turquía<sup>14</sup>, el 30% de los incidentes violentos registrados en servicios de urgencias en una red de hospitales australianos<sup>15</sup>, el 82% de los abusos verbales referidos por enfermeras en hospitales de Hong Kong<sup>16</sup>, ni el 64% de los "asaltos físicos" padecidos por el conjunto del personal sanitario de los servicios de urgencias de cinco hospitales estadounidenses<sup>17</sup>. Es por ello que las directrices de diversos organismos internacionales<sup>2,3,18,19</sup> recomiendan al personal sanitario que "notifique" los incidentes violentos haciéndolos visibles más allá de los círculos privados y próximos al entorno de las víctimas.

En el presente este estudio se aplicó una técnica novedosa de recogida de información, en la que una sola persona responsable en cada centro participante notifica los casos detectados. La distribución de los incidentes violentos recogidos en el presente informe según los dos principales tipos de violencia establecidos (física, en el 38% de los incidentes, y verbal, en el 77%) coincide, en líneas generales, con los datos obtenidos en investigaciones realizadas en otros países. Así, Winstanley y Whittington<sup>20</sup> observaron frecuencias del 27% de violencia física y un 68% de violencia psicológica en los incidentes notificados en personal sanitario de hospitales del Reino Unido. Por su parte, Kowalenko y cols.<sup>21</sup> describen, respectivamente, 28% y 75% en médicos de urgencias norteamericanos. Kwok y cols.<sup>16</sup> encuentran frecuencias del 18% y 73% en los incidentes acaecidos en enfermeras de Hong Kong. Por su parte, Senuzum y Karadakovan<sup>14</sup> informan del 19% y el 98% en enfermeras de servicios de urgencias en Turquía. Por último, May y Grubbs<sup>22</sup> describen frecuencias del 74% y el 88% en enfermeras empleadas de una unidad de agudos de un hospital de Florida.

En relación con estudios realizados en España, se observa una notable coincidencia con los datos del estudio del COMB<sup>23</sup>, en el que se describe un 28% de violencia física y un 70% de psicológica en los incidentes declarados por profesionales de la medicina barceloneses. En otro estudio realizado sobre una muestra de 1826 profesionales de la salud pertenecientes a tres hospitales y 22 centros de Atención Primaria de Zaragoza<sup>24</sup>, el 11% de los trabajadores declaró haber sido víctima de una agresión física (un 5% en más de una ocasión). Más de la mitad de los trabajadores reconoció haber estado expuesto a comportamientos amenazantes, intimidación o insultos. El 34% recordó haber sufrido amenazas e intimidación en al menos una ocasión, y el 24% de forma repetida. Así mismo, el 35% afirmó haber recibido insultos al menos una ocasión y el 24% repetidamente. En este estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre agresión física y sintomatología psíquica; pero

sí, en cambio, entre violencia no física y síntomas de estrés postraumático, lo cual concuerda con lo hallado en el presente estudio, en el que un 27% de las víctimas de incidente violento declara haber experimentado efectos psicológicos derivados del mismo. En el trabajo de Gascón y cols.<sup>24</sup>, el apoyo recibido por parte de la administración aparece como el factor modulador más importante de la sintomatología psicológica: a mayor experiencia de apoyo, menor presencia de síntomas psíquicos.

En un estudio presentado por Camerino y colegas<sup>25</sup>, realizado sobre un colectivo de 34.107 profesionales de enfermería empleados en 565 instituciones de asistencia sanitaria de ocho países europeos, se cuantificaba igualmente la frecuencia de la violencia en el lugar de trabajo (en sus diversos niveles de cualificación) y sus consecuencias sobre la salud psicológica de las víctimas. La frecuencia de los diferentes tipos de violencia presentaban variaciones por países. En sus conclusiones, el estudio sugiere intervenciones preventivas sobre las condiciones de trabajo. En esta misma línea, el conocimiento aportado por nuestro estudio acerca de los principales motivos invocados por las personas agresoras como motivo de su conducta violenta remite habitualmente a presuntas deficiencias organizacionales (información, asistencia, tiempo de espera, trato, etc.) cuya mejora podría acaso constituir una buena práctica preventiva.

En comparación con los datos obtenidos hace dos años sobre la misma población y con la misma metodología<sup>26</sup>, se constatan notables coincidencias generales y algunos contrastes, como el incremento del número de notificaciones procedentes de la atención hospitalaria, disminuyendo las procedentes de la atención primaria.

El presente estudio tiene algunas limitaciones. Así, no disponemos de datos acerca de la calidad y validez de las notificaciones por parte del personal designado en cada centro. Resulta igualmente difícil disponer de datos precisos y actualizados sobre la composición demográfica de la población de referencia incluida en el estudio, en permanente evolución. Por otra parte, aunque consideramos que los casos notificados son representativos de lo que acontece en la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* (XHUP) de Cataluña, no son necesariamente representativos del conjunto de la sanidad catalana ni española.

En cualquier caso, la información recogida aporta datos relevantes sobre frecuencia, tipología y características de los incidentes violentos notificados y permite comparaciones con las de otras investigaciones de referencia. En la agenda para futuras investigaciones, deberá tenerse en consideración la evaluación del impacto a medio y largo plazo de la violencia ocupacional sobre las víctimas directas e indirectas, así como sobre los grupos de trabajo y sobre aspectos no laborales de la vida de las personas afectadas. Muy especialmente, el seguimiento de la huella psicológica que la violencia ocupacional pueda haber dejado en las motivaciones, actitudes y valores profesionales de quienes la han padecido, en su ética y en su conducta asistencial, así como en su implicación con el trabajo, con la organización en que lo desarrollan y con las personas a las que atienden.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Parent-Thirion A, Hurley J, Hurley J. Fourth European Working Conditions Survey. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2007.
2. 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.
3. 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; 2003.
4. Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health; 2003.
5. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Ryan AD, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med.* 2004; 61: 495-503.
6. Camarero L. Representatividad estadística versus social. *Metodología de Encuestas.* 2004; 6(1) 61-70.
7. Alvaro M. Principios psicométricos de la evaluación psicológica. En: Buela G, Sierra JC, coordinadores. *Manual de Evaluación Psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones.* Madrid: Siglo XXI; 1997.
8. Messick S. Validity of psychological assessment. *Am Psychol.* 1992; 50: 741-9.
9. 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.
10. Othmer E, Othmer SC. DSM IV. La entrevista clínica. El paciente difícil. Barcelona: Masson; 1996.
11. Fernández-Ballesteros R. Introducción a la Evaluación Psicológica. Madrid: Pirámide; 1992.
12. Aragón LE, Silva A. *Evaluación Psicológica.* México: Pax; 2004.
13. Hales RE, Yudowsky SC. *Tratado de Psiquiatría clínica.* Barcelona: Masson; 2005.
14. Senuzun Ergün F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev.* 2005; 52(2): 154-60.
15. Lyneham J. Violence in New South Wales Emergency Departments. *Aust J Adv Nurs.* 2000; 18 (2): 8-17.
16. Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2006; 12: 6-9.
17. Gates D, Ross C, McQueen, L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med.* 2006; 31 (3): 331-7.
18. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World Report on Violence and Health.* Geneva: World Health Organization; 2002.
19. Rumsey M., Foley E, Harrigan R, Dakin S. National Overview of Violence in the Workplace. Australia: Royal College of Nursing; 2007.
20. 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.
21. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med.* 2005; 46 (2): 142-7.

22. 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):191-7.
23. COMB. La violència en el lloc de treball. L'experiència dels metges de Barcelona. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 2004.
24. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, Rueda MA. Aggression towards health care workers in Spain: a multifacility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health.* 2009;15(1):29-35.
25. Camerino D, Estry-Behar M, Conway P, van Der Heijden B, Hasselhorn H. Work-related factors and violence among nursing staff in the European. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(1): 35-50.
26. Cervantes G, Cantera L, Blanch JM. Arch Prev Riesgos Labor. 2008; 11 (1): 14-19.

**PREMUS 2010**  
**VII Conferencia internacional**  
**para la prevención de alteraciones**  
**musculoesqueléticas**

29 agosto - 3 septiembre de 2010, Angers (Francia)

*Información:*

PREMUS 2010 / NUKLEUS, Mme B. Louis

Tel.: 01 45 88 66 44. Fax: 01 45 88 70 10

E-mail: [registration@premus2010.org](mailto:registration@premus2010.org)

[http:// www.premus2010.org](http://www.premus2010.org)