

## La investigación de la violencia en el entorno sanitario: el problema del método

**Autor:** Rubén Blanco Escribano (1)

**Colaborador:** Juan Vicente Beneit Montesinos (2)

**Email:** rubenblanco\_1177@hotmail.com

**Categoría profesional y lugar de trabajo:**

(1) Hospital Universitario Ramón y Cajal; (2) Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid (Madrid, España)

### INTRODUCCIÓN

La violencia siempre ha formado parte de la vida laboral y ha llegado a convertirse en "un problema mundial que atraviesa fronteras, contextos de trabajo y grupos profesionales" (1). En el sector sanitario, sin embargo, este hecho no despertó el interés de los investigadores hasta la década de los ochenta. Hoy en día, sin embargo, las investigaciones sobre el tema son ya incontables, como lo prueban las revisiones sistemáticas de Edward et al. (2), Hahn, et al. (3), Hills y Joyce (4), Spector, Zhou y Che (5), Taylor y Rew (6). A pesar de ello, sigue siendo válido a este respecto el diagnóstico que hicieran hace más de veinte años dos de los expertos más reconocidos: uno de los temas pendientes es la necesidad de instrumentos fiables y convenientemente validados (7) en los que depositen su confianza los investigadores.

Este artículo tiene como principal objetivo analizar los instrumentos utilizados en la evaluación de la incidencia y la prevalencia de las distintas manifestaciones del comportamiento violento en el entorno sanitario con el fin de señalar los acuerdos y desacuerdos entre ellos y las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

#### El (infructuoso) empeño en disponer de un cuestionario propio

El primer hecho que hace acto de presencia cuando se analiza la literatura especializada es la gran cantidad de investigaciones que han optado por elaborar su propio cuestionario, que en la mayoría de las ocasiones tan solo se utilizan para el estudio para el que han sido diseñados. En la investigación sobre la violencia en el entorno sanitario, los instrumentos empleados de manera expresa para un determinado estudio (normalmente

cuestionarios) suelen compartir tres características: a) ausencia generalizada de procedimientos de validación, que es el principal argumento en el que se apoya la interpretación de los resultados; b) invocación al recuerdo de lo acontecido en el último año (algunos de ellos (8-10) remiten a los participantes a los últimos seis meses o al último mes), y finalmente c) frecuente ausencia de un marco teórico respecto a la violencia ocupacional. Además de la ausencia de procedimientos de validación, invocar el recuerdo de los acontecimientos violentos de los que se haya podido ser víctima durante el último año puede ser considerado un aspecto especialmente crítico en estas investigaciones. Lo es de manera particular cuando, en un complejo ejercicio de memoria, se pide a los participantes que recuerden si fueron objeto de acciones violentas una o dos veces, entre tres y cinco, o seis o más veces (11) o cuando se hace una sola pregunta formulada en términos generales (por ejemplo, ¿"has tenido alguna vez una experiencia de acoso sexual por parte de tus pacientes"? (12).

#### Cuestionarios estandarizados

Las dos principales cuestiones críticas relacionadas con los cuestionarios "ad hoc" no pasaron desapercibidas para quienes se propusieron elaborar un instrumento capaz de evaluar la incidencia y la prevalencia de los comportamientos violentos en el entorno sanitario. A la hora de justificar su formulario de incidentes violentos ("Violence Incidence Form"- VIF-), Judith Arnetz (13) parte de un sencillo argumento: el registro regular de los acontecimientos violentos nos da una visión más realista, por su inmediatez, de la violencia a la que están expuestos los profesionales de la salud (13). El formulario llega a un importante nivel de detalle de acuerdo al siguiente guión: a) lugar en el que

trabaja, tipo de trabajo que desempeña y sexo de la víctima; b) fecha, hora y tipo de incidente ocurrido; c) actor del incidente y sus características (edad, sexo, estimación de su estado psicológico); d) lugar en el que ha tenido lugar; e) actividad que lo precedió; f) momento en el que ocurrió; g) expectativa de que pudiera ocurrir; h) si el profesional estaba solo o acompañado cuando ocurrió; i) acción emprendida por la víctima; j) consecuencias. En estudios posteriores, la propia autora ha preferido confiar en el registro oficial de los incidentes violentos del que disponen las instituciones hospitalarias, o los reportados electrónicamente por los profesionales sanitarios al "Occupational Health Services" (OHS) (14).

Una argumentación muy parecida a la empleada por Judith Arnetz (13) es la que utilizan Yudofsky et al. (15) y Palmstierna y Wisted (16) a la hora de plantear sendos instrumentos de evaluación de los comportamientos agresivos en los entornos sanitarios (en ambos casos en el entorno psiquiátrico): disponer de un sencillo formulario de incidencias en el que queden registradas y documentadas las conductas agresivas sufridas u observadas es una estrategia mucho más fiable que los cuestionarios de auto-informe (15). Para ello proponen una sencilla escala de observación (la "Overt Aggression Scale"-OAS-) en la que al trabajador sanitario se le pide que anote: a) nombre y género del paciente; b) fecha y hora en la que ocurrió el incidente; c) tipo y duración del incidente; d) listado de acciones emprendidas por la víctima tras el incidente, y e) comentarios (15). La OAS es fácil de cumplimentar, sus propiedades psicométricas son más que aceptables, y tiene además la capacidad de documentar y cuantificar las conductas agresivas sobre acontecimientos realmente ocurridos, aunque siempre queda en el aire la posibilidad de que haya acontecimientos que no se registren.

Palmstierna y Wisted (16) persiguen un objetivo prácticamente idéntico al del VIF y el OAS: poner a disposición de los trabajadores sanitarios una sencilla escala de observación ("Staff Observation Scale"-SOAS) capaz de dar cuenta de los incidentes agresivos protagonizados por los pacientes psiquiátricos de los que fuera testigo o víctima cualquier miembro de staff sanitario. El punto del que parten es plenamente coincidente con los anteriores: el riesgo de fundamentar un instrumento para medir las acciones violentas en los informes subjetivos. El SOAS proporciona cinco categorías de observación: a) qué ha provocado el incidente; b) de qué medios se ha servido el paciente: verbales, físicos, etc.; c) cuál era el objeto de la agresión (ninguno en concreto, un sanitario, otro paciente, otra persona); d)

qué consecuencias ha tenido para la víctima, y e) qué ha hecho la víctima para detener la agresión. Todo ello culmina con una referencia al día y hora en que ocurrió el incidente. Cada uno de los componentes de los tres aspectos centrales (medios, objeto de la agresión y consecuencias) se evalúan en una escala ordinal de 0 a 4 puntos, cuyo resultado final daría cuenta de la severidad del incidente. A esta primera versión se le añadirán posteriormente dos nuevas categorías: las señales de alarma procedentes del agresor (por ejemplo, incremento de la ansiedad, muestras de enfado o ira, etc.) (17) y la auto-agresión (18). La aplicación de esta nueva versión (SOAS-R) a un total de 677 episodios registrados en tres centros psiquiátricos holandeses a lo largo de distintos periodos de tiempo (entre 3 y 12 meses) permite a los autores proceder a su validación y precisar el nivel de gravedad para concluir que el SOAS-R no solo ofrece a los investigadores un instrumento que permite medir de manera fiable los incidentes agresivos, sino que les ofrece además una aproximación precisa de su gravedad (18). El uso de esta escala ha estado muy localizado geográficamente en el norte de Europa y ha sido aplicada de manera prácticamente exclusiva en los servicios de psiquiatría. La revisión de los 37 estudios que la habían utilizado a los 15 años de ser validada (19) ofrece, más allá de sus buenas propiedades psicométricas, algunos resultados de interés. El principal de ellos vuelve sobre uno de los temas críticos en la investigación sobre la violencia en los entornos sanitarios: las diferencias en los niveles de prevalencia por paciente y por país (mayor prevalencia en Suecia y el Reino Unido que en Alemania). Estos resultados podrían sugerir la existencia de criterios culturales diferentes a la hora de usar la escala, lo que vendría a ser un reflejo de distintas maneras de entender la violencia en los entornos laborales.

Jansen, Dassen y Moorers (20) diseñan un cuestionario que pretende revelar cómo perciben el fenómeno de la agresión los profesionales de enfermería de los servicios y hospitales psiquiátricos ("Perception of Aggression": POAS) y la relación que dicha concepción tendría con características personales y organizacionales de los participantes (años de experiencia, formación en el manejo de la agresión, edad, tareas a desempeñar, turno, etc.). En su versión original, la POAS constaba de 60 enunciados, que fueron reducidos a la mitad que acabaron agrupados en torno a tres dimensiones: a) agresión como una reacción normal a sentimientos de ira o enfado por parte del paciente; b) agresión como una reacción violenta y amenazante, y c) agresión como una reacción funcional. Partiendo del POAS, Jansen,

Middel y Dassen (21) desarrollan un cuestionario de 32 enunciados (ítems) ("The Attitudes of Aggression Scale"-ATAS), que aplican a una muestra de 1834 enfermeros y enfermeras empleadas en hospitales psiquiátricos de siete países en el marco de "European Violence in Psychiatry Research Group" (EVI-PRG). El análisis de componentes principales reduce los enunciados a 18 y los agrupa de acuerdo con los siguientes criterios: a) agresión como un comportamiento ofensivo en términos de ofensa, daño, comportamiento inaceptable, etc.; b) agresión como un acto comunicativo, como una señal procedente de un paciente indefenso que pretende mejorar la relación terapéutica; c) agresión como un acto destructivo; d) agresión como una acción protectora del espacio físico o emocional, y e) agresión como un acto intrusivo con la intención de dañar a otras personas.

Uno de los grupos de investigación más reconocidos en el contexto europeo es el dirigido por Sabine Hahn (22,23). La mayoría de sus investigaciones sobre la violencia perpetrada contra los profesionales de la salud por parte de los pacientes y los visitantes ("Patient and Visitor Violence": PVV) ha utilizado una adaptación al alemán de la encuesta sobre la violencia experimentada por los profesionales ("Survey of Violence Experienced by Staff- SOVES) originalmente propuesta por McKenna (24). La versión alemana (SOVES-G) incluye las seis siguientes secciones: a) características y atributos del staff profesional; b) experiencias de PVV a lo largo de la carrera profesional; c) experiencia de amenazas, PVV verbal y física a lo largo del último año; d) experiencia de amenazas, PVV verbal y física a lo largo de la última semana laboral; e) consecuencias de la PVV y sistema de apoyo disponible, y e) contenidos de formación y habilidades de intervención a la hora de manejarse con la PVV (25). La validación de la escala corrió a cargo de un panel de ocho expertos en el campo de la agresión en el entorno sanitario procedentes de Alemania, Austria y Suiza (26). El punto clave de la validación del SOVES en alemán (SOVES-G) y su posterior revisión (SOVES-G-R) parte de un supuesto al que venimos prestando atención desde el comienzo de este artículo: la inclusión de una nueva categoría (las experiencias de PVV vividas en la última semana), que permite un recuerdo más preciso y vívido de los acontecimientos, ofrece una comprensión más válida de los incidentes violentos (25) y posibilita sortear y reducir los sesgos de la memoria y mejorar la calidad de la información proporcionada por los participantes en relación a las características del paciente o del visitante (estado emocional, género, edad, diagnóstico), los procesos organizacionales que pudieran estar en el origen de la acción violenta, y las reacciones subsiguientes a ella.

Aunque no están todas, las que acabamos de mencionar son sin duda las escalas y cuestionarios estandarizados más utilizados para la evaluación de la violencia en los entornos sanitarios. Ninguno de ellos añade nada especialmente decisivo ni significativo al propuesto y diseñado conjuntamente por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería y la Internacional de Servicios Públicos (1). Se trata de un cuestionario de 86 preguntas precedidas de un glosario en el que se definen los principales términos: violencia física y violencia psicológica (abuso, *bullying/mobbing*, acoso, acoso sexual, acoso racial y amenaza). A este núcleo central se añadirán otros dos bloques de preguntas: datos personales y profesionales de los participantes, y medidas habilitadas desde la organización sanitaria para hacer frente a la violencia contra los trabajadores. El cuestionario se cierra con tres preguntas abiertas sobre los factores que, desde el punto de vista de los participantes, contribuyen a la violencia física y a la violencia no física, y en torno a las medidas para reducir ambas manifestaciones.

En el panorama español se reproducen las dos tendencias previamente comentadas: investigaciones realizadas mediante cuestionarios carentes de validación y elaborados de manera expresa para una determinada ocasión (27-30), y estudios llevados a cabo mediante cuestionarios validados de acuerdo con las pautas marcadas por la metodología al uso (31-34). Si centramos nuestra atención, como es de rigor, en el segundo grupo, observamos que sus investigaciones se han valido de sendas escalas convenientemente validadas: una, para analizar la violencia procedente de los compañeros/as y jefes en el marco hospitalario (Hospital Aggressive Behaviour Scale-Co-workers-Superiors – HABS-CS) (33), y otra para estudiar la violencia procedente de los usuarios en los entornos hospitalarios (escala de conductas agresivas hospitalarias por parte de los usuarios (Health-care workers Aggressive Behaviour Scale-Users-HASBS-U) (34). Ambas escalas tienen excelentes propiedades psicométricas. La primera consta de 17 ítems que se agrupan alrededor de los siguientes factores: a) *bullying* activo por parte de los jefes; b) *bullying* personal por parte de los colegas; c) *bullying* ocupacional pasivo por parte de los colegas; d) *bullying* ocupacional pasivo por parte de los jefes, y e) *bullying* relacionado con el trabajo por parte de los colegas (34). Por su parte, la HABS-U consta de 10 ítems agrupados en torno a dos dimensiones: violencia física y violencia no física. En este caso, a cada ítem se responde a través de una escala tipo Likert de seis alternativas: nunca, anualmente, cada quince días, mensualmente, semanalmente, diariamente.

## CONCLUSIONES

La revisión de los principales instrumentos de medición utilizados en el estudio de la violencia en el campo de la salud, parece mostrar que, a día de hoy, el principal problema parece ser la abundancia de instrumentos que no han seguido los pasos pertinentes para su validación, y el escaso uso que ha hecho de los instrumentos ya validados. De los 31 estudios que abarca la revisión de Hahn, et al. (3), tan solo seis de ellos se han servido de cuestionarios estandarizados (VIF, SOVES, o el cuestionario elaborado por la OIT, OMS, CME y ISP); en el resto se ha optado por cuestionarios expresamente elaborados para la ocasión. La revisión sistemática de Taylor y Rew (6) está limitada al servicio de urgencias. De los 10 estudios que forman parte de esa revisión, tan solo uno utiliza un cuestionario estandarizado (el SAVE), y ninguno de ellos, subrayan los autores, utiliza el mismo instrumento.

La proliferación de cuestionarios "ad hoc" suele ir acompañada de una escasa aportación teórica o metodológica al estudio de la violencia en el entorno sanitario y cuestiona la necesidad de que cada investigador elabore su propio instrumento de medición, lo que viene a significar una escasa confianza en los cuestionarios estandarizados y validados existentes en este campo.

El registro regular de los incidentes agresivos protagonizados por los pacientes a través del VIF, del OAS o del SOAS ofrece varias ventajas respecto al resto. La más importante es que los datos reflejan incidentes realmente ocurridos, sobre todo si el incidente se registra inmediatamente después de haber ocurrido. Pero le acompañan también algunas debilidades: a) esta tarea no forma parte de las actividades rutinarias; b) requiere una motivación sostenida en el tiempo. En el caso del VIF, la propia autora lo advirtió desde el primer momento: la mayoría de los incidentes se registran en los dos o tres primeros meses; después, la motivación decae y el interés inicial se apaga (13), finalmente, c) se corre el riesgo de prestar una atención selectiva dejando sin informar de los incidentes aparentemente menores (19), dando lugar a uno de los fenómenos que mayor atención ha recibido en este campo: la ausencia de registros, información o denuncias de los incidentes violentos (10,12,35,36).

Los cuestionarios estandarizados más utilizados (POAS, ATAS, POPAS, SOVES, SAVE y SOVES-G) constan de buenas propiedades psicométricas, pero ninguno de ellos ha sido validado en castellano. Prácticamente todos ellos comparten un guión muy parecido en torno a los tres siguientes aspectos: a)

incidencia de diversas modalidades de violencia física y verbal; b) consecuencias, y c) medidas propuestas por la organización sanitaria para afrontar estas situaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Mundial de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud e Internacional de Servicios Públicos (2003). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: OIT, CME, OMS, ISP.
2. Edward, K-L., Stephenson, J., Ousey, K., Lui, S., Warelow, P., y Giandinoto, J-A. (2015). A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 289-299.
3. Hahn S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. (2008). Patient and visitor violence in general hospital: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 431-441.
4. Hills, D., & Joyce, C. (2013). A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical practice. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 554-569.
5. Spector, P.E., Zhou, Z.E., and Che, X.X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, *bullying*, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 72-84.
6. Taylor, J. L., y Rew, L. (2010). A systematic review of literatura: workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1072-1085.
7. Neuman, J.H., y Baron, R.A. (1998). Workplace Violence and Workplace Aggression: Evidence Concerning Specific Forms, Potential Causes, and Preferred Targets. *Journal of Management*, 24, 391-419.
8. Gates, D.M., Ross, C.S., McQueen, K. (2006). Violence against Emergency Department Workers. *The Journal of Emergency Medicine*, 31, 331-337.
9. Kowalenko, T., Gates, D., Gillespie, G.L., Succop, P., y Mentzel, T.K. (2013). Prosepctive study against ED workers. *American Journal of Emergency Medicine*, 31, 197-205.

10. Sato, K., Wakabayashi, T., Kiyoshi-Teo, H., y Fukahori, H. (2013). Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1368-1376.
11. Kelly, E.L., Subica, A.M., Fulginiti, A., Brekke, J.S., y Novaco, R.W. (2015). A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 71, 1110-1122.
12. Hibino, Y., Ogino, K., and Inagaki, M. (2006). Sexual Harassment of Female Nurses by Patients in Japan. *Journal of Nursing Scholarship*, 38, 400-405.
13. Arnetz, J. (1998). The Violent Incident Form (VIF): a practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work & Stress*, 12, 17-28.
14. Arnetz, J.E., Hamblin, L., Essenmacher, L., Upfal, M.J., Ager, J., y Luborsky, M. (2015). Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *Journal of Advanced Nursing*, 71, 338-348.
15. Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W., Endicott, J., and Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143, 35-39.
16. Palmstierna, T., y Wistedt, B. (1987). Staff observation aggression scale, SOAS: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-663.
17. Hallsteinsen, A., Kristensen, M., Dahl, A.A., Eilertsen, D.E. (1998). The Extended Staff Observation Aggression Scale (SOAS-E): development, presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 423-426.
18. Nijman, H., Muris, P., Merckelbach, H., Palmstierna, T., Wisted, B., Vos, A.A.M., van Rixtel, A., & Allertz, W. (1999). The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25, 197-209.
19. Nijman, H., Palmstierna, T., Almvik, R., y Stolker, J.J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 12-21.
20. Jansen, G.J., Dassen, T., and Moorer, P. (1997). The Perception of Aggression. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11, 51-55.
21. Jansen, G.J., Middle, B., and Dassen, T. (2005). An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes aggression scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 467-477.
22. Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., and Halfens, R. (2011). Measuring patient and visitor violence in general hospitals: feasibility of the SOVES-G-R-, internal consistency and construct validity of the POAS-S and the POIS. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2519-2530.
23. Hahn, S., Müller, M., Hantikanien, V., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. (2013). Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 374-385.
24. McKenna, K. (2004). *Study of Work-related Violence*. Committee on Workplace Violence. North Eastern Health Board (Ireland), 1-121.
25. Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., and Halfens, R. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3535-3546.
26. Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., and Halfens, R. (2011). Measuring patient and visitor violence in general hospitals: feasibility of the SOVES-G-R-, internal consistency and construct validity of the POAS-S and the POIS. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2519-2530.
27. Bernaldo de Quirós, M., Piccini, A.T., y Gómez, M.M. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 260-270.
28. Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (2014). *Informe. Grupo de trabajo de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

29. Gascón, S., Leiter, M.P., Andrés, E., Santed, M.A., Pereira, J.P., Dunha, M.J., Albesa, A., Montero-Marín, J., García-Campayo, J., y Martínez-Jarreta, B. (2012). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3120-3129.
30. Martínez-Jarreta, B., Gascón, S., Santed, M.A., y Goicoechea, J. (2007). Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 128, 207-310.
31. Galián-Muñoz, I., Ruiz-Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., y López-García, C. (2014). User Violence and Nursing Staff Burnout: The Modulating Role of Job Satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence*, 29, 1-14.
32. Ruiz-Hernández, J.A., López-García, C., Llor-Esteban, B., Galián-Muñoz, I., and Benavente-Reche, P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 295-305.
33. Waschgler, K., Ruiz-Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., y Jiménez-Barbero, J.A. (2013a). Vertical and Lateral Workplace in Nursing: Development of the Hospital Aggressive Behaviour Scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 28, 2389-2412.
34. Waschgler, K., Ruiz-Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., y García-Izquierdo, M. (2013b). Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale-users. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 1418-1427.
35. Hesketh, K.L., Duncan, S.M., Estabrooks, C.A., Reimer, S.S., Giovanetti, P., Hyndman, K., & Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, 63, 311-321.
36. Natan, M.B., Hanukayev, A., y Fares, S. (2011). Factors affecting Israeli nurses' reports of violence perpetrated against them in the workplace: A test of the theory of planned behaviour. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 141-150.