



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE BIOLOGÍA

DOCTORADO EN CIENCIAS FORENSES

**Estrés laboral: Hostilidad percibida en personal sanitario y
variables psicosociales relacionadas**

D^a KATHRIN WASCHGLER

2015



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

La presente tesis doctoral titulada "*Estrés laboral: Hostilidad percibida en personal sanitario y variables psicosociales relacionadas*" es un compendio de tres estudios publicados que exploran el fenómeno de la hostilidad (*workplace bullying* y violencia) percibida en personal sanitario. Resaltando la importancia de las tres diferentes fuentes de hostilidad (descendente, lateral y ascendente) en el sector sanitario se desarrollaron dos instrumentos específicos de evaluación, utilizando para ello una metodología cualitativa y cuantitativa rigurosa. Es de destacar el elevado tamaño muestral de 1,484 sanitarios de todos los hospitales públicos de la Región de Murcia y la elevada tasa de respuesta (81,36%). Los instrumentos resultantes muestran adecuadas propiedades psicométricas pudiendo ser útiles en el ámbito de la prevención de riesgos psicosociales para indicar el tipo de intervención necesaria y también para valorar posteriormente la eficacia de programas de intervención.

El primer capítulo de libro titulado: "Evaluación de ítems para la construcción de un cuestionario sobre la violencia en personal de enfermería (Items evaluation for the development of a workplace bullying scale in nursing)" está publicado en F. Expósito, M.C. Herrera, G. Buela, M. Novo, & P. Paríña, (Eds.), *Psicología Jurídica. Áreas de Investigación*. (pp.391-406). ISBN: 978-84-693-9269-0. Este libro recoge varios estudios en el campo de la psicología jurídica y forma parte de la colección "Psicología y Ley" de la Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense, la cual tiene una reputación internacional por su Revista *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context* con un factor de impacto de 0,650 encontrándose en el Q3 de Psicología y a través de su Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense.

En este capítulo de libro, parte del compendio, se estudia el *workplace bullying* y la violencia en personal sanitario desde una perspectiva cualitativa, elaborando y



validando semánticamente un banco de ítems pertenecientes a los tres focos de hostilidad: superiores, compañeros y usuarios, como primera fase del desarrollo de dos instrumentos de evaluación específicos.

El segundo artículo incluido en la presente tesis como compendio de publicaciones se titula "Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users", y está publicado en el *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1418-1427, doi: 10.1111/jan.12016. Esta revista tiene un índice de impacto de 1,685 encontrándose en el Q1 de Enfermería del ISI Journal Citation Report. Esta publicación trata de la fase cuantitativa del estudio, sobre el desarrollo y la evaluación psicométrica del instrumento HABS-U (Hospital Aggressive Behaviour Scale- Users) el cual permite evaluar las conductas violentas hacia el personal sanitario por parte de los usuarios, como son los pacientes y familiares.

Ampliando la definición del *workplace bullying*, diferenciando entre los sectores de este fenómeno, el tercer artículo que forma parte de la tesis como compendio de publicaciones se titula: "Vertical and lateral workplace bullying in nursing: Development of the Hospital Aggressive Behaviour Scale" y está publicado en el *Journal of Interpersonal Violence*, 28(12), 2389-2412, doi: 10.1177/0886260513479027. Esta revista tiene un índice de impacto de 1,162, encontrándose en el Q1 de Psicología Clínica y en el Q2 de Psicología Aplicada del ISI Journal Citation Report. Este compendio finaliza con el desarrollo y la evaluación psicométrica de una escala de evaluación del *workplace bullying* por parte de los compañeros y superiores, formando parte de la fase cuantitativa del estudio.



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Aunque con este estudio se culmina en cierta medida el trabajo de investigación desarrollado, quedan abiertas varias perspectivas para el desarrollo de futuras líneas de investigación en este ámbito.

Los directores de la presente tesis doctoral, valoramos el alto compromiso y capacidad de trabajo de la doctoranda, que se refleja en la publicación del capítulo de libro y los dos artículos en revistas internacionales de alto índice de impacto. Para la profesión de psicóloga, a la que pertenece la doctoranda, el trabajo realizado contribuye, sin duda, al desarrollo científico de la citada disciplina.

En Murcia, a 27 de abril de 2015

Dr. Mariano García Izquierdo
Dpto. Psiquiatría y Psicología Social

Dr. José Antonio Ruiz Hernández
Dpto. Psiquiatría y Psicología Social

Dr. Bartolomé Llor Esteban
Dpto. Ciencias Sociosanitarias



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. José Antonio Ruiz Hernández, Profesor contratado Doctor de Universidad del Área de Psicología Social en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Social,
AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "*Estrés laboral: Hostilidad percibida en personal sanitario y variables psicosociales relacionadas*", realizada por D^a Kathrin Waschgl, bajo mi inmediata dirección y supervisión y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'José Antonio Ruiz Hernández'.

En Murcia, a 27 de abril de 2015



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Bartolomé Llor Esteban, Profesor Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Ciencias Sociosanitarias,

AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada *"Estrés laboral: Hostilidad percibida en personal sanitario y variables psicosociales relacionadas"*, realizada por D^a Kathrin Waschler, bajo mi inmediata dirección y supervisión y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Bartolomé Llor Esteban', written over a horizontal line.

En Murcia, a 27 de abril de 2015



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Mariano García Izquierdo, Profesor contratado Doctor de Universidad del Área de Psicología Social en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Social, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada *"Estrés laboral: Hostilidad percibida en personal sanitario y variables psicosociales relacionadas"*, realizada por D^a Kathrin Waschler, bajo mi inmediata dirección y supervisión y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

Una firma manuscrita en tinta azul, que parece ser la del autor, D. Mariano García Izquierdo.

En Murcia, a 27 de abril de 2015

AGRADECIMIENTOS

A José Antonio Ruiz-Hernández, Bartolomé Llor-Esteban y Mariano García-Izquierdo por ser directores de la presente tesis, lo que implica paciencia y saber llevar y dirigir a un doctorando como yo he sido por cinco años. Gracias José por tu apoyo aunque a distancia en el último año.

Al equipo de investigación que sin todos aquellos este estudio no ha podido seguir adelante. A todas aquellas personas que me estaban acompañando o simplemente estaban en el camino que he ido y todavía están en España, Austria, Italia y finalmente en Alemania. Lugares donde he dedicado tiempo y energías a este trabajo. A todos aquellos que me han soportado en los diferentes estados de ánimo. Gracias a aquellos que han creído en mi y todavía lo están haciendo.

Gracias a todos por vuestra comprensión, compasión, paciencia, amor y apoyo: estaréis en mi corazón.

Gracias a todos que me han dejado sentir como otro miembro de vuestras familias, como una más.

Gracias a todos que me han echo reír y olvidar lo duro que es a veces este camino y a los que me han enseñado a estar con plena conciencia y atención en el aquí y ahora, gracias Esteban y muchas gracias Victoriano y Rosa.

A mis padres que sin ellos no estaría aquí pudiendo hacer esta experiencia. Gracias a mi madre y en especial a mi padre por creer en mí. Y mil gracias a mi hermana que siempre me ha dado ánimo y apoyo.

Gracias a aquellos que siguen interesados en colaborar conmigo y que cuentan conmigo para futuros proyectos de investigación.

Y finalmente gracias al equipo del departamento psicosocial de la Klinik Alpenhof, lugar de trabajo actual, por colaborar tan bien y reír mucho con su jefa de departamento.

ÍNDICE- INDEX

I. REFERENCIAS COMPLETAS DE LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS- LIST OF ORIGINAL PUBLICATIONS	12
II. INTRODUCCIÓN GENERAL- PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS	13
1. Definiciones: Aproximación conceptual a la Workplace aggression (WA)	13
2. WA en el ámbito laboral del personal sanitario	15
2.1. Tipos de la violencia por parte del usuario y prevalencia	18
2.2. Actores, Categorías y prevalencia del workplace bullying	20
2.3. Consecuencias en la salud y bienestar psicológico	25
3. La evaluación de la WA (workplace bullying y violencia)	29
III. ESTUDIO	33
1. OBJETIVOS	33
2. METODOLOGÍA	34
2.1. Muestra	34
2.2. Procedimiento	34
2.3. Instrumentos	36
2.4. Análisis de datos	37
3. RESULTADOS GENERALES.....	39
3.1. Sobre la construcción de los instrumentos	39
4. CONCLUSIONES FINALES	46
4.1. Objetivos 1, 2 y 3	46
4.2. Limitaciones del estudio y futura agenda de investigación	50

IV. GENERAL INTRODUCTION	54
1. Definition- Workplace aggression (WA)	54
2. WA and work conditions in nursing	56
<i>2.1. Types of users' violence and epidemiology</i>	59
<i>2.2. Actors, categories and epidemiology of workplace bullying</i>	61
<i>2.3. Consequences in health and well being</i>	65
3. Measuring WA (workplace bullying and violence)	68
V. THE STUDY	73
1. AIMS	73
2. METHOD	74
2.1. Participants	74
2.2. Procedure	74
2.3. Instruments	76
2.4. Data Analysis	77
3. RESULTS	78
3.1. About the scales development	78
4. CONCLUSIONS	85
4.1. Aims 1, 2 and 3	85
4.2. Study limitations and future research	89
VI. REFERENCIAS- REFERENCES	92
VII. PUBLICACIONES -PUBLICATIONS	118

VIII. ANEXOS- APPENDIX

1. PROTOCOLO DE RIESGOS PSICOSOCIALES - <i>PROTOCOL OF PSYCHOSOCIAL RISKS USED IN THE STUDY</i>	127
2. DECLARACIÓN DEL AUTOR PRINCIPAL	138
3. DECLARACIÓN DE LOS CO-AUTORES PUBLICACIÓN 1	140
4. DECLARACIÓN DE LOS CO-AUTORES PUBLICACIÓN 2	141
5. DECLARACIÓN DE LOS CO-AUTORES PUBLICACIÓN 3	142

I. REFERENCIAS COMPLETAS DE LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS- LIST OF ORIGINAL PUBLICATIONS

1. Waschgler, K., Ruiz- Hernández, J.A., & Llor-Esteban, B. (2010). Evaluación de ítems para la construcción de un cuestionario sobre la violencia en personal de enfermería (Items evaluation for the development of a workplace bullying scale in nursing). En F.Expósito, M.C.Herrera, G.Buela, M.Novo, & F.Fariña, (Eds.), *Psicología Jurídica. Áreas de Investigación*.(pp.391-406). Xunta de Galicia. ISBN: 978-84-693-9269-0

2. Waschgler, K., Ruiz- Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., & García-Izquierdo, M. (2013). Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1418-1427. doi: 10.1111/jan.12016.

3. Waschgler, K., Ruiz- Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J.A. (2013). Vertical and lateral workplace bullying in nursing: Development of the Hospital Aggressive Behaviour Scale. *Journal of Interpersonal Violence*,28(12), 2389-2412. doi: 10.1177/0886260513479027.

II. INTRODUCCIÓN GENERAL- PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

1. Definiciones: Aproximación conceptual a la *Workplace aggression* (WA)

Diversos trabajos nacionales e internacionales constatan que la problemática de la violencia en el lugar de trabajo alcanza las mayores cotas de gravedad en el sector sanitario. La importancia del fenómeno ha sido reflejada en numerosos trabajos (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], 2010; Chapell y Di Martino, 2006; Estryng-Behar y cols., 2008; Hoel, Giga, y Davidson, 2007; Niven, Sprigg, y Armitage, 2013; Quine, 2001; Spector, Zhou, y Che, 2014; World Health Organisation, 2002).

Schat y Kelloway (2005) definen la WA como una conducta por parte de un individuo o varios individuos dentro o fuera de una organización con la intención de hacer daño físico o psicológico a un trabajador o a varios trabajadores en el contexto del trabajo. La WA incluye actos non-físicos como actos verbales y conductas físicas violentas con la intención de causar daños físicos o amenazar, como pegar, dar patadas o escupir (Niven y cols., 2013) y engloba conductas agresivas por parte de varias fuentes dentro (p.ej. superiores, compañeros de trabajo) y fuera (p.ej. usuarios, pacientes) de la organización (LeBlanc y Kelloway 2002).

La Organización Internacional de Trabajo (OIT, 2003) define la violencia en el puesto de trabajo como “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma. La violencia interna es la que sucede entre compañeros de trabajo incluyendo supervisores y directores. La violencia de trabajo externa es la que se manifiesta entre los trabajadores (y supervisores y directores) y cualquier otra persona presente en el trabajo" (p.4, para 1.3.1.). Esta definición incluiría también cualquier incidente violento físico o verbal en el trayecto entre el domicilio particular y

el trabajo.

En el presente trabajo se da especial importancia a las tres diferentes fuentes de la WA en el puesto de trabajo de los sanitarios: Los usuarios, los compañeros de trabajo y los superiores.

Siguiendo la categorización sobre violencia laboral internacionalmente aceptada de la *Californian Occupational Safety and Health Administration* (Cal/OSHA, 2004), la segunda publicación (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban, y García-Izquierdo, 2013) está centrada en la violencia tipo II, o llamada violencia ascendente, que se refiere a cuando el agresor es el receptor de un servicio, como son los pacientes, familiares o cuidadores que les acompañan.

Einarsen, Hoel, Zapf y Cooper (2003, p. 15), definen el *workplace bullying* como "acosar, ofender, excluir socialmente a alguien o afectar negativamente las tareas de su trabajo. Para aplicar la etiqueta *mobbing* a una actividad, interacción o proceso en particular, éste tiene que ocurrir repetidamente y regularmente (por ejemplo, semanalmente) y durante un período de tiempo (por ejemplo, aproximadamente 6 meses). El acoso es un proceso gradual, durante el cual la persona, desde una posición inferior, se convierte en el objetivo de comportamientos sociales negativos de forma sistemática. Un conflicto no puede ser entendido como una situación de *bullying* si se trata de un único incidente aislado o si ambas partes en conflicto tienen una "fuerza similar". En relación al marco temporal y la frecuencia del fenómeno, otros autores utilizan definiciones menos estrictos (Einarsen, 2000; Einarsen y cols., 2003; Keashly y Jagatic, 2003; Zapf, 1999).

En el tercer trabajo (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban, y Jiménez-Barbero, 2013) se emplea la definición del *workplace bullying* en el sector sanitario como conjunto de comportamientos hostiles recibidos por un trabajador sanitario y procedentes de los

compañeros de trabajo (*lateral workplace bullying*) o superiores como supervisores o directores de enfermería (*vertical workplace bullying*) del servicio donde desempeña su labor.

WA (*Workplace Aggression*) se refiere al conjunto de ambos conceptos: el *workplace bullying* y la violencia laboral. El *workplace bullying* se refiere al acoso en el trabajo. Para no crear más confusión respecto a la definición de ambos conceptos y su uso en las publicaciones del presente estudio, estos términos se quedan en inglés.

2. WA en el ámbito laboral sanitario

Las profesiones relacionadas con el sector servicios presentan un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los usuarios debido al estrecho contacto que tienen con ellos y a las características de dicho contacto (ILO, 2003).

Partiendo de la literatura existente, los factores de riesgo de la violencia en el trabajo del personal de enfermería se podrían clasificarse en: a) Pacientes (varón, edad, estado mental, psicopatología) o factores individuales del personal de enfermería (*burnout*, actitudes); b) factores ambientales u organizacionales (número inadecuado del personal, falta de privacidad); c) factores relacionados con el tratamiento (cambio de medicación, restricción), y d) factores interaccionales y sociales (Curbow, 2002; Di Martino, 2003; Hahn y cols., 2010; Jansen, Dassen, y Jebbink, 2005).

Diversos estudios informan de multitud de alteraciones y patologías que predisponen a los pacientes de comportarse violentos, como son los pacientes con accidentes cerebrovasculares, patología cerebral, disfunción cerebral orgánica o clínica; hipoxia; trastornos endocrinos; epilepsia frontal, temporal o límbica; trastornos psiquiátricos, alucinaciones, depresión, ansiedad, reacciones de estrés o trastornos de personalidad; síndrome de estrés postraumático; efectos secundarios de la medicación; intoxicación, sobredosis de drogas, síndrome de abstinencia de drogas o alcohol; consideraciones

relacionadas con la edad como: senilidad, demencia, trastornos de la adolescencia o infancia-trastornos de conducta, trastorno hiperactivo, autismo o discapacidad de aprendizaje y agresiones anteriores y deficiencias en el control de la ira (Daffern, Howells, Ogloff, y Lee, 2005; Duxbury y Whittington, 2005; Hahn y cols., 2010; Landau y Bendalak, 2010; May y Grubbs, 2002; Winstanley y Whittington, 2004).

Por otra parte, los usuarios que no ven satisfechas sus expectativas en torno a la atención que el sistema sanitario puede brindarles en un determinado momento, podrían reaccionar con conductas agresivas hacia el personal sanitario como consecuencia del sentimiento de frustración que podría aparecer. En el contexto hospitalario los usuarios tienen restricciones sobre su esfera privada y dependen de alguien. La masificación de los servicios, junto a la falta de información y los largos tiempos de espera y la necesidad que tienen los pacientes y familiares de una atención rápida, eficaz y puntual, son factores que alimentarían la conflictividad (Ayranci, Yenilmez, Balci, y Kaptanoglu, 2006; Curbow, 2002; Gerberich y cols., 2004; Hahn y cols., 2008; Irwin, 2006).

Otro tipo de usuarios potencialmente violentos serían aquellos poco receptivos a las explicaciones y/o simuladores, con actitudes que persiguen un beneficio personal fraudulento a través de la asistencia sanitaria (recetas, bajas laborales, remisión a un especialista, solicitud de un análisis o prueba de diagnóstico, certificados o informes médicos de interés personal, etc.) (Winstanley y Whittington, 2004).

Un factor ocupacional que tiene una relación significativa con la violencia en el trabajo es el tipo de unidad o servicio (Di Martino, 2003). Diversos estudios confirman que hay una mayor tasa de violencia en ciertas unidades como urgencias, psiquiatría, cuidados intensivos, centros de cuidados a largo plazo o geriatría (Chen, Hwu, Kung, Chiu y Wang, 2008; Crilly, Chaboyer y Creedy, 2004; Estry- Behar y cols., 2008; Hahn y cols., 2010;

Kling, Yassi, Smailes, Lovato y Koehoorn, 2009; Needham, Abderhalden, Halfens, Fischer y Dassen, 2005; Spector, Zhou, y Che, 2014). En este sentido, la mayoría de los estudios llevados a cabo se han dirigido fundamentalmente a investigar las agresiones en centros y servicios psiquiátricos o de salud mental (Abderhalden y cols., 2004; Chen, Hwu, y Williams, 2005; Daffern y cols., 2005; Duxbury y Whittington, 2005; Ketelsen, Zechert, Driessen y Schulz, 2007; Paterson, Leadbetter, Miller y Bowie, 2010; Secker y cols., 2004).

Resumiendo, la prestación sanitaria se lleva a cabo en unas condiciones que puedan favorecer la aparición de conductas violentas por parte de los usuarios: por una parte hay situaciones de fuerte emotividad en los pacientes y sus familiares. Por otra parte hay presión asistencial para los trabajadores además de tener contacto con el dolor y la muerte, peticiones excesivas por parte del usuario, incapacidad de responder a ciertas demandas y el temor de cometer errores irreparables. Este clima de tensión dificulta la comunicación y puede desembocar, en algunos casos, en violencia verbal o física (Curbow, 2002; Di Martino, 2003; Le Blanc y Kelloway, 2002).

En el contexto del *workplace bullying*, Zapf, Einarsen Hoel, y Vartia (2003) explican este hecho como sigue: "Trabajar en el sector social y de la salud, requiere un nivel alto de implicación personal, lo que significa estar percibiendo y estar expresando emociones y desarrollar/reforzar relaciones personales. Cuanto más implicación personal hay, más información personal está disponible y más posibilidades hay de ser atacado." (p. 119). Un ambiente laboral estresante, como son los hospitales, puede llevar a un aumento del riesgo de conflictos interpersonales y tener como posible consecuencia el *bullying*. Appelberg, Romanov, Honkasalo, y Koskenvuo (citado en Salin y Hoel, 2011) identifican el apremio y un entorno laboral frenético como fuente del conflicto interpersonal y Zapf, Knorz, y Kulla (1996) concluyen que el apremio puede influir/afectar indirectamente al *bullying* por las pocas

posibilidades que hay para resolver los conflictos. El *bullying* está relacionado con la mala organización del entorno laboral, donde los roles y las estructuras de cargo/mando no son claras, como es el caso de enfermería en los hospitales. El personal de enfermería trabaja muchas veces bajo diferentes autoridades y se enfrentan a demandas controvertidas, por una parte de los médicos y por otra parte de los supervisores. Las consecuencias de este dilema son un aumento de la aprensión y de los conflictos (Leymann, 1996). La baja calidad del trabajo en equipo correlaciona con el *lateral workplace bullying* (Estryn- Behar y cols., 2008). Otro factor importante relacionado con el *workplace bullying* es el tamaño de la organización. En organizaciones grandes -como son los hospitales- es más fácil aceptar conductas hostiles y hay menos posibilidades de estar socialmente "condenado" (Einarsen, Raknes, y Matthiesen, 1994).

La cultura organizacional y los estilos directivos particulares tienen su influencia en la violencia laboral. La cultura en una empresa puede normalizar comportamientos intimidatorios si un bajo nivel de violencia ha sido tolerado o ignorado por la dirección y los autores creen que su comportamiento es aceptable (Rutherford y Rissel, 2004). Rowe y Sherlock (2005) desarrollan la idea de que la enfermera ha soportado mucho tiempo conductas agresivas de tipo verbal procedentes en primer término del médico, y que, como resultado, proyecta su frustración en sus compañeras más jóvenes o de menor categoría.

2.1. Tipos de la violencia por parte del usuario y prevalencia

La literatura existente confirma el hecho que el personal de enfermería está expuesto más a la violencia por parte de los pacientes, visitantes, familiares o amigos de los mismos, que por parte de los miembros del equipo multidisciplinar del trabajo. Estudios confirman que los tipos de violencia más frecuentes hacía el personal de enfermería son la violencia verbal y la violencia física (Consejo Internacional de Enfermeras, 2004; Estryn- Behar y cols., 2008;

Farrell, Bobrowski y Bobrowski, 2006; Jansen y cols., 2005; Nijman, Bowers, Oud, y Jansen, 2005). En general, estos estudios describen la violencia verbal en términos de abuso verbal, lenguaje amenazante, abusivo e irónico, mientras que la violencia física, incluiría intimidación física, daño a la persona o propiedad, comportamiento destructivo agresivo, violencia física moderada y violencia física grave.

Ergün y Karadakovan (2005), han hallado en la literatura estudios donde obtenían mayores niveles de violencia indirecta o cubierta que formas directas de la violencia. Hay una predominancia de la violencia verbal ante de la física, encontrándose la incidencia de la violencia física entre el 7% y el 74% y de la violencia verbal entre el 57% y el 93%. Estos amplios rangos de incidencia pueden ser debidos al uso de diferentes métodos y sistemas de evaluación y al estudio de distintos tipos de unidades.

Así por ejemplo, en servicios generales de enfermería, el rango de agresiones físicas se situaría entre el 7% y el 42% y el de violencia verbal entre el 48% y el 72% (Adib, Al-Shatti, Kamal, El-Gerges y Al Raqem, 2002; Galián, Llor, & Ruiz, 2012; Hahn y cols., 2010; Spector, Zhou, y Che, 2014; Winstanley y Whittington, 2004).

Sin embargo, hay ciertos servicios en los que se observa una mayor incidencia de la violencia, como son los de emergencias y psiquiatría. En el caso de urgencias, se ha informado una incidencia para toda la vida laboral de casi el 20% para la violencia física y en la totalidad de los trabajadores (98,5%), para la violencia verbal (Ergün y Karadakovan, 2005). En enfermeras psiquiátricas, se ha informado que cada año un 16% sufren violencia física grave, un 76% violencia física moderada y hasta un 90% están expuestos a la violencia verbal (Foster, Bowers y Nijman, 2007; Ketelsen y cols., 2007; Nijman y cols., 2005).

Tabla 1: Porcentajes de violencia experimentada por parte del personal sanitario en los últimos 12 meses

<i>País</i>	<i>violencia física</i>	<i>violencia verbal</i>
Australia (Di Martino, 2002)	12.0	67.0
Brasil (Di Martino, 2002)	6.4	39.5
Bulgaria (Di Martino, 2002)	7.5	32.2
Lebanon (Di Martino, 2002)	5.8	40.9
Portugal (Di Martino, 2002)	3.0	16.5
Africa del Sur (Di Martino, 2002)	17.0	60.1
Tailandia (Di Martino, 2002)	10.5	47.7
Kuwait (Adib y cols., 2002)*	7.0	48.0
Suiza (Hahn y cols., 2010)	42.0	72.0
Inglaterra (Winstanley y Whittington, 2004)	48.0	28.0
España (Galián, Llor y Ruiz, 2012)	19.9	71.0
EU-27, Croacia, Noruega, Suiza y Turquía (EU-OSHA, 2010)**	15.0	16.0

*en los últimos 6 meses

**Parent-Thirion, A., Fernandez Macias, E., Hurley, J., y Vermeulen, G., 2007, *Fourth, European Working Conditions Survey*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg (<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2005/index.htm>).

2.2. Actores, Categorías y prevalencia del *workplace bullying*

En una revisión bibliográfica americana sobre medidas del *workplace bullying*, no se permite diferenciar/distinguir entre conductas hostiles por parte de diferentes actores o múltiples conductas por parte de un actor (Keashly y Jagatic, 2003).

La mayoría de los estudios que utilizan listas de conductas no se centran específicamente en conductas hostiles de actores particulares. Este hecho dificulta

operacionalizar las facetas de los patrones y de la escalación del conflicto, cosa necesaria en la creación y valoración de la relación específica entre actores y víctimas. Una variedad de conductas provenientes de un actor pueden ser experimentadas de manera diferente que las conductas provenientes de una variedad de actores. Leymann (1993) define el *mobbing* como un conflicto duradero entre los compañeros de trabajo. En su estudio se encontraban entre los acosadores ligeramente más compañeros de trabajo que superiores. Zapf y cols. (2003) concluyen que en los estudios escandinavos identifican como acosadores trabajadores en puestos superiores aproximadamente en la misma cantidad que los iguales, siendo acosado por parte de un superior sólo un número reducido. Esto se puede explicar de la siguiente manera: en los países escandinavos la diferencia de poder entre un superior inmediato y los compañeros de trabajo es pequeño. Por el contrario, estudios británicos identifican a los superiores como acosadores. Vartia y Hyyti (2002) han encontrado en su estudio que las mujeres han sido agredido más por los compañeros de trabajo mientras que los hombres han sido acosados por parte del superior inmediato o director (Zapf y cols., 2003).

En una revisión de los principales estudios americanos describen Keashly y Jagantic (2003) en total 7 categorías del *workplace bullying*: verbal/activo/directo (bromas insultantes, críticas duras), verbal/activo/indirecto (trato injusto, acusaciones falsas, rumores), verbal/pasivo/directo (ignorar las contribuciones), verbal/pasivo/indirecto (excluir deliberadamente, no pasar información necesaria), físico/activo/directo (ataque físico), físico/activo/indirecto (asignar deliberadamente sobrecarga de trabajo) y físico/pasivo/indirecto (trabajar con fecha límite poco razonable, falta de recursos).

El *workplace bullying* es un proceso de escalación de conductas por parte del acosador desde formas más discretas y sutiles, como la exclusión o el aislamiento de la víctima del grupo hasta formas más explícitas como ataques físicos o verbales y finalmente

llegando a una violencia psicológica y física grave (Einarsen, 1999). Existe una amplia variedad de conductas diferentes, directas o indirectas, como insultos repetitivos o comentarios ofensivos, críticas persistentes o incluso abuso físico. También existen conductas más sutiles como la exclusión social. Lo único que tienen en común estas conductas, es que "se utilizan con el fin de humillar, intimidar, espantar o castigar repetidamente la víctima" (Einarsen, 2000).

Leymann (1996) diferencia entre cinco grupos de conductas del *bullying*: a) limitar las posibilidades de comunicación con los compañeros de trabajo, b) atentar contra las relaciones sociales, c) atentar contra la reputación, d) atentar contra la calidad ocupacional y las posibilidades de rendimiento en el trabajo y en la vida en general, y e) atentar contra la salud. En concreto, Leymann ha encontrado factores de comunicación negativa como: conductas humillantes, conducta aislantes, frecuentes cambios de tareas para castigar y violencia o amenaza de violencia.

González de Rivera y Rodríguez, (2006) obtienen los siguientes factores en el LIPT-60: desprestigio laboral, entorpecimiento del progreso, incomunicación o bloqueo de la comunicación, intimidación encubierta, intimidación manifiesta y desprestigio personal.

Zapf (1999) encontró cinco categorías básicas entre las conductas del *workplace bullying*: 1) acoso relacionado con el trabajo, que dificulta la realización de las tareas; 2) aislamiento social, como excluir la persona de eventos sociales; 3) ataques personales a la vida privada mediante ofensas o insultos; 4) amenazas verbales como críticas, insultos o humillaciones ante el público; 5) violencia física.

Mediante el análisis factorial del Negative Acts Questionnaire (NAQ) de Einarsen y Raknes (1997) encontraron los siguientes componentes: *workplace bullying* dirigido al ámbito personal y privado, conductas de *workplace bullying* relacionadas con el trabajo, aislamiento

social y violencia física.

Basándose en datos empíricos, Einarsen y Hoel (2001) sugieren dos factores: el *personal bullying* (hacer comentarios insultantes, provocar en exceso, propagar rumores, críticas persistentes, bromas irónicas y intimidación) y el *work related bullying* (fecha límite poco razonable, carga de trabajo excesiva, control del trabajo excesivo, asignar tareas sin sentido o no asignar tareas).

Resumiendo los estudios mencionados, parece ser que las medidas organizacionales que afectan a las tareas y competencias de las víctimas, el aislamiento social, ataque a la persona, agresión verbal y propagar rumores son categorías típicas del bullying, (Leymann, 1996; Niedl, 1995; Vartia, 1996; Zapf y cols., 1996) mientras que el ataque a las actitudes y la violencia física encontrados en unos estudios, sólo pasan ocasionalmente en el contexto del *bullying*. Aunque algunos investigadores (Einarsen, 1999; Leymann, 1996; Niedl, 1995; Vartia, 1991; Zapf et al, 1996) incluyen la violencia física en la categorización del *bullying*, concordan con que las conductas involucradas en el *workplace bullying* son principalmente más psicológicas que físicas.

La propaganda de rumores es la conducta del *bullying* más utilizada, probablemente por su naturaleza sutil e indirecta. Dependiendo si el acosador es un superior o si es un compañero, las conductas de *workplace bullying* elegidas pueden variar. En los países donde ocurre la mayoría del *bullying* por parte de un superior el *work related bullying* es la conducta más utilizada (Hoel y Cooper, 2000, citado en Zapf, Escartín, Einarsen, Hoel y Vartia, 2011). En los estudios mencionados (Zapf, 1999; Zapf et al. 1996), utilizan los compañeros de trabajo la exclusión social y el ataque a la esfera privada con más frecuencia que los superiores. El uso preferente de estas estrategias se basa en que los compañeros tienen información de la víctima que no suele tener la dirección, circunstancias personales, situación

económica, etc. Los factores contextuales influyen en la frecuencia del uso de un cierto tipo de conducta.

Varios estudios confirman que hay mayor prevalencia de violencia en el sector sanitario y social (Leymann y Gustafsson, 1996; Meschkutat, Stackelbeck y Langenhoff, 2002; Niedl, 1995; Piirainen y cols., 2000, citado en Zapf y cols., 2011; Vartia, 1996). Zapf (1999) por ejemplo constata que los trabajadores del sector de la salud están siete veces más en riesgo de ser víctimas del *workplace bullying* que otros sectores. Hay otros estudios que confirman tasas elevadas de violencia, sobre todo por parte de los compañeros de trabajo (Farrell, 1999; Farrell y cols., 2006; Rippon, 2000; Rutherford y Rissel, 2004; Wen, Hai, Shou, Hsien y Jung, 2008).

Sin embargo, Quine (1999) ha encontrado en su estudio que el 38% de los empleados sanitarios han sufrido violencia laboral en el último año. Los actos violentos han sido cometidos en la mayoría de las veces por un superior. En otro estudio de Quine (2001) resultó que en el 59% de los casos el acosador era un supervisor mayor en edad que la víctima. Otros estudios confirman actos hostiles hacia el personal de enfermería por parte de un superior (Estryn- Behar y cols., 2008; Wen y cols., 2008; Hoosen y Callaghan, 2004).

Es importante tener en cuenta que la frecuencia del bullying depende de cómo ha sido medida y las medidas de nuevo dependen de la definición del concepto y por el propio entendimiento de qué es el *bullying* (Zapf y cols., 2003).

Hay cantidades de estudios en el sector de la salud y los índices de prevalencia son los siguientes: En estudios escandinavos las tasas del *workplace bullying* oscilan entre el 3% y el 16% (Einarsen y Skogstad, 1996; Eriksen y Einarsen, 2004; Kivimäki, Elovainio, y Vahtera, 2000; Kivimäki y cols., 2004; Mikkelsen y Einarsen, 2001). En Dinamarca se ha encontrado un índice de 1.2% en una unidad psiquiátrica (Agervold, 2007). En Holanda

Hubert y van Veldhoven (2001), han estudiado una población entre la cuál se encontraba el sector sanitario y encontraban un índice de 2.2% de *workplace bullying*. Niedl (1995) describe una tasa de 26.6% en un hospital austriaco, y Minkel (citado en Zapf y cols., 2011) ha encontrado un 8,7% de víctimas del *workplace bullying* en Alemania. En Inglaterra los porcentajes oscilan entre el 18% y el 40% (Paice, Aitken, Houghton y Firth-Cozens, 2004; Quine, 1999; Tehrani, 2004). Los resultados de otro estudio muestra índices del 69.6% en Polonia (Merecz, Rymaszewska, Moscicka, Kiejna y Jarosz-Nowak, 2006) y del 49.5% hasta el 86.5% en sanitarios turcos (Ayranci y cols., 2006; Yildirim y Yildirim, 2007). No hay estudios españoles con una muestra exclusivamente formada por personal sanitario excepto con enfermeras de una escuela de enfermería y con una muestra mixta con el 74.8% de personal de enfermería en los cuales se han encontrado tasas entre el 17.2% y el 14% respectivamente (Fornés, Martínez- Abascal y De la Banda, 2008; García-Izquierdo, Llor, García- Izquierdo y Ruiz, 2006). En un estudio en Arabia Saudí el 28% del personal sanitario ha sido expuesto al menos a un acto violento durante el último año (El-Gilany, El-Wehady y Amr, 2010).

2.3. Consecuencias en la salud y bienestar psicológico

La WA es un severo estresor psicosocial que puede afectar seriamente el funcionamiento cotidiano de aquellos que lo padecen, con la aparición de diversos síntomas de estrés. El malestar psicológico del personal sanitario se entiende como consecuencia del daño psíquico. Muchas situaciones propias del trabajo en enfermería son susceptibles de convertirse en motivo de riesgo como factor desencadenante o propicio al estrés con síntomas psicossomáticos y pérdida de bienestar.

El impacto en la salud de la víctima discrepa dependiendo del tipo y la frecuencia de

la conducta hostil (Hoel, Faragher, y Cooper, 2004); cuanto más frecuente la exposición a conductas hostiles en el trabajo, mayores niveles alcanzan los efectos negativos, lo que puede desembocar en consecuencias personales y organizacionales. Por ello, algunos autores consideran que estamos ante la principal fuente de estrés social en el trabajo.

Las consecuencias individuales incluyen bajos niveles de salud psicológica como: (a) síntomas depresivos (tristeza, desesperanza, pensamientos suicidas, falta de confianza en uno mismo, baja autoestima, etc.), (b) síntomas de ansiedad (irritabilidad, nerviosismo, preocupación, temor, hipervigilancia, etc.), (c) dolencias psicósomáticas (insomnio, problemas gastrointestinales, problemas respiratorios y cardíacos, hipertensión, jaquecas, etc.) y (d) patología psiquiátrica como trastorno adaptativo, trastorno depresivo y algunas víctimas pueden padecer el trastorno por estrés postraumático (Agervold y Mikkelsen, 2004; Einarsen y Nielsen, 2015; García-Izquierdo y cols., 2006; Israel, House, Schurman, Heaney y Mero, 1989; Loerbroks y cols., 2015; Mikkelsen y Einarsen, 2002; Namie y Namie, 2000; Nielsen y Einarsen, 2012; Spector, Coulter, Stockwell, y Matz, 2007).

Las secuelas del *workplace bullying* pueden extenderse también al ámbito socio-familiar. Los familiares y amigos pueden considerar que la víctima vive el suceso con una preocupación obsesiva. A menudo la víctima se aísla cada vez más, por la sensación de incompreensión de su entorno.

Respecto al tipo de violencia y posibles consecuencias, hay niveles más altos de ira como consecuencia de la agresión verbal que de la violencia física (Needham y cols., 2005); la combinación de agresiones verbales y físicas produce también niveles más altos de ansiedad que sólo la física (Chen y cols., 2005). Ha sido estudiado, que de las diferentes estrategias utilizadas, los ataques a la vida privada de la víctima, son los que más correlacionan con el malestar psicológico (Einarsen y Raknes 1997, Zapf et al. 1996). Se han

encontrado diferencias entre hombres y mujeres en el sentido que las mujeres acosadas se sienten más agresivas que los hombres (Björkqvist, Österman, y Hjelt-Bäck, 1994). Las víctimas, a su vez, se vuelven hostiles respondiendo a las conductas hostiles, llegando así a una espiral que aumenta las conductas severas y donde la víctima se convierte en actor (Andersson y Pearson 1999; Glomb, 2002). Ha sido demostrado que las víctimas que han sido acosados por parte de un superior sufren más consecuencias que los que han sido acosados por parte de sus compañeros de trabajo (Einarsen y Raknes 1997). Sentimientos de frustración, estrés, desesperanza y aislamiento del trabajo, baja autoestima y rendimiento, y baja cohesión en la unidad de trabajo, han sido mencionados como efectos del *workplace bullying* por parte del superior (Ashforth, 1994). La relación entre el *bullying* y la salud puede ser moderada por la personalidad de la víctima y por el apoyo social en el puesto de trabajo (Einarsen y Skogstad, 1996, Quine 1999).

Insatisfacción laboral, *burnout*, alta rotación laboral, consecuencias negativas en la productividad, incremento de la tasa de accidentes, altas tasas de absentismo y presentismo, inseguridad laboral, numerosos intentos de abandonar la organización y prejubilación son ejemplos de las consecuencias organizacionales de la WA (Aiken y cols., 2001; Clausen, Høgh, Carneiro, y Borg, 2013; Farrell y cols., 2006; Glambek, Matthiesen, Hetland, y Einarsen, 2014; Hoel, Sheehan, Cooper, y Einarsen, 2011; May y Grubbs, 2002; Niedl, 1996; Quine, 1999, 2001; Rayner, 1997). Bowling y Beehr (2006) observaron que el *workplace bullying* se asociaba negativamente con el compromiso organizacional. En un estudio entre personal sanitario, se estudió que los trabajadores tenían un mayor número de bajas medicas certificadas. Se comprobó que las bajas laborales eran un 51% más frecuente en víctimas de *workplace bullying* que en el resto de los trabajadores, algunos con otro tipo de problemas médicos y/o psicológicos. El incremento de las bajas por enfermedad en el personal de

enfermería puede representar un círculo vicioso: la salud delicada es un resultado del *mobbing* pero también un factor que incrementa la susceptibilidad de poder ser una víctima de *workplace bullying* (Kivimäki y cols., 2000; Reknes y cols., 2014).

La exposición a la violencia por parte de los usuarios parece influir negativamente en la calidad asistencial. La aparición de la "medicina defensiva", que trata de evitar las demandas judiciales y minimizar los conflictos, supone volverse complacientes con las demandas inapropiadas de los pacientes y reducir el tiempo de visita de aquellos percibidos como potencialmente violentos (Ametz y Ametz, 2001; Farrell y cols., 2006; Stanko, 2002). Estryn- Behar y cols. (2008) deducen que la calidad del trabajo de equipo en unidades geriátricas y de urgencia está relacionada con la violencia en el lugar de trabajo. Cuando hablamos de situaciones conflictivas entre compañeros nos referimos a un clima laboral y/o condiciones organizacionales inconvenientes que repercuten en la calidad de servicio.

Resumiendo lo anterior, la violencia en el lugar de trabajo de los sanitarios es una problemática emergente a escala global que tiene graves efectos en las víctimas, en las organizaciones, en el sistema sanitario como en la calidad de la práctica profesional como la prestación de los servicios de atención de salud y en la calidad de vida de la población (Laschinger, 2014). La salud del personal sanitario es un factor indispensable para mantener el equilibrio en sus actividades laborales; condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que deterioren o interfieran la atención que los profesionales sanitarios prestan a los pacientes.

También hay que tener en cuenta que el *bullying* no afecta sólo la víctima, si no también a los que observan la WA en la misma unidad del trabajo, informando efectos negativos en la salud mental (Hoel y Cooper, 2000, citado en Zapf y cols., 2011).

3. La evaluación de la WA (*workplace bullying* y violencia)

El recorrido por la literatura respecto a los métodos de evaluación del *workplace bullying* o violencia en el trabajo evidencia la existencia de numerosos instrumentos adaptados al español y desarrollados en España, los cuales son:

- LIPT-60, *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* modificado por González de Rivera y Rodríguez (2003)

- Tres versiones diferentes del NAQ, *Negative Acts Questionnaire*: el NAQ-RE adaptado al español y revisado por García y cols. (2004); el NAQ-14, una versión reducida del instrumento (Moreno-Jimenez, Rodríguez-Muñoz, Martínez, y Gálvez, 2007); y una adaptación del cuestionario para acosadores, el NAQ-P (Escartín, Sora, Rodríguez-Muñoz, y Rodríguez-Carballeira, 2012)

- IVAPT-PANDO, Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo de Pando, Aranda, Preciado, Franco y Guadalupe (2006)

- La escala CISNEROS (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales) de Fidalgo y Piñuel (2004)

- CAPT, Cuestionario de Acoso Psicológico en el Trabajo de Moreno, Muñoz, Salin y Morante (2008)

- EAPA-T, Escala de Abuso Psicológico Aplicado en el lugar de Trabajo de Escartín, Rodríguez-Carballeira, Gómez- Benito y Zapf (2010)

En los países de habla inglesa encontramos los clásicos como el *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* (LIPT) desarrollado por Leymann (1990b) y el *Negative Acts Questionnaire* (NAQ,) desarrollado por Einarsen y Raknes (1997); hay una versión revisada, el NAQ-R (Einarsen, Hoel y Notelaers, 2009), el S-NAQ, compuesto por 9 ítems (Notelaers y Einarsen, 2008) y una versión reducida de 4 ítems, validada en una muestra de enfermería por

Simons, Stark y DeMarco (2011). Otro instrumento es la escala de Hostigamiento en el trabajo (WHS, *Work harassment Scale*) de Björkqvist y cols. (1994) y el *Workplace Violence Questionnaire and Demographics* (WVQD) de Anderson (2002).

Escasos son los instrumentos que miden la violencia en el sector sanitario: Fornés y cols. (2008) desarrollaron para profesionales de Enfermería el Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo (HPT-R). Otro cuestionario que pretende medir la violencia en el trabajo en el sector de la salud es el *Workplace Violence in the Health Sector Questionnaire* (ILO/ICN/WHO/PSI, 2003).

Diferentes estrategias han sido utilizadas para medir el *workplace bullying*: el método subjetivo y el método objetivo/operacional. El primero consiste en facilitar una definición de *workplace bullying* a quienes deben indicar si se consideran víctimas de *workplace bullying* psicológico de acuerdo con la definición dada (Einarsen y Skogstad, 1996; Vartia, 1996). La frecuencia del *workplace bullying* se calcula a través del número de encuestados expuestos por lo menos una vez a la semana por un periodo de 6 meses a una conducta del *workplace bullying*.

El segundo método, es el método operacional, propuesto por Leymann (1992, citado en Zapf y cols., 2011) y muy extendido para la identificación de una víctima del *workplace bullying*. Los participantes deben indicar si han estado expuestos a determinadas conductas que son consideradas típicas de *workplace bullying*. Aquellos que responden haber padecido alguno de los citados comportamientos de manera frecuente (por lo menos una vez a la semana) y durante largo tiempo (por lo menos seis meses), pueden ser considerados víctimas u objeto de *workplace bullying* (Einarsen y Raknes, 1997). Los instrumentos más utilizados con este método son el LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror, Leymann, 1990b) y el NAQ (Negative Acts Questionnaire, Einarsen y Hoel, 2001; Einarsen y Raknes, 1997).

Utilizando las dos estrategias a la vez, permite una comparación entre la percepción de ser acosado y la exposición a diferentes conductas hostiles (Salin, 2001).

Actualmente se han desarrollado otros métodos alternativos para discriminar entre los distintos niveles de exposición a conductas de *workplace bullying*, basados principalmente en técnicas estadísticas como el análisis de cluster latentes (Notelaers, Einarsen, De Witte, y Vermunt, 2006). Esta metodología estadística está basada en las respuestas hechas a una lista de comportamientos negativos de un cuestionario sobre el fenómeno y distingue diferentes grupos de sujetos según el nivel y el tipo de exposición al fenómeno. Sin embargo, estos procedimientos no están del todo extendidos, y aún continua existiendo una enorme divergencia en la estimación del problema.

Los índices de prevalencia varían según el método utilizado: los autores constatan que con el método operacional estimaban al menos siete veces más víctimas del *workplace bullying* que con el análisis de cluster latentes (20% versus 3%) (Notelaers y cols., 2006). Otros resultados indican también que el método operacional da como resultado más víctimas que el método subjetivo y que las dos diferentes estrategias no identifican necesariamente las mismas víctimas.

Una posible explicación podría ser que en algunos puestos de trabajo y organizaciones están consideradas como parte de la cultura organizacional ciertos tipos de conductas hostiles y por ello no son consideradas como conductas de *workplace bullying* (Archer, 1999). Otra explicación a la variación en las tasas de prevalencia utilizando distintos métodos, es que el *workplace bullying* psicológico no se debería entender como un fenómeno estático- bimodal, sino como un proceso escalar gradual en el que la persona objeto de *workplace bullying* se enfrenta a agresiones que crecen en intensidad y frecuencia; el *workplace bullying* debería ser entendido como un continuo que varía desde la no exposición

a una elevada exposición (Matthiesen, Rakness, y Rokkum, 1989, citado en Zapf y cols., 2011; Rayner, Sheehan, y Barker, 1999, citado en Einarsen, Hoel, Zapf, y Cooper, 2011).

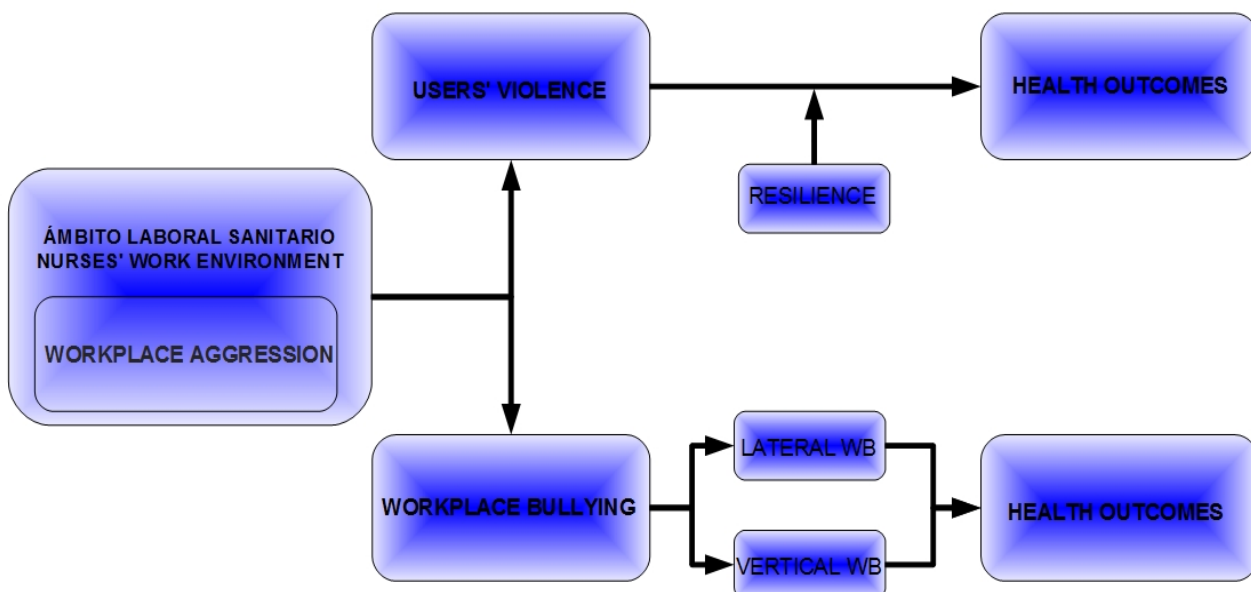
Las listas del método objetivo pueden ser un instrumento válido, cuando se estudia el fenómeno del *workplace bullying*, dado que los participantes no necesitan evaluar si son o no víctimas del *mobbing* (Salin, 2001).

La mayoría de los estudios sobre el *workplace bullying* se centran en la percepción de la víctima, sin embargo hay algunos estudios (Escartín, Sora, Rodríguez-Muñoz, y Rodríguez-Carballeira, 2012; Glomb, 2002; Robinson y Benett, 2000) donde se evaluó la incidencia de los actos hostiles desde la perspectiva del autor.

Para resumir el marco teórico del presente estudio se puede consultar la siguiente

Figura 1:

FIGURA 1: MODELO TEÓRICO DEL ESTUDIO



III. ESTUDIO

1. OBJETIVOS

1. El primer objetivo es estudiar la WA experimentada por el personal sanitario desde una perspectiva cualitativa y elaborar y validar semánticamente un banco de ítems como primera fase del desarrollo de un instrumento de evaluación.

2. El objetivo del segundo estudio es el desarrollo y la evaluación psicométrica de un instrumento que permite la evaluación de la percepción de conductas violentas hacia el personal sanitario por parte de los usuarios.

3. Aunque el *workplace bullying* en el personal sanitario ha sido evaluado con diferentes instrumentos como el NAQ (Einarsen y Raknes, 1997), estos instrumentos no permiten diferenciar entre los diferentes actores del *workplace bullying*. Por ello, en el segundo estudio, se resalta la importancia de las diferentes fuentes de hostilidad en el sector sanitario. Se amplía la definición del *workplace bullying* en el sector sanitario como conductas hostiles hacia el personal sanitario por parte de los compañeros de trabajo (*lateral workplace bullying*) y/o los superiores (*vertical workplace bullying*). El objetivo del tercer estudio es por tanto el desarrollo de un instrumento que permite la evaluación de las conductas del *workplace bullying* en el personal sanitario desde diferentes fuentes, analizando este fenómeno a través de estas dos dimensiones: *lateral* y *vertical workplace bullying*. El instrumento debería ser de fácil aplicación e interpretación, breve y útil para la evaluación de los diferentes orígenes de estas conductas, teniendo utilidad en el ámbito de la prevención de riesgos psicosociales en el sector sanitario.

2. METODOLOGÍA

2.1. Muestra

Para estudiar los objetivos 1, 2 y 3, en una primera fase cualitativa del estudio se realizaron 3 grupos focales con un total de 21 participantes (16 mujeres y 5 hombres, 14 eran profesionales de enfermería y 7 eran técnicos de prevención de riesgos laborales del Servicio Murciano de Salud), y seis entrevistas en profundidad a enfermeras pertenecientes a distintos hospitales.

En una segunda fase cuantitativa dirigida a la evaluación psicométrica de los instrumentos, se aplicó un protocolo de riesgos psicosociales en una muestra total de 1,484 sanitarios de los 11 hospitales públicos de la Región de Murcia. La muestra supone el 29% del total del personal de enfermería y el 18.96% del total de los auxiliares de enfermería de la Región de Murcia. La tasa de respuesta global a los protocolos administrados fue el 81.36%.

Las características sociodemográficas y sociolaborales se recogen en las tablas de las publicaciones correspondientes en el capítulo VII. Como puede observarse, la muestra tenía una edad media de 42 años (dt: 9.75) siendo en el 83.4% mujeres. El 62.8% eran enfermeros/as y el 37.2% auxiliares de enfermería. El 64.3% tenía contrato fijo y un 51.1% tenía turno rotatorio. La media de la antigüedad en el puesto de trabajo actual era de 7 años y 5 meses y la antigüedad media en la profesión era de 15 años y 4 meses. Un tercio de la muestra informaba de una baja laboral en los últimos 12 meses.

2.2. Procedimiento

En la primera fase cualitativa, siguiendo las directrices de Krueger (1991), dos entrevistadores entrenados y dos observadores dirigieron tres grupos de discusión con un

guión previamente establecido. Mediante este procedimiento se recogió información sobre la relación entre compañeros, superiores y usuarios como fuentes de la WA (violencia y *workplace bullying*) en el trabajo del personal sanitario. En el marco del análisis cualitativo de los grupos focales, transcribiendo anteriormente los mismos, se identificaron categorías sobre el tipo de conductas (violencia verbal, no verbal y física) las cuales sirvieron de base para la redacción de ítems para cada foco potencial de conflictos respetando al máximo el contenido de los grupos focales. Los ítems fueron: (a) revisados por un grupo de expertos, por consenso y siguiendo criterios explícitos y previamente establecidos (De Vellis, 1991; Dunn-Rankin, 1983; Togerson, 1958), (b) sometidos a una validación semántica mediante entrevistas en profundidad a profesionales de enfermería, y (c) vueltos a revisar por el grupo de expertos.

Los ítems fueron redactados para que expresaran situaciones potencialmente hostiles o conflictivas que pueden manifestarse en el puesto de trabajo del personal sanitario. Se utilizó una escala de respuesta tipo Likert con seis niveles de respuesta que expresaban la frecuencia de exposición con la cual experimenta esta hostilidad en el puesto de trabajo (0=nunca; 5=diario). Así una alta puntuación supondría mayor frecuencia de exposición a las situaciones hostiles en el lugar de trabajo.

En una segunda fase cuantitativa, y una vez obtenida la autorización para el estudio, participaron todos los hospitales públicos de la Región de Murcia. De forma aleatoria se seleccionó un primer grupo de cinco hospitales (N=790) que fueron utilizados para la construcción del instrumento; y una segunda muestra de seis hospitales (N=694) que fue utilizado para la validación del instrumento (ver figuras en la publicación correspondiente del capítulo VII). La administración del protocolo se realizó a través de los jefes de servicio proponiendo un procedimiento aleatorio para evitar la sobrerrepresentación de las personas más sensibilizadas hacia la problemática. Se entregaron sobres para que cada protocolo fuera

devuelto en sobre cerrado, con la finalidad de garantizar el anonimato y confidencialidad de los participantes. La participación fue voluntaria y para agradecer la participación se entregó un obsequio a los participantes. Los sujetos se identificaron mediante claves numéricas, manteniendo una estricta confidencialidad en el tratamiento y el uso de los datos obtenidos.

2.3. Instrumentos

Además de las variables sociodemográficas y laborales y todos los ítems redactados, con el fin de estudiar los tres objetivos del presente estudio, se utilizaron las siguientes escalas que evalúan a distintas variables psicosociales (ver Anexo 1: Protocolo de riesgos psicosociales):

- La *Overall Job Satisfaction Scale* de Warr, Cook y Wall (1979) adaptada por Pérez e Hidalgo (1995). Se compone de 15 ítems que se dividen en dos subescalas: la satisfacción intrínseca que aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, etc. y la satisfacción extrínseca con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo etc. El grado de satisfacción o insatisfacción con cada uno de los ítems se señala en una escala de siete puntos, desde “muy insatisfecho” hasta “muy satisfecho”. En el presente estudio se obtuvo un α de Cronbach de .84 para la satisfacción intrínseca, un α de .70 para la satisfacción extrínseca y un α de .87 en la escala total.

- El *Maslach Burnout Inventory – General Survey* de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996) en la versión española de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000). Esta escala consta de 16 ítems que se agrupan en tres dimensiones: agotamiento emocional, que se refiere a la pérdida de recursos emocionales debido al trabajo; cinismo, que refleja indiferencia y actitudes distantes hacia el trabajo; y eficacia profesional, la eficacia percibida

en el desarrollo del trabajo. Todos los ítems se valoran mediante una escala de siete niveles (0=nunca; 6=siempre). Los coeficientes α para cada una de las subescalas fueron .85, .70 y .86 respectivamente.

- La adaptación española de la *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC, Connor y Davidson, 2003) adaptada por García-Izquierdo, Ramos-Villagrasa, y García-Izquierdo (2009). El instrumento de 13 ítems se valora en una escala de cinco puntos entre 1 (nunca) y 5 (siempre). Los ítems expresan la percepción de las habilidades para afrontar con éxito cualquier situación con la persistencia requerida para seguir adelante y conseguir las metas en situaciones difíciles (por ejemplo: "Me considero una persona fuerte o resistente"). La fiabilidad de la escala tiene un Cronbach's alpha de .85.

- El *General Health Questionnaire* - GHQ-28 (Goldberg e Hillier, 1979) según la adaptación de Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986). Este cuestionario es una medida general de la salud psicológica y está compuesto por cuatro subescalas de siete ítems cada una: (a) síntomas somáticos de origen psicológico, como sensaciones de agotamiento, debilidad o enfermedad y molestias corporales; (b) ansiedad e insomnio; (c) disfunción social, como los problemas en el desempeño y disfrute de las responsabilidades, actividades diarias; y (d) sintomatología depresiva, como pensamientos y sentimientos de falta de valía personal, tristeza, desesperanza y suicidio. Los valores de α de Cronbach de las mencionadas subescalas eran .85, .86, .74 y .82 respectivamente y .91 de la escala total .

2.4. Análisis de datos

En la primera fase de la construcción de los instrumentos (objetivo 2 y 3) se utilizó un grupo de 5 hospitales (N=790). Para la reducción del número de ítems y depuración de las escalas se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación

varimax y se combinaron varios criterios: (a) cada factor debía explicar al menos 5% de la varianza total, (b) en los factores seleccionados, la carga factorial de los ítems debía ser de al menos .50, (c) un ítem no podía tener cargas en dos factores por encima de .40, y (d) los ítems contenidos en cada factor debían presentar una consistencia interna adecuada ($\alpha > .70$; Nunnally y Bernstein, 1994).

Para la validación de las escalas obtenidas en la primera fase, se utilizó un segundo grupo de otros 6 hospitales (N=694 sanitarios). Con el fin de analizar el ajuste de la estructura factorial del modelo resultante del análisis factorial exploratorio, se procedió al análisis factorial confirmatorio. Siguiendo las recomendaciones habituales de este análisis (Hu y Bentler, 1999), se utilizaron diferentes índices de ajuste: raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA), índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) e índice de ajuste normalizado (NFI). Además, para evaluar la bondad de ajuste se tuvieron en cuenta el índice de bondad de ajuste (GFI) y el índice de Tucker-Lewis (TLI). Según Bentler y Bonnet (1980), valores del NFI, GFI, TLI de .90 o superiores y el CFI igual o superior a .93 reflejan un buen ajuste; y valores del RMSEA menores que .05 reflejan un excelente ajuste, mientras que valores entre .05 y .08 reflejan un ajuste adecuado. Debido a que el Chi-cuadrado es muy sensible al tamaño muestral y sobrevalúa el no ajuste de un modelo (Bollen, 1989), no se tuvo en cuenta, prestando atención a los índices mencionados anteriormente.

Para evaluar la fiabilidad de las escalas resultantes se estudió la consistencia interna mediante el α de Cronbach (Cronbach, 1951). Los análisis se llevaron a cabo para las escalas generales y para cada una de las subescalas obtenidas en la solución factorial.

Finalmente se analizó la validez externa efectuando un análisis de correlación de Pearson entre los factores obtenidos de las escalas y las escalas de validación.

3. RESULTADOS GENERALES

3.1. Sobre la construcción de los instrumentos

En la fase cualitativa del estudio, se obtuvo un banco inicial de 166 ítems atendiendo a dos categorías principales: conductas hostiles procedentes de los compañeros y procedentes de los superiores. Respecto a las conductas hostiles procedentes de los usuarios se obtuvo un banco de 55 ítems. A su vez los ítems estaban divididos en 3 subcategorías: violencia verbal, violencia no verbal y violencia física.

Partiendo desde los grupos focales se puede concluir que destacan principalmente los fenómenos asociados a la violencia que generan los usuarios o familiares -sobre todo de culturas diferentes- frente a los enfermeros/as, manifestándose principalmente a través de agresiones verbales -como amenazas-, siendo escasas las agresiones físicas. Respecto a la violencia no verbal, son sobre todo los compañeros y superiores los que la practican.

Posteriormente, la revisión exhaustiva de ítems por parte del grupo de expertos concluyó eliminando el 44% de los ítems de compañeros y superiores y el 50% de los ítems de usuarios por diversos motivos, destacando problemas de redacción o de solapamiento de contenidos, conservándose pues 93 ítems y 27 respectivamente.

Finalmente, los resultados de las entrevistas en profundidad para la validación cognitiva de los ítems fueron revisados por el grupo de expertos que redujo a 24 ítems pertenecientes al foco de superiores, 33 ítems pertenecientes al foco de compañeros y 21 pertenecientes al foco usuarios.

En la fase cuantitativa del estudio, se partió de la muestra de construcción compuesta por el personal sanitario procedente de cinco hospitales (N=790). Sobre dicha muestra se realizó el análisis factorial exploratorio siguiendo los criterios expuestos anteriormente. La

aplicación de esta metodología condujo a una escala final de 17 ítems formada por cinco factores en el caso del *vertical y lateral workplace bullying* y una escala de 10 ítems formada por dos factores en el caso de la violencia por parte de los usuarios. Los factores de la Escala de Conductas Agresivas en Hospitales, versión Compañeros y Superiores (Hospital Aggressive Behaviour Scale- version Co Workers- Superiors, HABS-CS) explicaban el 74.17% de la varianza y los de la Escala de Conductas Agresivas en Hospitales, versión Usuarios (Hospital Aggressive Behaviour Scale-Users, HABS-U) explicaban el 57.13%; el valor de KMO (.865) fue alto y adecuado (George y Mallery, 1995).

En las publicaciones (capítulo VII) se pueden ver las tablas donde se muestra la solución rotada del análisis, las cargas factoriales de cada ítem, así como los porcentajes de la varianza explicada por cada factor y los valores alpha de Cronbach para las escalas total y cada una de los factores.

Los siguientes resultados se refieren a la HABS-CS:

El primer factor denominado “*active workplace bullying-superior*”, explica el 37.16% de la varianza, con un alpha de .95 e incluye 4 ítems relativos a actos violentos por parte del supervisor/a, director/a de enfermería o de los que el profesional depende jerárquicamente (p.ej.: “Mi superior me amenaza con agredirme”).

El segundo factor que etiquetamos como “*person related bullying-co-workers*”, explica un 15.51% de la varianza, con un alpha de .79 y se compone de 4 ítems (p.ej. “Hay compañeros que lanzan rumores falsos sobre mí”, “Hay compañeros que critican mi vida privada”).

El tercer factor, el “*passive workplace bullying-co-workers*”, por parte de los compañeros explica un 8.76% de la varianza, con un alpha de .82 y está formado por tres ítems (p.ej. “Hay compañeros que han dejado de hablarme”, “Hay compañeros que ignoran

mi presencia y no responden a mis preguntas”).

El factor 4, el “*passive workplace bullying-superior*”, explica un 6.6% de la varianza, con un alpha de .79 y está constituido por 3 ítems, p.ej. “Mi superior me ignora”.

El último factor, “*work related bullying-co-workers*”, explica el 6.15% de la varianza, con un alpha de .72 y está compuesto por 3 ítems (p.ej.: “Hay compañeros que, a sabiendas, me acusan de errores cometidos por los demás”).

El primer factor de la HABS-U “violencia no-física”, explica el 35.12% de la varianza y con un alpha de Cronbach de .84, incluye 7 ítems sobre actos violentos verbales o no-verbales por parte de los usuarios como pacientes, familiares o cuidadores (p.ej.: “Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial” y “Los usuarios me hacen bromas irónicas”).

El segundo factor de esta escala es la “violencia física” por parte de los usuarios, explica el 22.01% de la varianza con un alpha de .76, y está compuesto por 3 ítems (p.ej. “Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme”).

Posteriormente se utilizó la muestra de validación compuesta por 694 sanitarios procedentes de 6 hospitales para comprobar el ajuste del modelo factorial de la HABS-CS y de la HABS-U. Los análisis realizados indicaron un índice de bondad de ajuste de .91 y de .96 respectivamente (GFI >.90), un índice de bondad de ajuste comparativo de .94 y .95 respectivamente (CFI>.93), un índice de ajuste normalizado y un índice de Tucker-Lewis de .92 y .94 respectivamente (NFI, TLI>.90) y finalmente un índice RMSEA de .079 y .070 respectivamente (RMSEA<.08). Teniendo en cuenta los criterios de referencia, concluimos que los modelos presentan un buen ajuste.

El análisis de fiabilidad, arrojó un alpha de Cronbach total de la escala HABS-CS de .86 y los valores alpha de los factores oscilaron entre .95 para el Factor I y .72 para el Factor

V. El alpha de Cronbach de la HABS-U es de .83 y los valores alpha del Factor I es de .84 y .76 para el Factor II. Todos los valores están por encima del .70 (Nunnally y Bernstein, 1994) presentando así una buena fiabilidad.

Con el fin de analizar la validez de criterio se realizaron correlaciones entre los factores de la HABS-CS y de la HABS-U, la satisfacción laboral, los componentes del burnout y los cuatro componentes de salud evaluados con el GHQ-28. En esta fase del estudio se trabajó con la muestra conjunta de los 11 hospitales (N=1,484).

En consonancia con la revisión bibliográfica realizada, encontramos correlaciones significativas ($p < .001$) entre los factores de la HABS-CS y la HABS-U y las escalas de validación. Las tablas en las publicaciones correspondientes (capítulo IV) muestran las correlaciones encontradas entre los diferentes factores de la HABS-CS y de la HABS-U y la satisfacción laboral, los componentes del burnout y del bienestar psicológico.

Respecto a las correlaciones con la HABS-CS, la satisfacción laboral correlacionó significativamente de manera negativa con todas las subescalas del instrumento diseñado a excepción del factor “*active workplace bullying-superior*”, donde no se observó significación. Se observa pues una relación entre mayor frecuencia de exposición de conductas hostiles por parte del superior y de los compañeros y menor satisfacción laboral experimentada por los trabajadores.

El resto de las escalas de validación correlacionó significativamente y de manera positiva con la HABS-CS, a excepción de la variable eficacia profesional que no presentó significación en ningún caso, constatando que la mayor exposición a conductas hostiles se relaciona con mayores niveles de burnout y una mayor afectación de los indicadores de salud evaluados con el GHQ-28.

Estudiando las diferencias entre las dos fuentes de conductas del *bullying*, se constata

en términos generales mayores correlaciones de la frecuencia de exposición a *workplace bullying* del superior con la satisfacción ($r=-.21$; $p<.001$), el cinismo ($r=.21$; $p<.001$) y el agotamiento emocional ($r=.16$; $p<.001$). Mientras que en el *workplace bullying* por parte de los compañeros se observan mayores correlaciones con el malestar psicológico ($r=.29$; $p<.001$), en concreto con la ansiedad ($r=.26$; $p<.001$) y la depresión ($r=.25$; $p<.001$).

Estudiando las subescalas comprobamos que la “*active workplace bullying-superior*” (Factor 1) correlaciona al nivel .001 únicamente con el cinismo ($r=.11$; $p<.001$) y la depresión ($r=.09$; $p<.001$). Es probable que estas bajas correlaciones se deban a la escasa frecuencia de ocurrencia de estas conductas. Por otra parte, en el “*passive workplace bullying-superior*” (Factor 4) las correlaciones más altas son con la satisfacción ($r=-.26$; $p<.001$) y el cinismo ($r=.22$; $p<.001$).

Mirando a las subescalas de los compañeros, el “*work related bullying*” (Factor 5) tiene las correlaciones más altas con la depresión ($r=.24$; $p<.001$), ansiedad ($r=.19$; $p<.001$) y el cinismo ($r=.19$; $p<.001$). El “*passive workplace bullying*” (Factor 3) tiene las mayores correlaciones con la ansiedad ($r=.20$; $p<.001$), el cinismo ($r=.19$; $p<.001$) y la depresión ($r=.19$; $p<.001$). Finalmente, el “*personal workplace bullying*” (Factor 2) se relaciona sobre todo con agotamiento emocional ($r=.26$; $p<.001$) y la ansiedad ($r=.25$; $p<.001$).

Con la HABS-U correlacionan de manera significativa y positiva el MBI y el GHQ-28, excepto la variable eficacia profesional, la cual no era significativa. También se obtuvo el resultado de que a mayor exposición a conductas violentas mayor nivel de burnout y más impacto en los factores de salud evaluados con el GHQ-28.

Respecto a las diferencias entre las dos subescalas violencia no-física y física, se constata en términos generales correlaciones más altas entre la violencia no-física por parte de los usuarios y el agotamiento emocional ($r=.26$; $p<.001$), cinismo ($r=.22$; $p<.001$) y síntomas

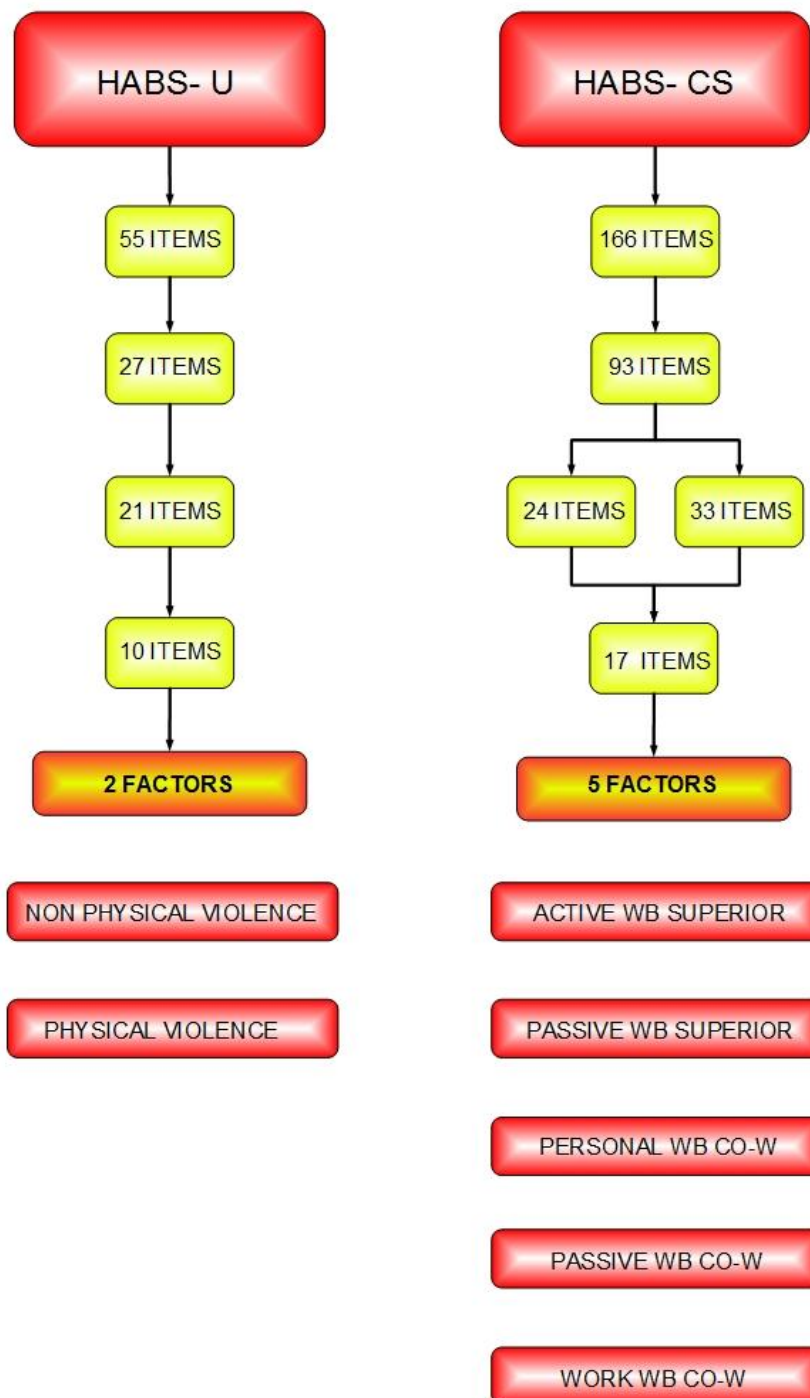
somáticos ($r=.19$; $p<.001$). Mientras que la violencia física se correlaciona con depresión ($r=.1$; $p<.001$), cinismo ($r=.1$; $p<.001$) y satisfacción intrínseca ($r=.09$; $p<.001$).

La satisfacción laboral correlaciona de manera significativa y negativa con las subescalas del instrumento. A más exposición a la violencia física ($r=-.091$; $p<.01$) o no-física ($r=-.153$; $p<.001$) por parte de los usuarios, menos satisfecho está el personal sanitario con su trabajo.

La subescala violencia física presenta correlaciones menos fuertes que la violencia no-física. Esto se debe probablemente a la escasa frecuencia de las conductas violentas físicas.

Los resultados principales para los objetivos 1, 2 y 3 están expuestos en la siguiente figura 2.

FIGURA 2: RESULTADOS PRINCIPALES



4. CONCLUSIONES FINALES

4.1. Objetivos 1, 2 y 3

Teniendo en cuenta los índices de prevalencia de la WA en personal de enfermería y las consecuencias en la salud se puede concluir que este fenómeno es un problema emergente a nivel global y tiene serios efectos en las víctimas, organizaciones, el sistema sanitario y la calidad de vida de la población.

Quedando fuera de análisis conductas específicas de la WA dentro del sector sanitario, que no pueden ser valoradas por las escalas mencionadas en la parte introductoria debido a la naturaleza de sus ítems, y que no permiten captar la naturaleza de la WA dentro del mundo sanitario en todas sus dimensiones, la investigación sobre la violencia y el *workplace bullying* debe empezar a desarrollar instrumentos de medida específicos que valoren las formas de hostigamiento en cada sector de actividad. Por ello, resultaba de gran interés crear escalas para valorar la violencia laboral y el *workplace bullying* específicas para el sector sanitario.

En el presente estudio se han construido dos escalas para la evaluación de conductas hostiles hacia el personal sanitario utilizando para ello una metodología cualitativa y cuantitativa. Es de destacar el elevado tamaño muestral, la participación de todos los hospitales públicos de la región de Murcia y la elevada tasa de respuesta. Los instrumentos resultantes constan de 17 y 10 ítems respectivamente, muestran adecuadas propiedades psicométricas, siendo breve, de fácil aplicación e interpretación, evidenciando adecuada fiabilidad habiendo sido validados en una muestra distinta. Las escalas evalúan el nivel de exposición a distintas conductas agresivas del ámbito laboral sanitario a través del método operacional y a su vez permiten valorar la WA descendente, lateral y ascendente. La importancia de evaluar este fenómeno desde la perspectiva de estas tres diferentes fuentes de

la WA viene dada por el hecho de que las conductas hostiles son diferentes dependiendo del actor, y por la limitación de los estudios que no miden la diferencia de poder entre víctima y agresor o no diferencian entre los actores de la WA (Nielsen, Notelaers y Einarsen, 2011).

Los factores resultantes del análisis factorial van en la línea con los encontrados en otros estudios. Así por ejemplo, Einarsen, Hoel, Notelaers (2009) y Zapf (1999) diferencian entre el *personal-related bullying* y el *work-related bullying*, conductas las cuales aparecen en el foco compañeros del presente estudio. La categoría *physically intimidating forms of bullying* ha sido ampliamente documentada (Einarsen, 1999; Einarsen y cols., 2009; Leymann, 1996; Niedl, 1995; Vartia, 1991; Zapf y cols., 1996) y en el presente estudio las encontramos en relación con el superior. Así mismo, los factores de *social isolation* o el *passive aggressive behaviour* como categoría del *workplace bullying* ha sido descrita por diversos autores (Buss, 1961; Einarsen y Rankes, 1997; Einarsen, 2000; Keashly y Jagantic, 2003; Leymann, 1996; Moreno- Jimenez y cols., 2008; Zapf, 1999). En este caso aparece en ambos focos de la HABS-CS. Los factores resultantes de la HABS-U, violencia no-física y física, están también en la línea de lo encontrado en otros estudios (Luck, Jackson, y Usher, 2007; Spector y cols., 2007; Wells y Bowers, 2002).

En el estudio realizado a través de las escalas de validación, se obtuvieron resultados concordantes con lo encontrado en los trabajos de investigación. Hay correlaciones significativas entre la HABS-CS y la satisfacción laboral, el bienestar psicológico y los principales componentes del *burnout*, cinismo y agotamiento emocional. En términos generales, una mayor exposición a conductas agresivas en el trabajo procedentes de un compañero de trabajo o de un superior, se relaciona con menos satisfacción laboral, más agotamiento emocional y peor bienestar psicológico. Estos datos sugieren que trabajar en un entorno laboral hostil y violento podría conducir al desarrollo de *burnout*, síntomas

psicosomáticos, pérdida de bienestar e incluso a la aparición de cuadros clínicos.

Además se han encontrado evidencias de que la exposición al *workplace bullying* descendente se relaciona más fuertemente con variables de tipo laboral (agotamiento emocional y cinismo), mientras que la exposición al *workplace bullying* lateral se asocia más a variables de tipo clínico (síntomatología ansiosa y depresiva). Según esto, los efectos del *workplace bullying* podrían ser diferentes dependiendo del estatus del autor y de la víctima de conductas agresivas.

Otro resultado de interés tiene que ver con que la exposición a este tipo de conductas del *workplace bullying*, con independencia de su origen, no afecta la percepción de autoeficacia. Este hecho podría explicarse por el carácter relativamente autónomo del trabajo que desarrolla el personal sanitario, no dejando fuera variables de personalidad que pudiera tener el personal sanitario. No obstante, sería conveniente profundizar en el comportamiento de estas variables en futuros trabajos.

En el estudio de las escalas de validación y la HABS-U los resultados concuerdan con otros estudios (Ayranci y cols., 2006; Büssing y Höge 2004; Chappell y Di Martino, 2006; May y Grubbs, 2002; Needham y cols., 2005; Quine, 1999).

El uso sistemático de estas dos escalas dentro de la prevención de riesgos laborales puede ser útil en la detección precoz tanto de la problemática de la WA desde el punto de vista organizacional, identificando los servicios que estén en riesgo, como a nivel individual, detectando conflictos entre compañeros y superiores, donde se podrían identificar posibles víctimas del *workplace bullying*. Otra posible aplicación del instrumento sería su uso como un indicador del riesgo de presentar alteraciones psicológicas debido a la exposición a conductas violentas en el lugar de trabajo.

Desde otro punto de vista, y siguiendo la filosofía de la psicología positiva (Seligman

y Csikzentmihalyi, 2000), este instrumento se podría utilizar para detectar unidades hospitalarias con bajo nivel de WA. El análisis en profundidad de estas unidades conduciría a la identificación de las claves de un buen clima laboral, con el fin de poder extrapolar los hallazgos a aquellas unidades que, por el contrario, muestran elevados niveles de WA.

Hay esfuerzos en utilizar instrumentos estandarizados que pretenden conocer las causas y riesgos de los incidentes agresivos (Nijman y cols., 2005). Pero a parte de la necesidad de modular actitudes, hay también una falta de entrenamiento del personal en el tratamiento terapéutico de la agresión y de la evaluación de riesgo, como formación en comunicación, observación, habilidades interpersonales y técnicas de deescalación (Farrell y Cubit, 2005; Hahn, Needham, Abderhalden, Duxbury y Halfens, 2006; Irwin, 2006; Needham y cols., 2005). El entrenamiento insuficiente y la falta de habilidades interpersonales en los trabajadores del sector servicio, así como el clima general de estrés e inseguridad en el puesto de trabajo pueden contribuir considerablemente a un aumento de la WA (Chappell y Di Martino, 2006). Jackson y cols. (2007) proponen estrategias específicas de autodesarrollo que pueden ayudar a fortalecer la resiliencia en situaciones laborales adversas debidas a problemas interpersonales. Estas son: aumentar y fortalecer relaciones y redes profesionales positivas, mantener el optimismo, desarrollar la perspicacia emocional, conseguir un equilibrio/armonía y espiritualidad y ser más reflexivo.

Por ello el uso de la HABS-CS y de la HABS-U podría servir para indicar el tipo de intervención necesaria y para evaluar la eficacia de programas de intervención en personal sanitario a nivel ocupacional pero también a nivel individual, como podría ser la modificación de actitudes hacia la violencia (Duxbury y Whittington, 2005; Jansen y cols., 2005; Wilkins, 2014).

Finalmente, me gustaría subrayar que el desarrollo de planes de mejora de las

relaciones entre compañeros y de las habilidades directivas de los superiores como han sugerido El-Gilany y colaboradores (2010), Salin y Hoel (2011), y de las relaciones entre usuarios y el personal sanitario, supone un reto para la prevención del *workplace bullying* y de la violencia laboral, y debe ser abordado por los servicios de prevención de riesgos laborales partiendo de datos de investigación que utilicen medidas de evaluación válidas y fiables. El desarrollo de intervenciones ocupacionales y la implementación de planes de acción para evaluar los factores de riesgo y para entrenar los trabajadores con el fin de evitar situaciones de riesgo o de tratar con violencia y agresión, debería tener prioridad, teniendo como objetivo contribuir al desarrollo de un ambiente laboral próspero y saludable.

4.2. Limitaciones del estudio y futura agenda de investigación

La limitación principal del presente estudio es que los datos recogidos provienen de pruebas de autoinforme. La utilización de cuestionarios puede provocar un sesgo en la respuesta de los participantes, exacerbar la varianza común y aumentar artificialmente las correlaciones entre variables. Aunque se ha tratado de minimizar esta limitación mediante la aleatorización de los participantes y de un control riguroso del anonimato, sería conveniente estudiar la posibilidad de implementar diseños más sofisticados (Taris, 2000).

En la línea con la revisión bibliográfica realizada, se han obtenido correlaciones significativas ($p < .001$). En el presente estudio, los coeficientes de correlación son algo bajos, lo que se debe probablemente a la baja frecuencia de las conductas agresivas en esta muestra. Debido al tamaño muestral elevado, los valores de correlación son significativos.

También son necesarios diseños longitudinales para validar los resultados del presente estudio y para proporcionar conocimientos sobre la causalidad, estudiando efectos longitudinales de la WA sobre la salud.

¿Que se está haciendo ahora?

Los instrumentos desarrollados en el presente estudio han sido propuestos en varias ocasiones al departamento de los técnicos de prevención de riesgos laborales del Servicio Murciano de Salud para su uso en la detección precoz de unidades hospitalarias en riesgo por la WA. Aún valorando su gran utilidad en el sector sanitario, hasta el día de hoy no ha sido aplicado por parte de los técnicos de prevención de riesgos laborales del Servicio Murciano de Salud. Nuestro equipo de investigación intenta dar a conocer y difundir estos instrumentos por todos los servicios de salud de España con el fin de informar sobre el riesgo emergente de la WA y la importancia de su evaluación para así poder prevenir e intervenir, aumentando así de manera indirecta la calidad de los servicios sanitarios por parte de los profesionales de enfermería.

También existe un interés por varios autores en diferentes países como Canada, Inglaterra, Italia y Japón en la aplicación de los instrumentos desarrollados en el presente estudio. Por ello el siguiente paso sería la adaptación al inglés u otros idiomas de la HABS-CS y de la HABS-U.

Respondiendo a la propuesta de Bakker y Demerouti (2007) que proponen para futuras investigaciones la inclusión de los recursos personales en el modelo de demandas- recursos (JD-R model), el objetivo del cuarto estudio en elaboración, es analizar si la resiliencia como recurso personal actúa como factor moderador en la relación entre la percepción de las conductas violentas por parte de los usuarios como demanda y el bienestar psicológico del personal sanitario. Con este estudio en elaboración se pretende ampliar investigaciones anteriores sobre el modelo demandas-recursos (*JD-R model*, Bakker, Demerouti, De Boer, y Schaufeli, 2003; Demerouti, Bakker, Nachreiner, y Schaufeli, 2001) enfocando la investigación en el personal

de enfermería en hospitales y proporcionando apoyo para el rol moderador de variables poco estudiadas como la resiliencia en la relación entre demandas del trabajo (en este caso violencia por parte de los usuarios) y consecuencias en la salud (Büssing y Höge, 2004). Estudios los cuales analizan el rol de los recursos personales (Bakker, Demerouti, y Euwema, 2005; Chen, Gully, y Eden, 2001; Mäkikangas y Kinnunen, 2003; Pierce y Gardner, 2004; Van Yperen y Snijders, 2000; Wilkins, 2014), sugieren que los trabajadores con muchos recursos personales son más eficaces a la hora de enfrentarse a las condiciones laborales exigentes y esto, a cambio, los protege de las consecuencias negativas y tiene efectos positivos en la salud. Por tanto, es muy importante estudiar un factor como la resiliencia, siguiendo el ejemplo de la psicología positiva, la cual presta más atención a las fortalezas del ser humano que pueden protegerlo contra las adversidades y experiencias traumáticas (Seligman y Csikzentmihalyi, 2000).

También se está elaborando otra publicación sobre el clima de la WA, entendido como conjunto de percepciones de la WA, en diferentes unidades hospitalarias. Este trabajo en elaboración pretende analizar el clima de la WA, asumiendo que en unidades con mayor nivel de un WA climate, el impacto de las consecuencias negativas en la salud del personal sanitario es mayor a nivel individual.

Otro enfoque que se está dando a la WA, es que se está llevando acabo un proyecto de investigación sobre violencia por parte de los usuarios en atención primaria, un sector que presenta un alto riesgo. Se han vuelto a analizar cualitativamente los ítems para así adaptar la HABS-U al sector de la atención primaria, servicio el cuál se distingue de los hospitales en su relación con los usuarios.

El siguiente paso sería diseñar un protocolo de actuación específico para las diferentes conductas de WA por parte de diferentes actores. En estos momentos el grupo de investigación

pretende seguir el objetivo de implementar programas de intervención en el sector de atención primaria y en psiquiatría. Así se cerraría el círculo y tendríamos la evaluación, la detección, la prevención o intervención en la WA, para así poder disminuir la WA, un riesgo emergente en personal sanitario.

IV. GENERAL INTRODUCTION

1. Definition- Workplace aggression (WA)

Diverse national and international studies identify nursing as a risk group for WA. The importance and the extent of this phenomenon has been reflected in numerous works dedicated to it (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], 2010; Chapell & Di Martino, 2006; Estryng-Behar et al., 2008; Hoel, Giga, & Davidson, 2007; Niven, Sprigg, & Armitage, 2013; Quine, 2001; Spector, Zhou, & Che, 2014; World Health Organisation, 2002).

Schat and Kelloway (2005) define WA as a "behaviour by an individual or individuals within or outside an organization that is intended to physically or psychologically harm a worker or workers and occurs in a work-related context" (p. 191). WA includes non-physical acts, such as verbal acts and behaviours without a strongly physical element, as well as violent physical acts intended to cause or threaten physical harm, such as hitting, kicking or spitting (Niven et al., 2012). WA encompass aggressive behaviours enacted by a variety of sources within (e.g., supervisors, coworkers) and outside of (e.g., clients, customers, patients) the organization (LeBlanc & Kelloway 2002).

The International Labour Organization (ILO, 2003) defines workplace violence as "Any action, incident, or behaviour that departs from reasonable conduct in which a person is assaulted, threatened, harmed, injured by another in the course of, or as a direct result of carrying out their professional activity. Internal workplace violence is that which takes place between workers, including managers and supervisors. External workplace violence is that which takes place between workers (and managers and supervisors) and any other person present at the workplace" (p.4, para 1.3.1.). This definition includes also any violent incident related with commuting to and from work as well as physical and verbal abuse.

In the present work, I pay special attention to the three sources of WA in nursing: service users, colleagues and superiors. WA (Workplace Aggression) refers to both of the concepts: workplace bullying and workplace violence.

Following the internationally accepted categorization of workplace violence of the *Californian Occupational Safety and Health Administration* (Cal/OSHA, 2004), the first study (Waschler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban, & García-Izquierdo, 2013), is focused on Type II violence, or so-called ascending violence, which refers to cases where the aggressor is the recipient of a service, like patients, their relatives or caregivers which accompany them.

Einarsen, Hoel, Zapf and Cooper (2003, p. 15), define workplace bullying as harassing, offending, socially excluding someone or negatively affecting someone's work tasks. In order for the label bullying (or mobbing) to be applied to a particular activity, interaction or process it has to occur repeatedly and regularly (e.g., weekly) and over a period of time (e.g., 6 months). Bullying is an escalating process in the course of which the person confronted ends up in an inferior position and becomes the target of systematic negative social acts. A conflict cannot be called bullying if the incident is an isolated event or if two parties of approximately equal "strength" are in conflict. Other authors use less strict definitions with regard to the timeframe and frequency of the bullying behaviour (Einarsen, 2000; Einarsen et al., 2003; Keashly & Jagatic, 2003; Zapf, 1999).

In the third study (Waschler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban, & Jiménez-Barbero, 2013) the definition of workplace bullying in the healthcare sector was extended as hostile behaviours received by a healthcare worker from colleagues (lateral workplace bullying) and superiors such as supervisors or nursing directors (vertical workplace bullying).

2. WA and work conditions in nursing

Professions related with the service sector are at more risk for suffering aggression and violent acts from service users due to the close contact they maintain with users and clients and the special characteristics of this relationship (ILO, 2003).

Based on the existing literature, the risk factors of violence at work in nursing can be classified as follows: a) patients: male, age, physical alterations and pathologies, mental state, psychopathology, patients' perspective and attributions or individual factors of nursing staff, such as burnout or attitudes; b) environmental factors or organisational factors: type of ward, such as emergency, psychiatry and intensive care units, long-term care or geriatric centres; inadequate number of staff, assistential pressure, lack of privacy, climate of tension; c) treatment-related factors, such as change of medication and restraint; and d) interactional factors and societal factors (Curbow, 2002; Di Martino, 2003; Hahn et al., 2010; Jansen, Dassen, & Jebbink, 2005).

Diverse studies inform about multiple alterations and pathologies that may predispose patients to become violent like patients with head injuries, cerebrovascular accidents, cerebral pathology, organic brain dysfunction or clinical brain injury; Hypoxia; Endocrine disorders; Seizures, frontal, temporal or limbic epilepsy; Psychiatric disorders, hallucinations, depression, anxiety, stress reactions or personality disorders; History of post-traumatic stress syndrome; Side effects of prescribed medication; Intoxication, Drug overdose, Drug or alcohol withdrawal; Age considerations, senility, dementia, adolescence, childhood disorders - conduct disorders, hyperkinetic disorders, autism or learning disability and prior aggression and poor anger control (Daffern, Howells, Ogloff, & Lee, 2005; Duxbury & Whittington, 2005; Hahn et al., 2010; Landau & Bendalak, 2010; May & Grubbs, 2002; Winstanley & Whittington, 2004).

On the other side, service users which are not satisfied with the attention from the health care system in a specific moment could react with aggressive behaviours towards nursing staff as a consequence from feelings of frustration. In the context of hospitals, service users have limitations in their private sphere and they depend from others. The overcrowding of services together with the lack of information and the large waiting periods and the needs which patients and their relatives have of a quick, effective and punctual attention are all factors which contributes to conflictivity (Ayranci, Yenilmez, Balci, & Kaptanoglu, 2006; Curbow, 2002; Gerberich et al., 2004; Hahn et al., 2008; Irwin, 2006).

An other type of potentially violent service users are those less receptive for explanations and/or simulators with attitudes to pursue a personal fraudulent benefit through the nurses' attendance (prescription, sick leave, referral, medical report for personal interest, etc.) (Winstanley & Whittington, 2004).

The type of ward or facility is an occupational factor having a significant relation with WA (Di Martino, 2003). Different studies confirm that there is a higher level of aggression in certain departments such as emergency departments, psychiatry, intensive care units, long care units or geriatrics (Chen, Hwu, Kung, Chiu & Wang, 2008; Crilly, Chaboyer & Creedy, 2004; Estry- Behar et al., 2008; Hahn et al., 2010; Kling, Yassi, Smailes, Lovato & Koehoorn, 2009; Needham, Abderhalden, Halfens, Fischer & Dassen, 2005; Spector, Zhou, & Che, 2014). In this sense a mayor number of studies is focused on aggressions in psychiatric wards or mental health units (Abderhalden et al., 2004; Chen, Hwu, & Williams, 2005; Daffern et al., 2005; Duxbury & Whittington, 2005; Ketelsen, Zechert, Driessen & Schulz, 2007; Paterson, Leadbetter, Miller & Bowie, 2010; Secker et al., 2004).

Nurses' work conditions could favour the appearance of aggressive behaviours from service users: on one hand there are emotionally hard situations for patients and their relatives,

on the other hand nurses are exposed to work pressure and they are in touch with pain and death. An overload of users' requests towards nurses, the incapacity to respond to certain demands and the fear to make some irreparable mistakes are all part of a nurses' work strain. This climate of stress makes communication difficult and this could lead, in some cases, to verbal and physical aggression (Curbow, 2002; Di Martino, 2003; Le Blanc & Kelloway, 2002).

Regarding Workplace Bullying, Zapf, Einarsen Hoel, and Vartia (2003) explain this fact as follows: "Working in the social and health sector requires a high level of personal involvement, which means sensing and expressing emotions and building up personal relationships. The higher the level of personal involvement, the more personal information is available, and the more possibilities for being attacked exist" (p. 119). A stressful working environment such as a hospital could lead to an increase of the risk of interpersonal conflict, with bullying as a possible outcome. Appelberg, Romanov, Honkasalo, and Koskenvuo (as cited in Salin & Hoel, 2011) identified time pressure and a hectic work environment as sources of interpersonal conflict, and Zapf, Knorz, and Kulla (1996) conclude that time pressure may indirectly affect bullying because of fewer opportunities to resolve conflicts. Bullying is related to poorly organised work environments, where roles and command structures are unclear, such as nurses in hospital settings. Nursing personnel often work under diverse authorities and face controversial demands from doctors on the one hand and supervisors on the other. The consequences of this dilemma are increased pressure and conflicts (Leymann, 1996). Low team-work quality correlates with lateral workplace bullying, which are negative behaviours from co-workers (Estryn- Behar et al., 2008). Another factor related to workplace bullying behaviours is the size of the organisation. In large organisations—such as hospitals—it is easier to accept hostile behaviours and there is less chance of social condemnation (Einarsen, Raknes, & Matthiesen, 1994).

The organizational culture and particular leadership styles influence workplace violence. The organizational culture of a company can normalize intimidating behaviours if a low level of violence has been tolerated or ignored by supervisors, and the aggressors believe that their behaviour is acceptable (Rutherford & Rissel, 2004). Rowe and Sherlock (2005) developed the idea that nurses have endured aggressive verbal behaviours for a long time by the doctors, and that, as a result, they project their frustration onto their younger or less qualified co-workers.

2.1. Types of users' violence and epidemiology

The existing literature supports the view that nurses are more likely to experience aggression from patients to whom they give direct care, and visitors, relatives or friends, rather than other members of the multidisciplinary team or intruders. Studies confirm also that the most frequent types of aggression towards healthcare staff are verbal abuse and physical assault (ICE, 2004; Estry- Behar et al., 2008; Farrell, Bobrowski & Bobrowski, 2006; Jansen et al., 2005; Nijman, Bowers, Oud, & Jansen, 2005). In general, this studies describe verbal violence in terms of verbal abuse, threatening, abusive and ironic language, whereas physical violence, includes physical intimidation, damage to person or property, destructive aggressive behaviour, mild physical violence and severe physical violence.

Ergün y Karadakovan (2005), found in literature that studies encountered greater levels of covert or indirect violence or aggression than direct forms of violence. There is a predominance of verbal over physical aggression, finding percentages of physical abuse between 7-74% and of verbal abuse between 57- 93%. The wide incidence range is due to the use of different evaluation methods and the analysis of different health care services.

Therefore, in general nursing services, percentages of physical violence range

between 7% and 42% and verbal violence range between 48% and 72% (Adib, Al-Shatti, Kamal, El-Gerges & Al Raqem, 2002; Galián, Llor, & Ruiz, 2012; Hahn et al., 2010; Spector, Zhou, & Che, 2014; Winstanley & Whittington, 2004).

However, in some services, such as emergency and psychiatry wards a higher incidence of violence is observed. In the case of emergency units, a 20% prevalence of physical violence for the entire occupational life has been reported, and verbal violence was reported in 98.5% of the workers in Turkey (Ergün & Karadakovan, 2005). 16% of the psychiatric nurses suffer severe physical violence, 76% mild physical violence and up to 90% are exposed to verbal abuse (Foster, Bowers & Nijman, 2007; Ketelsen et al., 2007; Nijman et al., 2005).

Table 1: Percentage of violence experienced by health care personnel in the previous 12 months

<i>Country</i>	<i>Physical attack</i>	<i>Verbal abuse</i>
Australia (Di Martino, 2002)	12.0	67.0
Brasil (Di Martino, 2002)	6.4	39.5
Bulgaria (Di Martino, 2002)	7.5	32.2
Lebanon (Di Martino, 2002)	5.8	40.9
Portugal (Di Martino, 2002)	3.0	16.5
South Africa (Di Martino, 2002)	17.0	60.1
Thailand (Di Martino, 2002)	10.5	47.7
Kuwait (Adib et al., 2002)*	7.0	48.0
Switzerland (Hahn et al., 2010)	42.0	72.0

England (Winstanley & Whittington, 2004)	48.0	28.0
Spain (Galián, Llor & Ruiz, 2012)	19.9	71.0
EU-27, Croatia, Norway, Switzerland & Turkey (EU-OSHA, 2010)**	15.0	16.0

* in the previous 6 months

**Parent-Thirion, A., Fernandez Macias, E., Hurley, J., & Vermeulen, G., 2007, *Fourth, European Working Conditions Survey*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg (<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2005/index.htm>).

2.2. Actors, categories and epidemiology of workplace bullying

In the American literature, the reliance on aggregate measures of hostility does not allow for the differentiation between hostile behaviours on the part of different actors or multiple behaviours on the part of a single actor (Keashly & Jagatic, 2003).

Most of research utilising behavioural checklists does not specifically focus on hostile behaviours from particular actors. This makes it difficult to operationalise facets of pattern and escalation which require the establishment and assessment of a specific relationship between actors and targets. A variety of behaviours coming from one actor maybe experienced differently than behaviours coming from a variety of actors. Leymann (1993) introduced “mobbing” as the definition of a lasting conflict among colleagues. In his study were only marginally more colleagues among the bullies than there were supervisors. Zapf et al. (2003) conclude that in scandinavian studies these identified people in superior positions as offenders in approximately equal numbers to peers, with only a small number bullied by a subordinate. This could be explained because in Scandinavian countries power differences between immediate supervisors and their colleagues are small. In contrast, British studies have identified people in superior positions as bullies. Vartia and Hyyti (2002) found that woman were more often bullied by co-workers, whereas men were more often bullied by immediate supervisors or managers (Zapf et al., 2003).

In a revision of the American literature Keashly and Jagantic (2003) describe a total of 7 categories of workplace bullying: Verbal/active/direct (subject to insulting jokes, criticised harshly), verbal/active/indirect (treated unfairly, subject to false accusations, rumours), verbal/passive/direct (you or your contribution ignored), verbal/passive/indirect (deliberately excluded, failing to pass on information needed by the target), physical/active/direct (physically assaulted), physical/active indirect (deliberately assigned work overload) and physical/passive/indirect (expected to work with unreasonable deadlines, lack of resources).

The process of workplace bullying involves an escalation of the bully's behaviours from indirect and subtle behaviours, to more direct psychologically aggressive acts, to ultimately severe psychological and physical violence (Einarsen, 1999). There exists a wide range of different behaviours, be it direct or indirect kinds of behaviours, be it in the form of persistent insults or offending remarks, persistent criticism, or even personal or physical abuse. Others are given the "silent treatment," experiencing social exclusion and isolation. The only common denominator is that these behaviours are "used with the aim or at least the effect of persistently humiliating, intimidating, frightening, or punishing the victim" (Einarsen, 2000).

Leymann (1996) differentiated between five classes of bullying behaviour, which he referred to as the manipulation of: 1) the victim's reputation; 2) the victim's possibilities of communicating with co-workers; 3) the victim's social relationships; 4) the quality of a person's occupational and life situation; and 5) the victim's health. Leymann found factors which he labelled as negative communication: humiliating behaviour, isolating behaviour, frequent changes of tasks to punish someone and violence or threat of violence.

González de Rivera and Rodríguez (2006) obtained the following factors in the

LIPT-60: professional discredit, obstruction of the progress, isolation, covert and manifest intimidation and personal discredit.

Zapf (1999) categorised five main types of bullying behaviour: 1) work -related bullying which may include changing the victims work tasks in some negative way or making them difficult to perform; 2) social isolation by not communicating with somebody or excluding someone from social events; 3) personal attacks or attacks on someone's private life by ridicule or insulting remarks or the like; 4) verbal threats in which somebody is criticised, yelled at or humiliated in public; and 5) physical violence.

Factor analysis of the Negative Acts Questionnaire (NAQ) (Einarsen and Raknes, 1997) identified the following factors: attacking the private person, social isolation, work-related measures and physical violence.

On the basis of empirical data, Einarsen and Hoel (2001) suggest two factors of bullying behaviours: personal bullying (making insulting remarks, excessive teasing, spreading gossip or rumours, persistent criticism, playing practical jokes and intimidation) and work related bullying (giving unreasonable deadlines or unmanageable workloads, excessive monitoring of work, or assigning meaningless tasks or even no tasks).

Taking all these studies together, it appears that organisational measures affecting victims tasks and competencies, social isolation, attacking the private person, verbal aggression and spreading rumours are typical categories of bullying (Leymann, 1996; Niedl, 1995; Vartia, 1996; Zapf et al., 1996) whereas attacking attitudes and physical violence are found in some studies but occur only occasionally in the context of bullying. Although many researchers (Einarsen, 1999; Leymann, 1996; Niedl, 1995; Vartia, 1991; Zapf et al., 1996) include physical abuse in their categorisation of bullying, they all agree that the behaviours involved in workplace bullying are mainly of a psychological rather than a physical nature.

Rumours seem to be among the most used behaviours, probably because of their subtle and indirect nature. In countries where most of the bullying appears to come from superiors, work related bullying seems to be the most frequently applied behaviour (Hoel & Cooper, 2000 as cited in Zapf, Escartín, Einarsen, Hoel & Vartia, 2011). In the studies reported (Zapf, 1999; Zapf et al. 1996), co-workers used social isolation and attacking the private sphere more often than the supervisors. The preferential use of these strategies is based on the fact that the co-workers have information about the victim that the management does not usually have, such as personal circumstances, economic situation, etc. The contextual factors will influence which behavioural category is most frequent.

Various studies report greater prevalence in the health and social sector (Leymann & Gustafsson, 1996; Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff, 2002; Niedl, 1995; Piirainen et al., 2000, as cited in Zapf et al., 2011; Vartia, 1996). Zapf (1999) i.e. showed that employees of the health and social sector had a seven-fold risk of being bullied. There are other studies reporting high levels of violence above all from co-workers (Farrell, 1999; Farrell et al., 2006; Rippon, 2000; Rutherford & Rissel, 2004; Wen, Hai, Shou, Hsien & Jung, 2008).

Nevertheless, Quine (1999) found in his study that in the last year 38% of the nursing staff suffer from workplace violence, in their majority from superiors. In an other study (Quine, 2001), in 59% of violent incidents, the aggressor has been a supervisor older than the victim. Other studies confirm violent acts towards nurses by superiors (Estryn- Behar et al., 2008; Wen et al., 2008; Hoosen & Callaghan, 2004).

It is important to consider that the frequency of bullying depends very much on how it is measured, and the measures again, are influenced by the general understanding of what bullying is (Zapf et al., 2003).

There are a high number of studies in health care and the prevalence rates are as

follows: In Scandinavian studies workplace bullying prevalence rate ranges from 3% to 16% (Einarsen & Skogstad, 1996; Eriksen & Einarsen, 2004; Kivimäki, Elovainio, & Vahtera, 2000; Kivimäki et al., 2004; Mikkelsen & Einarsen, 2001). In Denmark they found a prevalence rate of 1.2% in an psychiatric ward (Agervold, 2007). In the Netherlands Hubert and van Veldhoven (2001), studied a sample including the branch health care and found a 2.2% rate of Workplace Bullying. Niedl (1995) reported a prevalence rate of 26.6% in an Austrian hospital, and Minkel (as cited in Zapf et al., 2011) found 8,7% victims of workplace bullying in Germany. In the UK percentages range from 18% to 40% (Paice, Aitken, Houghton & Firth-Cozens, 2004; Quine, 1999; Tehrani, 2004). Results show prevalence rates of 69.6% in Poland (Merecz, Rymaszewska, Moscicka, Kiejna & Jarosz-Nowak, 2006) and from 49.5% to 86.5% in Turkish health care workers (Ayranci et al., 2006; Yildirim & Yildirim, 2007). There are no studies made exclusively in Spanish nursing population except with profesional school nurses and in a mixed population with 74.8% nurses where a prevalence rate of 17.2% and 14% respectively was found (Fornés, Martínez- Abascal & De la Banda, 2008; García-Izquierdo, Llor, García- Izquierdo & Ruiz, 2006). In a study in Saudi Arabian primary health care workers about 28% were exposed to at least one violent event during the past year (El-Gilany, El-Wehady & Amr, 2010).

2.3. Consequences in health and well being

WA is a severe psychosocial stressor that can seriously affect the day-to-day functioning of the individuals who suffer it, with the emergence of various symptoms of stress. The psychological distress of clinical staff is considered a consequence of psychological damage. Many typical nursing situations are likely to become a source of risk as triggers or precursors of stress, with psychosomatic symptoms or loss of well-being.

The impact on the target person's health may differ significantly depending on the type and frequency of the reported aggressive behaviour (Hoel, Faragher, & Cooper, 2004). The more frequent the exposure to hostile workplace behaviour, the greater the negative effects. This can have both personal and organizational consequences.

Notable individual consequences include lower levels of psychological health, such as: (a) increased levels of depressive symptoms (sadness, hopelessness, concentration problems, suicidal thoughts, reduced self-confidence, low self-worth, etc.), (b) anxiety symptoms (irritability, nervousness, restlessness, fear, hyper-vigilance, etc.), (c) psychosomatic health complaints (insomnia, gastrointestinal problems, respiratory and cardiac complaints, hypertension, headaches, etc.) and (d) psychiatric pathologies like adaptive disorder, depressive disorder and some victims displayed a pattern of symptoms similar to post-traumatic stress disorder (Agervold & Mikkelsen, 2004; Einarsen & Nielsen, 2015; García-Izquierdo et al., 2006; Israel, House, Schurman, Heaney & Mero, 1989; Loerbroks et al., 2015; Mikkelsen & Einarsen, 2002; Namie & Namie, 2000; Nielsen & Einarsen, 2012; Spector, Coulter, Stockwell, & Matz, 2007).

The sequelae of workplace bullying can also extend to the socio-familial environment. Relatives and friends may think that the victim is obsessively concerned with the event. The victims often isolate themselves increasingly, due to feeling misunderstood in their environment.

Regarding the type of violence and the possible outcomes, there are higher anger rates following verbal aggression than physical aggression (Needham et al., 2005) or combined verbal and physical rather than only physical aggression produces higher levels of state anxiety (Chen et al., 2005). Of the different strategies used, attacks on the victim's private life and personal derogation have been shown to have the strongest correlation with psychological

ill-health (Einarsen & Raknes 1997, Zapf et al. 1996). Some differences between men and women have been found in that bullied women have been shown to feel aggressive more often than bullied men (Björkqvist, Österman, & Hjelt-Bäck, 1994). Targets may in turn become hostile, speaking to the potential of hostile behaviour to deteriorate into an escalatory spiral of increasingly severe behaviours in which the target become the actor (Andersson & Pearson 1999; Glomb, 2002). Victims bullied by their superiors have been shown to suffer more than the victims of co-worker bullying (Einarsen & Raknes 1997). High frustration, stress, strong feelings of helplessness and work alienation, low self-esteem and performance, and low work-unit cohesiveness have been suggested as effects on subordinates (Ashford 1994). The relationship between bullying and health has been found to be moderated by the victim's personality, and by social support at the workplace (Einarsen & Skogstad, 1996, Quine 1999).

Job dissatisfaction, burnout, higher turnover, negative consequences in productivity, an increase in the rate of accidents, higher rates of sick leave and presenteeism, lack of job security, and earlier retirement are all examples of the organisational consequences of workplace aggression (Aiken et al., 2001; Clausen, Høgh, Carneiro, & Borg, 2013; Farrell et al., 2006; Glambek, Matthiesen, Hetland, & Einarsen, 2014; Hoel, Sheehan, Cooper, & Einarsen, 2011; May & Grubbs, 2002; Niedl, 1996; Quine, 1999, 2001; Rayner, 1997). Bowling and Beehr (2006) observed that workplace bullying is associated negatively to the organizational commitment. A study with nursing staff confirmed that sick leave was 51% more frequent in victims of workplace bullying than in other nurses. The increase of sick leave in nursing personell could represent a vicious circle: the delicate health is a result of mobbing but also a factor which increases the susceptibility to be a potential victim of workplace bullying (Kivimäki et al., 2000; Reknes et al., 2014).

Exposure to violence by service users seems to influence assistential quality

negatively. The onset of "defensive medicine", which seeks to avoid lawsuits and minimize conflicts, leads to indulgence in the face of patients' inappropriate demands and to reducing the visiting time of potentially violent patients (Ametz & Ametz, 2001; Farrell et al., 2006; Stanko, 2002). Estryin- Behar et al., (2008) deduce that the quality of teamwork in geriatric and emergency units is related to workplace violence. When we refer to conflictive situations among colleagues, we mean unfavourable/inappropriate work climate and/or organizational conditions that have an impact on the quality of the service.

Summarizing the preceding paragraphs, workplace violence of health personnel is an emerging problem worldwide that has severe effects on the victims, the organizations, the health system, and the quality of the professional practice—such as the provision of health care services—and on the quality of life of the population (Laschinger, 2014). The health of the nursing staff is an essential factor to maintain a balance in their work activities; the condition through which actions, attitudes, behaviours, and obligations can develop without tensions that deteriorate or interfere with the care provided by health professionals to the patients.

It has also to be taken into account that bullying does not only affect the target person; those observing it in their work units have also reported negative effects on their mental health (Hoel & Cooper 2000, as cited in Zapf et al., 2011).

3. Measuring WA (workplace bullying and violence)

A literature review regarding assessment methods of workplace bullying and violence shows that there are many instruments adapted in Spanish and developed in Spain; these are follows:

- LIPT-60, the Leymann Inventory of Psychological Terrorization, modified by

González de Rivera and Rodríguez (2003)

- Different versions of the NAQ, *Negative Acts Questionnaire*: the NAQ-RE, adapted in Spanish and revised by García et al. (2004); the NAQ-14, a reduced version of this instrument (Moreno-Jimenez, Rodríguez-Muñoz, Martínez, & Gálvez, 2007); and the Spanish adaptation of a negative acts questionnaire focused on perpetrators, the NAQ-P (Escartín, Sora, Rodríguez-Muñoz, & Rodríguez-Carballeira, 2012)

- IVAPT-PANDO, The Violence and Emotional Abuse at Work - Inventory by Pando, Aranda, Preciado, Franco and Guadalupe (2006)

- The CISNEROS scale (Individual Questionnaire about Psychoterror, Negation, Stigmatization and Rejection in Social Organizations) by Fidalgo and Piñuel (2004)

- The CAPT, Emotional Abuse at Work Questionnaire by Moreno, Muñoz, Salin & Morante (2008)

- The EAPA-T, a measure of workplace bullying entitled Escala de Abuso Psicológico Aplicado en el lugar de Trabajo by Escartín, Rodríguez-Carballeira, Gómez-Benito and Zapf (2010)

In English speaking countries there is the well known Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT) developed by Leymann (1990) and the Negative Acts Questionnaire (NAQ) developed by Einarsen and Raknes (1997). There is a new revised version, the NAQ-R (Einarsen, Hoel & Notelaers, 2009), the S-NAQ, composed by 9 ítems (Notelaers & Einarsen, 2008) and a reduced 4 item version, validated in a nursing sample by Simons, Stark & DeMarco (2011). Other instruments are the Work Harassment Scale (WHS) by Björkqvist et al. (1994) and the Workplace Violence Questionnaire and Demographics (WVQD) by Anderson (2002).

There is a lack of instruments evaluating WA in nursing: Fornés et al. (2006)

developed the Psychological Harassment at Work Questionnaire (HPT-R) for nursing personnel. An other questionnaire which pretends to assess violence at work in the health sector is the Workplace Violence in the Health Sector Questionnaire (ILO/ICN/WHO/PSI, 2003).

Different strategies for measuring bullying have been employed: the subjective and the operational or objective. The first consist on giving the respondents a short definition of bullying and asking them to judge whether or not they have been subjected to such behaviour (e.g., Einarsen & Skogstad, 1996; Vartia, 1996). The workplace bullying frequency may be estimated by calculating the number of respondents exposed at least once a week to at least one of such behaviour over a period of 6 months.

The second, a very widespread method for the identification of the workplace bullying victim is the operational classification method proposed by Leymann (1992, as cited in Zapf et al., 2011). This approach was used in studies where the respondents have been asked about the perceived exposure to specific bullying behaviours indicating how often they have been subjected to a list of negative and potentially harassing acts, and those respondents who have experienced at least one of the negative acts with a specified frequency, typically once every week or more often, over a longer period of time have been classified as bullied (Einarsen & Raknes, 1997; Leymann, 1992). The most commonly used measurement instruments in this tradition are the Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT; Leymann, 1990b) and the currently widely used Negative Acts Questionnaire (NAQ, Einarsen & Hoel, 2001; Einarsen & Raknes, 1997).

Using both strategies simultaneously also allows for a comparison between the perception of being bullied and the exposure to different negative acts (Salin, 2001).

An alternative method to distinguish between different levels of exposure to

behaviours of workplace bullying, is the Latent Class Cluster analysis (LCC; Notelaers, Einarsen, De Witte & Vermunt, 2006). The LCC, based on the answers given to a list of negative workplace bullying behaviours, classify different groups of respondents regarding the nature and frequency of their exposure to bullying behaviours. Nevertheless, these procedures are not extended entirely and a large divergence in the estimation of the problem still exists.

Prevalence rates vary strongly according to the method used: Notelaers et al. (2006) verified that, in their study, the Operational Classification Method estimated almost 7 times more victims of workplace bullying than the Latent Class Cluster method (20% versus 3%). The results indicated that using lists of negative acts gives a considerable higher victimization rate than self-judgements and that the two different strategies do not even necessarily identify the same victims.

One possible explanation is that in some occupations and organizations certain negative acts are expected as part of the culture and therefore not considered bullying (Archer, 1999). An other explanation for the discrepancy in the prevalence rates between using lists with predefined negative acts and self-judgements might be that bullying should not be considered as a unified bi-modal construct, but rather as a continuum from “not at all exposed” to “highly exposed” (Matthiesen, Rakness, & Rokkum, 1989, as cited in Zapf et al., 2011; Rayner, Sheehan, & Barker, 1999, as cited in Einarsen, Hoel, Zapf, & Cooper, 2011).

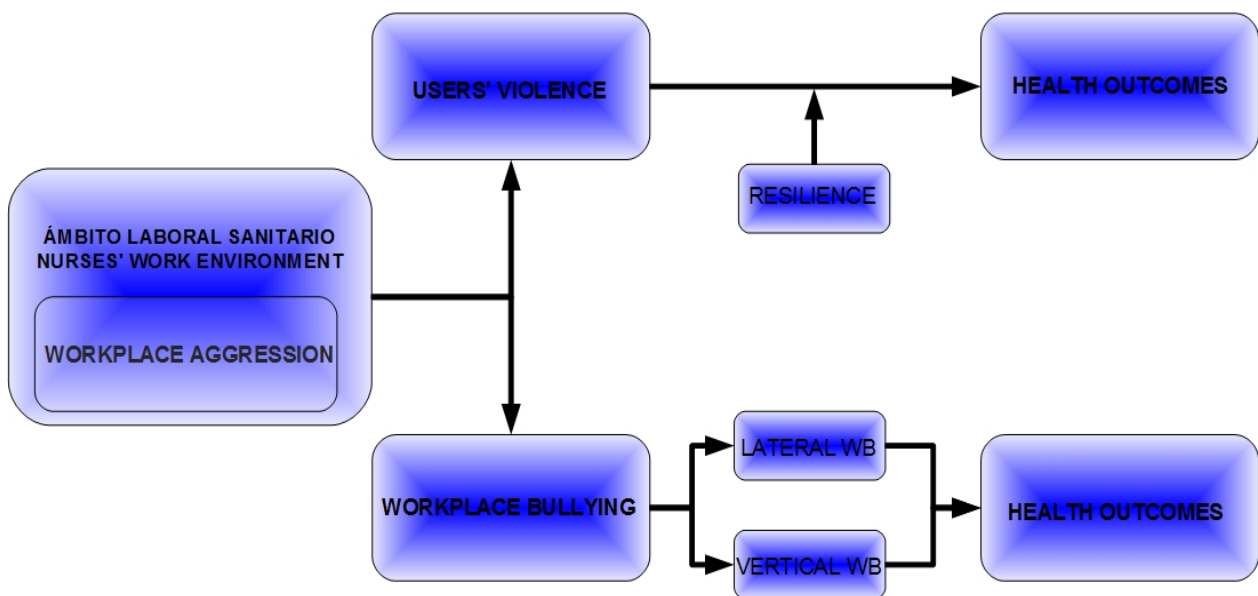
Such lists can therefore be seen as valuable instruments when studying the nature of bullying behaviours in different occupations, given that respondents does not evaluate if they are or not victims of mobbing (Salin, 2001).

The majority of the studies about workplace bullying are focused on the victims' perception, but there are other studies where authors assessed the incidence of violent acts

from the perpetrators perspective (Escartín, Sora, Rodríguez-Muñoz, & Rodríguez-Carballeira, 2012; Glomb, 2002; Robinson & Bennett, 2000).

To summarize the theoretical framework of the present study, look at the following Figure.

FIGURE 1: THEORETICAL FRAMEWORK OF THE STUDY



V. THE STUDY

1. AIMS

1. The first aim was to analyse WA towards nursing staff from a qualitative point of view and to develop and semantically test the items, as the first stage of the development of the instruments.

2. The aim of the second study was to develop and test the psychometric properties of an instrument which permits the evaluation of professionals' perception of aggressive behaviours perpetrated by users towards nursing staff. The instrument should be easy to use, short and useful for risk prevention in the health care sector.

3. Although workplace bullying in nursing has been assessed using instruments such as the NAQ (Einarsen & Raknes, 1997), these instruments do not permit differentiation between diverse actors of workplace bullying. Therefore, in the third study, I want to highlight the importance of the different sources of hostility in the healthcare sector. So, the definition of workplace bullying in the healthcare sector has been extended to include, as a whole, hostile behaviours received by a healthcare worker from colleagues (lateral workplace bullying) and superiors (vertical workplace bullying). The aim of the third study is, therefore, to develop an instrument which permits the evaluation of workplace bullying behaviours from different sources in the nursing staff by exploring this phenomenon through these two dimensions: lateral and vertical workplace bullying. The instrument should be easy to use, short, and helpful to explore the different origins of such behaviours and, thus, it should be useful for risk prevention in the healthcare sector.

2. METHOD

2.1. Participants

To analyze aim 1, 2 and 3 in a first, qualitative, phase of the study, three focus groups were carried out with a total of 21 participants (16 women and 5 men; 14 were healthcare professionals, and 7 were technical personnel for prevention of occupational hazards of the healthcare service), and six in-depth interviews of nurses belonging to diverse hospitals were performed.

In a second, quantitative, phase aimed at the psychometric assessment of the instruments, the research questionnaire was applied to a total sample of 1,484 healthcare professionals from 11 public hospitals of the Region of Murcia. The sample represents 29% of the total nursing staff and 18.96% of the total of auxiliary nursing staff of the Region of Murcia. The global response rate of the protocols administered was 81.36%.

The sociodemographic and socio-labour characteristics are presented in the corresponding table of the publications in chapter VII. The mean age of the sample was 42 years ($SD = 9.75$), and 83.4% were women. Of the sample, 62.8% were nurses and 37.2% were auxiliary nursing staff. Of them, 64.3% had a permanent contract and 51.1% worked in rotating shifts. Mean job tenure in the current post was 7 years and 5 months, and mean job tenure in the profession was 15 years and 4 months. One third of the sample reported one sick leave in the past 12 months.

2.2. Procedure

In the first qualitative phase, following the guidelines of Krueger (1991), two trained interviewers and two observers directed three discussion groups with a previously established

script. Through this procedure, we collected information about the relation between co-workers, superiors and service users as sources of WA (violence and workplace bullying) in the healthcare staff's work. Within the framework of qualitative analysis of the focus groups, after transcription, we identified categories of behaviours (verbal, nonverbal, and physical violence), which were the basis to draft the items for each potential area of conflict, respecting the content of the focus groups to the utmost. The items were: (a) reviewed by a group of experts, by consensus, and following explicit and previously established criteria (De Vellis, 1991; Dunn-Rankin, 1983; Togerson, 1958), (b) submitted to semantic validation by means of in-depth interviews of healthcare professionals, and (c) re-reviewed by the group of experts.

The items were drafted to express potentially hostile or conflictive situations that can emerge at the healthcare staff's workplace. A 6-point Likert-type response scale was used to rate the frequency of exposure to the type of hostility at work, ranging from 0 (*never*) to 5 (*daily*). Thus, a high score indicated higher frequency of exposure to hostile situations at the workplace.

In a second, quantitative, phase, after obtaining authorization for the study, all the public hospitals of the Region of Murcia participated. We randomly selected a first group of participants from 5 hospitals (N = 790), which was used to elaborate the instrument; and a second sample from 6 hospitals (N = 694), which was used to validate the instrument (see the figure of the corresponding publication in chapter VII). The protocol was administered through the service directors, using a randomized procedure to avoid over-representation of the people who were more sensitized to the problem. Envelopes were handed out with the protocols for them to be returned therein, in order to guarantee the participants' anonymity and confidentiality. Participation was voluntary and the participants were identified by number codes, thus maintaining strict confidentiality in the treatment and use of the data.

2.3. Instruments

Besides the sociodemographic and occupational variables and all the developed items, in order to analyse the three aims of the present study, we used the following scales that assess diverse psychosocial variables (see Appendix: "Protocol of psychosocial risks"):

- The Overall Job Satisfaction Scale of Warr, Cook, and Wall (1979), adapted by Pérez and Hidalgo (1995). It includes 15 items divided into two subscales: Intrinsic Satisfaction, which addresses aspects such as acknowledgement of work, responsibility, promotion, etc.; and Extrinsic Satisfaction with aspects of work organization such as the schedule, remuneration, the physical conditions of the work, etc. The degree of satisfaction or dissatisfaction with each one of the items is rated on a 7-point scale, ranging from 1 (*very dissatisfied*) to 7 (*very satisfied*). In the present study, a Cronbach alpha of .84 was obtained for Intrinsic Satisfaction, an alpha of .70 for Extrinsic Satisfaction, and an alpha of .87 for the total scale.

- The Maslach Burnout Inventory – General Survey of Schaufeli, Leiter, Maslach, and Jackson (1996) in the Spanish version of Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró, and Grau (2000). This scale has 16 items grouped into three dimensions: Emotional Exhaustion, which refers to the loss of emotional resources due to work; Cynicism, which reflects indifference and distant attitudes towards work; and Professional Efficacy, the efficacy perceived when carrying out the work. All the items are rated on a 7-point scale, ranging from 0 (*never*) to 6 (*always*). The alpha coefficients for each one of the subscales were .85, .70, and .86, respectively.

- The Spanish version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC, Connor & Davidson, 2003) adapted by García-Izquierdo, Ramos-Villagrasa, and García-Izquierdo (2009). In this 13-item scale, items are rated on a five-point scale ranging from 1 (*never*) to 5

(*always*). The items are related to the individual's perception of his or her ability to successfully confront any situation with the tenacity required to continue and to achieve goals in difficult situations (e.g., "I think of myself as a strong person"). Internal consistency, measured with Cronbach's alpha, was .85.

- The General Health Questionnaire - GHQ-28 (Goldberg & Hillier, 1979) according to the adaptation of Lobo, Pérez-Echeverría, and Artal (1986). This questionnaire is a measure of general psychological health and comprises four subscales with 7 items each: (a) Somatic Symptoms of psychological origin, such as feelings of exhaustion, weakness or illness, and bodily discomfort; (b) Anxiety and Insomnia; (c) Social Dysfunction, such as problems to perform and enjoy responsibilities, daily activities; and (d) Depressive Symptomatology, such as thoughts and feelings of personal worthlessness, sadness, hopelessness, and suicide. The alpha Cronbach values of these subscales are .85, .86, .74 and .82, respectively and .91 of the total scale.

2.4. Data Analysis

In the stage of elaborating the instruments of the quantitative phase (aim 2 and 3), we used a group of participants from 5 hospitals ($N = 790$). To reduce the number of items and to refine the scale, we carried out exploratory factor analysis with principle component and varimax rotation and various criteria were combined: (a) each factor should explain at least 5% of the total variance; (b) in the factors selected, the factor loading of the items should be at least .50; (c) an item could not load on two factors with more than .40; and (d) the items contained in each factor should have adequate internal consistency ($\alpha > .70$; Nunnally & Bernstein, 1994).

To validate the scales obtained in the first stage, we used a second group from 6 other

hospitals ($N = 694$). To analyze the fit of the factor structure to the resulting model of exploratory factor analysis, we performed confirmatory factor analysis. Following the habitual recommendations for this analysis (Hu & Bentler, 1999), diverse fit indexes were employed: Root mean square error of approximation (RMSEA), comparative goodness-of-fit index (CFI), and normed fit index (NFI). Moreover, to assess the goodness of fit, the goodness-of-fit index (GFI) and the Tucker-Lewis index (TLI) were also taken into account. According to Bentler and Bonnet (1980), values of NFI, GFI, and TLI of or higher than .90, and for CFI equal to or higher than .93 reflect a good fit; and RMSEA values lower than .05 reflect an excellent fit, whereas values between .05 and .08 reflect adequate fit. As chi-square is very sensitive to sample size and overrates the no fit of a model (Bollen, 1989), it was not taken into account and particular attention was paid to the above-mentioned indexes.

To assess the reliability of the resulting scale, we studied the internal consistency with Cronbach' alpha (Cronbach, 1951). The analyses were carried out for the global scale and for each one of the subscales obtained in the factor solution. Lastly, we analyzed the external validity with Pearson correlational analysis of the factors of the scale and the validation scales.

3. RESULTS

3.1. About the scales development

In the qualitative phase of the study, we obtained an initial pool of 166 items considering two main categories: hostile behaviours by co-workers and from superiors. Regarding the aggressive user behaviours, we obtained an initial pool of 55 items that reported; in turn, the items were divided into three subcategories: verbal violence, nonverbal

violence and physical violence.

From focus groups it can be concluded that there is more verbal violence from service users and their relatives; physical violence is rare. Co-workers and superiors use more often non verbal violence.

Subsequently, the exhaustive review of the items by the group of experts concluded by eliminating 44% of the co-workers' and superiors' items and in the case of users' items it was eliminated 50% of the items for various reasons, especially drafting problems, or overlapping contents, so that finally, 93 and 27 items respectively remained.

Lastly, to cognitively validate the items, the results of the in-depth interviews were also reviewed by the group of experts, which reduced the number of items to 24 items belonging to the area of superiors and 33 items belonging to the area of co-workers and 21 belonging to service users.

In the quantitative phase of the study, we started with the construction sample made up of the clinical staff from 5 hospitals (N = 790). The factor analysis was performed with this sample following the above-mentioned criteria. The application of this methodology led to a final scale of 17 items made up of 5 factors in the case of vertical and lateral workplace bullying and to a final scale of 10 items made up of 2 factors in the case of service users' violence. The factors of the Hospital Aggressive Behaviour Scale- Co- workers- Superiors (HABS-CS) explained 74.17% of the variance and the Hospital Aggressive Behaviour Scale- Users (HABS-U) explained 57.13% of the variance; the Kaiser-Meyer-Olkin sample adequacy measurement value was high (KMO = .865) and adequate (George & Mallery, 1995).

The publications in chapter VII show tables with the rotated solution of the analysis, the factor loadings of each item, as well as the percentages of variance explained by each

factor, and the Cronbach alpha values for the total scales and each factor.

Now I refer to the HABS-CS:

The first factor, called Active Workplace Bullying–Superior explains 37.16% of the variance, with an alpha of .95, and includes 4 items about violent acts by supervisors/directors or nursing departments, on whom the professional depends hierarchically (i.e., “My superior threatens to attack me”).

The second factor, which we called Person-related Bullying-Co- workers, explains 15.51% of the variance, with an alpha of .79, and it has 4 items (i.e., “Some co-workers spread false rumours about me”, “Some co-workers criticize my private life”).

The third factor, Passive Workplace Bullying-Co- workers, explains 8.76% of the variance, with an alpha of .82, and is made up of 3 items (i.e., “Some co-workers have stopped talking to me,” “Some co-workers ignore me and do not answer my questions”).

Factor IV, Passive Workplace Bullying-Superior, explains 6.6% of the variance, with an alpha of .79, and made up of 3 items (i.e., “My superior ignores me”).

The last factor, Work-related Bullying-Co- workers, explains 6.15% of the variance, with an alpha of .72, and contains 3 items (i.e., “Some co-workers deliberately accuse me of other people's mistakes”).

The first factor of the HABS-U is called ‘non-physical violence’, explains 35.12% of the variance, with an alpha of 0.84 and includes 7 items about violent verbal and non-verbal acts by users such as patients, relatives or caregivers (i.e., ‘Users make ironic comments to me’ and ‘Users give me dirty and contemptuous looks’). The second factor, which we called ‘physical violence’ by users, explains 22.01% of the variance, with an alpha of .76 and it has 3 items (i.e., ‘Users have even shoved, shook, or spit at me’).

Subsequently, it was used the validation sample, made up of 694 nurses and auxiliary

nurses from 6 hospitals, to test the fit of the factor model of the HABS-CS and the HABS-U. The analyses indicated a goodness-of-fit index of .91 and .96 respectively ($GFI > .90$), a comparative goodness-of-fit index of .94 and .95 respectively ($CFI > .93$), and a normed fit index and Tucker-Lewis index of .92 and .94 respectively ($NFI, TLI > .90$), and, lastly, an RMSEA index of .079 and .070 respectively ($RMSEA < .08$) Taking into account the reference criteria, we concluded that the models present a good fit.

Reliability analysis yielded a Cronbach alpha of .86 for the total scale HABS-CS, and the alpha values of the factors ranged between .95 for Factor I and .72 for Factor V. The HABS-U yielded a Cronbach alpha of 0.83 for the total scale and the alpha values of the factors were 0.84 for Factor I and 0.76 for Factor II. All the values are higher than the common criterion value of .70 (Nunnally & Bernstein, 1994).

In order to analyze the criterion validity, we calculated the correlations between the factors of the HABS-CS and the HABS-U and job satisfaction, burnout components, and the four health components assessed with the GHQ-28. In this phase of the study, we used the entire sample of all 11 hospitals ($N = 1,484$).

In accordance with the bibliographic review carried out, we found significant correlations ($p < .001$) between the factors of the HABS-CS and the HABS-U and the validation scales. Tables of the corresponding publications (chapter VII) show the correlations found between the diverse HABS-CS and the HABS-U factors and job satisfaction, burnout components, and psychological well-being.

Regarding correlations with the HABS-CS, job satisfaction correlated significantly and negatively with all the subscales of the instrument designed except for the factor Active Workplace Bullying-Superior, where the correlation was nonsignificant. Higher frequency of exposure to hostile behaviours by the superior and by co-workers was related to the workers'

lower job satisfaction.

The rest of the validation scales correlated significantly and positively with the HABS-CS, except for the variable professional efficacy, which was not significant in any case. We also verified that higher exposure to hostile behaviours was related to higher levels of burnout and greater impact on the health indicators assessed by the GHQ-28.

Upon examining the differences between the two sources of bullying behaviours, in general, we observed higher correlations between the frequency of exposure to workplace bullying by the superior (Factors I and IV) and satisfaction ($r = -.21, p < .001$, cynicism ($r = .21, p < .001$), and emotional exhaustion ($r = .16, p < .001$). Whereas in workplace bullying by co-workers (Factors II, III, and V), we observed higher correlations with psychological distress ($r = .29, p < .001$), specifically with anxiety ($r = .26, p < .001$) and depression ($r = .25, p < .001$).

Upon examining the subscales, we found that Active Workplace Bullying-Superior (Factor I) correlated at the level of .001 only with cynicism ($r = .11, p < .001$) and depression ($r = .09, p < .001$). These low correlations are probably due to the scarce frequency of these behaviours. However, in Passive Workplace Bullying-Superior (Factor IV), the highest correlations were with satisfaction ($r = -.26, p < .001$) and cynicism ($r = .22, p < .001$).

Examining the co-worker subscales, Work-related Bullying (Factor V) had the highest correlations with depression ($r = .24, p < .001$), anxiety ($r = .19, p < .001$), and cynicism ($r = .19, p < .001$). Passive Workplace Bullying (Factor III) had the highest correlations with anxiety ($r = .20, p < .001$), cynicism ($r = .19, p < .001$), and depression ($r = .19, p < .001$). Lastly, Person-related Bullying (Factor II) was particularly related to emotional exhaustion ($r = .26, p < .001$) and anxiety ($r = .25, p < .001$).

The MBI and GHQ-28 validation scales correlated significantly and positively with

the HABS-U, except for the variable professional efficacy, which was not significant in any case. We also verified that higher exposure to aggressive behaviours was related to higher levels of burnout and greater impact on the health indicators assessed by the GHQ-28.

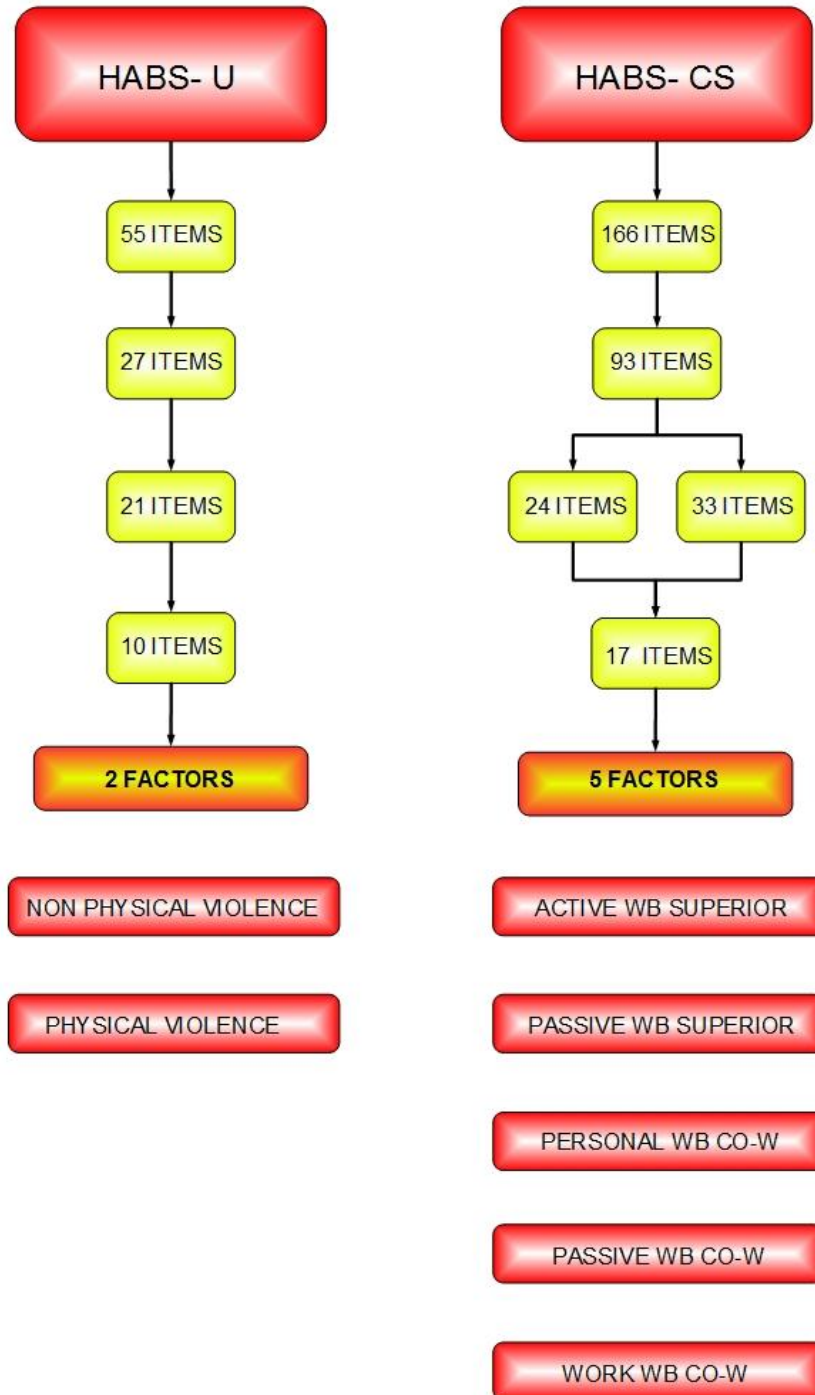
On examining the differences between the two subscales, non-physical and physical violence, higher correlations were generally found between the frequency of exposure to non-physical user violence and emotional exhaustion ($r = .26, p < .001$), cynicism ($r = .22, p < .001$) and somatic symptoms ($r = .19, p < .001$). Whereas in physical violence, we observed higher correlations with depression ($r = .1, p < .001$), cynicism ($r = .1, p < .001$) and intrinsic satisfaction ($r = .09, p < .001$).

Job satisfaction correlated significantly and negatively with the subscales of the instrument designed. Higher frequency of exposure to physical ($r = -.091, p < .01$) or non-physical ($r = -.153, p < .001$) aggressive behaviours by the users was related to the workers' lower job satisfaction.

The Physical Violence subscale presents lower correlations than the Non-physical Violence subscale. These low correlations are probably due to the scarcity of violent physical behaviours.

The principal results for aim 1, 2 and 3 are exposed in the following Figure 2.

FIGURE 2: PRINCIPAL FINDINGS



4. CONCLUSIONS

4.1. Aims 1, 2 and 3

Taking into account the above-mentioned results of WA in nursing, it can be considered as an emerging global problem that has serious effects on the victims, the organizations, the healthcare system, and the quality of life of the population.

Leaving aside the analysis of specific WA behaviours that cannot be assessed by the scales mentioned in the introduction due to the nature of their items, and which do not tap the nature of WA in the health sphere in all its dimensions, the investigation of violence and workplace bullying should begin to develop specific measurement instruments to assess the forms of harassment in each sector of activity. It was therefore very interesting to create scales to appraise workplace violence and workplace bullying specific to the health sector.

In the present study, we constructed two scales for the assessment of hostile behaviours toward the healthcare staff, using for this purpose a qualitative and quantitative methodology. The large sample size, the participation of all the public hospitals, and the high response rate are all notable. The resulting instruments are made up of 17 and 10 items, respectively, showing adequate psychometric properties. They are brief, easy to apply and to interpret, and have adequate reliability, as they were validated in a different sample. The scales assess the level of exposure to diverse aggressive workplace behaviours through the operational method and, at the same time, they allow rating vertical, lateral, and ascendent WA. The importance of assessing this phenomenon from the perspective of these three sources of WA resides in the fact that hostile behaviours are different depending on the actor, and because of the limitation of studies that do not measure the difference in power between victims and aggressors or that do not differentiate between actors of WA (Nielsen, Notelaers, & Einarsen, 2011).

The factors resulting from the factor analysis are along the lines of those found in other

studies. Thus, for example, Einarsen, Hoel, and Notelaers (2009) and Zapf (1999) differentiated between personal-related bullying and work-related bullying, which in our study emerge in the sphere of co-workers. The category of physically intimidating forms of bullying has been extensively documented (Einarsen, 1999; Einarsen et al., 2009; Leymann, 1996; Niedl, 1995; Vartia, 1991; Zapf et al., 1996) and, in the present study, we found it related to the superior. The factors of social isolation or passive-aggressive behaviour as a category of workplace bullying have been described by various authors (Buss, 1961; Einarsen & Raknes, 1997; Einarsen, 2000; Keashly & Jagatic, 2003; Leymann, 1996; Moreno-Jimenez et al., 2008; Zapf, 1999), and, in our case, they appear in both spheres of the HABS-CS, co-workers and superiors. The factors resulting from the factor analysis of the HABS-U, Non-Physical and Physical Violence, are also along the lines of those found in other studies (Luck, Jackson, & Usher, 2007; Spector et al., 2007; Wells & Bowers 2002).

In the study carried out with the validation scales to obtain criterion validity, our results are in accordance with those found in other research works. Thus, there are significant correlations between the HABS-CS and job satisfaction, psychological well-being, and the main components of burnout, cynicism, and emotional exhaustion. In general terms, higher exposure to negative behaviours at work by a co-worker or a superior is related to lower job satisfaction, more emotional exhaustion, and poorer psychological well-being. These data suggest that working in a hostile and violent occupational environment could lead to the development of burnout, psychosomatic symptoms, loss of well-being, and even the onset of clinical syndromes.

Moreover, evidence has been found that exposure to vertical workplace bullying is more closely related to occupational variables (emotional exhaustion and cynicism), whereas exposure to lateral workplace bullying is more closely related to variables of a clinical nature

(anxious and depressive symptomatology). According to this, the effects of workplace bullying could differ depending on the status of the author of the negative behaviours.

Another interesting result is the fact that exposure to this type of aggressive behaviours, independently of their origin, does not affect the perception of self-efficacy. This could be explained by the relatively autonomous nature of the work carried out by healthcare personnel. Nevertheless, the behaviour of this variable should be examined in detail in future works.

In the study carried out with the validation scales and the HABS-U, our results are in accordance with other research works (Ayranci et al., 2006; Büssing & Höge, 2004; Chappell & Di Martino, 2006; May & Grubbs, 2002; Needham et al., 2005; Quine, 1999).

The systematic use of these two scales within the prevention of occupational hazards can be useful for the early detection of WA from the organizational viewpoint, identifying the services at risk, and at the individual level, detecting conflicts among co-workers and superiors, where possible victims of workplace bullying could be identified. Another possible application of the instrument is its use as an indicator of the risk of psychological alterations due to exposure to aggressive behaviours at the workplace.

From another viewpoint, and following the philosophy of positive psychology (Seligman & Csikzentmihalyi, 2000), this instrument could be used to detect hospital units with low levels of WA. The in-depth analysis of these units would lead to the identification of the key to a good occupational climate, in order to extrapolate the findings to units that have high levels of WA.

Efforts are being made to introduce standardized measures with the aim of providing more insight both into the causes and the risks of aggressive incidents (Nijman et al., 2005). The lack of systematic staff training in therapeutic management of aggression and risk

assessment, such as training in key communication, observation, and interpersonal skills and de-escalation techniques, has been observed (Farrell & Cubit, 2005; Hahn, Needham, Abderhalden, Duxbury, & Halfens, 2006; Irwin, 2006; Needham et al., 2005).

Insufficient training and lack of interpersonal skills in nursing staff providing services, as well as a general climate of stress at the workplace, can contribute substantially to an increase in the level of WA (Chappell & Di Martino, 2006). Jackson et al. (2007) suggest specific self-development strategies that can help develop personal resilience to workplace adversity due to interpersonal problems. These are: strengthening positive professional relationships and networks, maintaining positivity, building up emotional insight, reaching life balance and spirituality, and becoming more reflective.

In this sense, the HABS-U and the HABS-CS could also be used to indicate the type of intervention needed and to appraise the efficacy of intervention programs in nursing staff at an occupational level but also at an individual level, such as the modification of attitudes towards violence (Duxbury & Whittington, 2005; Jansen et al., 2005; Wilkins, 2014).

Lastly, I would like to stress that the development of improvement plans of co-workers' relations and of the managing skills of the superiors, as suggested by El-Gilany and collaborators (2010) and Salin and Hoel (2011), and the relation between service users and nursing staff is a challenge for the prevention of workplace bullying and violence. This should be addressed by the services of prevention of occupational hazards, based on research data that uses valid and reliable assessment measures. The development of job interventions and the application of organizational action plans and policies attempting to evaluate risk factors and training staff to avoid risk situations or to manage aggressive behaviours should be a high priority in order to achieve a flourishing and healthy work environment.

4.2. Study limitations and future research

The present study was exclusively based on self-report measures, which might lead to response bias in the participants, exacerbating the common variance and artificially increasing correlations between variables. Although we tried to minimize this limitation by randomizing the participants and by rigorous control of anonymity, the possibility of using more sophisticated designs should be contemplated (Taris, 2000). Along the lines of the bibliographic review carried out, significant correlations were obtained ($p < .001$). In the present study, the correlation coefficients are somewhat low, which is probably due to the low frequency of the aggressive behaviours in this sample. Due to the large sample size, the correlation values are significant. Longitudinal designs are necessary to validate the findings of the present study over time, and to provide insights about causality, studying the longitudinal effects of WA on health.

What is being done now?

The instruments developed in the present study were proposed on several occasions to the department of experts in prevention of occupational hazards of the Health Service of Murcia for their use in the early detection of the hospital units at risk of WA. Despite their valuing their great utility in the health sector, till now, they have not been applied by the experts in prevention of occupational hazards of the Health Service of Murcia. Our research team has tried to publicize and disseminate these instruments in all the health services of Spain in order to inform about the emerging risk of WA and the importance of its assessment for prevention and intervention, thus indirectly increasing the quality of the health services through the nursing professionals.

Various authors from different countries such as Canada, Italy, England, and Japan

have also expressed interest in the application of the instruments developed in the present study. Therefore, the next step is the adaptation to English and other languages of the HABS-CS and the HABS-U.

As Bakker and Demerouti (2007) propose the inclusion of personal resources in the JD-R model for future research, and in order to contribute to the existing literature, the next study will be focused on workplace aggression as a job demand and resilience as a specific personal resource, a determinant that has been shown to be important for the psychological health of service employees like nurses. The aim of this fourth study is to examine whether resilience is a moderating factor in the relationship between nurses' perception of aggressive behaviours by service users and the psychological health of those nurses. With the fourth study, still in the elaboration stage, we intend to expand prior investigations on the demands-resources model (*JD-R model*, Bakker, Demerouti, De Boer, & Schaufeli, 2003; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001), focusing the research on nursing staff in hospitals and providing support for the moderator role of little studied variables such as resilience in the relationship between work demands (in this case, user violence) and consequences for health (Büssing & Höge, 2004). Studies analysing the role of personal resources (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005; Chen, Gully, & Eden, 2001; Mäkikangas & Kinnunen, 2003; Pierce & Gardner, 2004; Van Yperen & Snijders, 2000; Wilkins, 2014) suggest that workers with many personal resources are more efficient when facing demanding working conditions and this, in turn, protects them from negative consequences and has positive effects on health. Therefore, it is particularly important to study a factor such as resilience, following the lead of positive psychology, which pays greater attention to the strengths of the human being that can protect us from adversity and traumatic experiences (Seligman & Csikzentmihalyi, 2000).

Moreover, another publication on the WA climate in various hospital units is also

being developed. The aim in the fifth study is to analyse the role of shared perceptions of workplace aggression and bullying at the level of hospital units and their effects on emotional exhaustion. This work under elaboration will analyse WA climate, assuming that, in units with higher levels of WA climate, the impact of its negative consequences on the health of the clinical staff is higher at the individual level.

Another approach to WA that is being carried out is a research project on user violence in primary care, a sector that is at high risk. The items have been qualitatively re-analysed to adapt the HABS-U to primary care, a service that is different from the hospitals in its relation with the users.

The next step will be to design a specific action protocol for the different WA behaviours by different actors. At this time, the research group intends to attain the goal of implementing intervention programs in the primary care sector and in psychiatry. Thus, we would close the circle and we would have the assessment, detection, prevention or intervention in WA, thereby enabling us to decrease WA, an emerging risk in health personnel.

VI. REFERENCIAS - REFERENCES

- Abderhalden, C., Needham, I., Miserez, B., Almvik, R., Dassen, T., Haug, H.-J., et al. (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: A multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*, 422-427. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00733.x
- Ablett, J. R., & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology, 16*, 733-740. doi: 10.1002/pon.1130
- Adib, S.M., Al-Shatti, A.K., Kamal, S., El-Gerges, K., & Al-Raqem, M. (2002). Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *International Journal of Nursing Studies, 39*, 469-478.
- Agervold, M. (2007). Bullying at work: A discussion of definitions and prevalence, based on an empirical study. *Scandinavian Journal of Psychology, 48*, 161-172.
- Agervold, M., & Mikkelsen, E.G. (2004). Relationships between bullying, psychosocial work environment and individual stress reactions. *Work & Stress, 18*, 336-351.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, DM, Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M., & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs, 20*(3), 43-53.
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, CA: Sage.
- American Psychological Association (APA 2012). *The road to resilience*. Available at: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>

- Ametz, J.E. & Ametz, B.B. (2001). Violence toward health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 417-427.
- Anderson, C. (2002). Workplace violence: Are some nurses more vulnerable? *Issues in Mental Health Nursing*, 23(4), 351-366.
- Anderson, C., & Parish, M. (2003). Report of workplace violence by hispanic nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 14, 237-243.
- Andersson, L.M., & Pearson, C.M. (1999) Tit for tat? The spiralling effect of incivility in the workplace. *Academy of Management Review*, 24, 452-471.
- Archer, D. (1999). Exploring "bullying" culture in the para military organisation. *International Journal of Manpower*, 20, 94-105.
- Ashforth, B.E. (1994). Petty tyranny in organizations. *Human Relations*, 47, 755-778.
- Ayranci, U., Yenilmez, C., Balci, Y., & Kaptanoglu, C. (2006). Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 276-296. doi: 10.1177/0886260505282565
- Baek, H. S., Lee, K. U., Joo, E. J., Lee, M. Y., & Choi, K. S. (2010). Reliability and validity of the Korean version of the Connor-Davidson Resilience Scale. *Psychiatry Investigation*, 7, 109-115. doi: 10.4306/pi.2010.7.2.109
- Bakker, A. B., Demerouti, E., De Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 341-356. doi:10.1016/S0001-8791(02)00030-1
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328. doi: 10.1108/02683940710733115
- Bakker, A.B., Demerouti, E., & Euwema, M.C. (2005). Job resources buffer the impact of job

- demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, *10*, 170-80. doi: 10.1037/1076-8998.10.2.170
- Barling, J., Rogers, G.A., & Kelloway, K.E. (2001). Behind closed doors: in-home worker's experiences of sexual harassment and workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, *6* (3), 255-69.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Bentler, P.M., & Bonnet, D. G. (1980). Significance test and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, *88*, 588-606.
- Björkqvist, K., Österman, K., & Hjelt-Bäck, M. (1994). Aggression Among University Employees. *Aggressive Behavior*, *20*, 173-184.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bowling, N., & Beehr, T. (2006). Workplace harassment from the victim's perspective: A theoretical model and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, *91* (5), 998-1012.
- Buss, A.H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Wiley.
- Büssing, A., & Höge, T. (2004). Aggression and violence against home care workers. *Journal of Occupational Health Psychology*, *9*, 206-19. doi: 10.1037/1076-8998.9.3.206
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, *20*, 1019- 1028. doi: 10.1002/jts.20271
- Chappell, D. & Di Martino, V. (2006). *Violence at work, Third edition*. Geneva, Switzerland:

International Labour Organisation (ILO).

- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods, 4*, 62–83. doi: 10.1177/109442810141004
- Chen, W.C., Hwo, H.G., Kung, S.M., Chiu, H.J., & Wang, J.D. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health, 50*, 288-293.
- Chen, S.C., Hwu, H.G., & Williams, R.A. (2005). Psychiatric nurses' anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. *Archives of Psychiatric Nursing, 19*(3), 141-149.
- Clausen, T., Hogh, A., Carneiro, I.G., & Borg, V. (2013). Does psychological well-being mediate the association between experiences of acts of offensive behaviour and turnover among care workers? A longitudinal analysis. *Journal of Advanced Nursing, 69*(6), 1301-1313. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06121.x.
- Connor K. M., & Davidson J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82. doi:10.1002/da.10113
- Consejo Internacional de Enfermeras (2004). La violencia- Epidemia mundial. http://www.icn.ch/matters_violencesp.htm
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004) Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing, 12*, 67–73.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*, 297-334.
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological*

Bulletin, 52, 281-302.

Curbow, B. (2002). Origins of Violence at Work. In C.L. Cooper & N. Swanson (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: State of the Art* (pp. 35-48). Geneva, Switzerland: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. World Health Organization.

Daffern, M., Howells, K., Ogloff, J., & Lee, J. (2005). Individual characteristics predisposing patients to aggression in a forensic psychiatric hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16(4), 729-746. doi: 10.1080/14789940500345595

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512. doi: 10.1037//0021-9010.86.3.499

De Vellis, R.F. (1991). *Scale Development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage.

Di Martino, V. (2002). *Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study: Sintesis report*. Ginebra, Suiza: OIT/OMS/CIE/ISP.

Di Martino, V. (2003). *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva, Switzerland: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. World Health Organization.

Dollard, M. F., LaMontagne, A. D., Caulfield, N., Blewett, V., & Shaw, A. (2007). Job stress in the Australian and international health and community services sector: A review of the literature. *International Journal of Stress Management*, 14, 417-445. doi: 10.1037/1072-5245.14.4.417

- Dunn- Rankin, P. (1983). *Scaling methods*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum.
- Duxbury, J. & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x
- Einarsen, S. (1999). Te nature and causes of bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20, 1/2, 16-27.
- Einarsen, S. (2000). Harrassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggression and violent Behaviour: A Review Journal*, 5, 4, 371-401.
- Einarsen, S., & Hoel, H. (2001). *The negative Acts Questionnaire: Development, validation and revision of a measure of bullying at work*. Prague: 10th European Congress on Work and Organisational Psychology.
- Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire- Revised. *Work & Stress*, 23(1), 24-44.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2003). The concept of bullying at work. In S.Einarsen, H.Hoel, D.Zapf, & C. L.Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 3–30). London, England: Taylor & Francis.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2011). The concept of bullying and harassment at work: The European tradition. In S.Einarsen, H.Hoel, D.Zapf, & C. L.Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research and practice (2nd ed., pp. 3-39)*. London, England: CRC Press.
- Einarsen, S., & Nielsen, M. (2015). Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five- year prospective and representative study. *International Archives of*

Occupational and Environmental Health, 88(2), 131- 142. doi: 10.1007/s00420-014-0944-7

Einarsen, S., Matthiesen, S.B., & Skogstad, A. (1998). Bullying, burnout and wellbeing among assistant nurses. *Journal of Occupational Health and Safety*, 14, 563-568.

Einarsen, S., Raknes, B.I., & Matthiesen, S.B. (1994). Bullying and Harassment at work and their relationships to work environment quality: An exploratory study. *European Work and Organizational Psychologist*, 4(4), 381-401.

Einarsen, S., & Raknes, B.I. (1997). Harassment at work and the victimization of men. *Violence and Victims*, 12, 247-263.

Einarsen, S., & Skogstad, A. (1996). Bullying at work: Epidemiological findings in public and private organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 185-201.

Ergün, F.S. & Karadakovan, A. (2005). Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Nursing Review*, 52, 154-160. doi: 10.1111/j.1466-7657.2005.00420.x

Eriksen, W., & Einarsen, S. (2004). Gender minority as a risk factor of exposure to bullying at work: The case of male assistant nurses. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 13 (4), 473-492.

El-Gilany, A.H., El-Wehady, A., & Amr, M. (2010). Violence Against Primary Health Care Workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4), 716-734. doi: 10.1177/0886260509334395

VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2007) URL http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_VI_ENCT.pdf

- Escartín, J., Rodríguez-Carballeira, A., Gómez-Benito, J., & Zapf, D. (2010). Development and validation of the workplace bullying scale EAPA-T. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(3), 519-539.
- Escartín, J., Sora, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carballeira, A. (2012). Adaptation and validation of a spanish version of the Negative Acts Questionnaire at work showed by bulliers: NAQ-Perpetrators. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 28*(3), 157-170. <http://dx.doi.org/10.5093/tr2012a13>
- Escartín, J., Zapf, D., Arrieta, C., & Rodríguez-Carballeira, A. (2011). Workers' perception of workplace bullying: A cross-cultural study. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 20*(2), 178-205. doi:10.1080/13594320903395652
- Estryn Behar, M., Van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P.M., & Hasselhorn, H.M. (2008). Violence risk in nursing - results from the European NEXT Study. *Occupational Medicine, 58*, 107-114.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2010). *Workplace violence and harassment: A European picture*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Farrell, G.A. (1999). Aggression in clinical settings: nurses' views – a follow- up study. *Journal of Advanced Nursing, 29*(3), 532-541.
- Farrell, G.A., Bobrowski, C., & Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing, 55*(6), 778-787.
- Farrell, G. & Cubit, K. (2005). Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing, 14*, 44-53. doi: 10.1111/j.1440-0979.2005.00354.x

- Fidalgo, A.M. & Piñuel, I. (2004). La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 16(4), 615-624.
- Fornés, J., Martínez Abascal, M.A., & García de la Banda, G. (2008). Análisis factorial del Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de Enfermería. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 8 (1), 267-283.
- Fornés Vives, J., Reines Femenia, J. & Sureda García, C. (2004). Mobbing in nursing. A pilot study. *Revista de Enfermería*, 27(9), 8-10, 13-16.
- Foster, C. , Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing* 58(2), 140–149. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04169.x
- Galián-Muñoz, I., Llor-Esteban, B., & Ruiz-Hernández, J.A. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Revista Española de Salud Pública* 86(3), 279-291.
- García-Izquierdo, M., Llor, B., García- Izquierdo, A.L., & Ruiz, J.A. (2006). Bienestar psicológico y mobbing en una muestra de profesionales de los sectores educativo y sanitario. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22, 381-396.
- García-Izquierdo, M., Llor, B., Sáez, M.C., Ruiz, J.A., Blasco, J.R. & Campillo, M.J. (2004). *Evaluación del acoso psicológico en el trabajo: El NAQ-RE. Revisión de la adaptación española*. Trabajo presentado en la VII European Conference on Psychological Assessment, Benalmádena, España.
- García-Izquierdo, A. L., Ramos-Villagrasa, P. J., & García-Izquierdo, M. (2009). Los *Big Five* y el efecto moderador de la resistencia en el agotamiento emocional [Big five factors and resiliency: Moderator effect on emotional exhaustion]. *Revista de Psicología del*

Trabajo y de las Organizaciones, 25, 135-147.

George, D., & P. Mallery (1995). *SPSS/PC step by step: a simple guide and reference*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

Gerberich, S.G., Church, T.R., McGovern, P.M., Hansen, H.E., Nachreiner, N.M., Geisser, M.S., Ryan, A.D., Mongin, S.J., & Watt, G.D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 495-503.

Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2007). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 968-976. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.08.006

Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, Spain: Pirámide.

Glabek, M., Matthiesen, S.B., Hetland, J., & Einarsen, S. (2014). Workplace Bullying as an antecedent to job insecurity and intention to leave: a 6-month prospective study. *Human Resource Management Journal*, 24(3), 255-268. doi: 10.1111/1748-8583.12035

Glomb, T.M. (2002). Workplace aggression: Informing conceptual models with data from specific encounters. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 20-36.

Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo (2006). *Plan de prevención contra la violencia en el lugar de trabajo*.
[http://portalepleado.aragon.es/pls/portal/docs/PAGE/EMPLEADO/PLANPREVEN
CIONVIOLENCIA.PDF](http://portalepleado.aragon.es/pls/portal/docs/PAGE/EMPLEADO/PLANPREVEN
CIONVIOLENCIA.PDF)

Goldberg, D.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire.

Psychological Medicine, 9, 139-45.

González de Rivera, J.L. & Rodríguez, M.J. (2003). Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española. *Psiquis*, 24(2), 59-69.

González de Rivera, J.L. & Rodríguez, M.J. (2006). Acoso psicológico en el trabajo y psicopatología: Un estudio con el LIPT-60 y el SCL 90-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 397-412.

Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R.J.G. (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. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03361.x

Hahn, S., Needham, I., Abderhalden, C., Duxbury J. A. D. & Halfens R. J. G. (2006). The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 197–204. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.10.003

Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R.J.G. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 431-441. doi: 10.1016/j.avb.2008.07.001

Hansen, A., Hogh, A., Persson, R., Karlson, B., Garde, A., & Orbaek, P. (2006). Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 63-72.

Hodges, H. F., Keeley, A. C., & Grier, E. C. (2005). Professional resilience, practice longevity, and Parse's theory for baccalaureate education. *Journal of Nursing Education*, 44, 548-

554.

- Hoel, H., Sheehan, M.J., Cooper, C.L., & Einarsen S. (2011). Organisational effects of workplace bullying. In S.Einarsen, H.Hoel, D.Zapf, & C. L.Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research and practice (2nd ed., pp. 129-147)*. London, England: CRC Press.
- Hoel, H., Faragher, B., & Cooper, C.L. (2004). Bullying is detrimental to health, but all bullying behaviours are not necessarily equally damaging. *British Journal of Guidance and Counselling, 32*, 367-387.
- Hoel, H., Giga, S.I., & Davidson, M.J. (2007). Expectations and realities of student nurses' experiences of negative behaviour and bullying in clinical placement and the influences of socialisation processes. *Health Services Management Research, 20*, 270-278.
- Hogh, A., Mikkelsen, E.G., & Hansen, A.M. (2011). Individual consequences of workplace bullying/mobbing. In S.Einarsen, H.Hoel, D.Zapf, & C. L.Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research and practice (2nd ed., pp.107-128)*. London, England: CRC Press.
- Hoosen, I.A., & Callaghan, R. (2004). A survey of workplace bullying of psychiatric trainees in West Midlands. *Psychiatric Bulletin, 28*, 225-227.
- Hubert, A.B., & van Veldoven, M. (2001). Risks sectors for undesirable behaviour and mobbing. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 10*, 415-424.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.
- Hutchingson, M., Vickers, M., Jackson, D., & Wilkes, L. (2006). Workplace bullying in

- nursing: Towards a more critical organisational perspective. *Nursing Inquiry*, 13, 118-126. doi: 10.1111/j.1440-1800.2006.00314.x
- International Council of Nurses (2009). *Violence: A worldwide epidemic*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses (ICN).
- International Labour Organisation - ILO (2003). *Code of Practice on Workplace Violence in Services Sectors and Measures to Combat this Phenomenon*. Geneva, Switzerland: International Labour Organisation (ILO).
- Irwin, A. (2006). The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 309–318. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00957.x
- Israel, B. A., House, J. S., Schurman, S. J., Heaney, C., & Mero, R. P., (1989). The relation of personal resources, participation, influence, interpersonal relationships and coping strategies to occupational stress, job strains and health: A multivariate analysis. *Work & Stress*, 3, 163-194.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience: A key to surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 1-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x
- Jansen, G.J., Dassen, T.W.N. & Jebbink, G.G. (2005). Staff attitudes towards aggression in the health care: a review of literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 3-13. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00772.x
- Kahn, W. A. (2005). *Holding fast: The struggle to create resilient caregiving organizations*. New York: Brunner Routledge.
- Keashly, L., & Jagatic, K. (2003). American perspectives on workplace bullying. In S.Einarsen, H.Hoel, D.Zapf, & C. L.Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in*

the workplace: International perspectives in research and practice (pp. 31–61).

London, England: Taylor & Francis.

Ketelsen, R., Zechert, C., Driessen, M., & Schulz, M. (2007). Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *14*, 92–99. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01049.x

Kivimäki, M., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, *57*, 656-660.

Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Virtanen, M., Elovainio, M., Keltikangas-Jarvinen, L., Puttonen, S., Vartia, M., Brunner, E., & Vahtera, J. (2004). Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia: Prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 417-422.

Kling, R.N., Yassi, A., Smailes, E., Lovato, C.Y., & Koehoorn, M. (2009). Characterizing violence in health care in British Columbia. *Journal of Advanced Nursing* *65*(8), 1655–1663. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05020

Krueger, R.A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid, Spain: Ediciones Pirámide.

Lance, C.E., Butts, M.M., & Michels, L.C. (2006). The sources of four commonly reported cutoff criteria. What did they really say? *Organizational Research Methods*, *9*, 202-220.

Landau, S.F. & Bendalak, Y. (2010). The Role of individual, situational and interactional factors in violence: the case of personnel victimization in hospital emergency wards. *International Review of Victimology*, *17*, 97-130. doi: 10.1177/026975801001700106

- Laschinger, H. (2014). Impact of workplace mistreatment on patient safety risk and nurse - assessed patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 44(5), 284-290.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- LeBlanc, M. M., & Kelloway, E. K. (2002). Predictors and outcomes of workplace violence and aggression. *Journal of Applied Psychology*, 87, 444 -453.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp. 237-50). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Leymann, H. (1990a). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5(2), 119-126.
- Leymann, H. (1990b). *Manual of the LIPT questionnaire for assessing the risk of psychological violence at work*. Stockholm, Sweden: Violen.
- Leymann, H. (1993). *Mobbing - Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann (Mobbing-psychoterror in the workplace and how one can defend oneself)*. Reinbeck: Rowohlt.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184.
- Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorder. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 251-275.
- Lobo, A., Pérez-Echevarría, M.J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-40.

- Loerbroks, A., Weigl, M., Li, J., Glaser, J., Degen, C., & Angerer, P. (2015). Workplace bullying and depressive symptoms: A prospective study among junior physicians in Germany. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 168-172. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.10.008
- Luck, L., Jackson, D., & Usher, K. (2007). STAMP: Components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 11-19. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04308.x
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance. *Personnel Psychology*, 60, 541-572.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562. doi: 10.1111/1467-8624.00164
- Mäkikangas, A., & Kinnunen, U. (2003). Psychosocial work stressors and well-being: Self-esteem and optimism as moderators in a one-year longitudinal sample. *Personality and Individual Differences*, 35, 537-557. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00217-9
- Mathisen, G.E., Einarsen, S., & Mykletun, R. (2008). The occurrences and correlates of bullying and harassment in the restaurant sector. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 59-68.
- Matos, P. S., Neushotz, L. A., Griffin, M. T. Q., & Fitzpatrick, J. J. (2010). An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 307-312. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00690.x
- Matthiesen, S.B., & Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among

- victims of bullying at work. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(3), 335-356.
- May, D.D. & Grubbs, L.M. (2002). The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing*, 28, 11-17. doi: 10.1067/men.2002.121835
- McGee, E. (2006). The healing circle: Resiliency in nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 43-57. doi: 10.1080/01612840500312837
- McNeese- Smith, D.K. (1999). A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1332-1341.
- Meliá, J.L., & Becerril, M. (2007). Psychosocial sources of stress and burnout in the construction sector: A structural equation model. *Psicothema*, 19, 679-686.
- Merecz, D., Rymaszewska, J., Moscicka, A., Kiejna, A. & Jarosz-Nowak, J. (2006). Violence at the workplace: A questionnaire survey of nurses. *European Psychiatry*, 21, 442-450.
- Meschkat, B., Stackelbeck, M., & Langenhoff, G. (2002). *Der Mobbing-Report: Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland*. Bremerhaven, Germany: Wirtschaftsverlag.
- Meseguer, M., Soler, M., Sáez, M., & García, M. (2008). Workplace mobbing and effects on worker's health. *Spanish Journal of Psychology*, 11, 219-227.
- Mikkelsen, G.E., & Einarsen, S. (2001). Bullying in Danish work- life: Prevalence and health correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 393-413.
- Mikkelsen, E.G., & Einarsen, S. (2002). Basic assumptions and symptoms of posttraumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(1), 87-111.

- Moreno-Jimenez, B., Muñoz, A., Salin, D., & Morante- Benadero, M. (2008). Workplace Bullying in Southern Europe: Prevalence, forms and risk groups in a Spanish sample. *International Journal of Organisational Behaviour, 13*(2), 95-109.
- Moreno-Jimenez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Martínez, M., & Gálvez, M. (2007). Assessing workplace bullying: Spanish validation of a reduced version of the negative acts questionnaire. *Spanish Journal of Psychology, 10*, 449-457.
- Namie, G., & Namie, R. (2000). *The bully at work. What you can do to stop the hurt and reclaim your dignity on the job*. Naperville, IL: Sourcebooks.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J., Fischer, J. E., & Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 49*: 283–296. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x
- Niedl, K. (1995). *Mobbing/Bullying am Arbeitsplatz: Eine empirische Analyse zum Phänomen sowie zu personalwirtschaftlich relevanten Effekten von systematischen Feindseligkeiten*. Munich, Germany: Hampp
- Niedl, K. (1996). Mobbing and wellbeing: Economic and personnel development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 5*, 239-249.
- Nielsen, M.B. & Einarsen, S. (2012). Outcomes of exposure to workplace bullying: a metaanalytic review. *Work & Stress, 26*(4), 309-332.
- Nielsen, M. B., Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2008). Sense of coherence as a protective mechanism among targets of workplace bullying. *Journal of Occupational Health Psychology, 13*, 128-136.
- Nielsen, M.B., Notelaers, G., & Einarsen, S. (2011). Measuring exposure to workplace bullying. In S.Einarsen, H.Hoel, D.Zapf, & C. L.Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research and practice (2nd*

- ed., pp. 149-174). London, England: CRC Press.
- Nijman, H., Bowers, L., Oud, N. & Jansen, G. (2005). Psychiatric Nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behaviour, 31*, 217-227. doi:10.1002/ab.20038
- Niven, K., Sprigg, C. A., & Armitage, C. J. (2013). Does emotion regulation protect employees from the negative effects of workplace aggression? *European Journal of Work and Organizational Psychology, 22*, 88-106. doi: 10.1080/1359432X.2011.626200
- Notelaers, G. & Einarsen, S. (2008). *The construction and validation of the Short Negative Acts Questionnaire*. Presentation on the 6th International Conference on Workplace Bullying, Montreal, Canada.
- Notelaers, G., Einarsen, S., De Witte, H., & Vermunt, J. (2006). Measuring exposure to bullying at work: The validity and advantages of latent class cluster approach. *Work & Stress, 20*(4), 288-301.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw – Hill.
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory (3rd ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- O.S.H.A. Occupational Safety and Health Administration (2004). *Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers*. Washington: US Department of Labour.
- Paice, E., Aitken, M., Houghton, A., & Firth-Cozens, J. (2004). Bullying among doctors in training: Cross sectional questionnaire survey. *British Medical Journal, 329*, 658-659.
- Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Preciado Serrano, L., Franco Chávez, S.A. & Guadalupe Salazar Estrada, J. (2006). Validez y confiabilidad del inventario de

- violencia y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT-PANDO). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2), 319-332.
- Paravic Klijn, T., Valenzuela Suazo, S., & Burgos Moreno, M. (2004). Violencia percibida por trabajadores de Atención Primaria de Salud. *Ciencia y Enfermería*, 10(2), 53-65.
- Paterson, B., Leadbetter, D., Miller, G., & Bowie, V. (2010). Re-framing the problem of workplace violence directed towards nurses in mental health services in the UK: a work in progress. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 310-320. doi: 10.1177/0020764008099692.
- Pérez, J. & Hidalgo, M. (1995). *NTP 394: Satisfacción Laboral: Escala general de satisfacción* [Job satisfaction: general job satisfaction scale]. Madrid, Spain: INSHT.
- Pierce, J. L., & Gardner, D. G. (2004). Self-esteem within the work and organizational context: A review of the organizational based self-esteem literature. *Journal of Management*, 30, 591-622. doi: 10.1016/j.jm.2003.10.001
- Piñuel, I. (2003). *Mobbing. Manual de autoayuda*. Madrid, España: Aguilar.
- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318, 228-232.
- Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 73-84.
- Quine, L. (2002). Workplace bullying in junior doctors. Questionnaire survey. *British Medical Journal*, 324, 878-879.
- Rayner, C. (1997). The incidence of workplace bullying. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 249-255.
- Reknes, I., Pallesen, S., Mageroy, N., Moen, B.E., Bjorvatn, B., & Einarsen, S. (2014). Exposure to bullying behaviors as a predictor of mental health problems among

- Norwegian nurses: Results from the prospective SUSSH-survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 479-487. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.06017
- Rippon, T.J. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460.
- Robinson, S.L., & Bennett, R.J. (2000). Development of a measure of workplace deviance. *Journal of Applied Psychology*, 85, (3), 349-360.
- Rospenda, K.M., Richman, J.A., & Shannon, C.A. (2009). Prevalence and Mental Health Correlates of Harassment and Discrimination in the Workplace: Results From a National Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(5), 819-843. doi: 10.1177/0886260508317182
- Rowe, M.M. & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13(3), 242-248.
- Rutherford, A., & Rissel, C. (2004). A survey of workplace bullying in a health sector organisation. *Australian Health Review*, 28(1), 65-72.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., & Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 117-134.
- Salin, D. (2006). Se preocupan las organizaciones por el acoso psicológico en el trabajo? Percepciones de los trabajadores sobre las medidas organizacionales contra el acoso psicológico. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22 (3), 413-432.
- Salin, D. (2008). The prevention of workplace bullying as a question of human resource management issue: measures adopted and underlying organizational factors. *Scandinavian Journal of Management*, 24 (3), 221-231.

- Salin, D. (2001). Prevalence and forms of bullying among business professionals: A comparison of two different strategies for measuring bullying. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 425-441.
- Salin, D., & Hoel, H. (2011). Organisational Causes of Workplace Bullying. In S.Einarsen, H.Hoel, D.Zapf, & C. L.Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research and practice (2nd ed., pp. 227-243)*. London, England: CRC Press.
- Schat, A. C. H., & Kelloway, E. K. (2005). Workplace violence. In J. Barling, E. K Kelloway, & M. Frone (Eds.), *Handbook of work stress* (pp. 189-218). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C., & Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory - General Survey. In C. Maslach, S.E. Jackson, & M.P. Leiter, *The Maslach Burnout Inventory-Test Manual (3^a ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Secker, J., Benson, A., Balfe, E., Lipsedge, M., Robinson, S., & Walker, J. (2004). Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 172-178. doi: 10.1111/j.1365-2850.2003.00703.x
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Simons, S.R., Stark, R.B. & DeMarco, R.F. (2011). A new four-item instrument to measure workplace bullying. *Research in Nursing & Health*, 34, 132-140.
- Smith, P. R. (2009). Resilience: Resistance factor for depressive symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 829-837. doi: 10.1111/j.1365-

2850.2009.01463.x

- Spector, P.E., Coulter, M.L., Stockwell, H.G., & Matz, M.W. (2007). Perceived violence climate: A new construct and its relationship to workplace physical violence and verbal aggression, and their potential consequences. *Work & Stress*, 21(2), 117-130. doi: 10.1080/02678370701410007
- Spector, P.E., Zhou, Z.E., & Che, X.X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *International Journal of Nursig studies*, 51(1), 72-84. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01010
- Stanko, E.A. (2002). Knowledge about the impact of violence at work in the health sector. In C.L. Cooper & N. Swanson (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector: State of the Art* (pp. 35-48). Geneva, Switzerland: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. World Health Organization.
- Taris, T.W. (2000). *A primer in longitudinal data analysis*. Londres: Sage.
- Tehrani, N. (2004). Bullying: A source of chronic post traumatic stress? *British Journal of Guidance & Counselling*, 32 (3), 357-366.
- Togerson, W.S. (1958). *Theory and methods of scaling*. New York: John Wiley and Sons.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333. doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A Historical Review of the Construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 3-8.
- Van Yperen, N. W., & Snijders, T. A. B. (2000). A multilevel analysis of the demands-control model: Is stress at work determined by factors at the group level or the individual

- level? *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 182-190. doi: 10.1037/1076-8998.5.1.182
- Vartia, M. (1991). Bullying at workplace. In S. Lehtinen, J. Rantanen, P. Juuti, A. Koskela, K. Lindström, P. Rehnström, & J. Saari (Eds.), *Towards the 21st century: Proceedings from the International Symposium on Future Trends in the Changing Working Life* (pp. 131-135). Helsinki, Finland: Institute of Occupational Health.
- Vartia, M. (1996). The sources of bullying: Psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 203-214.
- Vartia, M., & Hyyti, J. (2002). Gender differences in workplace bullying among prison officers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11, 1-14.
- Warr P., Cook J., & Wall T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 11-28.
- Waschler, K., Ruiz- Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., & García-Izquierdo, M. (2013). Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1418-1427. doi: 10.1111/jan.12016.
- Waschler, K., Ruiz- Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J.A. (2013). Vertical and lateral workplace bullying in nursing: Development of the Hospital Aggressive Behaviour Scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(12), 2389-2412. doi: 10.1177/0886260513479027.
- Wells, J. & Bowers, L. (2002). How Prevalent is Violence Towards Nurses Working in General Hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*, 39, 230-240. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02269.x

- Wen Ching, C., Hai Gwo, H., Shou Mei, K., Hsien Jane, C., & Jung Der, W. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health, 50*, 288-293.
- Wilkins, J. (2014). The use of cognitive reappraisal and humour as coping strategies for bullied nurses. *International Journal of Nursing Practice, 20*(3), 283-292. doi: 10.1111/ijn.12146
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology, 21*, 152-169. doi: 10.1017/S0959259810000420
- Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggressive encounters between patients and general hospital staff: staff perceptions of the context and assailants' levels of cognitive processing. *Aggressive Behavior, 30*, 534-543. doi: 10.1002/ab.20052
- World Health Organisation (2002). *World report on violence and health: Summary*. Geneva, Switzerland: Author.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Demerouti, E., & Schaufeli, W.B. (2007). The role of personal resources in the Job-Demands Resources model. *International Journal of Stress Management, 14*, 121-141.
- Yildirim, A., & Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: Mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effects on nurses. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 1444-1453.
- Zapf, D. (1999) Mobbing in Organisationen. Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeits – und Organisationspsychologie, 43*, 1-25.
- Zapf, D., Einarsen, S., Hoel, H., & Vartia, M. (2003). Empirical findings on bullying in the workplace. In S.Einarsen, H.Hoel, D.Zapf, & C. L.Cooper (Eds.), *Bullying and*

emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice (pp. 103–125). London, England: Taylor & Francis.

Zapf, D., Escartín, J., Einarsen, S., Hoel, H., & Vartia, M. (2011). Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. In S.Einarsen, H.Hoel, D.Zapf, & C. L.Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research and practice (2nd ed., pp. 75-105)*. London, England: CRC Press.

Zapf, D., Knorz, C., & Kulla, M. (1996). On the relationships between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of Work and Organisational Psychology*, 5(2), 215-237.

VII. PUBLICACIONES - *PUBLICATIONS*

- 1. Waschler, K., Ruiz- Hernández, J.A., & Llor-Esteban, B. (2010). Evaluación de ítems para la construcción de un cuestionario sobre la violencia en personal de enfermería (Items evaluation for the development of a workplace bullying scale in nursing). En F.Expósito, M.C.Herrera, G.Buela, M.Novo, & F.Fariña, (Eds.), *Psicología Jurídica. Áreas de Investigación*. (pp.391-406). Xunta de Galicia. ISBN: 978-84-693-9269-0**

EVALUACIÓN DE ÍTEMS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE LA VIOLENCIA EN PERSONAL DE ENFERMERÍA*)

**Esta investigación se hizo en el marco del proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales titulado “Violencia de género: el acoso moral en el trabajo. Construcción de un instrumento de medida para el “mobbing” en profesionales de Enfermería (I+D+I Exp.152/07)”, dirigido por el Servicio de Ergonomía y Psicología Aplicada de la Universidad de Murcia (SERPA).*

Resumen

Diversos trabajos constatan que el personal de enfermería es uno de los grupos profesionales más expuesto a la violencia laboral.

El objetivo del presente trabajo es estudiar la violencia laboral experimentada por este colectivo desde una perspectiva cualitativa y proponer y validar semánticamente un banco de ítems para estudiar la violencia laboral en los profesionales sanitarios como segunda fase del desarrollo de un instrumento de evaluación.

La muestra estaba formada de 21 profesionales sanitarios distribuidos en tres grupos focales (16 mujeres y 5 hombres). En el grupo de discusión se recogió información acerca de tres posibles fuentes de hostilidad en el trabajo del personal sanitario: usuarios, compañeros y superiores. Partiendo del análisis cualitativo de los grupos focales se elaboraron categorías sobre el tipo de conductas (violencia verbal, física y no verbal) de las cuales se dedujeron 166 ítems. Los ítems fueron: 1) revisados por un grupo de expertos, 2) sometidos a una validación semántica mediante entrevistas en profundidad a 6 profesionales de enfermería, y 3) vueltos a revisar por el grupo de expertos.

Resultados: La transcripción y el análisis cualitativo de las entrevistas grupales identificaron 5 categorías de violencia, 18 categorías de atribuciones causales y 4 categorías

sobre consecuencias para los afectados. El banco resultante fue de 86 ítems distribuidos en diversas categorías. Se discuten las categorías propuestas y las implicaciones para las siguientes fases de construcción del instrumento.

Palabras clave: violencia laboral, enfermería, instrumento, análisis cualitativo, propuesta de ítems

Abstract

Several studies find that health care professionals are one of the professional groups most exposed to workplace violence. The aim of this paper is to study workplace violence experienced by health care professionals from a qualitative perspective and to propose and validate semantically a bank of items as a second phase of development of an assessment tool. The sample consisted of 21 health professionals distributed in three focus groups (16 women and 5 men).

In the discussion group we gathered information about three possible sources of hostility in the work of health staff: users, colleagues and superiors. On the basis of qualitative analysis of the focus groups we developed categories of types of behavior (verbal, physical and non verbal violence) from which 166 items were deducted. The items were: 1) reviewed by an expert group, 2) subjected to a semantic validation through in-depth interviews with six nurses, and 3) re-reviewed by the group of experts. Results: The transcription and qualitative analysis of group interviews identified five categories of violence, 18 categories of causes and four categories of consequences for those affected. The resulting bank consisted of 86 items distributed in various categories. Proposed categories and implications for the following stages of construction of the instrument are discussed.

Key words: workplace violence, nursing, instrument, qualitative analysis, proposal of items

- 2. Waschler, K., Ruiz- Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., & García-Izquierdo, M. (2013). Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1418-1427. doi: 10.1111/jan.12016.**

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12016/abstract>

**PATIENTS' AGGRESSIVE BEHAVIOURS TOWARDS NURSES: DEVELOPMENT
AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE HOSPITAL AGGRESSIVE
BEHAVIOUR SCALE- USERS**

Abstract

Aim: This article is to report the development and psychometric testing of the Hospital Aggressive Behaviour Scale - Users.

Background: Workplace violence is present in many work spheres, but in the healthcare sector, nurses in particular are at more risk due to the close contact they maintain with users and clients and the special characteristics of this relationship.

Method: Using qualitative and quantitative methodology, an instrument was applied to a sample of 1,489 nurses from 11 public hospitals. Data collection was carried out in 2010 and 2011.

Results: Exploratory factor analysis yielded a 10-item instrument distributed in two factors (non-physical violence and physical violence), which was validated by means of confirmatory factor analysis. Both the resulting questionnaire and the factors identified present high internal consistency and adequate external validity, analyzed by means of significant correlations between the Hospital Aggressive Behaviour Scale and job satisfaction, burnout components and psychological well-being.

Conclusions: The results indicate that, in nursing personnel, higher exposure to user violence leads to lower job satisfaction, more emotional exhaustion and more cynicism, as well as to a lower level of psychological well-being.

The instrument developed in the present study may be very useful in the sphere of

assessment and prevention of psychosocial risks for the early detection of the problem of user violence in its two facets.

Keywords: instrument development, nursing, patients, workplace violence

- 3. Waschler, K., Ruiz- Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J.A. (2013). Vertical and lateral workplace bullying in nursing: Development of the Hospital Aggressive Behaviour Scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(12), 2389-2412. doi: 10.1177/0886260513479027.**

<http://jiv.sagepub.com/content/early/2013/03/20/0886260513479027.abstract?rss=1>

**VERTICAL AND LATERAL WORKPLACE BULLYING IN NURSING:
DEVELOPMENT OF THE HOSPITAL AGGRESSIVE BEHAVIOUR SCALE**

Abstract

Healthcare staff is one of the professional groups that suffers the highest exposure to sources of occupational stress such as hostility from co-workers and superiors.

In order to contribute to the assessment of *bullying behaviours* in the healthcare sector and to obtain a brief and manageable instrument for the assessment of this psychosocial risk, we developed the Hospital Aggressive Behaviour Scale - version Co-workers-Superiors (HABS-CS).

By means of thorough qualitative analysis, an initial pool of 166 items was obtained, which were reviewed according to precise criteria until concluding with a total of 57 items, which were administered to a sample of 1,484 healthcare professionals from 11 public hospitals. The analyses concluded with the selection of 17 items distributed in two subscales. The internal 5-factor structure is the result of exploratory and confirmatory factor analysis conducted in two samples. Both the resulting questionnaire and the factors identified present adequate psychometric properties: high internal consistency (Cronbach's alpha of .86) and adequate criterion validity, analyzed by means of significant correlations between the HABS-CS and job satisfaction, burnout components, and psychological well-being. This instrument may be of great utility for the assessment and prevention of psychosocial risks.

Keywords: lateral workplace bullying, vertical workplace bullying, nursing, scale development

1. PROTOCOLO DE RIESGOS PSICOSOCIALES - *PROTOCOL OF PSYCHOSOCIAL
RISKS USED IN THE STUDY*



SERPA
Servicio de Ergonomía y Psicología Aplicada

CÓDIGO:

PROTOCOLO DE RIESGOS PSICOSOCIALES

Departamento de Psiquiatría y Psicología Social
Departamento de Enfermería

INSTRUCCIONES GENERALES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO

La mayoría de las personas pasamos una gran parte de nuestro tiempo trabajando, de modo que las condiciones de trabajo, las relaciones con los compañeros y el trabajo en si mismo tienen gran importancia en nuestra vida. El objetivo de este cuestionario es conocer algunas de estas cuestiones para tratar de mejorarlas. Este cuestionario va dirigido fundamentalmente a **personal de enfermería y auxiliares de enfermería**.

La mayoría de preguntas que le formulamos se contestan escogiendo entre las alternativas de respuesta que le proponemos. Usted debe escoger aquella que crea que más se ajusta a su caso particular. Para indicar su contestación debe marcar la casilla correspondiente

Para garantizar la **total confidencialidad y anonimato** de los datos, la encuesta debería entregarse en el sobre proporcionado **completamente cerrado**.

Las pruebas que hemos realizado indican que el **tiempo estimado en contestar el protocolo oscila entre 14 y 20 minutos**.

El presente Protocolo de Salud Laboral ha sido elaborado en el marco de un proyecto de investigación financiado por el Instituto de la Mujer.





SERPA

Servicio de Ergonomía y Psicología Aplicada

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de nacimiento (dd / mm/ aaaa): ____/____/____

1. Género: Varón A Mujer B
2. Nacionalidad: Español A
Comunitario B
Extracomunitario C País: _____
3. Situación personal: Soltera/o A
Pareja de hecho B
Casada/o C
Divorciada/o/Separada/o D
Viuda/o E
4. Unidad hospitalaria/Servicio: _____
5. Tipo de hospital: Público A
Privado B
Otros C
6. Antigüedad en el puesto actual (p.ej. 5 años y 3 meses): Nº de años: ____ Nº de meses: ____
7. Antigüedad en la profesión (p.ej. 7 años y 6 meses): Nº de años: ____ Nº de meses: ____
8. Profesión: Enfermería A Auxiliar de enfermería B Otros (_____) C
9. Tipo de contrato: Fijo (Indefinido) A Temporal B
10. Tipo de turno actual: Turno fijo mañana A
Turno fijo noche B
Turno rotatorio C
Otros (Turno mañana/tarde, fijo tarde, 17 horas, 24 horas) D Especificar: _____
11. ¿Cuántas horas extra suele realizar mensualmente en su centro?
0-10 horas A 11-20 horas B 21-30 horas C más de 30 horas D
12. ¿Realiza alguna otra actividad laboral relacionada con su profesión fuera de su centro?
Sí A →Horas/mes:____ No B
13. ¿Realiza actividades de formación continuada? Sí A No B
14. ¿Ha estado de baja en los últimos 12 meses? Sí A No B (pase a la página siguiente)

Si ha contestado que **SI** a la pregunta anterior conteste a las siguientes:

15. Duración (p.ej. 6 meses 3 días): Nº de meses ____ Nº de días: ____
16. Tipo de enfermedad: Enfermedad común A
Enfermedad profesional o accidente profesional B
17. Origen: Físico A
Psicológico B
18. ¿Ha tenido recaídas? Sí A No B



CUESTIONARIO N° 1

Habitualmente nuestro trabajo y los distintos aspectos del mismo nos producen satisfacción o insatisfacción en algún grado. Califique de acuerdo con estas alternativas el grado de **satisfacción o insatisfacción** que le producen distintos aspectos de su trabajo:

- A **Muy insatisfecho**
- B **Insatisfecho**
- C **Moderadamente insatisfecho**
- D **Ni satisfecho ni insatisfecho**
- E **Moderadamente satisfecho**
- F **Satisfecho**
- G **Muy satisfecho**

19. Condiciones físicas de tu trabajo	A	B	C	D	E	F	G
20. Libertad para elegir tu propio método de trabajo	A	B	C	D	E	F	G
21. Tus compañeros de trabajo	A	B	C	D	E	F	G
22. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho	A	B	C	D	E	F	G
23. Tu superior inmediato	A	B	C	D	E	F	G
24. Responsabilidad que se te ha asignado	A	B	C	D	E	F	G
25. Tu salario	A	B	C	D	E	F	G
26. La posibilidad de utilizar tus capacidades	A	B	C	D	E	F	G
27. Relación entre dirección y trabajadores en tu empresa	A	B	C	D	E	F	G
28. Tus posibilidades de promocionar	A	B	C	D	E	F	G
29. El modo en que tu empresa está gestionada	A	B	C	D	E	F	G
30. La atención que se presta a las sugerencias que haces	A	B	C	D	E	F	G
31. Tu horario de trabajo	A	B	C	D	E	F	G
32. La variedad de tareas que realizas en tu trabajo	A	B	C	D	E	F	G
33. Tu estabilidad en el empleo	A	B	C	D	E	F	G

CUESTIONARIO N° 2

¿Con qué **frecuencia le ocurre** lo que se expresa en los siguientes enunciados? Por favor, conteste a todas las preguntas. Utilice para contestar la siguiente escala.

- A **Nunca**
- B **Casi nunca**
- C **Algunas Veces**
- D **Regularmente**
- E **Bastante veces**
- F **Casi siempre**
- G **Siempre**

34. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	A	B	C	D	E	F	G
35. Estoy "consumido" al final de un día de trabajo	A	B	C	D	E	F	G
36. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi trabajo	A	B	C	D	E	F	G
37. Trabajar todo el día es una tensión para mí	A	B	C	D	E	F	G
38. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo	A	B	C	D	E	F	G
39. Estoy "quemado" por el trabajo	A	B	C	D	E	F	G
40. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización	A	B	C	D	E	F	G
41. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	A	B	C	D	E	F	G
42. He perdido entusiasmo por mi trabajo	A	B	C	D	E	F	G
43. En mi opinión soy bueno en mi puesto	A	B	C	D	E	F	G
44. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	A	B	C	D	E	F	G
45. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	A	B	C	D	E	F	G
46. Quiero simplemente hacer mi trabajo y no ser molestado	A	B	C	D	E	F	G
47. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo	A	B	C	D	E	F	G
48. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	A	B	C	D	E	F	G
49. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas	A	B	C	D	E	F	G

3



CUESTIONARIO Nº 3

A continuación le presentamos una lista de situaciones que pueden ocurrir en su puesto de trabajo. ¿Con qué frecuencia se ha visto en las siguientes situaciones? Por favor, conteste a todas las preguntas utilizando la escala que aparece a continuación:

(N)unca
(A)nualmente
(T)rimestralmente
(M)ensualmente
(S)emanalmente
(D)iarriamente

BLOQUE USUARIOS. Pacientes, familiares o cuidadores

	A	B	C	D	E	F
50. Los usuarios se quejan por mi forma de trabajar (trato)	N	A	T	M	S	D
51. Los usuarios cuestionan mis decisiones	N	A	T	M	S	D
52. Los usuarios amenazan con agredirme	N	A	T	M	S	D
53. Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia	N	A	T	M	S	D
54. Los usuarios me insinúan que debería dedicarme a otra cosa	N	A	T	M	S	D
55. Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil	N	A	T	M	S	D
56. Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones	N	A	T	M	S	D
57. Los usuarios me hacen bromas irónicas	N	A	T	M	S	D
58. Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme	N	A	T	M	S	D
59. Los usuarios manifiestan dudas sobre mi capacidad profesional	N	A	T	M	S	D
60. Los usuarios me ponen en ridículo	N	A	T	M	S	D
61. Los usuarios muestran su enfado contra mi dando golpes, portazos, etc. al mobiliario	N	A	T	M	S	D
62. Los usuarios se enfadan conmigo por la falta de información	N	A	T	M	S	D
63. Los usuarios me insultan	N	A	T	M	S	D
64. Los usuarios muestran su enfado contra mi destruyendo puertas, cristales, paredes etc.	N	A	T	M	S	D
65. Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial	N	A	T	M	S	D
66. Los usuarios me levantan la voz	N	A	T	M	S	D
67. Los usuarios se dirigen a mi con una actitud desafiante o me hacen gestos violentos	N	A	T	M	S	D
68. Los usuarios me amenazan con una reclamación o denuncia ante la dirección del centro	N	A	T	M	S	D
69. Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio	N	A	T	M	S	D
70. Los usuarios me amenazan con una demanda judicial	N	A	T	M	S	D



(N)unca
(A)nualmente
(T)rimestralmente
(M)ensualmente
(S)emanalmente
(D)ariamente

BLOQUE SUPERIORES. Jefaturas de las que usted depende: supervisor/a, director/a de enfermería

	A	B	C	D	E	F
71. Mi superior me insulta, me grita o me regaña en voz alta	N	A	T	M	S	D
72. Mi superior me acusa injustificadamente de cualquier incidente	N	A	T	M	S	D
73. Mi superior me hace insinuaciones o gestos sexuales no deseados	N	A	T	M	S	D
74. Mi superior amenaza con hacer lo posible para evitar que siga en este servicio	N	A	T	M	S	D
75. Mi superior me pone en ridículo o me humilla delante de otros	N	A	T	M	S	D
76. Mi superior me recuerda maliciosamente mis errores	N	A	T	M	S	D
77. Mi superior amenaza con agredirme	N	A	T	M	S	D
78. Mi superior recomienda a mis compañeros que no hablen conmigo	N	A	T	M	S	D
79. Mi superior me hace bromas irónicas	N	A	T	M	S	D
80. Mi superior me exige que realice funciones sabiendo que físicamente no puedo desempeñarlas	N	A	T	M	S	D
81. Mi superior ha llegado a sujetarme o tocarme de forma hostil	N	A	T	M	S	D
82. Mi superior me ignora	N	A	T	M	S	D
83. Mi superior me manifiesta desprecio	N	A	T	M	S	D
84. Mi superior infravalora mi trabajo	N	A	T	M	S	D
85. Mi superior dificulta mi participación en actividades formativas, docentes o investigadoras	N	A	T	M	S	D
86. Mi superior me provoca para que pierda los papeles	N	A	T	M	S	D
87. Mi superior me asigna las tareas más ingratas	N	A	T	M	S	D
88. Mi superior evita de forma malintencionada que realice ciertas funciones	N	A	T	M	S	D
89. Mi superior no me llama por mi nombre o me pone motes molestos	N	A	T	M	S	D
90. Mi superior me asigna demasiado trabajo a propósito	N	A	T	M	S	D
91. Mi superior lanza rumores falsos sobre mí	N	A	T	M	S	D
92. Mi superior me asigna los peores turnos de trabajo, libranzas o períodos de vacaciones	N	A	T	M	S	D
93. Mi superior critica mi vida privada	N	A	T	M	S	D
94. Mi superior minusvalora mis iniciativas	N	A	T	M	S	D



(N)unca
(A)nuualmente
(T)rimestralmente
(M)ensualmente
(S)emanalmente
(D)ariamente

BLOQUE COMPANEROS. Incluye al resto de miembros del equipo de trabajo: enfermeros, médicos, auxiliares, celadores, administrativos						
	A	B	C	D	E	F
95. Hay compañeros que lanzan rumores falsos sobre mí	N	A	T	M	S	D
96. Hay compañeros que me hacen bromas irónicas	N	A	T	M	S	D
97. Hay compañeros que han llegando a sujetarme o tocarme de manera hostil	N	A	T	M	S	D
98. Hay compañeros que no me dejan hablar o me ponen pegas para expresarme	N	A	T	M	S	D
99. Hay compañeros que me dejan materiales defectuosos o deteriorados para realizar mi trabajo	N	A	T	M	S	D
100. Hay compañeros que me atribuyen malintencionadamente conductas ilícitas o antiéticas	N	A	T	M	S	D
101. Hay compañeros que me insultan	N	A	T	M	S	D
102. Hay compañeros que han llegando a empujarme o zarandearme, a darme tirones de pelos o pellizcos	N	A	T	M	S	D
103. Hay compañeros que me excluyen de las actividades sociales (comidas, fiestas etc.)	N	A	T	M	S	D
104. Hay compañeros que me perjudican dándome las tareas más ingratas	N	A	T	M	S	D
105. Hay compañeros que me critican por mi forma de trabajar	N	A	T	M	S	D
106. Hay compañeros que me ponen en ridículo	N	A	T	M	S	D
107. Hay compañeros que me hacen insinuaciones o gestos sexuales no deseados	N	A	T	M	S	D
108. Hay compañeros que me niegan su ayuda cuando se lo pido	N	A	T	M	S	D
109. Hay compañeros que me perjudican sobrecargándome de tareas o dificultando mi descanso	N	A	T	M	S	D
110. Hay compañeros que, a sabiendas, me acusan de errores cometidos por los demás	N	A	T	M	S	D
111. Hay compañeros que me gritan o me regañan en voz alta	N	A	T	M	S	D
112. Hay compañeros que amenazan con agredirme	N	A	T	M	S	D
113. Hay compañeros que me ponen trabas para poder aprender las técnicas habituales de mi Servicio	N	A	T	M	S	D
114. Hay compañeros que me supervisan de forma malintencionada (tiempo, tareas, etc.)	N	A	T	M	S	D
115. Hay compañeros que critican mi vida privada	N	A	T	M	S	D
116. Hay compañeros que me amenazan con denunciarme	N	A	T	M	S	D
117. Sufrí pequeños hurtos de objetos en el trabajo	N	A	T	M	S	D
118. Hay compañeros que me excluyen de la información sobre el Servicio (relevos, cambio de protocolo, etc.)	N	A	T	M	S	D
119. Hay compañeros que no me llaman por mi nombre o me ponen mote molestos	N	A	T	M	S	D
120. Hay compañeros que deterioran mis objetos personales	N	A	T	M	S	D
121. Hay compañeros que han dejado de hablarme	N	A	T	M	S	D
122. Sufrí miradas de desprecio o malas caras por parte de mis compañeros	N	A	T	M	S	D
123. Hay compañeros que se dirigen a mí con una actitud desafiante o me hacen gestos violentos	N	A	T	M	S	D
124. Hay compañeros que ignoran mi presencia o no responden a mis preguntas	N	A	T	M	S	D
125. Hay compañeros que me imitan en tono de burla	N	A	T	M	S	D
126. Recibo anónimos de los compañeros	N	A	T	M	S	D
127. Si me acerco a mis compañeros dejan de hablar	N	A	T	M	S	D



SERPA
Servicio de Ergonomía y Psicología Aplicada

128. ¿En los últimos 6 meses ha presenciado agresiones físicas hacia un compañero o superior? Sí A No B
129. ¿En los últimos 6 meses, ha sido usted víctima de agresiones físicas en su puesto de trabajo? Sí A No B
130. Si ha contestado que sí: ¿Quién era el agresor? Compañeros/Sanitarios A Usuarios B

CUESTIONARIO Nº 4

¿Hasta que punto le describen las siguientes frases?

A. Nunca
B. Raramente
C. A veces
D. Frecuentemente
E. Siempre

131. Trabajo para conseguir mis metas	A	B	C	D	E
132. Aunque las cosas vayan mal sigo adelante	A	B	C	D	E
133. Consigo alcanzar mis metas	A	B	C	D	E
134. Estoy orgulloso de mis logros	A	B	C	D	E
135. Me esfuerzo todo lo que puedo sin importar de lo que se trate	A	B	C	D	E
136. Me gustan los desafíos	A	B	C	D	E
137. Me considero una persona fuerte o resistente	A	B	C	D	E
138. Difícilmente me desanimo por los fracasos	A	B	C	D	E
139. Sé adaptarme a los cambios	A	B	C	D	E
140. Tengo relaciones cercanas y estables con los demás	A	B	C	D	E
141. Puedo manejar cualquier situación posible	A	B	C	D	E
142. Mis éxitos pasados me dan fuerza para enfrentarme a nuevos retos	A	B	C	D	E
143. Después de una enfermedad o dificultad suelo "volver a la carga"	A	B	C	D	E



SERPA

Servicio de Ergonomía y Psicología Aplicada

CUESTIONARIO Nº 5

Por favor, conteste a **TODAS** las preguntas, simplemente marcando con una X la opción que, a su juicio, se acerca más a lo que siente o ha sentido usted últimamente.

ÚLTIMAMENTE:

144. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- A. Mejor que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Peor que lo habitual
- D. Mucho peor que lo habitual

145. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

146. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

147. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

148. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

149. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

150. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

151. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

152. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

153. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

154. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

155. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

156. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

157. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual



SERPA

Servicio de Ergonomía y Psicología Aplicada

ÚLTIMAMENTE:

158. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- A. Más activo que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Bastante menos que lo habitual
- D. Mucho menos que lo habitual

159. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- A. Menos tiempo que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Más tiempo que lo habitual
- D. Mucho más tiempo que lo habitual

160. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- A. Mejor que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Peor que lo habitual
- D. Mucho peor que lo habitual

161. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- A. Más satisfecho que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Menos satisfecho que lo habitual
- D. Mucho menos satisfecho que lo habitual

162. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- A. Más útil que lo habitual
- B. Igual de útil que lo habitual
- C. Menos útil que lo habitual
- D. Mucho menos útil que lo habitual

163. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- A. Más que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Menos que lo habitual
- D. Mucho menos que lo habitual

164. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- A. Más que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Menos que lo habitual
- D. Mucho menos que lo habitual

165. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

166. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

167. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

168. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

- A. Claramente, no
- B. Me parece que no
- C. Se me ha cruzado por la mente
- D. Claramente lo he pensado

169. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

170. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

171. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- A. Claramente, no
- B. Me parece que no
- C. Se me ha cruzado por la mente
- D. Claramente lo he pensado

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



SERPA

Servicio de Ergonomía y Psicología Aplicada

***Muchas gracias por su colaboración.
Esperamos que la información que nos
facilita repercute en la mejora de sus
condiciones de trabajo.***

*Dpto. de Psiquiatría y Psicología Social
Dpto. de Enfermería*

Si desea conocer dentro de unos meses un breve resumen de los resultados de este estudio indique a continuación su correo electrónico: _____

CUANDO ENTREGUE EL CUESTIONARIO NO OLVIDE RECOGER EL PEQUEÑO OBSEQUIO QUE HEMOS PREPARADO PARA USTED.



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Dña. Kathrin Waschler, titular del número de pasaporte YA3737872, y actualmente domiciliada en Dorfstrasse 10, CP: 85359 Stüttham- Chieming (Alemania), email: kw.psicologa@gmail.com, tfno: 0049 - 17697902634.

Manifiesta que actualmente es doctoranda de la Universidad de Murcia, inscrita en el Programa de Doctorado de Ciencias Forenses, en la línea de investigación, "Prevención de Riesgos Laborales", bajo la dirección de los Doctores D. José Antonio Ruiz Hernández, D. Bartolomé Llor Esteban y D. Mariano García Izquierdo, y que ha finalizado la elaboración de su Tesis Doctoral como compendio de publicaciones:

"Estrés laboral: Hostilidad percibida en personal sanitario y variables psicosociales relacionadas"

Declara que es el primer autor del capítulo de libro y de los artículos:

1. Waschler, K., Ruiz- Hernández, J.A., & Llor-Esteban, B. (2010). Evaluación de items para la construcción de un cuestionario sobre la violencia en personal de enfermería (Items evaluation for the development of a workplace bullying scale in nursing). En F.Exposito, M.C.Herrera, G.Busla, M.Novo, & F.Fariña, (Eds.), *Psicología Jurídica. Áreas de Investigación* (pp.391-406). Xunta de Galicia. ISBN: 978-84-693-9269-0
2. Waschler, K., Ruiz- Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., & García-Izquierdo, M. (2013). Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1418-1427. doi: 10.1111/jan.12016.
3. Waschler, K., Ruiz- Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J.A. (2013). Vertical and lateral workplace bullying in nursing: Development of the Hospital



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Aggressive Behaviour Scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(12), 2389-2412. doi:
10.1177/0886260513479027.

Y manifiesta que participó en la concepción de los estudios, en su diseño, en la coordinación de la recogida de muestra y en la interpretación de los datos. Asimismo realizó el análisis estadístico y redactó el manuscrito final.

Y para que conste, firma la presente declaración, en Murcia, el 27 de abril de 2015




Dña. Kathrin Waschler

Declaración avalada con la firma de los directores de la Tesis Doctoral:



Dr. D. José Antonio Ruiz Hernández



Dr. D. Bartolomé Llor Esteban



Dr. D. Mariano García Izquierdo



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Dr. D. José Antonio Ruiz Hernández y Dr. D. Bartolomé Llor Esteban, declaran ser coautores del artículo del libro:

- Evaluación de ítems para la construcción de un cuestionario sobre la violencia en personal de enfermería (Items evaluation for the development of a workplace bullying scale in nursing) publicado en 2010 en F. Expósito, M.C. Herrera, G. Bucla, M. Novo, & V. Paríña, (Eds.), *Psicología Jurídica. Áreas de Investigación* (pp.391-406). Xunta de Galicia. ISBN: 978-84-693-9269-0

Y manifiestan su conformidad para la presentación del mismo como parte de su tesis doctoral como compendio de publicaciones, por la doctoranda Dña. Kathrin Waschler, comprometiéndose a no presentar dicha publicación como parte de otra tesis doctoral.

Igualmente, reconocen la relevancia de la contribución de la doctoranda Dña. Kathrin Waschler en la investigación cuyos resultados se plasman en el capítulo de libro mencionado.

Y para que conste, firman la presente declaración, en Murcia, a 27 de abril de 2015

Dr. D. José Antonio Ruiz Hernández

Dr. D. Bartolomé Llor Esteban



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Dr. D. José Antonio Ruiz Hernández, Dr. D. Bartolomé Llor Esteban, y Dr. D. Mariano García Izquierdo declaran ser coautores del artículo:

Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users. Publicado en 2013 por la revista *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1418-1427. doi: 10.1111/jan.12016.

Y manifiestan su conformidad para la presentación del mismo como parte de su tesis doctoral como compendio de publicaciones, por la doctoranda Dña. Kathrin Waschgler, comprometiéndose a no presentar dicha publicación como parte de otra tesis doctoral.

Igualmente, reconocen la relevancia de la contribución de la doctoranda Dña. Kathrin Waschgler en la investigación cuyos resultados se plasman en el artículo mencionado.

Y para que conste, firman la presente declaración, en Murcia a 27 de abril de 2015

Dr. D. Mariano García Izquierdo

Dr. D. José Antonio Ruiz Hernández

Dr. D. Bartolomé Llor Esteban



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Dr. D. José Antonio Ruiz Hernández, Dr. D. Bartolomé Llor Esteban y Dr. D. José Antonio Jiménez Barbero, declaran ser coautores del artículo:

- Vertical and lateral workplace bullying in nursing: Development of the Hospital Aggressive Behaviour Scale, publicado en 2013 por la revista *Journal of Interpersonal Violence*, 28(12), 2389-2412. doi: 10.1177/0886260513479027.

Y manifiestan su conformidad para la presentación del mismo como parte de su tesis doctoral como compendio de publicaciones, por la doctoranda Dña. Kathrin Waschler, comprometiéndose a no presentar dicha publicación como parte de otra tesis doctoral.

Igualmente, reconocen la relevancia de la contribución de la doctoranda Dña. Kathrin Waschler en la investigación cuyos resultados se plasman en el artículo mencionado.

Y para que conste, firman la presente declaración, en Murcia a 27 de abril de 2015

Dr. D. José Antonio Ruiz Hernández

Dr. D. Bartolomé Llor Esteban

Dr. D. José Antonio Jiménez Barbero