



**Universitat**  
de les Illes Balears

## **Trabajo de Fin de Grado**

# **AGRESIONES DEL PACIENTE AL PROFESIONAL SANITARIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. ¿CÓMO PODEMOS PREVENIRLAS?**

**Nuria Coll Soler**

**Grado de: Enfermería**

**Facultad de: Enfermería y Fisioterapia**

**Año académico 2020-2021**

Palabras clave del trabajo:

Violencia laboral, profesionales de la salud, prevención, manejo

Nombre de la tutora del trabajo: Antonia Pades

Autorizo a la Universidad a incluir este trabajo en el repositorio institucional para consultar-lo en acceso abierto y difundirlo en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación	Autor/a	Tutor/a
	Sí No	Sí No
	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Índice

<i>Resumen</i> .....	1
<i>Abstract</i> .....	2
1. <i>Introducción</i> .....	3
1.1. Tipos de agresión.....	4
1.2. Teorías de la agresión .....	4
2. <i>Objetivos del trabajo</i> .....	6
3. <i>Metodología</i> .....	6
4. <i>Resultados de la búsqueda</i> .....	8
5. <i>Discusión</i> .....	9
5.1. Particularidades de las agresiones .....	9
5.2. Factores de riesgo .....	10
5.2.1. Factores de riesgo del agresor .....	10
5.2.2. Factores de los profesionales sanitarios.....	10
5.2.3. Factores del entorno y del sistema sanitario .....	11
5.3. Principales consecuencias que presentan los profesionales sanitarios tras sufrir una agresión.....	12
5.4. Prevención y manejo de las agresiones .....	12
6. <i>Conclusión</i> .....	15
6.1. Principales limitaciones.....	16
7. <i>Bibliografía</i> .....	17
<i>Anexos</i> .....	20
Anexo 1.....	20
Anexo 2.....	24

## **Resumen**

**Introducción:** Actualmente las agresiones se están convirtiendo en un problema a nivel mundial debido a su alta prevalencia, y los sanitarios son uno de los grupos profesionales más castigados por esta problemática.

El **objetivo general** del presente trabajo es identificar formas de prevenir las agresiones a profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario. Como **objetivos específicos:** definir la agresión, los tipos de agresión y la violencia laboral, explorar las diferentes teorías de la agresividad y describir formas de manejar a las personas con conducta agresiva.

**Metodología:** Para responder la pregunta de investigación he hecho una revisión bibliográfica en los siguientes metabuscadores y bases de datos: EBSCOhost, Biblioteca virtual de la salud, Web of science, Pubmed y Cochrane. Para ello he usado tanto descriptores de ciencias de la salud (DeCS y MeSH) como palabras clave. Finalmente se seleccionan 24 artículos de metodología cuantitativa y cualitativa y dos libros.

**Discusión:** Cuatro temas son los más estudiados por la bibliografía consultada: particularidades de las agresiones, factores de riesgo que incluyen el agresor, los profesionales sanitarios y el entorno y el sistema sanitario, las principales consecuencias de los profesionales tras sufrir una agresión y la prevención y el manejo de las agresiones.

**Conclusión:** A pesar de la frecuencia de notificaciones de violencia laboral en el ámbito sanitario, la literatura evidencia que la mayoría de los profesionales sanitarios no notifican los incidentes violentos que sufren en su día a día. Además, los sanitarios están poco preparados para hacerle frente debido, principalmente, a la falta de formación específica que reciben. Por ello urge la necesidad de crear programas de formación específica para que los profesionales tengan las herramientas necesarias para poder prevenir y manejar estos incidentes con las menores consecuencias posibles en su vida personal y profesional.

**Palabras clave:** Violencia laboral, profesionales de la salud, prevención, manejo.

## **Abstract**

**Introduction:** Currently aggressions are a global problem due to their high prevalence, and health workers are one of the most punished professional groups because of that risky situation.

The **general aim** of this work is to identify ways to prevent assaults on health professionals in the hospital area. As **specific aims:** define aggression, types of aggression and workplace violence, explore the different theories of aggression, and describe ways to prevent and manage users with aggressive behavior.

**Methodology:** to answer the research question I did a bibliographic review in the following meta searchers and databases: EBSCOhost, Biblioteca virtual de la salud, web of science, Pubmed and Cochrane. To do it I use health science descriptors (DeCS and MeSH) and keywords. Finally, 24 articles of quantitative and qualitative methodology and two books were selected.

**Discussion:** Four topics are the most studied by the consulted literature: particularities of aggressions, risk factor including aggressor risk factors, health professional risk factors and environment and health care system risk factors, main consequences of professionals after suffering aggression and prevention and management of aggressions.

**Conclusion:** Despite the frequency of notifications of workplace violence in the health system, there was evidence that many professionals do not report the violent incidents they suffer in their day-to-day life. In addition, health professionals are unprepared to deal with it, primarily, due to the lack of specific education they receive. That is why it is imperative to create specific training programs so professionals have the tools to prevent and manage these incidents with minus consequences on their personal and professional life.

**Keywords:** workplace violence, health professionals, prevention, management.

## 1. Introducción

Desde hace años la violencia se está convirtiendo en un grave problema a nivel mundial. En 1996 la violencia entró a formar parte de la Agenda Internacional de Salud tras la asamblea en Ginebra, en la que se proclamó como un problema primordial para la salud mundial al que se le debe dar solución. Tal y como dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014 (1) más de 1,3 millones de personas en el mundo mueren debido a cualquier forma de violencia, y es la cuarta causa de muerte entre los 15-44 años. Por esta razón muchos autores han definido este término como Myers quien lo define como el “comportamiento físico o verbal que pretende causar daño”(2), o la OMS, que lo define como “el uso intencionado de la fuerza física, poder, o amenaza real, contra uno mismo, contra un grupo o una comunidad que resulta o tiene muchas posibilidades de causar una lesión, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”(1).

Aunque la violencia en nuestro entorno es relativamente común, ya que la vemos a diario en nuestros televisores, periódicos, redes sociales o incluso en nuestro entorno, la violencia laboral en el ámbito sanitario es algo que sorprende a muchas personas. Datos aportados por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el trabajo indican que el sector de la salud es donde se encuentran las ratios más altas de violencia laboral (3).

Es por ello que encontramos varias definiciones de violencia laboral, pero la más usada es la propuesta por el International Council of Nurses (ICN), el International Labor Organization (ILO), la OMS y Public Health Services (PSI) que en 2002 la definieron como “todas las situaciones en las que las personas se sienten maltratadas, amenazadas o asaltadas durante sus actividades laborales, incluyendo el camino hacia el trabajo o a casa, que representa, de forma implícita o explícita, una amenaza a la seguridad, bienestar o salud del trabajador” (4).

En marzo de 2020, el Ministerio de Sanidad Español publicó su Informe de agresiones a profesionales del SNS, en el que se observa una tendencia creciente en las agresiones hacia los profesionales sanitarios en tan solo un año de diferencia. En el año 2018 se notificaron 9506 agresiones a profesionales sanitarios, esto supone que de cada 1000 profesionales sanitarios españoles 17,17 sufren algún tipo de agresión durante su jornada laboral (5).

Estos datos, además de alertar de la magnitud del problema, tienen graves implicaciones en la salud de los profesionales, en el sistema sanitario e incluso en la atención que reciben los propios pacientes. Las principales consecuencias que exponen los estudios son:

consecuencias somáticas y emocionales como: rabia, miedo, ansiedad, culpa, vergüenza, síntomas de estrés postraumático, disminución de la calidad de vida, mala percepción del estado de salud, empeoramiento de las relaciones sociales y familiares, descenso de la satisfacción laboral, productividad y calidad del cuidado, intentos de dejar la organización, aumento del absentismo laboral, altos niveles de estrés laboral, y resulta en pérdidas económicas notorias en las organizaciones (3,4,6–14). A causa de las consecuencias anteriormente citadas y la tendencia al alza de las agresiones, tanto a nivel nacional como internacional (5,10), el objetivo del presente trabajo es describir diferentes formas de prevenir las agresiones a profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario.

### 1.1. Tipos de agresión

Según el objetivo que se quiera conseguir con la agresión encontramos: Hostil e instrumental (2).

- Hostil: ocasionada por la ira y tiene como objetivo herir a alguien, en cambio
- Instrumental: usa la agresión como medio para llegar a un fin.

Según quien lleva a cabo el acto: Autoinflingida, interpersonal y colectiva (1).

- Autoinflingida: es la que lleva a cabo una persona contra si mismo.
- Interpersonal: es la que ocurre entre familiares, amigos, parejas, conocidos o extraños, es decir, entre dos personas o pequeño grupo de personas.
- Colectiva: es la llevada a cabo por personas que se identifican como miembros de un grupo contra otro grupo o individuos.

Según su naturaleza: Emocional, física y sexual (3).

- Emocional: sería cualquier tipo de violencia psicológica o abuso mental, de naturaleza no física (hablar de forma agresiva, elevar la voz, bullying, amenazas verbales o escritas...).
- Física: es la que tiene componente físico y en la que se usa la fuerza contra otra persona.
- Sexual: comportamiento o atención de carácter sexual no deseado, ni recíproco que una persona encuentra ofensiva o la hace sentir insegura, incómoda, amenazada, avergonzada o humillada.

### 1.2. Teorías de la agresión

Para analizar y conocer que desencadena la agresión se postularon diferentes teorías, que se han agrupado principalmente en **agresión como conducta innata o influencias**

**biológicas, agresión como respuesta a la frustración y agresión como conducta aprendida (2).**

- **Agresión como conducta innata o influencias biológicas:** aquí los autores han postulado teorías sobre si la naturaleza humana es fundamentalmente buena y es la sociedad quien la corrompe, o si, por el contrario, es fundamentalmente mala. Jean-Jacques **Rousseau** sostiene que los humanos son naturalmente buenos y que es la sociedad quien los corrompe, **Thomas Hobbes** al contrario que Rousseau, considera que el ser humano es naturalmente malo, y por lo tanto que se deben tener unas leyes para controlar esa naturaleza. Con este mismo enfoque **Freud** postuló la teoría del instinto, en la que entiende que la agresión es resultado de un instinto primitivo, pulsión de muerte o destrucción que tiene el ser humano de forma innata a retornar a la muerte o estado inorgánico. **Lorenz** consideró la agresión humana como una conducta adaptativa y afirmó que tenemos mecanismos tanto para inhibirla como para reforzarla. Tanto Freud como Lorenz apoyaban la idea de que si esta agresividad instintiva no se expresa se acumula hasta que termina explotando o hasta encontrar un impulso que la haga explotar.

Con el paso de los años los científicos sociales se dieron cuenta que estas teorías no explicaban la variabilidad de la agresividad de una persona a otra o de una cultura a otra, por lo que surgieron otras corrientes teóricas.

- **Agresión como respuesta a la frustración:** en 1939 **Dollard** (15) y colaboradores defienden que la agresión surge de la frustración, es decir, de cualquier cosa que nos dificulte cumplir con nuestro objetivo dando lugar necesariamente a la agresión. Autores como **Neal Miller** y **Leonard Berkowitz** critican la teoría original por la gran importancia que se le da a la conexión frustración-agresión. Miller modificó esta teoría añadiendo que esta agresión no siempre se da de forma directa, si no que en ocasiones re-direccionamos o desplazamos nuestra agresividad hacia objetos o personas diferentes a la fuente de nuestra frustración. Berkowitz añadió que la frustración resulta en agresión solo si la persona presenta una disposición interna a ella, la ira (2).
- **Agresión como conducta aprendida:** Al contrario que las corrientes teóricas anteriores que apoyan la idea de que la agresividad proviene de emociones internas que forman parte de los seres humanos, los autores de esta defienden que la agresión es debida a un aprendizaje previo. En 1997 **Albert Bandura** postuló una teoría sobre el aprendizaje social en la que explica que aprendemos la agresión

observando la forma de actuar de otras personas, viendo las consecuencias, sus beneficios y viendo las agresiones constantes en el ámbito familiar, cultural y en los medios de comunicación (2).

## **2. Objetivos del trabajo**

- Objetivo general: Identificar formas de prevenir las agresiones a profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario.
- Objetivos específicos:
  - o Definir qué es la agresión, los tipos de agresión que hay y qué es la violencia laboral.
  - o Explorar las diferentes teorías de la agresividad.
  - o Describir formas de manejar a las personas con conducta agresiva.

## **3. Metodología**

En primer lugar, para llevar a cabo el presente trabajo he planteado la pregunta de investigación: Agresiones del paciente al profesional sanitario en el ámbito hospitalario. ¿Cómo podemos prevenirlas? Una vez planteada, he realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes meta buscadores y bases de datos, a partir de las palabras clave y descriptores seleccionados en ciencias de la salud. He realizado esta búsqueda bibliográfica en dos niveles.

- Primer nivel: para encontrar formas de manejar y prevenir las agresiones al personal sanitario.
  - o DeCS: agresión, violencia, hostilidad, violencia laboral, prevención de accidentes y personal de salud.  
Palabras clave: programa, intervención, entrenamiento, educación y profesional sanitario.
  - o MeSH: aggression, violence, hostility, workplace violence, accident prevention, health personnel.  
Palabras clave: program, intervention, training, education y health professional.
- Segundo nivel: para encontrar la definición, clasificación y teorías de la agresividad.
  - o DeCS: agresión, violencia, hostilidad, violencia laboral y personal de salud



Palabras clave: definición, definir, significado, descripción, tipos, categorías, clasificación, teoría, teorías, modelo, marco teórico, concepto y profesional sanitario.

- MeSH: aggression, violence, hostility, workplace violence, health personnel.

Palabras clave: definition, define, meaning, description, concept, types, categories, classification, theory, theories, model, framework, health professional.

He usado de forma conjunta palabras clave y descriptores ya que usando solo descriptores los resultados obtenidos eran insuficientes. Para explicar como relaciono las palabras clave y descriptores con los operadores booleanos AND y OR en función del meta buscador o base de datos adjunto una tabla (Anexo 1).

En el primer nivel de búsqueda la gran mayoría de los artículos encontrados hablan de unidades de urgencias y de salud mental, por esta razón selecciono los artículos más recientes en estas unidades, y de los artículos que hablan de otras unidades de hospitalización, selecciono algunas referencias de su bibliografía con el método bola de nieve. Debido a que algunos de los artículos seleccionados usan la definición de violencia de la OMS de su Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia (1) lo busqué directamente en google académico, y además como en los artículos encontrados no había información sobre el número de agresiones que sufren los profesionales sanitarios en España busqué esta información en el ministerio de sanidad dónde encontré el Informe de agresiones a profesionales del sistema nacional de salud (5).

En el segundo nivel de búsqueda al leer los resúmenes, introducción y conclusiones de los artículos seleccionados por el título, vi que estos no respondían a mis necesidades de este segundo nivel de búsqueda por lo que busqué libros de psicología social (2,15).

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Años de publicación: desde 2011 hasta la actualidad	Artículos anteriores a 2011
Idiomas: inglés y español	Artículos en otros idiomas que no fuesen inglés o español.
Acceso al texto completo	Acceso restringido al artículo o duplicados
Entorno hospitalario	Que hablara de otros entornos que no fueran exclusivamente el hospitalario

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de ambos niveles de búsqueda bibliográfica.

#### 4. Resultados de la búsqueda

Para que se entienda mejor la forma de llevar a cabo la búsqueda bibliográfica y los resultados de esta, adjunto el diagrama de flujo (figura 1).

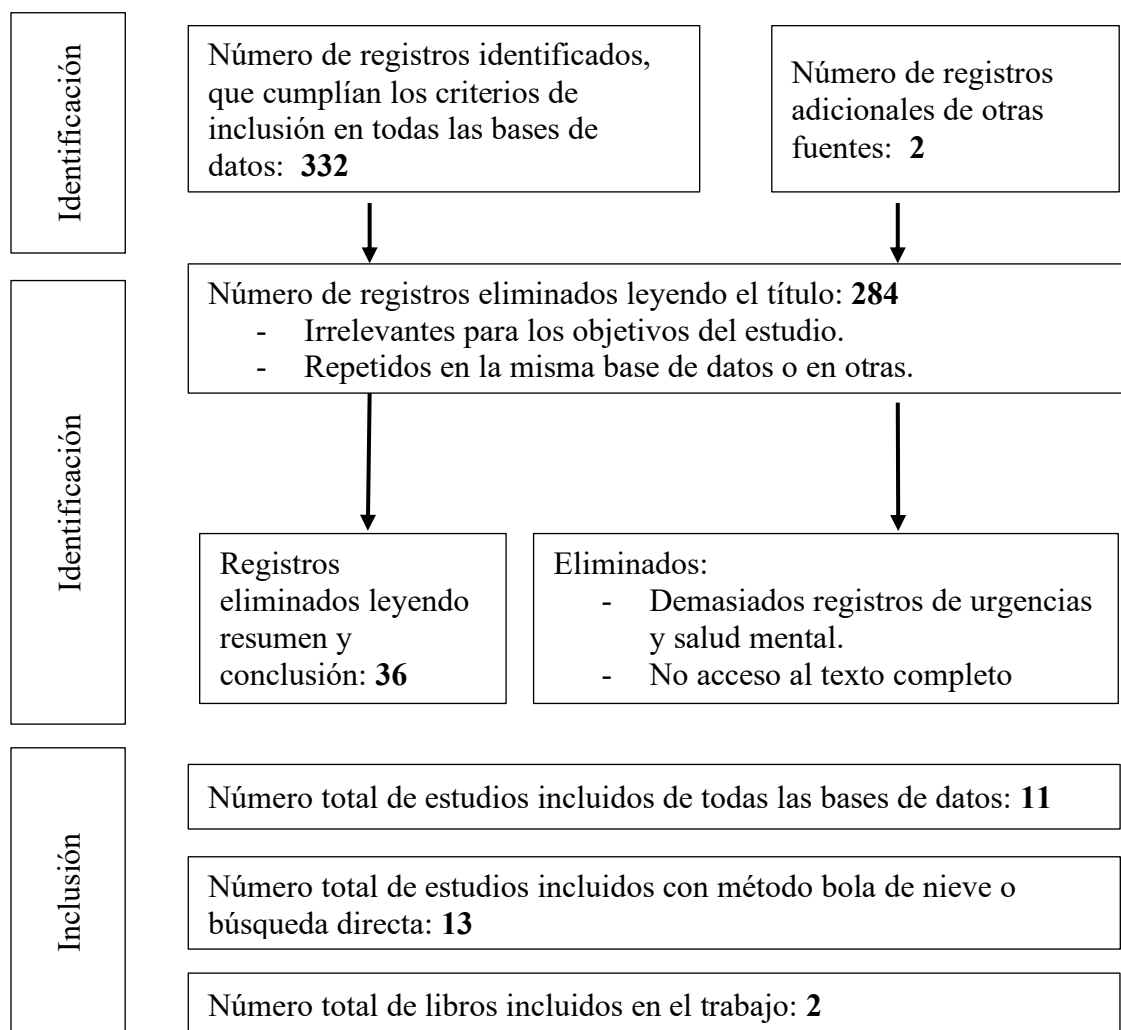


Figura 1. Diagrama de flujo de las diferentes fases de búsqueda

Dentro de estos 24 encontramos artículos con metodología tanto cualitativa, como cuantitativa que se han llevado a cabo entre los años 2013-2020.

Se adjunta una tabla resumen de los artículos que se incluyen en el actual trabajo (anexo 2).

## **5. Discusión**

Cuatro son los puntos que más destacan en la bibliografía consultada: particularidades de las agresiones, factores de riesgo, principales consecuencias de las agresiones, formas de prevención y su manejo.

### **5.1.Particularidades de las agresiones**

Las agresiones en el ámbito hospitalario son un problema tanto a nivel nacional como internacional, pero hay unidades que se encuentran más expuestas que otras. Según diferentes artículos, las unidades hospitalarias con mayor incidencia a nivel internacional son urgencias y salud mental (3,4,6,7,12,16), en cambio a nivel nacional dónde más agresiones sufren los profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario es en consultas externas (5).

Por otro lado, los profesionales sanitarios con mayor incidencia a nivel nacional e internacional son: médicos, enfermeras y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (3,4,13). Aún así en la literatura encontramos discrepancias sobre los ratios de agresiones según la categoría profesional, pero a nivel nacional, según el Informe de agresiones a profesionales del sistema nacional de salud, entre 2017-2018, los médicos fueron los profesionales que más agresiones notificaron (5).

El tipo de agresión más habitual en el ámbito sanitario es la violencia emocional, que incluye: faltas de respeto, críticas, abuso verbal e insultos (3-5,9,11,14,17). Esta, frecuentemente, suele llevarla a cabo el paciente sin ninguna alteración de la consciencia y en estado de lucidez. En cambio, cuando hablamos de violencia física suele ser más normal que la lleve a cabo un paciente con alteraciones de la consciencia por enfermedades mentales o consumo de tóxicos (7). En un estudio llevado a cabo en 5 países de la comunidad europea se observa que el 60,9% de los profesionales que participaron habían sufrido violencia emocional al menos una vez (13).

Si comparamos las enfermeras que trabajan en las unidades con más riesgo de violencia laboral según la evidencia internacional, urgencias y salud mental, vemos que aunque las enfermeras de salud mental tienen mayor riesgo de sufrir cualquier tipo de agresión

(física, emocional, sexual...) las enfermeras de urgencias tienden a padecer más agresiones físicas y emocionales (11).

## 5.2. Factores de riesgo

Es imprescindible conocer los factores de riesgo que pueden contribuir a la violencia laboral para poder prevenir y/o reducir estos eventos y sus consecuencias en la salud de los trabajadores.

Por ello debemos tener en cuenta que la propia violencia laboral es un factor de riesgo para las agresiones, ya que es un factor predictivo de estrés laboral y enfermedades relacionadas con el estrés, y la literatura remarca que el estrés, insatisfacción laboral y el burnout son factores que favorecen los incidentes violentos (3,4,13).

### 5.2.1. Factores de riesgo del agresor

El agresor habitualmente es el propio paciente, familiares o sus visitas (3–5,13,14,18,19), aun así, diferentes artículos describen el número creciente de violencia laboral por parte de compañeros, supervisores o gerentes (4,5,13,20)

En la mayoría de los casos el agresor suele ser un hombre (4,13), aunque algunos estudios remarcan que el número de mujeres que perpetúan un ataque también es alto (14), y en muchos casos los agresores son reincidentes (5).

Los principales factores del agresor que nos pueden alertar sobre posibles agresiones:

Que sea menor de 35 años, historial de enfermedades mentales o trastornos de personalidad, abuso de tóxicos, enfermedades sistémicas o del sistema nervioso central, inteligencia por debajo de la media, no respetar los límites impuestos, que perciba las interacciones con el personal sanitario como amenaza o que sienta falta de control por la situación en la que se encuentra, estresores personales (no tener trabajo y/o casa, problemas financieros, duelo...), antecedentes de comportamiento violento, ingreso involuntario, problemas de comunicación, sentirse juzgado o ignorado, discrepancias con el tratamiento médico, falta de seguridad en los profesionales (7,11,12,14,16,19,21).

### 5.2.2. Factores de los profesionales sanitarios

La forma de entender las agresiones de los profesionales sanitarios está estrechamente relacionada con su forma de afrontarlas y las consecuencias que sufren tras ellas (9).

Muchos profesionales entienden la violencia laboral como un hecho normal que forma parte de su trabajo, le restan importancia y por ello no se notifican la gran mayoría de agresiones. El no conocer las cifras reales de violencia laboral y sus características específicas hace que no se puedan tomar medidas para su prevención y manejo, que se

sigan presentando incidentes violentos durante la jornada laboral, y que cada vez se den con mayor frecuencia (3–5,7,9,13,16,19,22,23).

Los principales factores de riesgo que se relacionan con los profesionales sanitarios son: Desconocimiento de los signos de alarma de las agresiones, formación insuficiente en habilidades comunicativas y técnicas de desescalada, falta de comunicación y desacuerdos con los integrantes del equipo profesional, poca experiencia, no marcar límites claros con los pacientes, altos niveles de ansiedad y exigencia laboral (4,7,16,21). En lo referente a las diferencias entre géneros los artículos presentan informaciones contradictorias, la mayoría no encuentran diferencias significativas entre géneros a nivel internacional (3,4,14,19), en cambio a nivel nacional la mayoría de las agresiones notificadas son de mujeres (5).

La literatura objetiva una relación negativa entre la violencia emocional y la edad, es decir, a mayor edad menos probabilidades de sufrir agresiones emocionales (3). Esta relación negativa se explica por la experiencia de los profesionales, ya que con más años trabajados los profesionales suelen tener un abanico más amplio de técnicas y herramientas para afrontar situaciones adversas, y por tanto controlar la escalada del comportamiento agresivo (3,16). A nivel nacional se observa que la mayoría de las agresiones entre los años 2017-2018 fueron a profesionales de entre 35-55 años (5).

Otro factor que estudia la literatura es la paradoja del cuidado que sufren los profesionales sanitarios cuando el paciente al que quieren cuidar es el mismo que les agrede, puesto que por una parte sienten el deber de atenderlo y cuidarlo de la mejor forma que saben, pero por otra sienten la necesidad de huir para protegerse a ellos mismos. Esta paradoja les genera frustración, y puede resultar en insatisfacción laboral, estrés, incluso burnout (9,21).

### 5.2.3. Factores del entorno y del sistema sanitario

Diferentes factores del entorno y de la organización pueden aumentar la probabilidad de incidentes violentos, entre ellos:

La calidad del entorno de la unidad (luz, disposición, visibilidad de todas las zonas) o el lugar donde reciben la atención los pacientes, ya que, en muchas ocasiones, en servicios como urgencias, los usuarios pueden ser atendidos en los pasillos (22,24). El tiempo de espera y la falta de recursos materiales y profesionales, que derivan en altos niveles de exigencia laboral y, por lo tanto, en la disminución de la calidad de la atención proporcionada a los usuarios. La carencia de apoyo por parte de los gerentes o supervisores de las diferentes unidades, de leyes que protejan a los profesionales

sanitarios ante las agresiones o el acceso a las unidades hospitalarias sin ningún tipo de restricción, (4,5,7,12,16,21,22).

### 5.3.Principales consecuencias que presentan los profesionales sanitarios tras sufrir una agresión

La mayoría de los profesionales sanitarios, aunque no todos, tras sufrir cualquier tipo de agresión presentan consecuencias emocionales, en su estilo de vida, trabajo, salud y bienestar (4,7,9,22).

A nivel emocional los diferentes artículos encuentran diferencias entre géneros, siendo las mujeres quienes notifican mayores secuelas emocionales. Entre ellas se encuentran: sorpresa, irritación, sensación de desamparo, confusión, miedo, tristeza, humillación, impotencia, culpa, ansiedad, rabia e incapacidad para controlar las emociones (4,7,9–11). En su estilo de vida encontramos desenlaces como: aumento del consumo de tóxicos, trastorno de conducta alimentaria, alteraciones del patrón sueño-vigilia, de las relaciones sociales o peor percepción del estado de salud, estas se dan sobretodo en los profesionales que han sufrido más de una agresión (4,9–11).

Los principales efectos laborales reportados son: desmotivación, disminución de la productividad y calidad de la atención proporcionada a los pacientes, resentimiento hacia el equipo profesional, absentismo laboral, dificultad para acercarse a los pacientes (4,6–9,12,14).

La mayor parte de las notificaciones sobre consecuencias de salud y bienestar son de mujeres y los más frecuentes son: disminución del bienestar mental y físico, dolor de cabeza o espalda, cansancio, hipertensión arterial o problemas cardíacos, alteraciones psiquiátricas, alteraciones digestivas, signos de estrés, síndrome de estrés postraumático y signos de burnout (despersonalización, disminución de la realización personal o cansancio emocional) (4,7,9,13,14).

### 5.4.Prevenición y manejo de las agresiones

La violencia laboral es una situación impredecible, en la que la víctima, en este caso el profesional sanitario, siente la necesidad de defenderse del agresor y de las posibles consecuencias de sus actos. El profesional va a reaccionar de forma intuitiva, pero eso no quiere decir que sea la forma correcta de actuar (10).

El primer paso para poder prevenir las agresiones es reconocer sus signos iniciales, y actualmente, muchos profesionales sanitarios no son capaces de hacerlo, por lo que les es imposible detener el escalado de los agresores (4,22).

Los principales signos iniciales de violencia son: tono de voz elevado, lenguaje excesivamente sexualizado o intimidante, acusaciones hacia el personal sanitario de conspiración contra su persona, lanzar objetos, apretar las manos o la mandíbula, invadir el espacio personal o no cumplir con los límites establecidos cuando estos son razonables (7,22). Cualquier progresión de alguno de estos signos requiere la atención e intervención inmediata por parte del equipo profesional (16).

Una vez reconocemos los principales signos de agresión, debemos conocer formas de prevenir la progresión de estos.

Una de las primeras cosas que debemos hacer es separar al usuario potencialmente agresivo del resto, de esta manera reducimos los estímulos que recibe, y por ende su excitación, prevenimos la escalada de su comportamiento y a su vez protegemos a otros usuarios. (16,22,25).

Los usuarios con alta probabilidad de volverse agresivos deben estar acompañados en todo momento, bien por un profesional de la unidad o un acompañante responsable, mientras esperan a ser atendidos (16).

Para prevenir los incidentes violentos es importante el trabajo en equipo, juntamente con los cuerpos de seguridad hospitalarios y policiales, si es necesario, para proporcionar una atención coordinada y organizada, sobretodo cuando hay un alto riesgo de violencia (22). En relación con este punto cabe destacar la cuantía de compartir información sobre el usuario que se va a atender entre los servicios sociales, sanitarios y de seguridad, ya que la falta de información aumenta el riesgo de exposición del personal sanitario (4,7,16,21,22,26).

Actualmente la respuesta más habitual de los profesionales sanitarios ante la violencia laboral es el comportamiento evitativo o de escape, afrontamiento que de por sí es un factor de riesgo para las agresiones, y si se mantiene en el tiempo, para el síndrome de burnout. Este tipo de comportamiento solo debería usarse cuando la violencia sea inminente (3,9). Para evitar sufrir consecuencias crónicas debido a este tipo de comportamiento o de las propias agresiones, los profesionales sanitarios deberían conocer y hacer uso de estrategias comunicativas y de resolución de conflictos, técnicas cognitivas y de comportamiento (3,9), para tener recursos y poder hacerle frente a las situaciones que viven durante su jornada laboral.

Tanto los artículos cuantitativos como cualitativos remarcan la importancia de formación y entrenamiento específico para tener las herramientas suficientes para poder prevenir, en la medida de lo posible, las agresiones, o en su defecto, saber como manejarlas de la mejor

forma posible (3–5,7,10,12,16,22,23,25), ya que en algunos artículos de la literatura se ha demostrado que disminuyen la incidencia de violencia laboral (8,22,26). Dentro de esta formación se habla de técnicas o métodos como: entrenamiento de la resiliencia, desescalada del comportamiento, inteligencia emocional y regulación de las emociones, mindfulness, mejora de la empatía y escucha activa, respuesta organizada a la violencia laboral, técnicas cognitivas y de comportamiento, evitar reacciones violentas propias, mejorar sus habilidades comunicativas para poder hablar con profesionalidad, como comunicar malas noticias, usar la negociación con el paciente y familia o visitas, informar al paciente sobre su situación o el tratamiento que se le va a dar, establecer límites, pero sin confrontaciones y/o trabajar en equipo (3,4,7,9,10,12,16,21–23).

Otras técnicas de regulación emocional que usan los profesionales en su día a día sin ser conscientes de ello: establecer límites, racionalizar sus emociones, distanciarse emocionalmente de las situaciones adversas, suprimir sus emociones o regular sus emociones con herramientas organizativas (10).

Además de las técnicas de desescalada, hay formas de prevención de las agresiones relacionadas con el entorno y sistema sanitario. Entre estas encontramos: poner una alarma de algún tipo en la historia clínica del paciente para advertir de antecedentes de comportamiento agresivo (22,25,26), usar estrategias ambientales como vías de escape para que no se pueda perpetrar la agresión (habitaciones del pánico) (7,16), evitar la accesibilidad a objetos que se puedan usar como armas (16), tener un circuito cerrado de cámaras para poder controlar toda la unidad desde un mismo punto (22,26), dotar a los profesionales sanitarios con sistemas de alarma (botones del pánico, teléfonos, radios) para poder pedir ayuda en caso de ser necesario (22,25,26), evitar multitudes en los pasillos de las unidades (21), presencia constante de personal de seguridad (3,4,7,14,16,21–23), crear un equipo de trabajo que cree e implemente un protocolo de actuación específico ante las agresiones y una política de tolerancia cero a las agresiones verbales y no verbales que sufren los profesionales sanitarios (6,23) y mejorar el sistema de notificaciones de las agresiones (3,4,6,7,11,13,14,16,19,20,22,25,26).

Hay que remarcar que el bienestar, la satisfacción laboral y la percepción de seguridad presentan una relación negativa con los incidentes violentos del paciente o visitante, a mayor satisfacción laboral, bienestar o percepción de seguridad, menos agresiones. Se relaciona también esta percepción de seguridad con el apoyo e implicación de los supervisores de la unidad y gerentes del centro de trabajo (3,4,8,11,16). Este hecho se debe, posiblemente, a la forma de afrontar los conflictos que los profesionales que no



están satisfechos con su trabajo tienen, el efecto que tiene su insatisfacción en la relación con el paciente y la falta de calidad de los cuidados que son capaces de proporcionar (3). Finalmente, una vez el profesional está formado y la violencia es inevitable se puede tener que recurrir a la contención. Para contener a un usuario debemos tener en cuenta que antes de la contención mecánica debemos recurrir a la farmacológica, y antes de administrar medicación de forma involuntaria al usuario debemos ofrecerla siempre vía oral. En caso de negarse a tomarla hay que saber que la vía más rápida es la intravenosa, aunque en muchas ocasiones es complicado acceder a ella, por ello se usa la vía intramuscular (16). Si aún con la contención farmacológica el paciente se muestra agitado, y hay riesgo de autolesionarse o lesionar a profesionales u otros usuarios del servicio se debe realizar la contención mecánica, pero siempre que esta se lleve a cabo debemos asegurarnos de que el paciente se encuentra atendido en todo momento (16).

## **6. Conclusión**

La violencia es un problema de gran envergadura a nivel mundial, y a nivel laboral el ámbito sanitario es uno de los más castigados. Por ello es necesario que los profesionales sanitarios, se formen tanto durante su formación universitaria como al incorporarse en el mundo laboral, para poder tener un amplio abanico de herramientas para saber como actuar ante las situaciones de violencia laboral.

Aunque las cifras de violencia en el ámbito sanitario, de por si, ya son alarmantes, la mayoría de las agresiones no se notifican, porque los profesionales no les dan la importancia que deberían, o porque creen que los supervisores, gerentes o las organizaciones en si no harán nada al respecto. Por esta razón, es crucial que los profesionales sanitarios reciban formación reglada sobre como identificar, prevenir y manejar la violencia laboral, ya que, gracias a dicha formación, los mismos sanitarios son mas conscientes de la importancia de notificar y denunciar estos hechos, y de esta forma proporcionan datos verídicos sobre la frecuencia de las agresiones, lo que facilita la creación de programas de prevención y manejo de la violencia laboral hacia los profesionales sanitarios.

En futuros estudios se podrían investigar con mayor detenimiento los efectos de la satisfacción laboral en relación con las agresiones, comparar la incidencia de la violencia laboral en diferentes unidades con estudios de alta calidad metodológica, estudiar el impacto de programas específicos de manejo y prevención de las agresiones, indagar en las posibles consecuencias a largo plazo que padecen los profesionales sanitarios tras

sufrir violencia laboral o el posible tratamiento que deberían recibir los profesionales de la salud tras una agresión.

#### 6.1. Principales limitaciones

La primera limitación importante que he encontrado es la falta de una definición concreta de violencia o agresión. La gran mayoría de los artículos están enfocados a unidades de urgencias o salud mental, faltan estudios con muestras significativas y de buena calidad metodológica, hay pocos estudios cuantitativos para comprobar la eficacia de técnicas o programas concretos, imposibilidad de encontrar estudios recientes que hablen de teorías de la agresividad o describan como realizar las técnicas que comentan útiles para la prevención de la violencia laboral. Además, a nivel nacional e internacional encontramos una legislación pobre y poco concreta sobre la violencia laboral que sufren los profesionales sanitarios a diario, sin olvidar la falta de recursos tanto materiales como personales en la gran mayoría de unidades y organizaciones.

## 7. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. 2014 [Consultado en Marzo 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/es/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/es/)
2. Myers DG, Twenge JM, Myers DG, Twenge JM. SOCIAL. 13ª. Hill M, editor. México; 2019.
3. Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, De Cordova F. Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *Biomed Res Int.* 2019;1–12.
4. Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work related violence as a predictor of stress and correlated disorders in emergency department healthcare professionals. *Clin Ter.* 2019; 170(2):110–123.
5. Grupo de trabajo de estudio y análisis de las agresiones a los profesionales del SNS. Informe de agresiones a profesionales del sistema navional de salud. [Internet]. 2020 [Consultado en Marzo 2021]; Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/agresiones/docs/INFORME\\_AGRESIONES\\_FINAL.pdf](https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/agresiones/docs/INFORME_AGRESIONES_FINAL.pdf)
6. Arnetz JE, Hamblin L, Russell J, Upfal MJ, Luborsky M, Janisse J, et al. Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. *J Occup Environ Med.* 2017; 59(1):18–27.
7. D’Ettorre G, Mazzotta M, Pellicani V, Vullo A. Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in emergency departments. *Acta Biomed.* 2018; 89(1):28–36.
8. McCaughey, D., DelliFraine, J., Erwin CO. Best practices to promote occupational safety and satisfaction: a comparizon of three north american hospitals. *Int Best Pract Heal care.* 2015; 17:137–159.
9. Vrablik MC, Chipman AK, Rosenman ED, Simcox NJ, Huynh L, Moore M, et al. Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA: Results from a qualitative study. *BMJ Open.* 2019; 9(8):1–11.
10. Goldblatt H, Freund A, Drach-Zahavy A, Enosh G, Peterfreund I, Edlis N. Providing Health Care in the Shadow of Violence: Does Emotion Regulation Vary

- Among Hospital Workers From Different Professions? *J Interpers Violence*. 2017; 35(9–10):1908–33.
11. Pekurinen V, Willman L, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Välimäki M. Patient aggression and the wellbeing of nurses: A cross-sectional survey study in psychiatric and non-psychiatric settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2017; 14(19):1245.
  12. Baig L, Tanzil S, Shaikh S, Hashmi I, Khan MA, Polkowski M. Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in public sector hospitals of Karachi. *Pakistan J Med Sci*. 2018; 34(2):294–299.
  13. Babiarczyk B, Turbiarz A, Tomagová M, Zeleníková R, Önler E, Sancho Cantus D. Violence against nurses working in the health sector in five European countries—pilot study. *Int J Nurs Pract*. 2019; 25(4):1–8.
  14. Gillespie GL, Gates DM, Kowalenko T, Bresler S, Succop P. Implementation of a Comprehensive Intervention to Reduce Physical Assaults and Threats in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 2014; 40(6):586–591.
  15. Marín Sánchez, M., Martínez-Pecino R. *Introducción a la psicología social*. 1ª edición. Madrid: Ediciones pirámide; 2012.
  16. Tishler CL, Reiss NS, Dundas J. The assessment and management of the violent patient in critical hospital settings. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013; 35(2):181–185.
  17. Gandhi TK, Kaplan GS, Leape L, Berwick DM, Edgman-Levitan S, Edmondson A, et al. Transforming concepts in patient safety: A progress report. *BMJ Qual Saf*. 2018; 27(12):1019–1026.
  18. Hamblin LE, Essenmacher L, Luborsky M, Russell J, Janisse J, Upfal M, et al. Worksite Walkthrough Intervention: Data-driven Prevention of Workplace Violence on Hospital Units. *J Occup Environ Med*. 2017; 59(9):875–884.
  19. The national observatory of aggressions to physicians (ONAM) workgroup and general council of official medical associations of Spain (CGCOM). National report on aggressions to physicians in Spain 2010-2015: violence in the workplace-ecological study. *BMC Res Notes*. 2018; 11(1):347-352.
  20. Blando J, Ridenour M, Hartley D, Casteel C. Barriers to effective implementation of programs for the prevention of workplace violence in hospitals. *Online J Issues Nurs*. 2015; 20(1):1–16.

21. Wong AH, Ruppel H, Crispino LJ, Rosenberg A, Iennaco JD, Vaca FE. Deriving a Framework for a Systems Approach to Agitated Patient Care in the Emergency Department. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018; 44(5):279–292.
22. Morphet J, Griffiths D, Beattie J, Innes K. Managers' experiences of prevention and management of workplace violence against health care staff: A descriptive exploratory study. *J Nurs Manag.* 2019; 27(4):781–791.
23. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, Lumini E, Rasero L. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: Current approaches. *Open Access Emerg Med.* 2016; 8:17–27.
24. Wong AH, Wing L, Weiss B, Gang M. Coordinating a team response to behavioral emergencies in the emergency department: A simulation-enhanced interprofessional curriculum. *West J Emerg Med.* 2015; 16(6):859–865.
25. OSHA. Guidelines for Zero Tolerance New OSHA publication helps prevent violence in the health care setting. *Environ Care News.* 2015; 18(8):8–11.
26. Morphet J, Griffiths D, Beattie J, Velasquez Reyes, D., Innes K. Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: a scoping review. *Collegian.* 2018; 1-12.

## Anexos

### Anexo 1

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Pregunta de Investigación	Agresiones al profesional sanitario en el ámbito hospitalario. ¿Cómo podemos prevenirlas?		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- General: Describir formas de prevenir las agresiones a los profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario.</li> <li>- Específico 1: Definir qué es la agresión, sus tipos y la violencia laboral.</li> <li>- Específico 2: Explicar las diferentes teorías de la agresividad.</li> <li>- Específico 3: Describir el manejo de las personas con conducta agresiva.</li> </ul>		
Palabras clave	Agresiones, personal sanitario, teoría de la agresión, clasificación agresiones, prevención de agresiones, intervención ante agresiones.		
Descriptores	Se presentarán en castellano e inglés, a partir consultas realizadas en DeCS y MeSH En caso necesario, incluir también los subdescriptores (calificadores) que se consideren oportunos		
		Castellano	Inglés
	Principal	Agresión, violencia, hostilidad, violencia laboral, personal de salud, prevención de accidentes	Aggression, violence, hostility, workplace violence, health personnel, accident prevention
Secundario/s Palabras clave	Definición, definir, significado, descripción, concepto, tipos, categorías, clasificación, teoría, teorías, modelo, marco teórico, concepto, profesional sanitario	Definition, define, meaning, description, concept, types, categories, classification, theory, theories, model, framework, health professional.	

Operadores booleanos	Especificar los tres niveles de combinación con booleanos		
	1er nivel (principal)	(aggression or violence or hostility or workplace violence) AND (accident prevention) AND (program or intervention or training or education) AND (health personnel or health professional)	
	2do nivel (principal, secundario/s) <b>EBSCOhost y WOS</b>	(aggression or violence or hostility or workplace violence) AND (definition or define or meaning or description OR concept) AND (types or categories or classification) AND (theory or theories or model or framework) AND (health personnel or health professional)	
	<b>BVS y Cochrane</b>	(aggression or violence or hostility or workplace violence) AND (type or classification) AND (theory or theories or model) AND (health personnel or health professional).	
	<b>Pubmed</b>	(aggression or violence or hostility or workplace violence) AND (definition or define or meaning or description or concept) AND (classification) AND (theories or models) AND (health personnel or health professional).	
Áreas de conocimiento	Psicología, social, ciencias de la salud, educación, biología.		
Selección de bases de datos	<i>Metabuscadores</i> BVS X EBSCOhost X Web of science X	<i>Bases de datos específicas</i> PubMed X Embase IBECs LILACS CINHALL Otras (especificar)	<i>Bases de datos revisiones</i> Cochrane X Otras (especificar)
Límites	Años de publicación	2011-2021	
	Idiomas	Inglés, Español	
	Tipos de publicación	Cuantitativa y cualitativa	

	Otros límites	1. Acceso al texto completo			
<b>Resultados de la búsqueda</b>					
<b>Metabuscador</b>	EBSCOhost				
Límites introducidos	2011-2021, inglés y español, publicaciones académicas, texto completo.				
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 71	Resultado final		
	2do nivel	Nº 50	3		
	Otros	Nº	Criterios de exclusión		
			Sin interés para mi tema de investigación	X	
			Déficit de calidad del estudio		
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<b>Metabuscador</b>	BVS				
Límites introducidos	2011-2021, inglés y español, texto completo.				
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 15	Resultado final		
	2do nivel	Nº 43	4		
	Otros	Nº	Criterios de exclusión		
			Sin interés para mi tema de investigación	X	
			Déficit de calidad del estudio		
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<b>Metabuscador</b>	Web of science				
Límites introducidos	2011-2021, inglés y español, open Access.				
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 10	Resultado final		
	2do nivel	Nº 41	1		
	Otros	Nº	Criterios de exclusión		
			Sin interés para mi tema de investigación	X	



			Déficit de calidad del estudio	
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
<b>Base de Datos específica</b>	Pubmed			
Límites introducidos	2011-2021, inglés y español, free full text.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 48	Resultado final	
	2do nivel	Nº 13	3	
	Otros	Nº	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<b>Base de Datos de Revisiones</b>	Cochrane			
Límites introducidos	-			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 6	Resultado final	
	2do nivel	Nº 10	0	
	Otros	Nº	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<b>Obtención de la fuente primaria</b>				
Directamente de la base de datos			10	
Préstamo interbibliotecario (Biblioteca UIB)				
Biblioteca digital de la UIB				
Biblioteca física de la UIB			1	
Bola de nieve y libros			14	

Anexo 2

<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año/ País</b>	<b>Diseño</b>	<b>Resumen</b>
Global Status report on violence prevention 2014	Organización Mundial de la Salud	2014, Geneva	Informe	Sólo la mitad de los países que forman parte de la OMS tienen programas de prevención primarios contra la violencia interpersonal igual que planes para identificar, proteger y dar apoyo a las víctimas. La atención a la salud mental, servicios de atención a adultos y las leyes siguen siendo precarias.
Addressing risks of violence against healthcare staff in emergency departments: the effects of job satisfaction and attachment style	Berlanda, S. Pedrazza, M. Fraizzoli, M. Cordova, F.	2019, Italia	Descriptivo	Enfermeras y médicos suelen experimentar más frecuentemente violencia emocional que física o sexual, habitualmente llevada a cabo por los propios pacientes. Las enfermeras informan de mayor riesgo de agresión que los médicos. El apego de seguridad se relaciona con menor riesgo de agresiones por parte del paciente o visitas, al contrario, pasa con el apego evitativo. A menor edad y satisfacción laboral mayor riesgo de agresiones.
Work related violence as a predictor of stress and correlated disorders in emergency department healthcare professionals	Cannavò, M. La Torre, F. Sestili, C., La Torre, G., Fioravanti, M.	2019, Italia	Descriptivo	Profesionales más expuestos: doctores, enfermeras y TCAE. Tipo de agresiones: abuso verbal o emocionales. Factores que favorecen: calidad del entorno, tiempo de espera, falta de información y personal, acceso sin restricciones, servicios especiales, dificultad de comunicación y/o colaboración entre

				profesionales/usuarios.
Informe de agresiones a profesionales del sistema nacional de salud	Grupo de trabajo de estudio y análisis de las agresiones a los profesionales del SNS	2020, España	Informe	En 2018 se registraron un total de 9506 agresiones, lo que supone una tasa de 17,17 agresiones por cada 1000 profesionales. Estas notificaciones se reparten casi al 50% entre hospitalaria y atención primaria, aunque si se ajustan las tasas en atención primaria son entre 2,47-2,67 veces superiores. Profesionales que más agresiones reciben: facultativos, enfermería, TCAE, celadores y administrativos. La mayoría de las agresiones son verbales y se dan principalmente en consultas externas. Las causas más comunes son la atención recibida y demandas injustificadas.
Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in emergency departments	D'Ettoire, G., Mazzotta, M., Pellicani, V., Vullo, A.	2018, Italia	Revisión bibliográfica	La violencia verbal es llevada a cabo por pacientes conscientes y orientados y en estado de lucidez, en cambio la violencia física es más usual en pacientes en estados de demencia, esquizofrenia, ansiedad, reacciones agudas de estrés, ideaciones suicidas y intoxicaciones por drogas o alcohol. Esto hace necesario desarrollar herramientas que ayuden a identificar los pacientes con riesgo a volverse agresivos, mejorar las herramientas de los profesionales para manejar y prevenir estas situaciones y entrenar al equipo a reaccionar de forma adecuada y conjunta.

Best practices to promote occupational safety and satisfaction: a comparison of three north American hospitals.	McCaughey, D DelliFraine, J. Erwin, C.O.	2015, Norte America	Descriptivo	Hay una relación directa y positiva entre la percepción de seguridad individual y liderazgo seguro por parte del supervisor y la organización. En uno de los modelos se observa una relación directa y positiva entre satisfacción laboral, apoyo del supervisor y seguridad de la unidad. Por último, se observa una relación directa negativa entre el cambio constante de personal con la sensación de seguridad en la unidad.
Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA: result from a qualitative study.	Vrablik, M.C. Chipman,A.K. Rosenman, E.D. Simcox, N.J. Huynh, L. Moore, M. et al.	2019, Estados Unidos de América	Cualitativo	Los participantes normalizan la violencia laboral y por ello presentan manifestaciones de burnout, físicas y emocionales. A causa del burnout tienen actitudes poco empáticas con sus compañeros y a menudo con los pacientes. Muestran también una insatisfacción profesional a causa de las pocas herramientas que tienen para ayudar a sus pacientes, sobretodo en el entorno de salud mental. Una vez sufren un evento violento hacen un proceso de 2 fases: interpretación personal de los hechos y herramientas de las que dispone para sobrellevar el evento.
Providing health care in the shadow of violence: does emotion regulation Vary among hospital	Goldblatt, H., Freund, A., Drach-Zahavy, A.,	2017, Israel	Cualitativo	La incapacidad de manejar las emociones ante incidentes violentos puede afectar a los profesionales, hasta el punto de dificultar sus relaciones sociales con sus allegados. En otros casos para poder sobrellevarlo usan técnicas de supresión y/o

workers from different professions?	Enosh, G., Peterfreund, I., Edlis, N.			minimizan/se desvinculan de sus emociones. También encontramos profesionales que consiguen separar las agresiones de los pacientes de su deber como profesional sin que esto llegue a repercutir en su vida personal gracias a la empatía y entendimiento de la persona que tienen delante.
Patient aggression and the wellbeing of nurses: a cross-sectional survey study in psychiatric and non psychiatric settings	Pekurinen, V. Willman, L. Virtanen, M. Kivimäki, M. Vahtera, J. Välimäki, M.	2017, Finlandia	Transversal	Las enfermeras de salud mental sufren más agresiones de todo tipo que las enfermeras en otras unidades, pero si lo comparamos con las enfermeras de urgencias vemos que en los últimos 12 meses éstas experimentaron más incidentes violentos que las de salud mental. Aun así, las enfermeras de salud mental que sufren una agresión tienen tendencia a sufrir menos trastornos psicológicos y del sueño que las enfermeras de otras unidades por tener más herramientas para sobrellevarlo.
Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in public	Baig, L., Tanzil, S., Shaikh, S., Hasmi, I., Khan, M.A., Polkowski, M.	2018, Karachi	Cuasi experimental	El grupo que recibió formación en desescalada presenta mayor seguridad a la hora de afrontar los incidentes violentos que el grupo control. Los participantes explican que la formación les ayudó a controlar su carácter y a saber realizar una correcta escucha activa y a empatizar. Ambos grupos destacan: la necesidad de incluir la formación de desescalada en las universidades, hacer recuerdos periódicos de esta técnica, que las

sector hospitals of Karachi				formaciones sean breves para poder atender en todo momento y remarcan la importancia de educar a la población para que respeten a los profesionales sanitarios.
Violence against nurses working in the health sector in five european contries-pilot study	Babiarczyk, B. Turbiarz, A. Tomagová, M. Zeleníková, R. Önler, E. Sancho Cantus, D.	2019, Europa	Descriptivo y transversal	Las enfermeras de Polonia y Eslovaquia notificaron más agresiones físicas que las enfermeras de Turquía. La mayoría de las enfermeras de urgencias y de residencias o hogares de convalecencia notificaron agresiones. El 60,9% de profesionales comenta haber sufrido abuso verbal en los últimos 12 meses, sobretudo en la República Checa y Eslovaquia. Casi todas las enfermeras de las unidades de salud mental, centros de salud y de urgencias explican haber sufrido abuso verbal de pacientes y familiares. En la mayoría de los casos (67,9% en agresiones físicas y 71,7% en agresiones verbales) los incidentes violentos no se notificaron por: no ser importantes, no servir de nada notificarlas, por vergüenza o por miedo a las consecuencias.
Implementation of a comprehensive intervention to reduce physical assault and	Gillespie, G.L. Gates, D.M., Kowalenko, T. Bresles, S. Succop, P.	2014, Cincinnati	Cuasi experimental	El 83% de los profesionales que participaron en el estudio sufrieron al menos una amenaza física durante los 18 meses de recolección de datos. La mayoría de las agresiones fueron llevadas a cabo por pacientes y se suelen dar cuando son tratados por: enfermedades de salud mental o abuso de sustancias. Gran

threats in the emergency department.				parte de las agresiones no fueron notificadas. Los grupos de intervención muestran diferencias significativas en la disminución de amenazas y agresiones.
Preventing patient-to-worker violence in hospitals: outcome of a randomized controlled intervention	Arnetz, J.E., Hamblin, L., Russell, J., Upfal, M., Luborsky, M., Janisse, J., et al.	2017, Michigan	Ensayo clínico aleatorizado	A los 6 meses de investigación los niveles de incidencia en las unidades de intervención fueron levemente inferiores que en las unidades control, en las que aumentó significativamente. El nivel de lesiones por violencia era similar en ambos grupos al inicio del estudio, al terminarlo en las unidades intervención no había diferencias significativas a la inicial, en cambio en las unidades control había aumentado significativamente. El riesgo de violencia en las unidades intervención había disminuido levemente, y en el grupo control había aumentado significativamente.
The assessment and management of the violent in critical hospital settings	Tishler, C.L., Reiss, N.S., Dundas, J.	2013, Estados Unidos de América	Revisión bibliográfica	La mayoría de las agresiones no se notifican, por lo que las cifras no evidencian su prevalencia real. Los profesionales con menor experiencia tienen mayor riesgo de sufrir agresiones. Diferentes factores aumentan el riesgo de violencia: tanto de comportamiento, como del entorno. Los profesionales deben conocer los signos de agresión inminente y formas de prevenirlas e intervenir.

Transforming concepts in patient safety: a progress report	Ghandi, T. K., Kaplan, G.S., Leape, L., Berwick, D.M., Edgman-Levitan, S., Edmondson, A., et al.	2018, Estados Unidos de América	Informe	Para poder mejorar la atención que reciben los usuarios del sistema sanitario se debe mejorar la seguridad de los profesionales sanitarios, su formación, la integración de los cuidados, reestablecer los principios y significado de trabajar en el sistema sanitario y se debe mejorar también la forma en que los usuarios hacen uso del sistema sanitario. Se debería también hacer que el paciente fuera una parte activa de los cuidados que recibe. Mientras los profesionales trabajen en un entorno en el que no se sientan seguros, el trato que reciba el paciente será muy mejorable.
Worksite walkthrough intervention: data-driven of workplace violence on hospitals units	Hamblin, L.E., Essenmacher, L., Luborsky, M., Russel, J., Janisse, J., Upfal, M., et al.	2017, Estados Unidos de América	Ensayo clínico aleatorizado	Las mejoras del entorno hicieron que los profesionales sintieran mayor seguridad física. Para poder llevar a cabo este tipo de estudios los hospitales deben tener un método específico para la notificación de las agresiones. Los programas que se desarrollen deben adaptarse a las características de las agresiones sufridas en el centro en el que se lleven a cabo. Los participantes del estudio afirmaban que el programa les fue útil, práctico y que merecía la pena seguir usándolo.
National report on aggressions to	The national observatory of	2018, España	Observacional	La violencia laboral hacia lo médicos es un tema poco conocido en la mayoría de los países. En España, como en muchos otros



<p>physicians in Spain 2010-2015: violence in the workplace- ecological study</p>	<p>agresios to physicians, workgroup and general council of official medical associations os Spain.</p>			<p>países, los estudios son muy limitados. El rango de agresiones a médicos en el período estudiado varía entre 15-20 agresiones por cada 10000. El ámbito con mayor frecuencia de agresiones a médicos es atención primaria dato que concuerda con otros estudios realizados en España. La mayoría de las agresiones no son notificadas. Tomar medidas para prevenir las agresiones y atender a los profesionales heridos es necesario. Para que esto se lleve a cabo es necesario realizar un análisis individualizado del entorno.</p>
<p>Deriving a framework for a systems approach to agitated patient care in emergency department</p>	<p>Wong, A.H., Ruppel, H., Crispino, L.J., Rosenberg, A., Iennaco,</p>	<p>2018, Internacional</p>	<p>Mixto.</p>	<p>Factores relacionados con el paciente que favorecen las agresiones: desordenes de personalidad, abuso de drogas, enfermedades psiquiátricas, personas sin hogar, falta de control de la situación y interacción con el personal. Relacionados con el personal: paradoja de cuidado, querer atender y cuidar a la misma persona que nos quiere agredir, discrepancias entre el tratamiento que deben proporcionar (contención o no). Factores del sistema: limitación de recursos y personal, inadecuación del entorno de atención, ingresos involuntarios, políticas y leyes insuficientes.</p>

Managers' experiences of prevention and management of workplace violence against health care staff: A descriptive exploratory study	Morphet, J., Criffiths, D., Beattie, J., Innes, K.	2019, Australia	Descriptivo	Comentan que tienen recursos muy limitados tanto materiales como personal sanitario y de seguridad, por lo que en algunos casos tienen que entrenar a los trabajadores para suplir estas carencias. Resaltan la importancia de compartir información entre profesionales y recursos sociales o sanitarios (061, hospitales...), de recibir formación y entrenamiento para saber manejar y prevenir estas situaciones y de trabajar en equipo.
Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches	Ramacciati, N. Ceccagnoli, A. Addey, B., Lumini, E., Rasero, L.	2016, Italia	Revisión bibliográfica	Algunas revisiones objetivan que los profesionales sanitarios se sienten poco apoyados por los supervisores, gerentes y las propias instituciones. Formas de mitigar la violencia laboral: mejorar las habilidades comunicativas, establecer una política de tolerancia cero, mejorar la implicación de los gerentes, supervisores y las organizaciones, dar la opción de formaciones de educación y entrenamiento de violencia laboral y valorar los resultados conseguidos con los programas de prevención.
Coordinating a team response to behavioral emergencies in the emergency department: a simulation-enhanced	Wong, A.H., Wing, L., Weiss, B., Gang, M.	2015, Estados unidos de América	Cuasi experimental	Con las simulaciones realizadas hubo una gran mejora en las actitudes de los profesionales a la hora de atender a usuarios agresivos. Estas simulaciones se centraron básicamente en la detección de los factores de riesgo de las agresiones y en las formas de prevenirlas.

interprofesional curriculum				
Guidelines for zero tolerance	OSHA & worker safety	2015, Internacional	Guía de actuación	Importante para la prevención de la violencia laboral la implicación de los profesionales sanitarios y supervisores, gerentes y organización. También analizar el entorno de trabajo e identificar las amenazas de la unidad, para poder prevenirlas y controlarlas. Se deben implantar formaciones para entrenar a los profesionales para saber como prevenir y manejar estas situaciones igual que mejorar los sistemas de notificación.
Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: a scoping review	Morphet, J., Griffiths, D., Beattie, J., Velasquez Reyes, D., Innes, K.	2018, Australia	Revisión bibliográfica	Destacan 4 puntos: riesgos del entorno, riesgo de atención al usuario, educación y entrenamiento del personal, manejo de los incidentes violentos. Cabe tener en cuenta que la forma en el que los usuarios y profesionales perciben el entorno puede ser un factor de riesgo o protector ante agresiones. Conocer los antecedentes del usuario que se atiende también es necesario para evitar situaciones que puedan llevar a la agresión. Otro punto para destacar es la importancia de la formación de los sanitarios para atender de forma correcta a estos usuarios.
Barriers to effective implementation of	Blando, J., Ridenour, M.,	2015, Internacional	Cualitativo: Grupos focales	Las agresiones laborales se encuentran infra-notificadas, cosa que impide que se identifiquen las tendencias y áreas

programs for the prevention of workplace violence in hospitals	Hartley, D., Casteel, C.			problemáticas de los hospitales para poder desarrollar programas de prevención específicos. La falta de apoyo de supervisores y gerentes, el intenso foco de las organizaciones sanitarias al cuidado de los usuarios, la falta de políticas específicas, y las particularidades de los propios programas muchas veces dificulta la correcta implantación de estrategias de prevención de las agresiones laborales.
--	-----------------------------	--	--	---