



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**Riesgo ocupacional en el ámbito sanitario:
agresiones al personal de Enfermería**

...

Revisión narrativa

Estudiante: Isabel Villanueva Pérez

Tutelado por: Francisco José Navas Cámara

Soria, 8 de Junio de 2016

ÍNDICE

	Pág
RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Concepto y clasificación de violencia	4
1.1.1. Concepto de violencia laboral y términos relacionados	4
1.1.2. Clasificación de violencia	5
1.1.3. Autoría de la violencia	6
1.1.4. Factores que influyen en la conducta agresiva	7
1.1.5. Situación legal	9
1.2. Justificación	10
1.3. Objetivos	11
1.3.1. Objetivo principal	11
1.3.2. Objetivos específicos	11
2. MATERIAL Y MÉTODOS	12
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	14
3.1. Índice de violencia laboral contra el personal sanitario	14
3.2. Personal sanitario más agredido	14
3.3. Tipo de violencia ejercida	15
3.4. Autoría de la violencia	15
3.5. Víctimas respecto al sexo	15
3.6. Víctimas respecto al tramo de edad	16
3.7. Agresión y experiencia laboral	16
3.8. Víctimas respecto al turno de trabajo	16
3.9. Lugar de mayor agresión producida	16
3.10. Causas de la violencia ejercida	17
3.11. Consecuencias de la agresión	17
3.12. Denuncias realizadas/medidas tomadas	18
3.13. Actuación de enfermería ante las situaciones agresivas	18
3.13.1. Contención verbal	19
3.13.2. Contención física o mecánica	21
3.13.3. Contención farmacológica	22
4. CONCLUSIONES	23
5. BIBLIOGRAFÍA	24

RESUMEN

Introducción. La agresión al personal de enfermería se trata de un riesgo ocupacional muy presente actualmente, y son varios los factores que pueden influir en la aparición de las conductas agresivas. Además, para poder ofrecer los cuidados necesarios e individualizados que requiere cada paciente es necesario primero cuidarse uno mismo. El objetivo ha sido realizar una revisión narrativa acerca de las agresiones sufridas por el personal de enfermería, para entender los fundamentos de este riesgo ocupacional.

Material y métodos. Se trata de una revisión narrativa, entre los años 2007 y 2016. Se han consultado las bases de datos de Scielo, Cuiden, Dialnet, Medline, y se ha hecho una búsqueda particular en la revista Metas de Enfermería. Las palabras clave utilizadas fueron agresión, personal, enfermería, violencia, ocupacional, paciente agitado, violento, manejo, contención mecánica, farmacológica, verbal y sus correspondientes términos en inglés. Para la discusión se han utilizado un total de 30 artículos.

Resultados y discusión. Se ha realizado una discusión del perfil característico de las agresiones sufridas por el personal sanitario, determinadas por distintos factores (tipo de violencia, agresor, lugar, edad, experiencia laboral, sexo, turnos de trabajo, causa, consecuencia, y denuncias realizadas). Se describen las distintas actuaciones que puede realizar enfermería ante dichas situaciones (contención verbal, inmovilización física y utilización de fármacos), teniendo en cuenta las características del agresor discutiendo el orden en que prioritariamente se deben de realizar.

Conclusiones. Es el personal de enfermería quien recibe más agresiones, siendo la agresión verbal la más ejercida. Existe un perfil característico (menores de 30 años de edad, poca experiencia laboral, realización del turno de mañana y la estancia laboral en unidades de urgencias y psiquiatría), que aumenta el riesgo de sufrir agresiones. La contención verbal es la primera actuación de enfermería que se realiza para intentar controlar la situación agresiva antes de recurrir tanto a la utilización de fármacos como a la inmovilización física indistintamente.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia es tan común y está tan presente en nuestras vidas, que se considera como algo que acompaña y forma parte de la condición humana. Los profesionales de la salud no solo se encargan de tratar o remediar las consecuencias o repercusiones de la violencia sino que en muchas ocasiones son víctimas de la misma en su puesto de trabajo¹.

1.1. Concepto y clasificación de violencia

Actualmente la violencia en el lugar de trabajo es un grave problema que afecta a la seguridad de los profesionales sanitarios, mayoritariamente al personal de enfermería, produciendo graves consecuencias económicas y personales, por ello es fundamental el registro de todo tipo de agresiones al igual que su prevención².

1.1.1. Concepto de violencia laboral y términos relacionados

En el ámbito de la salud pública, tanto el término de violencia como sus límites, no están claramente definidos debido a la complejidad de incluir en dicha descripción todos los actos o experiencias subjetivas de las víctimas, no obstante, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la violencia es definida como²:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”

Esta descripción incluye tanto la violencia autodirigida como la interpersonal, además de englobar no solo la agresión física sino también las amenazas e intimidaciones, cubriendo las consecuencias que no son notorias a simple vista como los daños psíquicos que afectan al bienestar de la víctima y su entorno familiar².

Autores como Chappell y Di Martino (citados en Barrios y Paravic, 2011³) definen la violencia laboral como:

“Forma negativa de conducta en la relación entre dos o más personas, caracterizada por agresividad con daños en la seguridad, la salud y el bienestar de empleados en su lugar de trabajo.”

Por otra parte, Almanzor y Martín⁴ aportan en su trabajo dos definiciones de violencia laboral. Una de la Comisión Europea (2002) que describe la violencia laboral como:

“Los incidentes en los que el trabajador sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los viajes de ida y vuelta al trabajo, que pongan en peligro, explícita o implícitamente su seguridad.”

La otra de la Organización Internacional del Trabajo (2003) se refiere a ella como:

“Cualquier acción, todo incidente o comportamiento que no puede considerarse una actitud razonable y con el cual se ataca, perjudica, degrada o hiere a una persona dentro del marco de su lugar de trabajo o debido directamente al mismo.”

Otro término relacionado con la violencia, ya que forma parte de ella, es el de acoso moral en el lugar de trabajo, en inglés “Mobbing”, que Hirigoyen⁵ señala como:

“Toda conducta abusiva (gesto, palabra, comportamiento, actitud...) que atenta por su repetición o sistematización contra la dignidad o la integridad física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente de trabajo.”

1.1.2. Clasificación de violencia

Hay dos formas en las que se puede clasificar la violencia en general, en función de a quien vaya dirigida la conducta agresiva y según la naturaleza o la forma en la que se ejerza:

Según el destinatario, la violencia se clasifica en tres bloques⁶:

- La violencia autoinfligida, dirigida contra uno mismo, en la que se incluye tanto los comportamientos suicidas, que comprenden desde la sola idea de tener el pensamiento de quitarse la vida hasta llegar a la consumación del acto (a pesar de no tener verdadera intención de morir), como el autolesionarse.
- La violencia interpersonal que a su vez se divide en violencia intrafamiliar o de pareja, cuando va dirigida a los miembros de la familia o a la pareja sentimental, y violencia comunitaria, cuando va dirigida a individuos sin relación familiar pero que pueden ser o no conocidos. Es aquí donde se incluye la violencia en el lugar de trabajo.
- La violencia colectiva es la que ejerce un grupo frente a otro por el hecho de lograr unos objetivos ya sean sociales, económicos o políticos.

Dentro de la violencia laboral y según la naturaleza de la agresión se pueden distinguir⁶:

- Agresión física: en la que se incluyen patadas, pellizcos, bofetadas, empujones, acorralamientos e incluso el uso de objetos contra la otra persona.
- Agresión verbal: atacar la dignidad de la persona y humillarla mediante insultos, ofensas, amenazas y habitualmente utilizando un tono de voz agresivo y elevado.
- Agresión psicológica: conducta impropia que falta a la integridad psíquica de la persona, que hace peligrar su empleo o degrada el ambiente de trabajo.

1.1.3. Autoría de la violencia

Dentro de los profesionales de la salud, son los de enfermería quienes están en contacto más directo con los usuarios, los pacientes y sus familiares y, por lo tanto, el personal más cercano en quien estos descargan sus disconformidades.

De este modo, según el autor de la agresión, en la violencia laboral se consideran tres tipos de violencia^{4,7}:

- Violencia externa: es la que ejercen personas desconocidas y sin ningún tipo de relación profesional con la víctima. No pertenecen a la organización.

Tipo I: no existe ninguna relación del agresor con la enfermera. Por lo tanto en este caso, que exista mayor o menor riesgo dependerá sobre todo de la ubicación de la institución de trabajo (barrios marginales, zonas con deficiencias socioeconómicas, prisiones, centros de acogida, etc.).

Tipo II: existe una relación entre usuario/paciente y la enfermera. Comprende tanto a los propios pacientes como a sus familias. Esta violencia surge del continuo contacto entre ambas partes y de la disconformidad o insatisfacción del paciente y/o de la familia con la atención recibida.

- Violencia interna: es la que ejercen las personas que tienen una relación profesional con la víctima. Pertenecen a la misma organización.

Tipo III: es la ejercida entre los propios compañeros de trabajo, ya sea procedente de cargos inferiores, superiores o del mismo nivel jerárquico.

1.1.4. Factores que influyen en la conducta agresiva

Existen varios factores que influyen en el origen de la violencia laboral. Se pueden clasificar en tres grupos. Uno de ellos es el que depende de la víctima, en este caso el personal de enfermería; el segundo grupo es el que depende del agresor, ya sea compañero de trabajo, paciente, familiar del paciente o desconocido; y el tercer grupo es el que depende de la organización del sistema sanitario y el entorno.

- Factores que dependen del profesional de enfermería^{3,7}.
 - Estar en contacto cara a cara con el paciente.
 - Mala actitud y carácter fuerte del profesional, que provoca una mala reacción en los pacientes y familiares.

- No atender a las demandas de los pacientes, creando irritación en ellos.
- Aumento de las presiones psicológicas como puede ser el miedo al desempleo.
- Incompatibilidad con el paciente, que incita a desacuerdos y malas reacciones por parte del usuario.
- Falta de comunicación, con el paciente y la familia que desencadena disconformidades y malas reacciones.
- La juventud y la poca experiencia laboral del profesional, conllevan un mayor riesgo de sufrir agresiones laborales, ya que no se dispone de las suficientes medidas de afrontamiento, y existe mayor vulnerabilidad.
- Estrés y sobrecarga de trabajo, que conducen al profesional a un estado de nerviosismo, cansancio e irritabilidad que afectan al trato con el paciente provocando sus malas reacciones.
- Factores que derivan del agresor^{6,8}:
 - Estrés del paciente por la situación clínica y sintomatológica, como puede ser la presencia de dolor, o la existencia de alguna enfermedad grave.
 - Recepción de malas noticias y sin una buena aceptación.
 - Angustia y ansiedad familiar.
 - Insatisfacción del paciente por su valoración y atención.
 - Falta de tolerancia del paciente y sentimiento de ser invadido.
 - Hostilidad y mala educación de los usuarios, familiares y compañeros de trabajo.
 - Expectativas en cuanto a la calidad de la atención.
 - Paciente psiquiátrico.
 - Antecedentes de violencia.
 - Abuso de sustancias tóxicas.
 - Paciente con algún tipo de demencia.
 - Actitud abusiva del compañero de trabajo, tanto del mismo nivel, como superior.
 - Estrés del compañero de trabajo por situaciones personales.

- Factores que dependen de la organización del sistema sanitario y el entorno⁹:
 - Déficit de personal y recursos materiales.
 - Falta de control en el sistema sanitario.
 - Largos tiempos de espera.
 - Sobrecarga de pacientes en salas y pasillos.
 - Localización geográfica del servicio sanitario.

Un factor desencadenante común, es la situación socioeconómica, tanto del profesional como del paciente y acompañantes, que conduce a una sobrecarga psicológica llegando a afectar al comportamiento^{3,6-8}.

1.1.5. Situación legal

Para poder abordar todo lo que abarca este riesgo ocupacional, su prevención y la actuación ante tal actitud agresiva, evitando en la medida de lo posible las consecuencias que conlleva para el profesional de enfermería, es necesario conocer la legislación que existe al respecto así como los derechos que tienen dichos profesionales.

En el artículo 43 de la Constitución Española¹⁰ se hace alusión a que los poderes públicos deberán proteger la salud pública mediante prevención, servicios necesarios y prestaciones.

Según la ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, (con última modificación el 25 de julio del 2013), este personal tiene los siguientes derechos¹¹:

- Ser protegido en su lugar de trabajo con respecto a los riesgos del mismo, y ser informado y formado sobre dichos riesgos según lo dispuesto en la ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales¹².
- Realizar su trabajo dignamente sin que se merme su integridad ni se viole su intimidad por parte de los compañeros y del resto de profesionales.

- Ser atendido y protegido por parte de los departamentos administrativos públicos oportunos en el desarrollo de su trabajo.
- Disfrutar de salud laboral mediante órganos representativos y servicios de prevención.

Por otra parte, según el artículo 14 de la ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales¹² (con última modificación el 29 de diciembre de 2014), el empresario garantizará la seguridad y la salud de los trabajadores protegiéndolos de los riesgos derivados de su trabajo.

Además, atendiendo al Código Deontológico de la Enfermería Española¹³:

- Según el artículo 62, el personal de enfermería y el resto de profesionales con los que trabaja deberán respetarse mutuamente en sus respectivas funciones.
- Según el artículo 66, la enfermera/o tratará con buena educación y cortesía al resto del personal sanitario.

En relación con la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁴, se dicta el derecho a la seguridad de las personas sin recibir tratos inhumanos.

Respecto al Código penal, según el artículo 550 de la ley orgánica 1/2015, de 30 de marzo, los atentados contra funcionarios, con agresión o resistencia en la realización de sus funciones serán castigados según la gravedad, con pena de prisión entre seis meses y tres años. Y dentro de la misma ley, el artículo 554 afirma que quien utilice la violencia contra el personal sanitario durante su intervención en una situación de urgencia queriendo impedir que realicen su trabajo, se le impondrán las penas del artículo 550¹⁵.

1.2. Justificación

En cualquier unidad hospitalaria o de atención sanitaria existe abundante información preventiva y protocolaria sobre qué se debe hacer frente a los distintos riesgos ocupacionales, ya sea un pinchazo con una aguja utilizada en otra persona, o una posible intoxicación por causa de los gases que desprende cierta maquinaria, etc. Sin embargo se observa un gran vacío relacionado con

otro riesgo laboral, la agresión al profesional sanitario, más específicamente al personal de enfermería.

Es un grave problema que afecta a la dignidad y a la seguridad de los profesionales, con un alto coste tanto personal como económico, siendo una gran fuente de conflicto en el trabajo.

Desafortunadamente la mayoría de los profesionales de enfermería asumen este riesgo como parte de su profesión, no denunciando lo ocurrido y, por lo tanto, no pudiendo realizar los registros necesarios a través de los cuales se demuestre la verdadera importancia de este riesgo ocupacional.

Las consecuencias de esta violencia laboral, influyen negativamente en la prestación de los servicios sanitarios de los profesionales de enfermería repercutiendo gravemente en la calidad de sus cuidados.

Es de gran importancia considerar, que para poder realizar nuestro trabajo ofreciendo los cuidados necesarios e individualizados que requiere cada paciente, obteniendo así un buen proceso de atención como resultado, es necesario primero cuidarse uno mismo.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo principal

- Realizar una revisión narrativa acerca de las agresiones sufridas por el personal de enfermería, para entender los fundamentos de este riesgo ocupacional.

1.3.2. Objetivos específicos

- Investigar el perfil característico de las agresiones al personal de enfermería.
- Explicar y establecer la prioridad de las distintas pautas de actuación por parte del personal de enfermería ante las agresiones sufridas.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo se trata de una revisión narrativa, centrada en las agresiones que sufre el personal de enfermería, y las formas de actuación ante estas situaciones.

Para el desarrollo del trabajo se han utilizado libros, y documentos de la OMS, del Consejo General de Enfermería, del Boletín Oficial del Estado (BOE) y de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. La revisión narrativa se realizó entre diciembre del 2015 y abril del 2016, en distintas bases de datos (Scielo, Cuiden, Medline, Dialnet) y con motores de búsqueda como Pubmed. Además se han utilizado artículos de la revista Metas de Enfermería, realizando una búsqueda de artículos pertinentes en todas las revistas Metas de Enfermería mensuales desde el año 2007 en adelante.

Los criterios de inclusión y exclusión se encuentran en la tabla 1.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos científicos	
Artículos que traten sobre la agresión laboral, y sobre la contención verbal, física y farmacológica	
Artículos publicados entre los años 2007 y 2016	Artículos anteriores al año 2007

En la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: agresión, personal, enfermería, violencia, ocupacional, paciente agitado, violento, manejo, contención mecánica, contención farmacológica, contención verbal y términos en inglés (violence, work, nursing, workplace). Se combinaron en distintas estrategias de búsqueda según se refleja en la tabla 2.

Tabla 2. Bases de datos, palabras clave y resultados

Palabras clave	Scielo	Cuiden	Dialnet	Medline/ Pubmed
Nurse AND violence	36-3-1	96-1-0	36-0-0	2180-0-0
Enfermería AND violencia	165-6-0	316-13-0	100-2-0	/
Agresión personal Enfermería	1-1-0	13-1-0	16-0-0	/
Aggression nursing staff	7-1-0	4-0-0	6-0-0	533-0-0
Violencia ocupacional AND enfermería	4-2-0	17-4-1	5-0-0	/
Workplace violence AND nursing	11-2-0	8-2-0	4-0-0	489-24-18
Violencia AND trabajo AND enfermería	37-4-0	65-5-0	37-1-0	/
Violence AND work AND nursing	63-7-0	91-8-3	19-0-0	500-0-0
Manejo paciente agitado	2-1-0	2-1-0	5-3-2	/
Agitated patient management	4-1-0	1-0-0	1-0-0	225-5-0
Enfermería contención mecánica	1-1-0	8-3-1	8-3-1	/
Nursing mechanical restraint	2-1-0	2-0-0	1-1-0	34-3-0
Manejo paciente violento	1-0-0	0-0-0	1-1-1	/
Management violent patient	5-0-0	2-0-0	1-0-0	523-14-0
Enfermería contención verbal	1-1-0	3-0-0	3-0-0	/
Nursing verbal restraint	0-0-0	1-0-0	0-0-0	17-1-0
Enfermería contención farmacológica	0-0-0	2-0-0	1-0-0	/
Nursing pharmacological restraint	1-0-0	0-0-0	0-0-0	18-5-0

La secuencia de números en cada columna corresponde al orden: Artículos encontrados - artículos leídos - artículos escogidos.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y tras leer el resumen se seleccionaron los artículos. Después de la lectura completa de los artículos seleccionados, se utilizaron los más pertinentes relacionados con el tema (30 artículos en total).

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Índice de violencia laboral contra el personal sanitario

Actualmente, en diversos países y en el ámbito sanitario, es habitual la presencia de violencia laboral como otra forma de riesgo ocupacional.

La mayoría de los estudios sobre el tema, realizados entre los años 2007 y 2012, afirma que entre un 63,2% y un 85,2% del personal sanitario ha sido víctima de algún tipo de violencia laboral¹⁶⁻²¹.

Concretamente en España, según el informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS)²², entre el 2008 y el 2012 se produjeron 30 416 agresiones al personal sanitario. Y según el Consejo General de Enfermería²³ del 2010 al 2012 el índice de violencia laboral ha variado de un 39% a un 33% disminuyendo un 6%.

3.2. Personal sanitario más agredido

De todos los profesionales sanitarios, las enfermeras y los médicos son los más perjudicados. Diferentes autores^{17,24,25} afirman que, en el ámbito sanitario, el personal de enfermería es el más agredido, seguido de médicos, auxiliares de enfermería y el resto de profesionales. Según ellos, enfermería sufre entre un 38% y un 80,7% de las agresiones producidas, debido probablemente a que mantiene mucho más contacto directo y relación con los pacientes quedando así más expuestos ante esos posibles ataques. Por el contrario, otros autores afirman que los médicos¹⁹ y las auxiliares de enfermería²⁰, son los más agredidos seguidos del personal de enfermería, debido a que los médicos son los que determinan el diagnóstico y prescriben el tratamiento, aspectos con los que puede haber disconformidades y con las auxiliares debido al contacto directo que mantienen con ellos.

En España, según Almanzor y Martín⁴ y el Consejo General de Enfermería²³, también es el personal de enfermería el más agredido entre todos los profesionales sanitarios con un 57,3% y un 38% respectivamente. Por el contrario, el informe de la Comisión de Recursos Humanos del SNS²² constata que, por muy poca diferencia, son los facultativos (10 456) quienes

reciben la mayor parte de la violencia, seguidos de enfermería (9 296) y del resto de profesionales.

3.3. Tipo de violencia ejercida

Dentro de los tipos de agresión ejercida, y atendiendo a su naturaleza, la mayor parte de los autores^{18,19,24,26-28} están de acuerdo en que se producen mayor número de agresiones de tipo verbal (entre un 34,7% y un 95,9%), incluyendo insultos y amenazas, que agresiones de tipo físico (entre un 16,5% y un 30%). Esto puede ser debido a que habitualmente la agresión física va precedida de un ataque verbal por lo que, en muchos casos, se llega a controlar la situación o a prevenirla, aunque otras veces sea inevitable.

En España, Almanzor y Martín⁴ reportan un 66% de agresiones verbales frente a un 34% de físicas, mientras que el Consejo General de Enfermería²³ informa de un 75% y un 25%, respectivamente. En el mismo sentido apuntan los datos, entre el año 2008 y el 2012, de la Comisión de Recursos Humanos del SNS²², con 28 432 agresiones verbales y 6 170 agresiones físicas.

3.4. Autoría de la violencia

Muchos de los autores consultados^{4,17-19,21,23,24,27,29,30} afirman que, en la mayoría de los casos, las agresiones son producidas por los familiares o acompañantes de los pacientes, con hasta un 70% de los casos, seguidos por los propios pacientes y por los compañeros de trabajo.

3.5. Víctimas respecto al sexo

En diferentes trabajos^{17,20,22,27,31} se afirma que el personal de enfermería femenino recibe mayor número de agresiones (entre un 64,1% y un 81,5% de los casos). Sin embargo, otros autores^{19,24,32} afirman que el personal masculino es quien recibe más agresiones físicas. El predominio de mujeres podría ser debido a que hay más personal de enfermería femenino que masculino. Por eso en los estudios no concluyen que existan diferencias significativas por el sexo.

3.6. Víctimas respecto al tramo de edad

Diferentes estudios^{19,24,27,30,33}, informan que el personal menor de 30 años recibe mayor número de agresiones que los mayores de esa edad (entre el 30% y el 80%). La causa parece ser la inexperiencia. Cuanto más joven se es, menos se ha trabajado y, por lo tanto, se cuenta con menos herramientas que los más veteranos a la hora de prevenir e intervenir ante esas situaciones. Otros autores^{17,18,29} afirman que son los mayores de 30 años los que reciben mayor número de agresiones, pero esto es debido a que en dichos estudios la mayoría de la plantilla explorada tenía de 50 años en adelante.

3.7. Agresión y experiencia laboral

En diversos estudios^{18,19,27,29,30,32} se constata que los profesionales que tienen menos experiencia laboral, reciben más agresiones que las personas que llevan trabajando cinco años o más, debido a que tienen menos herramientas que el resto a la hora de prevenir y actuar. Como puede observarse es un aspecto muy relacionado con la edad del profesional.

3.8. Víctimas respecto al turno de trabajo

Algunos autores^{4,17,29}, están de acuerdo en que cuando más agresiones se producen al personal sanitario es en el turno de mañana, con un porcentaje de entre 42% y 45%, seguido del turno de tarde y de noche. Por la mañana se desarrolla la mayor cantidad de trabajo, mayor es el estrés y el agotamiento. Cuando la ratio paciente/personal es alta, el estrés y el esfuerzo son importantes. Esto podría explicar que otros autores afirmen que en el turno de noche, cuando menos personal sanitario hay, es cuando más agresiones se producen, con valores que van desde el 34,1%²⁴, al 69,3%²⁰.

3.9. Lugar de mayor agresión producida

En varios trabajos^{4,20,27,30-34} se afirma que es en los servicios de urgencias y psiquiatría, donde se dan más situaciones agresivas. Urgencias, por ser un servicio que está abierto a todo el mundo las 24 horas del día, con ausencia de seguridad; psiquiatría por atender pacientes con problemas de drogodependencias o patologías caracterizadas por conductas agresivas.

Por otro lado, atención especializada representa el nivel de atención cuyos servicios reciben mayor número de agresiones debido a la demora en la citación para las consultas²³. Las agresiones en atención primaria están relacionadas con la gran afluencia de usuarios^{22,35}.

3.10. Causas de la violencia ejercida

Algunos autores^{17,22,23,25}, afirman que la mayoría de las agresiones están relacionadas con la mala organización de los centros sanitarios en aspectos como: los largos tiempos de espera para poder ser atendido, el escaso personal que hay por turno, la poca seguridad con la que se cuenta, la falta de información tanto a los profesionales sobre la prevención y la actuación en estos casos como a los pacientes acerca del funcionamiento del centro.

Otros autores^{6,18,35,36} afirman que la autoría de la mayoría de las agresiones corresponde a pacientes con problemas psiquiátricos o de drogodependencia, indicando que tanto la esquizofrenia como el trastorno de personalidad son patologías caracterizadas por las reacciones agresivas.

Para Almanzor y Martín⁴, el 68% de las agresiones se deben a que el paciente no está de acuerdo con la atención recibida y la valoración realizada.

3.11. Consecuencias de la agresión

Diversos autores^{6,19,28,33} afirman que las mayores consecuencias de la agresión para el personal enfermero son el síndrome de *burnout* seguido de la depresión y el estrés.

Según Pai et al.²⁰ y Stevenson et al.³⁷, la agresión provoca en los profesionales una disminución de la satisfacción y del entusiasmo a la hora de trabajar. Sienten sufrimiento y se distancian de los pacientes atendiendo menos sus demandas; además se genera una falta de atención que llega a generar más cantidad de accidentes.

Además, son comunes ciertas consecuencias como los sentimientos de rabia y miedo, y los daños físicos como hematomas, caída del cabello, daños musculares, pérdida del sueño, etc.^{6,20,37}.

A nivel de la organización, la situación del trabajador agredido conlleva un mayor gasto económico por bajas laborales, absentismos y pérdida de personal^{6,19,33}.

3.12. Denuncias realizadas/medidas tomadas

Según la Comisión de Recursos Humanos del SNS²², de un total de 30416 agresiones solo se denunciaron 333. La mayoría de los autores^{16,18,19,23,27,29,33,38,39} cifran la ausencia de denuncias entre un 50,6% y un 82,9% de los casos producidos. Además no se toma ninguna medida, argumentando que no sirve para nada, y asumiendo la agresión como otra parte de la labor profesional. No se le dan importancia o no se quiere dar una mala impresión al comienzo de la experiencia laboral.

3.13. Actuación de enfermería ante las situaciones agresivas

Como anteriormente se ha nombrado, las situaciones de agresión que se pueden dar, son muy distintas dependiendo de la persona que la realiza y de la situación en la que se produzca el posible incidente. Por lo tanto la forma de intervención y las habilidades utilizadas por parte del personal de enfermería, no serán posibles en todos los casos.

Las sensaciones de nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, inquietud, las expresiones de disconformidad etc., ya sea por una enfermedad, o por circunstancias que provoquen dichas conductas, pueden acabar en una pérdida del control por parte del agresor, que puede desencadenar una agresión tanto física como verbal. Por ello hay que saber reconocer esos signos y expresiones, estar preparado y actuar desde el primer momento⁴⁰.

Las alternativas que utiliza enfermería ante dichas situaciones (en algunos casos se necesita la autorización médica) y que se describen posteriormente son: la contención verbal utilizando habilidades comunicativas, la contención física o mecánica y la contención farmacológica.

Todos los autores consultados a este respecto⁴⁰⁻⁴⁵ están de acuerdo en la forma de ejecución de dichas alternativas, sin embargo hay discrepancia en su orden de ejecución.

Todos⁴⁰⁻⁴⁵ afirman que la contención verbal debe ser la primera intervención a realizar ya que es la menos invasiva y agresiva. A través de ella se puede conseguir que el agresor cambie su conducta y se relaje, controlando así la situación. Incluso en el caso de los pacientes psiquiátricos, y aun sabiendo las dificultades que conlleva entablar una conversación con ellos, debe intentarse la contención verbal antes de utilizar otra alternativa.

Con respecto al resto de técnicas, autores como Serrais y Castro⁴⁰ o Fernández et al.⁴¹, afirman que se debe recurrir a la contención física antes que a la contención farmacológica ya que, mientras haya una vigilancia constante, encuentran la contención mecánica menos agresiva. Por el contrario, Moreno y Rodríguez⁴², Pardilla y García⁴³ y Payán et al.⁴⁵ concluyen que se debe recurrir primero a la utilización de fármacos frente a la restricción de la movilidad, ya que esta restringe el derecho de libertad.

Antes de cualquier intervención, hay que saber identificar tanto a una persona agresiva como expresiones o signos que puedan acabar en una agitación lo suficientemente importante como para llegar a una posible agresión. Por ello, los enfermeros, aprovechando el momento del recibimiento, deberían de observar al paciente, a la compañía con la que viene y revisar su historia, ya que puede tratarse de una persona con antecedentes de violencia, abuso de sustancias tóxicas, enfermedad mental, mala situación socioeconómica, etc. Tanto en los pacientes como en los acompañantes y en los compañeros de trabajo hay que saber identificar, una serie de expresiones para poder prevenir la situación, como puede ser el descontento, la irritabilidad, levantar el tono voz, mantener la mirada, la expresión de enfado, etc.^{40,43,44}.

3.13.1. Contención verbal

Es la primera intervención que se debe realizar, consiste en prevenir la agresión mediante la verbalización, y puede llevarla a cabo la enfermera, de manera que intente hallar la causa del comportamiento, para solucionarlo sin necesidad de intervenir de otras maneras^{40,44}.

Que el posible o consumado agresor se abra al profesional, intercambie unas palabras, exprese lo que le molesta e irrita y llegue a calmarse y a

cambiar su conducta va a depender en gran medida de la actitud que demuestre el personal de enfermería al realizar dicha contención, y de las habilidades o técnicas comunicativas que utilice. Así, el profesional tiene que^{40-42,44}.

- Estar seguro de sí mismo.
- Mantener una postura firme pero no imperativa.
- Estar relajado para transmitir tranquilidad.
- Estar receptivo, a cualquier sugerencia o expresión por parte del agresor.
- Expresar una actitud terapéutica, no amistosa ni familiar.
- Mantener una distancia de seguridad, sin mostrar lejanía e indiferencia.
- Estar alerta de cualquier movimiento por parte del agresor.
- Mantener una observación continua de cualquier signo de alarma, ya sea un gesto de tensión, alzamiento de la voz...
- Dentro de las posibilidades, mantener el entorno despejado de objetos o artilugios que puedan ser utilizados para hacer daño.
- No mostrar miedo ni alteración ante las explicaciones, y no contestar a los insultos.
- Mantenerse a la misma altura durante la conversación.
- Ser respetuoso y llamar al agresor por su nombre para que no se sienta despreciado sino valorado, su situación interesa.
- Distraer el foco de alteración del paciente.
- Mirar a los ojos aleatoriamente sin fijar la mirada pareciendo desafiante.
- No echar en cara el mal comportamiento.
- No atender a las demandas o acceder a las amenazas o chantajes.
- No levantar la voz para no ponerse a la misma altura.
- Mantener una escucha activa sin interrupciones.
- Demostrar comprensión a las palabras y no indiferencia.
- Ser empático poniéndose el profesional en el lugar del agresor, sin darle la razón.
- Apoyar emocionalmente en algún momento de debilidad.

- Demostrar disponibilidad.
- Buscar el motivo de la conducta violenta mediante frases cortas, claras y concisas.

Durante la comunicación, se tiende a pedir al paciente que se tranquilice, que no se ponga nervioso, a enumerar una serie de normas o a recriminar. Todo ello, lo que consigue es aumentar el nivel de alteración del agresor, por lo que hay que intentar evitarlo^{40-42,44}.

3.13.2. Contención física o mecánica

Consiste en la limitación de la movilidad del paciente, parcial o totalmente con procedimientos físicos o mecánicos. Es un procedimiento que no se puede ejercer en cualquier situación. Es un método terapéutico que por lo tanto ha de aplicarse en el medio hospitalario, habitualmente a los pacientes psiquiátricos, o a pacientes con una agitación grave que pueda desencadenar actos de violencia^{40,42}.

Está contraindicada en los casos en que no existe indicación del médico; no debe ser utilizada como castigo o venganza, y sin haber intentado otra alternativa como la contención verbal. Tampoco puede aplicarse cuando la violencia no sea justificada por una enfermedad, sino que sea voluntaria y, por lo tanto, de esta debe encargarse el personal de seguridad^{40,42}.

La contención física se puede utilizar para evitar las interrupciones del plan terapéutico es decir, la retirada de sondas, vías, etc. Pero las indicaciones en el tema que nos ocupa son^{40,42}:

- Para evitar la autolesión.
- Para evitar la agresión a los demás, en este caso al personal de enfermería.

Este procedimiento, debe estar indicado por el médico y se requiere del consentimiento del paciente, con la excepción de tratarse de un caso de urgencia en el que suponga un riesgo para la salud pública y conduzca a lesiones irreversibles. Antes de iniciarlo hay que informar al paciente y explicarle las razones, dejándole la posibilidad de cambiar su actitud. En el

caso de los pacientes psiquiátricos, firman a su ingreso un consentimiento por el que permiten efectuar las técnicas necesarias durante su estancia en la unidad. En el caso de no firmarlo voluntariamente, se procederá a la autorización judicial^{40,42}.

Para la realización de esta contención, son necesarias entre 4 y 5 personas, y una organización previa en la cual se distribuyan las partes a inmovilizar. Dos personas se dispondrán a sujetar las extremidades superiores, a nivel del hombro y muñeca inmovilizando así la articulación del codo, y otras dos personas para las extremidades inferiores, a nivel de las rodillas y los tobillos, y la quinta persona se encargará de sujetar la cabeza para no provocarle ningún daño. La limitación del movimiento será en el menor grado posible, y la retirada será progresiva. El material utilizado suelen ser cinchas para el abdomen, muñequeras y tobilleras⁴¹.

Durante la inmovilización, el paciente estará vigilado constantemente, valorando su estado, tanto físico como mental, para no producir otros daños⁴¹.

3.13.3. Contención farmacológica

En el caso de que la contención verbal no haya surtido efecto, otra de las alternativas es la utilización de fármacos buscando la sedación y la relajación⁴². Dicha contención siempre tiene que estar prescrita por el médico por lo que, al igual que la contención mecánica, no se puede recurrir a ella en cualquier situación^{40,41}.

En el caso de los pacientes psiquiátricos se suele recurrir a los neurolepticos como el haloperidol, o el sinogan, cuyos efectos extrapiramidales se tratan con akineton. Y en el caso de los pacientes no psiquiátricos se recurre a las benzodiazepinas como el diacepam, alprazolam o loracepam, cuyo antídoto en el caso de una sobredosis es el flumaceniil^{40,41}.

Con respecto a la vía de administración, siempre se les ofrece en un principio la posibilidad de tomar una medicación para tranquilizarse, por lo que se intenta la vía oral. Aunque la vía intravenosa es la más rápida, en situaciones violentas resulta más dificultoso el acceso a la vía, utilizándose entonces la intramuscular⁴¹.

4. CONCLUSIONES

Tanto en España como en otros países, existe un gran índice de violencia laboral en el ámbito sanitario siendo el personal de enfermería el más agredido por su contacto directo y continuo con los pacientes.

La agresión verbal es la más frecuente seguida por la física siendo los familiares de los pacientes quienes cuentan con el mayor porcentaje de agresiones a los profesionales de enfermería.

Es el personal sanitario menor de 30 años y de menor experiencia quien sufre más agresiones debido a que disponen de menos herramientas para intervenir ante dichas situaciones.

Los turnos de mañana y noche cuentan con mayor cantidad de agresiones debido a la carga de trabajo y a la falta de personal sanitario, respectivamente.

Es en urgencias y en la unidad de psiquiatría donde se dan más situaciones agresivas, siendo la organización de los servicios y los problemas psiquiátricos y de drogodependencia de los pacientes causas desencadenantes principales.

Las consecuencias laborales más frecuentes de las agresiones en el personal de enfermería son el síndrome de *burnout*, la depresión y los daños físicos.

La escasez de registros o denuncias por agresiones minimizan la importancia de este riesgo ocupacional que interfiere seriamente con el desempeño profesional de enfermería.

Ante cualquier situación agresiva, es la contención verbal la primera actuación enfermera a la que hay que recurrir, existiendo discrepancias en el orden de prioridad de la utilización de los fármacos o de la inmovilización física.

5. BIBLIOGRAFÍA

¹Chapell D, Di Martino V. Violence at work. 3rd ed. Ginebra: oficina internacional del trabajo; 2006.

²Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud; 2002. Disponible en:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

³Barrios S, Paravic T. Aplicación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Aquichan [Internet] 2011 [consultado 13 de enero de 2016];11:77-93. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a07.pdf>

⁴Almanzor F, Martín A. Violencia en el trabajo: Prevalencia y medidas preventivas contra las agresiones a profesionales de la salud. Hygia de Enfermería [Internet] 2012 [consultado 8 de febrero de 2016]:17-23. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia81.pdf>

⁵Hirigoyen M. Todo lo que hay que saber sobre el acoso moral en el trabajo. 1st ed. Barcelona: Paidós Iberica; 2014.

⁶Quilez J, Icart MT. Factores individuales de las enfermeras de salud mental en la presencia de violencia laboral. Metas de Enferm 2014;17:69-73.

⁷Mayorca I, Lucena S, Cortés M, Lucerna M. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? Med Segur Trab [Internet] 2013 [consultado 8 de febrero de 2016];59:235-258. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/original3.pdf>

⁸Gonçalves Â, Liara T, Alves M, Roberto M, Ribeiro M. Analysis of situations of violent patients in an intensive care unit. Cogitare Enferm 2014; 19:402-8.

⁹Quilez J, Icart MT. Factores organizacionales y ambientales que influyen en la presencia de conductas violentas en unidades de hospitalización psiquiátrica. *Metas de Enferm* 2016; 19:50-57.

¹⁰Constitución Española de 1978. Boletín Oficial del Estado. Nº311, (29-12-1978). Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>

¹¹Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003, de 16 de diciembre. Boletín Oficial del Estado. Nº301, (17-12-2003). Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>

¹²Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales [Internet]. Boletín Oficial del Estado 2012. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>

¹³Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2013. Disponible en:
<http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/component/jdownloads/finish/13-normativa-colegial/292-codigo-deontologico-de-la-enfermeria-espanola?Itemid=0>

¹⁴Programa Venezolano de Educación- acción en Derechos Humanos. Declaración Universal de los Derechos Humanos. 3rd ed. Caracas: PROVEA; 2009.

¹⁵Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal [Internet]. 2015. Disponible en:
http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3439

¹⁶Stene J, Larson E, Levy M, Dohlman M. Workplace Violence in the Emergency Department: Giving Staff the Tools and Support to Report. Perm J [Internet] 2015 [consultado 20 de marzo de 2016];19:113-117. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403590/pdf/permj19_2pe113.pdf

¹⁷Khoshknab MF, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Ahmadvand H. Psychological Violence in the Health Care Settings in Iran: A Cross-Sectional Study. Nurs Midwifery Stud [Internet] 2015 [consultado 20 de marzo de 2016];4:1-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377529/pdf/nms-04-24320.pdf>

¹⁸Ridenour M, Lanza M, Hendricks S, Hartley D, Rierdan J, Zeiss R. et al. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. Work [Internet] 2015 [consultado 21 de marzo de 2016];51:19- 28. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4674794/pdf/nihms742675.pdf>

¹⁹Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res [Internet] 2012 [consultado 28 de marzo de 2016];12:1-9. Disponible en: http://download.springer.com/static/pdf/171/art%253A10.1186%252F1472-6963-12-469.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmchealthservres.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1472-6963-12-469&token2=exp=1464017151~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F171%2Fart%25253A10.1186%25252F1472-6963-12-469.pdf*~hmac=f3102e35bc6510dd02097836a723cd73d1e72d6d098d8c2c07da98d9eaded073

²⁰Pai D, Lautert L, Souza S, Marziale M, Tavares J. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2015 [consultado 4 de abril de 2016];49:457-64. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/279305153_Violence_Burnout_and_Minor_Psychiatric_Disorders_in_Hospital_Work

²¹Madrid P, Salas M, Madrid M. Situación de las agresiones a enfermería en el área de salud de Puertollano. *Enfermería del Trabajo* 2011;1:11-17.

²²Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Informe: Grupo de trabajo de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud. 2014. Disponible en:
http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/informe_agresiones_profesionales.pdf

²³Consejo General de Enfermería. Radiografía de las agresiones en el ámbito sanitario. 2012. Disponible en:
<http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/doc-interes/finish/42-documentos-de-interes/1216-radiografia-de-las-agresiones-2012>

²⁴Zafar W, Siddiqui E, Ejaz K, Shehzad M, Khan U, Jamali S, et al. Health care personnel and workplace violence in the emergency departments of a volatile metropolis: Results from Karachi, Pakistan. *J Emerg Med* [Internet] 2013 [consultado 9 de abril de 2016];45:761-72. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4332856/pdf/nihms659011.pdf>

²⁵Oliveira EB, Pinel JS, Gonçalves JBA, Diniz DB. Nursing work in hospital emergency units – psychosocial risks: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet] 2013 [consultado 9 de abril de 2016];12: 73-88. Disponible en:
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4046>

²⁶Khademloo M, Moonesi F, Gholizade H. Health care violence and abuse towards nurses in hospitals in north of Iran. *Glob J Health Sci* [Internet] 2013 [consultado 12 de abril de 2016];5:211-216. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776874/pdf/GJHS-5-211.pdf>

²⁷Fute M, Mengesha Z, Wakgari N, Tessema G. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC Nurs* [Internet] 2015 [consultado 15 de abril de 2016];14:1-5. Disponible

en:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357058/pdf/12912_2015_Article_62.pdf

²⁸Hanson G, Perrin N, Moss H, Laharnar N, Glass N. Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet] 2015 [consultado 18 de abril de 2016];15:1-13. Disponible en:

http://download.springer.com/static/pdf/150/art%253A10.1186%252Fs12889-014-1340-7.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcpublichealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs12889-014-1340-7&token2=exp=1464017998~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F150%2Fart%25253A10.1186%25252Fs12889-014-1340-7.pdf*~hmac=debea926f875d3456f1dfbc4fc8bfafe532aa67719dbe7b971cb4cb6273868a7

²⁹Shoghi M, Sanjari M, Shirazi F, Heidari S, Salemi S, Mirzabeigi G. Workplace Violence and Abuse Against Nurses in Hospitals in Iran. *Asian Nursing Research* [Internet] 2008 [consultado 18 de abril de 2016];2:184-193. Disponible en:

http://ac.els-cdn.com/S1976131708600420/1-s2.0-S1976131708600420-main.pdf?_tid=410cff30-20fc-11e6-9c61-00000aacb362&acdnt=1464018027_298917eab82ca7661ea4ef86829a8bec

³⁰Jiao M, Ning N, Li Y, Gao L, Cui Y, Sun H, et al. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet] 2015 [consultado 18 de abril de 2016];5:1-9. Disponible en:

<http://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e006719.full.pdf+html>

³¹Biagio K, Getirana R, Marisa S, De Barros M. Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2013 [consultado 20 de abril de 2016];21:1-7. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0758.pdf

³²Galián I, Llor BR, J.A. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública* 2012;86:279-91.

³³Estryn-Behar M, Van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway, P. M. et al. Violence risks in nursing—results from the European ‘NEXT’ Study. *Occupational Medicine [Internet]* 2008 [consultado 22 de abril de 2016];58:107-114. Disponible en:
<http://occmed.oxfordjournals.org/content/58/2/107.full.pdf+html>

³⁴Kansagra S, Rao S, Sullivan A, Gordon J, Magid D, Kaushal R, et al. A Survey of Workplace Violence Across 65 U.S. Emergency Departments. *Acad Emerg Med [Internet]* 2008 [consultado 22 de abril de 2016];15:1-15. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3530386/pdf/nihms427082.pdf>

³⁵Martínez M, Irurtia M, Martínez C, Crespo M, Queipo D. Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. *Revista de la Escuela de Medicina Legal* 2011;17:4-11.

³⁶Cornaggia C, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res* 2011;189:10-20.

³⁷Stevenson K, Jack S, O’Mara L, LeGris J. Registered nurses’ experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nurs [Internet]* 2015 [consultado 25 de abril de 2016];14:1-13. Disponible en:
http://download.springer.com/static/pdf/930/art%253A10.1186%252Fs12912-015-0079-5.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcnurs.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs12912-015-0079-5&token2=exp=1464019640~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F930%2Fart%25253A10.1186%25252Fs12912-015-0079-5.pdf*~hmac=042040312c811cf314522fe1f4144735fe8150caac193d48d8d1daa9309ba86e

³⁸Shields M, Wilkins K. Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. Health Rep [Internet] 2009 [consultado 26 de abril de 2016];20:7-19. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009002/article/10835-eng.pdf>

³⁹Nachreiner N, Gerberich S, Ryan A, McGovern P. Minnesota nurses' study: perceptions of violence and the work environment. Ind Health [Internet] 2007 [consultado 26 de abril de 2016];45:672-8. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/45/5/45_5_672/_pdf

⁴⁰Serrais F, Castro P. Protocolo de manejo del paciente agitado o violento. Medicine 2011;10:5767-71.

⁴¹Fernández V, Murcia E, Sinisterra J, Casal C, Gómez M. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias 2009;21:121-132.

⁴²Moreno M, Rodríguez M. Medidas de contención en el paciente crítico. Enfermería Integral 2012:23-25.

⁴³Pardilla A, García A. Barreras y dificultades percibidas para el manejo de situaciones violentas: diseño y validación de un cuestionario. Metas Enferm 2015;18:19-26.

⁴⁴Marqués S, Barrasa L. Contención verbal: prevención primaria de la hostilidad. Metas Enferm 2011;14:14-18.

⁴⁵Payán P, Sánchez R, Jiménez A, Martínez V, Quinta C, Cabello M, et al. Efectividad de un programa de formación sobre tipos de estrategias de contención a los profesionales de una UHSM. Biblioteca Lascasas [Internet] 2015 [consultado 27 de abril de 2016];11. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0853.php>