

Formación y prevención de la violencia en el lugar de trabajo en la asistencia sanitaria hospitalaria: implicaciones para la enfermería y el equipo interdisciplinario del hospital



**IAHSS
FOUNDATION**

*Dedicated to Research and Education
in Healthcare Security and Safety*

IAHSS-F RS-22-01

1 de septiembre de 2022

***Serie de investigaciones
sobre seguridad
sanitaria basadas en la
evidencia***

Fundación IAHSS

La Fundación de la Asociación Internacional para la Seguridad y la Protección en la Atención Médica (IAHSS) se creó con el fin de fomentar y promover el bienestar del público a través de la educación y la investigación, así como del desarrollo de un conjunto de conocimientos sobre seguridad y protección en la atención médica. La Fundación IAHSS promueve y desarrolla investigaciones para impulsar el mantenimiento y la mejora de la gestión de la seguridad y la protección en la atención médica, y desarrolla y lleva a cabo programas educativos para el público. Para obtener más información, visite www.iahssf.org.

La Fundación IAHSS depende completamente de las donaciones benéficas de particulares, empresas y organizaciones. Ayúdenos a continuar con nuestra misión y nuestro apoyo al sector sanitario y a los profesionales de la seguridad que prestan servicio a las instituciones, al personal y, lo que es más importante, a los pacientes. Para realizar una donación u obtener más información sobre la Fundación IAHSS, visite el sitio web o póngase en contacto con Nancy Felesena en el (888) 353-0990.

Gracias por su continuo apoyo. Ronald Hawkins
Presidente del Comité de
Investigación Fundación IAHSS

Junta Directiva de la Fundación IAHSS

Bonnie Michelman, presidenta
Hospital General de Massachusetts

Dan Yaross, tesorero
Hospital Infantil Nationwide

Ronald Hawkins
Asociación de la Industria de la Seguridad

Scott Hill
Sistema de Salud King's Daughters

Marilyn Hollier
Consultores de gestión de riesgos de
seguridad

Todd Milne
Red de Salud Universitaria

Steve Nibbelink
Productos para el cuidado seguro

Brigid Roberson
Centro Médico de Texas

RESUMEN

Objetivo

La revisión integradora está diseñada para determinar la eficacia de la implementación de programas de prevención de la violencia en el lugar de trabajo (WPV) en entornos hospitalarios. Los programas de prevención de la WPV incluirán diversas actividades de formación y educación, centradas en la WPV desde el paciente hasta el personal. Los trabajadores sanitarios corren un mayor riesgo de sufrir WPV debido a diversos factores. El objetivo es informar sobre las mejores prácticas mediante la evaluación y síntesis de los resultados de los estudios sobre el impacto de los programas de desescalada de la WPV en el entorno hospitalario.

Introducción

Los responsables sanitarios deben identificar estrategias de desescalada eficaces que puedan incorporarse para reducir la WPV. Actualmente, se sabe muy poco sobre la WPV en el ámbito sanitario. Esto incluye los precursores de los incidentes violentos, los departamentos con mayores índices de violencia, la eficacia de la formación en desescalada, la percepción de los trabajadores sanitarios sobre la WPV, los niveles de confianza tras la formación en desescalada y los métodos para reducir la WPV en el ámbito sanitario. El objetivo será determinar la eficacia de la formación en desescalada en entornos hospitalarios y la confianza del personal en la gestión de incidentes violentos.

Metodología

La revisión integradora utilizará el enfoque y el diseño de Whittemore y Knafl (2005). Se eligió un método de revisión integradora para este proyecto debido a la aceptación de una variedad de metodologías. Estos pasos incluyen la identificación del problema, la búsqueda de bibliografía, la evaluación de datos, el análisis de datos y, por último, la presentación (Whittemore y Knafl, 2005). Cada artículo se evaluará en cuanto a su nivel y calidad bibliográfica utilizando la herramienta de evaluación de la investigación basada en la evidencia de la práctica de enfermería de la Universidad Johns Hopkins. La herramienta de evaluación de la investigación basada en la evidencia de la práctica de enfermería de la Universidad Johns Hopkins clasifica los artículos primero por nivel de evidencia y luego por calidad (Universidad Johns Hopkins, s. f.). Por último, se utilizará el enfoque PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para mostrar los pasos que conducen a los artículos y estudios finales incluidos. El PRISMA guiará a los lectores en la comprensión de cómo se seleccionan los artículos finales incluidos (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009).

Resultados

Se sintetizaron un total de 10 artículos para la revisión integradora, tres de ellos cualitativos, cuatro cuantitativos y tres estudios de método mixto. Tres de los artículos analizan la eficacia de diversos programas de formación y educación para reducir la violencia en el lugar de trabajo. Solo dos artículos redujeron las tasas de violencia en el lugar de trabajo. El segundo objetivo era determinar el nivel de confianza del personal en la gestión de la violencia en el lugar de trabajo y la percepción de la violencia en el lugar de trabajo en el ámbito sanitario.

Nueve artículos abordan la confianza y/o la percepción de la violencia en el lugar de trabajo. Seis artículos mostraron pruebas de una mayor confianza en la gestión y el manejo de la violencia en el lugar de trabajo después de una

intervención. Cuatro de estos artículos utilizaron una escala de afrontamiento estandarizada desarrollada por Michael Thackrey en 1987 (Thackrey, 1987). Tres artículos implementaron cursos de formación en gestión de la agresividad para determinar la percepción del personal sobre la eficacia de la formación en agresividad. En general, los cursos de gestión de la agresividad indicaron que las actitudes del personal no mejoraron con la formación, ni tampoco la capacidad del personal para afrontar emocionalmente la agresividad.

Conclusiones/Recomendaciones

La violencia en el trabajo en el ámbito sanitario es una pandemia mundial que afectará al futuro de la asistencia sanitaria y la prestación de cuidados. Los líderes deben centrarse en tres aspectos clave relacionados con la violencia en el lugar de trabajo: una escala de afrontamiento estandarizada para mejorar la confianza en el manejo de pacientes agresivos, una mayor formación en desescalada mediante la educación y la formación mediante simulación, y el desarrollo de una mejor comprensión de la prevalencia de la violencia en el lugar de trabajo en la asistencia sanitaria. Un enfoque multidisciplinar, con un gran énfasis en la utilización de la seguridad pública, para comprender y reducir la violencia en el lugar de trabajo beneficiaría a los líderes de la asistencia sanitaria. A medida que la asistencia sanitaria sigue creciendo, la necesidad de un entorno de trabajo seguro debe convertirse en una prioridad.

INTRODUCCIÓN

La violencia en el lugar de trabajo tiene un impacto significativo en los sistemas de salud. La atención médica está creciendo a un ritmo exponencial. A medida que la atención médica se expande a diversos componentes, las necesidades de trabajadores sanitarios crecen al mismo ritmo. Uno de los principales impactos de la violencia en el lugar de trabajo es la retención. Desafortunadamente, la tasa de retención de los trabajadores sanitarios está disminuyendo rápidamente. Una de las razones de esta disminución está directamente relacionada con el aumento de la violencia en el lugar de trabajo. Los hospitales han tenido una tasa de rotación de personal del 87,8 % desde 2014 (NSI Nursing Solutions, Inc., 2019). El aumento de las tasas de rotación podría estar directamente relacionado con un posible aumento de los incidentes graves de seguridad que afectan no solo al paciente, sino también al trabajador sanitario. Esto podría dar lugar a la contratación de personal nuevo sin experiencia, largas jornadas laborales debido a problemas de personal, una proporción insegura de enfermeras por paciente, una disminución de la satisfacción del personal y mucho más.

Se ha identificado una correlación positiva directa entre el aumento de la satisfacción laboral y la mejora de la retención de enfermeras (Robbins y Davidhizar, 2007). Al garantizar un entorno de trabajo saludable que proteja a los trabajadores sanitarios de la violencia, los sistemas de salud aumentarán la retención, la seguridad de los pacientes, la calidad del trabajo y la satisfacción del personal, lo que a su vez aumentará la satisfacción de los pacientes. La atención al paciente mejorará al prevenir la violencia en el lugar de trabajo sanitario. Esta revisión integradora analizará la eficacia de incorporar programas de prevención de la violencia en el lugar de trabajo en entornos hospitalarios.

Se estima que el sector de la enfermería en Estados Unidos cuenta con más de 4 millones de enfermeras tituladas, con una creciente escasez de mano de obra debido a numerosos problemas, uno de los cuales es la violencia en el lugar de trabajo (Asociación Americana de Enfermeras). Jackson, Clare y Mannix (2002) relacionaron la violencia en el lugar de trabajo con la contratación y la retención de enfermeras en la población activa. Su revista, Who Would Want to be a Nurse? Violencia en el lugar de trabajo: un factor en la contratación y la retención, recopiló pruebas de varios países para demostrar que la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario es un dilema internacional. Las consecuencias de no abordar el problema de la violencia en el lugar de trabajo pueden traducirse en una disminución de las tasas de retención, una disminución de las tasas de contratación, un aumento de la ansiedad del personal, un aumento de la duración de las bajas por lesiones, una disminución de la calidad de la atención prestada y un aumento del agotamiento (Jackson, Clare y Mannix, 2002).

Las pruebas demuestran que las enfermeras sufren trastornos de estrés postraumático como consecuencia de la violencia en el lugar de trabajo (Rippon, 2000). La falta de una comprensión completa de la verdadera magnitud de la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario se debe, en parte, a que el tema no se ha investigado ni se ha denunciado lo suficiente. En un estudio de observación en tiempo real realizado por Erickson y Williams-Evans (2000), Actitudes de las enfermeras de urgencias ante las agresiones de los pacientes, «se denunciaron siete incidentes de los 686 casos de violencia o agresión observados» (Jackson, Clare y Mannix, 2002). La violencia en el sector sanitario y la controversia sobre su denuncia se derivan de la creencia de que «ser agredido es algo inherente al trabajo» (Erickson y Williams-Evans, 2000) por parte de la mayoría de las enfermeras encuestadas por Erickson y Williams-Evans. Debido a la falta de denuncias, tanto oficiales como extraoficiales, en el lugar de trabajo

La violencia seguirá sin reconocerse como una de las principales causas de problemas en la asistencia sanitaria. Los responsables del sector sanitario deben formular un enfoque sistemático para abordar la prevención de la violencia en el lugar de trabajo. Abordar la violencia en el lugar de trabajo e implementar procesos para crear un entorno laboral más seguro se correlacionará directamente con un aumento de la retención. La formación sobre la violencia en el lugar de trabajo puede reducir la incidencia y la gravedad de los episodios violentos mediante la intervención temprana en situaciones potencialmente violentas. El personal de seguridad y el personal de enfermería pueden colaborar en la formación y apoyar los esfuerzos para reducir la violencia en el lugar de trabajo.

La ley H.R. 1309, Ley de Prevención de la Violencia en el Lugar de Trabajo para los Trabajadores de la Salud y los Servicios Sociales, se creó para obligar al Secretario de Trabajo a emitir una norma que obligue a los empleadores del sector de la salud y los servicios sociales a desarrollar e implementar un plan de prevención de la violencia en el lugar de trabajo (Courtney, 2019). Actualmente, no existe una política o un proceso formal que se aplique para prevenir o disuadir la violencia en el lugar de trabajo en el ámbito sanitario. Se han elaborado directrices estatales, pero pocas se aplican. Por ejemplo, la ley de Georgia solo cubre la violencia en el entorno de los servicios de urgencias (Asociación Americana de Enfermeras, «Violencia en el lugar de trabajo», 2019). La violencia hacia los trabajadores sanitarios se produce en todos los entornos. Aunque en algunas unidades es más frecuente, como comunidad no podemos elegir a quién proteger.

La Ley de Seguridad y Salud Ocupacional de 1970 (OSH Act) es una guía que los estados y los hospitales deben utilizar para prevenir la violencia en el lugar de trabajo. Esta ley no obliga a los estados ni a los hospitales a llevar a cabo las recomendaciones formuladas. La OSHA es una agencia federal respaldada por el Departamento de Trabajo (DOL). Sin embargo, la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) debe garantizar que los sistemas de salud proporcionen un entorno seguro para los empleados frente a riesgos graves. (Oficina de Responsabilidad Gubernamental de los Estados Unidos, 2016) Debido al aumento de la violencia relacionada con la atención sanitaria, la OSHA ha incrementado sus controles de seguridad anuales entre 2010 y 2014 (Oficina de Responsabilidad Gubernamental de los Estados Unidos, 2016). La violencia relacionada con la atención sanitaria no se limita a las muertes; de hecho, la mayoría de los casos de violencia han provocado lesiones no mortales. La Oficina de Estadísticas Laborales (BLS) declaró que «entre 2011 y 2013, las agresiones en el lugar de trabajo oscilaron entre 23 540 y 25 630 al año, y entre el 70 % y el 74 % se produjeron en entornos sanitarios y de servicios sociales» (Administración de Seguridad y Salud Ocupacional del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 2016). Estas estadísticas solo se basan en las denuncias de las personas, por lo que es muy probable que se trate de cifras bajas, ya que la violencia en el sector sanitario se ha denunciado históricamente de forma insuficiente. La violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario es una crisis infravalorada y minimizada que puede tener un gran impacto en el futuro de la asistencia sanitaria.

ANTECEDENTES

Los responsables sanitarios deben identificar estrategias de desescalada eficaces para incorporarlas al lugar de trabajo con el fin de reducir la violencia laboral. Esta revisión integradora evaluará los temas de la bibliografía de diversos programas de desescalada implementados en todo el mundo y la tasa de éxito en la reducción de los incidentes de violencia laboral y/o la confianza del equipo sanitario a la hora de manejar situaciones violentas. Actualmente se sabe muy poco sobre la violencia laboral en el sector sanitario. Esto incluye los precursores de los incidentes violentos, los departamentos con mayores índices de violencia, la eficacia de la formación en desescalada y

las percepciones de los trabajadores sanitarios sobre la violencia en el lugar de trabajo, los niveles de confianza tras la formación en desescalada y los métodos para reducir la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario. Los responsables de seguridad y otros líderes del sector sanitario pueden colaborar con el personal de enfermería para desarrollar e implementar formación que respalde los esfuerzos de prevención de la violencia en el lugar de trabajo. Es muy importante comprender mejor la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario y el impacto que tiene en el futuro de la prestación de asistencia sanitaria. El objetivo de esta revisión integradora será determinar la eficacia de la formación en desescalada en el entorno hospitalario en relación con la reducción de los incidentes violentos en el lugar de trabajo y la confianza del personal para gestionar incidentes violentos e es.

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión integradora es determinar la eficacia de la implementación de programas de prevención de la violencia en el lugar de trabajo en entornos hospitalarios. Los programas de prevención de la violencia en el lugar de trabajo incluirán diversas actividades de formación y educación para el personal hospitalario, centrándose principalmente en la violencia en el lugar de trabajo por parte de los pacientes hacia el personal. Los trabajadores sanitarios corren un mayor riesgo de sufrir violencia en el lugar de trabajo debido a diversos factores. Esta revisión integradora evaluará la eficacia de los programas de prevención de la violencia en el lugar de trabajo desde varios puntos clave. El propósito de esta revisión integradora es informar sobre las mejores prácticas mediante la evaluación y síntesis de los resultados de los estudios sobre el impacto de los programas de desescalada de la violencia en el lugar de trabajo en el entorno hospitalario.

PREGUNTAS DE LA REVISIÓN

La revisión integradora aborda dos preguntas de revisión:

1. ¿Los programas de educación y formación para la prevención de la violencia en el lugar de trabajo reducen los incidentes de violencia en el entorno hospitalario?
2. ¿Los programas de prevención de la violencia en el lugar de trabajo ayudan a mejorar la percepción del personal sobre la violencia en el lugar de trabajo y su confianza para gestionar los incidentes de violencia en el lugar de trabajo?

MÉTODOS

Esta revisión integradora utilizará el enfoque y el diseño de Whittemore y Knafl (2005). Se eligió un método de diseño de revisión integradora para este proyecto debido a la aceptación de una variedad de metodologías. Las revisiones integradoras se consideran a menudo el estándar de referencia para los estudios basados en la evidencia en el ámbito de la enfermería. Esta revisión integradora llevará a cabo varios pasos clave antes de su publicación. Estos pasos incluyen la identificación del problema, la búsqueda de bibliografía, la evaluación de datos, el análisis de datos y, finalmente, la presentación (Whittemore y Knafl, 2005).

Esta revisión integradora utilizará la base de datos de la Universidad Estatal de Kennesaw y Google Scholar, en combinación con literatura gris de la Asociación Americana de Enfermeras,

la Asociación de Enfermeras de Emergencias y publicaciones políticas. Todos los artículos utilizados en la revisión se publicaron entre enero de 2015 y enero de 2020, lo que permite revisar la bibliografía más actualizada. Los términos de búsqueda clave incluirán atención sanitaria, violencia en el lugar de trabajo, violencia emocional, violencia física, violencia verbal, violencia sexual, agresión, formación en prevención, desescalada, enfermera, médico, trabajador sanitario y hospitalares.

Los términos de búsqueda clave permitirán variaciones de tiempo y ortografía para tener en cuenta una revisión de mayor tamaño de la muestra.

Los artículos se revisarán en función del título y el resumen para garantizar que se cumplen los criterios de inclusión y exclusión adecuados en la revisión preliminar. Los criterios de inclusión incluirán estudios globales, estudios de investigación, estudios cualitativos, estudios de métodos mixtos, estudios cuantitativos, trabajadores sanitarios, comparaciones previas y posteriores a las pruebas, publicados en inglés, fuentes primarias, departamentos hospitalarios, implementación de programas de formación en desescalada o educación. Los criterios de exclusión se limitarán a artículos de investigación en entornos no hospitalarios, trabajadores sanitarios que no tratan directamente con pacientes, estudios sin comparaciones previas y posteriores, y unidades psiquiátricas. Como se ha mencionado anteriormente, cada artículo se revisará siguiendo una serie de pasos. La revisión incluirá el título, el resumen, los términos clave, los criterios de inclusión y exclusión y, por último, el artículo completo para su inclusión en los artículos de revisión integradora seleccionados finalmente.

La gestión de los artículos seleccionados se mantendrá en una hoja de cálculo Excel. La hoja de cálculo Excel incluirá la gestión de bibliografías, la herramienta de evaluación de la práctica basada en la evidencia de Johns Hopkins Nursing y los detalles pertinentes de los artículos. La hoja de cálculo incluye varias subsecciones para cada artículo en revisión. Las subsecciones de las bibliografías incluirán la referencia APA, el título del artículo, los autores, el título de la revista, el ISSN, la fecha de publicación, el volumen, el número, la primera página, el número de páginas, el número de acceso, el DOI y la editorial. Las subsecciones para los detalles del artículo incluirán términos clave, resumen, tipo de estudio de investigación, entorno sanitario, tamaño de la muestra, estrategia de desescalada o educación, objetivo, métodos, resultados, conclusiones y la herramienta de evaluación de la investigación basada en la práctica de enfermería de Johns Hopkins. Cada artículo se evaluará en cuanto a su nivel y calidad utilizando la herramienta de evaluación de la investigación basada en la práctica de enfermería de Johns Hopkins. Por último, se utilizará un enfoque PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para mostrar los pasos que conducen a los artículos y estudios finales incluidos. El PRISMA guiará a los lectores en la comprensión de cómo se seleccionan los artículos finales incluidos (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009).

La herramienta de evaluación de la investigación basada en la evidencia de la práctica de enfermería de Johns Hopkins se utilizará para evaluar la calidad general de los artículos. La herramienta de evaluación de la investigación basada en la evidencia de la práctica de enfermería de Johns Hopkins clasificó los artículos primero por nivel de evidencia y luego por calidad. Hay tres niveles. El primero es el nivel uno, que incluye ensayos controlados aleatorios y estudios experimentales. El segundo nivel consiste en cuasi-experimentos, que será el nivel principal elegido para esta revisión integradora. Por último, el tercer nivel es el no experimental. Esta revisión integradora consistirá principalmente en los niveles uno y dos.

A continuación, la herramienta de evaluación de la investigación basada en la evidencia de la práctica de enfermería de Johns Hopkins evalúa la calidad mediante una serie de preguntas. Hay tres niveles de calificación de la calidad.

Puntuaciones. Alta calidad, buena calidad y baja calidad o defectos importantes. Esta revisión integradora solo utilizará artículos con puntuaciones de alta calidad y buena calidad. La evaluación del nivel y la calidad de los artículos permite que la revisión integradora establezca «la autenticidad, la calidad metodológica, el valor informativo y la representatividad de las fuentes primarias disponibles , que se consideran y discuten en el informe final» (Whittemore y Knafl, 2005).

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Se eligió un diagrama de flujo PRISMA (Elementos de información preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis) como marco de recopilación de datos para mostrar los resultados de la búsqueda (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009). La figura 1 muestra la progresión de cómo se excluyeron e incluyeron los artículos.

La búsqueda dio como resultado 87 artículos identificados a través de la Biblioteca de la Universidad Estatal de Kennesaw y 10 artículos adicionales a través de Google Scholar, la Asociación Americana de Enfermeras, la Asociación de Enfermeras de Emergencias y publicaciones de noticias políticas. Se eliminaron los artículos duplicados, lo que dio como resultado 64 artículos potenciales para ser incluidos en la revisión integradora. A continuación, se seleccionaron los artículos por título, y se excluyeron 38. Por último, el autor evaluó la idoneidad de los artículos completos. Se excluyeron los artículos de mala calidad, los que no evaluaban la eficacia de la formación impartida para reducir la violencia en el lugar de trabajo o el nivel de confianza, y los artículos que consistían en ensayos incompletos. Esto dio como resultado un total de 10 artículos que se sintetizaron para la revisión integradora. Tres de los artículos consisten en estudios cualitativos, cuatro son cuantitativos y tres son estudios de métodos mixtos.

La revisión integradora se diseñó para evaluar la bibliografía actual y examinar dos cuestiones clave relacionadas con la violencia en el lugar de trabajo en el ámbito sanitario. La primera es la eficacia de diversas formaciones o educaciones en la reducción de la violencia en el lugar de trabajo. La segunda es la eficacia de diversas formaciones o educaciones en relación con la percepción del personal o el nivel de confianza en la gestión de la violencia en el lugar de trabajo. Cada uno de los diez artículos aborda al menos una de las cuestiones clave, si no ambas.

El autor creó una matriz metodológica a partir de los artículos de investigación revisados (véase la tabla 1). La matriz se divide en cinco columnas:

1. Estudio y ubicación
2. Objetivo
3. Nivel de evidencia, calidad y diseño
4. Métodos de entrenamiento
5. Principales conclusiones.

A continuación, los artículos de investigación se dividen en tres subgrupos: métodos cualitativos, cuantitativos y mixtos. La matriz se utiliza para sintetizar las áreas clave de cada artículo de investigación.

EFICACIA DE LA FORMACIÓN Y LA EDUCACIÓN PARA REDUCIR LOS CASOS DE VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO

Los artículos de investigación seleccionados debían abordar al menos una de las dos preguntas de la revisión integradora. Tres de los diez artículos seleccionados en la revisión integradora analizan la eficacia de diversos programas de formación y educación para reducir la violencia en el lugar de trabajo en el ámbito hospitalario. Al revisar los cuatro artículos, dos utilizaban métodos mixtos de formación y educación en sus programas, mientras que un artículo de investigación solo utilizaba la educación. Los dos artículos que utilizaron métodos mixtos eran de Arnetz et al. (2017) y Baig et al. (2018). Adams et al. (2017) es el único artículo que utiliza un método de educación para reducir las tasas de violencia en el lugar de trabajo.

Arnetz et al. (2017) estructuraron su investigación sobre la reducción de la violencia en el lugar de trabajo en los hospitales utilizando una intervención controlada aleatoria en unidades hospitalarias seleccionadas y luego compararon los resultados con unidades controladas similares. El diseño se estructuró para proporcionar a las unidades de intervención información y datos pertinentes relacionados con la violencia previa en su unidad y luego desarrollar planes de acción individuales. Los planes de acción abarcaban tres categorías estratégicas distintas: estrategias ambientales, estrategias administrativas y estrategias de comportamiento. Muchos de los planes de acción indicaban un aumento de la formación del personal de primera línea en las estrategias conductuales y administrativas. Los resultados del artículo de investigación indican una disminución de las tasas de incidentes violentos de pacientes hacia el personal en las unidades de intervención en comparación con las unidades de control.

Baig et al. (2018) utilizaron métodos mixtos de formación y educación para reducir los incidentes de violencia en el lugar de trabajo en el entorno hospitalario. La formación y la educación en el artículo de investigación incluían la educación y el aprendizaje mediante simulaciones de roles basadas en escenarios. La formación y la educación se llevaron a cabo en una única sesión de cuatro horas. Baig et al. (2018) descubrieron que la formación y la educación para la desescalada no resultaron científicamente significativas en la reducción de la frecuencia de la violencia en comparación con el grupo de control.

Ramacciati y Giusti (2020) identificaron la necesidad de formación y colaboración con el personal de enfermería y de seguridad para mejorar los incidentes de violencia en el lugar de trabajo en la sala de urgencias.

La educación y la formación para aumentar los conocimientos y promover la colaboración entre el personal de enfermería y el de seguridad tienen el potencial de reducir los incidentes de violencia en el lugar de trabajo. Además, la educación puede aportar claridad en cuanto a las funciones y las respuestas ante la violencia en el lugar de trabajo para el personal de enfermería y de seguridad, lo que contribuirá a crear un entorno más seguro.

Adams et al. (2017) utilizaron únicamente un enfoque educativo para reducir los incidentes de violencia en el lugar de trabajo en el ámbito hospitalario. La formación se impartió diariamente de forma presencial en las unidades durante cuatro meses en 2013. Todo el personal recibió formación a la misma hora cada día, una sesión para el turno de día y otra para el turno de noche. La formación se centró en cuatro aspectos principales: evaluación, planificación, implementación y postincidente. La comparación entre la situación previa a la intervención y la posterior a la intervención mostró una reducción en la frecuencia de los incidentes de violencia en el lugar de trabajo en las unidades.

CONFIANZA DEL PERSONAL Y PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO

El otro objetivo de esta revisión integradora era determinar el nivel de confianza del personal en la gestión de la violencia en el lugar de trabajo y la percepción de la violencia en el lugar de trabajo en el ámbito sanitario. De los diez artículos de investigación, nueve hablan de la confianza y/o la percepción de la violencia en el lugar de trabajo. Siete de los ocho artículos de investigación utilizaron programas de prevención en el lugar de trabajo que incorporaban múltiples técnicas educativas: simulación, vídeo, presentaciones en PowerPoint, etc. Solo un programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo utilizó un único método educativo.

Seis artículos mostraron evidencia de una mayor confianza en la gestión y el manejo de la violencia en el lugar de trabajo tras una intervención. Estos seis artículos son de Baig, et al., (2018), de la Fuente y Schoenfisch, (2019), Heckemann, et al., (2016), Jeong y Lee, (2020), Mitchell, et al., (2020), y Story, et al., (2020). Cuatro de estos artículos utilizaron una escala de afrontamiento estandarizada desarrollada por Michael Thackrey en 1987 (Thackrey, 1987). La escala de afrontamiento se conoce frecuentemente como Instrumento de confianza en el afrontamiento de la agresividad de los pacientes (CCPAI) o Escala de confianza en sí mismo para afrontar las agresiones de los pacientes. Baig et al. (2018), de la Fuente y Schoenfisch (2019) y Story et al. (2020) utilizaron el Instrumento de afrontamiento de la agresividad de los pacientes. Jeong y Lee (2020) utilizaron la Escala de confianza en sí mismo para hacer frente a las agresiones de los pacientes con el fin de estandarizar los resultados. Los seis artículos utilizaron múltiples métodos educativos para mejorar la confianza en la gestión y el manejo de la violencia en el lugar de trabajo.

Los artículos de Heckermann et al. (2016), Coneo et al. (2019) y Adams et al. (2017) no indicaron ninguna mejora científica en la percepción o actitud del personal en la gestión de la violencia en el lugar de trabajo tras la formación de intervención. Heckerman et al. (2016), Coneo et al. (2019) y Adams et al. (2017) implementaron cursos de formación en gestión de la agresividad para determinar la percepción del personal sobre la eficacia de la formación en este ámbito. En general, los cursos de gestión de la agresividad indicaron que la actitud del personal no mejoró con la formación, ni tampoco su capacidad para afrontar emocionalmente la agresividad en el lugar de trabajo.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión integradora es informar sobre las mejores prácticas mediante la evaluación y síntesis de los resultados de los estudios sobre el impacto de los programas de desescalada de la violencia en el lugar de trabajo en el ámbito hospitalario. Esta revisión integradora evaluará los temas identificados en los distintos artículos de investigación, así como las limitaciones de la investigación. Se ha demostrado que la violencia en el lugar de trabajo afecta a la atención sanitaria. Existe un gran potencial para que el personal de enfermería y de seguridad colaboren con el fin de reducir el riesgo de violencia en el lugar de trabajo. El personal de seguridad suele tener conocimientos y experiencia en la formación y la intervención en la prevención e intervención de situaciones violentas. Este personal puede ser un aliado importante para el personal de enfermería y otros trabajadores sanitarios a través de la formación, el apoyo y la educación. Los artículos abordaban una o ambas preguntas de la revisión relacionadas con la violencia en el lugar de trabajo en el ámbito sanitario. Las preguntas de la revisión incluyen el debate sobre la eficacia de la desescalada.

Formación para reducir la violencia en el lugar de trabajo, así como percepciones del personal sobre la gestión de incidentes violentos tras la formación en desescalada.

Temas

Un tema destacado fue la utilización de la herramienta estándar de escala de afrontamiento para ayudar a mejorar la confianza en la gestión de pacientes agresivos. Una herramienta común utilizada en varios estudios fue desarrollada por Michael Thackrey (Thackrey, 1987). El Instrumento de Confianza para Afrontar la Agresividad de los Pacientes (CCPAI) es una herramienta muy conocida que ayuda a estandarizar las respuestas subjetivas relacionadas con preguntas específicas. Esta herramienta se utiliza para medir la confianza del personal en la gestión de pacientes agresivos y violentos. Los artículos de investigación que utilizaron el CCPAI mostraron un aumento significativo de la confianza en la gestión de pacientes agresivos y violentos tras la formación en desescalada (Thackrey, 1987). Las encuestas utilizan una escala Likert de 11 puntos sobre diez preguntas estandarizadas. Shaw (2015) no utilizó una intervención ni el CCPAI para evaluar la percepción del personal sobre la violencia en el lugar de trabajo en los servicios de urgencias. Sin embargo, los resultados de Shaw (2015) mostraron resultados preocupantes sobre la percepción del personal respecto a la falta de protocolos y procedimientos de seguridad dentro del departamento y la asistencia sanitaria.

La formación y la educación mediante simulación para reforzar la confianza y la competencia del personal en la gestión de pacientes agresivos es otro tema clave de los artículos de investigación. En la mayoría de los artículos de investigación, la formación y la educación mediante simulación se utilizaron en los programas de formación en desescalada. La formación y la educación mediante simulación permitieron al personal analizar, aprender y comprender los puntos clave de la gestión de pacientes en escalada, las medidas preventivas y las técnicas de desescalada en un entorno controlado. La formación mediante simulación permitió al personal aprender en un entorno controlado sin poner en peligro su seguridad ni la de los pacientes.

Uno de los últimos temas clave identificados en los artículos de investigación es la magnitud y la prevalencia de la violencia en el lugar de trabajo en todo el sector sanitario a escala mundial. Los datos de cada artículo de investigación se referían a la violencia en el lugar de trabajo en su organización. Este tema clave puede asociar la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario como un problema pandémico. Si el sector sanitario no remedia los problemas y las preocupaciones de seguridad planteados por el personal de primera línea, seguirá sufriendo escasez de personal, aumento de las reclamaciones de indemnización por accidentes laborales y disminución de la calidad de la atención prestada a los pacientes.

Limitaciones

La revisión integradora tiene numerosas limitaciones. Esta revisión integradora solo analizó artículos de los últimos cinco años para comprender mejor los avances recientes en la investigación sobre la violencia en el lugar de trabajo en el ámbito sanitario. La revisión integradora utilizó una búsqueda global, sin embargo, el número de artículos aplicables a los temas de la revisión integradora siguió siendo limitado. Otras limitaciones de esta revisión integradora están relacionadas con la falta de artículos publicados e investigaciones en el campo de la violencia en el lugar de trabajo en el ámbito sanitario.

La revisión integradora también incorporó una variedad de artículos calificados como de calidad que podrían no haberse incluido si se hubiera dispuesto de más artículos para su revisión.

Implicaciones

Las implicaciones de esta revisión integradora dan lugar a la necesidad de aumentar la investigación y el interés en torno a la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario. Los estudios futuros deberían evaluar la eficacia de las estrategias de desescalada para reducir las tasas de violencia en el lugar de trabajo, establecer las mejores prácticas en la formación sobre desescalada y las percepciones del personal sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario. Los estudios también deberían centrarse en la postura de sus países o gobiernos locales sobre la prevención de la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario. Los sistemas sanitarios deben insistir a sus gobiernos en la importancia de prevenir la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario y en las posibles consecuencias asociadas si se sigue pasando por alto la violencia en el lugar de trabajo como una grave pandemia en el sector sanitario.

CONCLUSIONES

La violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario es una pandemia mundial que afectará al futuro de la asistencia sanitaria y la prestación de cuidados. Es necesario investigar para determinar la magnitud y la prevalencia de la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario. Se recomienda encarecidamente realizar encuestas anónimas, que garanticen la seguridad del personal frente a posibles repercusiones, para determinar datos precisos sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario. A medida que la asistencia sanitaria sigue creciendo, la necesidad de un entorno de trabajo seguro se convierte en una prioridad cada vez mayor. Se estima que 1 de cada 4 enfermeras ha sido agredida durante su carrera. La epidemia de violencia en el lugar de trabajo que afecta a la atención sanitaria puede correlacionarse como uno de los principales factores del aumento de las tasas de rotación. El Informe Nacional sobre Retención y Dotación de Personal de Enfermería de 2019 indicaba que los hospitales han tenido una tasa media de rotación del 87,8 % de su plantilla desde 2014 (NSI Nursing Solutions, Inc., 2019). Los responsables del sector sanitario deben abordar los incidentes de violencia en el lugar de trabajo y crear una norma para garantizar un entorno de trabajo seguro. Debido a la escasez de datos actuales, los responsables deben centrarse en formas de aumentar la información disponible. Un enfoque preliminar para crear un entorno de tolerancia cero consiste en comprender las formas de crear un entorno propicio para la denuncia. A través de las denuncias, los responsables comprenderán mejor la prevalencia de la violencia en el lugar de trabajo y su impacto en la asistencia sanitaria (American Nurses Association, 2019). Los trabajadores sanitarios tienen derecho a trabajar en un entorno seguro y, como líderes, nuestro principal objetivo debe ser ayudar a alcanzar ese objetivo.

AUTORES

Lacey Byrd es gestora de riesgos sanitarios y comenzó su carrera como enfermera titulada. Ha dedicado su carrera profesional a mejorar los resultados de los pacientes y aumentar la seguridad del personal de primera línea. Lacey se licenció en Enfermería por la Universidad de Carolina del Sur y obtuvo su máster en Enfermería por la Universidad Estatal de Kennesaw.

Margot Lisa Hedenstrom, doctora, enfermera titulada, máster en Ciencias de la Enfermería y MBA, NEA-BC, es profesora adjunta en la Universidad Estatal de Kennesaw, donde imparte clases en la especialidad de Administración de Enfermería del máster en Ciencias de la Enfermería. Está certificada como enfermera ejecutiva avanzada por el American Nurses Credentialing Center. Colabora con el ANCC como revisora del programa de reconocimiento ANCC Magnet® y como evaluadora del programa Pathway to Excellence®. Antes de incorporarse a la Universidad Estatal de Kennesaw, trabajó durante muchos años en puestos de liderazgo ejecutivo en sistemas y organizaciones de enfermería, incluyendo puestos de jefa de enfermería en hospitales y centros de salud, así como responsable de seguridad del paciente. Tiene una licenciatura en enfermería de la Universidad del Sur de Georgia, una maestría en enfermería del Colegio Médico de Georgia, un máster en administración de empresas de la Universidad de Brenau y un doctorado en enfermería de la Universidad Estatal de Georgia. Está certificada como enfermera ejecutiva NEA-BC por el centro de acreditación ANCC.

REFERENCIAS

- Adams, J., Knowles, A., Irons, G., Roddy, A. y Ashworth, J., (2017). Evaluación de la eficacia de la educación clínica para reducir la frecuencia y la recurrencia de la violencia en el lugar de trabajo. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 6-15.
- Asociación Americana de Enfermeras. (2018). Violencia en el lugar de trabajo. Obtenido de <https://ana.aristotle.com/SitePages/WorkplaceViolence.aspx> American Nurses Association. (2019). Denuncia de incidentes de violencia en el lugar de trabajo. Consultado el 3 de diciembre de 2019, en <https://www.nursingworld.org/~495349/globalassets/docs/ana/ethics/endabuse-issue-brief-final.pdf>.
- Asociación Americana de Enfermeras. (Junio de 2019). Violencia en el lugar de trabajo. Obtenido de <https://www.nursingworld.org/practice-policy/advocacy/state/workplace-violence2/>
- Arnetz, J. E., Janisse, J., Hamblin, L., Russell, J., Essenmacher, L., Upfal, M. J. y Luborsky, M. (2017). Prevención de la violencia de pacientes hacia trabajadores en hospitales: resultado de una intervención controlada aleatoria. *Revista de Medicina Ocupacional y Ambiental*, 59(1), 18.
- Baig, L., Tanzil, S., Shaikh, S., Hashmi, I., Khan, M. A. y Polkowski, M. (2018). Eficacia de la formación sobre la reducción de la violencia y la gestión del comportamiento agresivo al que se enfrentan los profesionales sanitarios en los hospitales públicos de Karachi. *Revista Pakistání de Ciencias Médicas*, 34(2), 1-6. <https://doi.org/10.12669/pjms.342.14432>
- Coneo, A. M. C., Thompson, A. R., Parker, K. y Harrison, G. (2020). Resultados de un programa de formación (RESPECT) sobre las actitudes del personal hacia las causas y la gestión de la agresividad en un hospital regional de referencia del norte de Uganda. *Revista de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental* (John Wiley & Sons, Inc.), 27(1), 25.
- Courtney, J., (11 de junio de 2019). Texto - H.R.1309 - 116.^º Congreso (2019-2020): Ley de prevención de la violencia en el lugar de trabajo para los trabajadores de la salud y los servicios sociales. Obtenido de [https://www.congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/1309/text?q={"search":\["hr+1309"\]}&r=1&s=1](https://www.congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/1309/text?q={)
- De la Fuente, M., Schoenfisch, A., Wadsworth, B. y Foresman-Capuzzi, J. (2019). Impacto de la formación en gestión del comportamiento en la confianza de las enfermeras para gestionar la agresividad de los pacientes. *Revista de Administración de Enfermería*, 49(2), 73.
- Erickson, L. y Williams-Evans, S. (2000). Actitudes de las enfermeras de urgencias ante las agresiones de los pacientes. *Revista de Enfermería de Urgencias*, 26(3), 210-215. doi: 10.1016/s0099-1767(00)90092-8

- Heckemann, B., Breimaier, H. E., Halfens, R. J. G., Schols, J. M. G. A. y Hahn, S. (2016). La perspectiva de los participantes: aprendizaje de un curso de formación sobre gestión de agresiones para enfermeras. Conclusiones de un estudio cualitativo basado en entrevistas. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30(3), 574-585. <https://doi.org/10.1111/scs.12281>
- Jackson, D., Clare, J. y Mannix, J. (2002). ¿Quién querría ser enfermero? La violencia en el lugar de trabajo: un factor en la contratación y la retención. Revista de Gestión de Enfermería, 10(1), 13-20. doi: 10.1046/j.0966-0429.2001.00262.x
- Jeong, Y., & Lee, K. (2020). El desarrollo y la eficacia de un programa de formación clínica para la prevención de la violencia dirigido a estudiantes de enfermería. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública, 17(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph17114004>
- Mitchell, M., Newall, F., Sokol, J., Heywood, M. y Williams, K. (2020). Educación basada en la simulación para promover la confianza en la gestión de la agresividad clínica en un hospital pediátrico. Advances in Simulation, 5(1), 1.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. y Altman, D. G. (2009). Elementos de información preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis: la declaración PRISMA. PLOS Medicine, 6(7), e1000097.
- NSI Nursing Solutions, Inc. (marzo de 2019). Informe nacional sobre retención y dotación de personal de enfermería titulado en 2019. Obtenido de <https://pdf4pro.com/view/2019-national-health-care-retention-and-rn-staffing-report-5bab3b.html>
- Ramacciati, N. y Giusti, G.D. (2020), Violencia en el lugar de trabajo en los servicios de urgencias: la alianza entre los profesionales sanitarios y el personal de seguridad. Emergency Medicine Australasia, 32: 1074-1076. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13608>
- Rippon, T. J. (2000). Agresión y violencia en las profesiones sanitarias. Journal of Advanced Nursing, 31(2), 452-460. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x
- Robbins, B. y Davidhizar, R. (2007). Liderazgo transformacional en la atención sanitaria actual. The Health Care Manager, 26(3), 234-239. doi:10.1097/01.hcm.0000285014.26397.e7
- Shaw, J. (2015). Percepciones del personal sobre la violencia en el lugar de trabajo en un servicio de urgencias pediátricas. Work, 51(1), 39-49. <https://doi.org/10.3233/WOR-141895>
- Story, A. R., Harris, R., Scott, S. D. y Vogelsmeier, A. (2020). Evaluación de la percepción y la confianza del personal de enfermería tras la implementación de un programa de formación para la prevención de la agresividad y la violencia en el lugar de trabajo. Journal of Nursing Administration, 50(4), 209.

Thackrey, M. (1987). Confianza de los médicos para hacer frente a la agresividad de los pacientes: evaluación y mejora. *Psicología profesional: investigación y práctica*, 18(1), 57-60.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.18.1.57>

Administración de Seguridad y Salud Ocupacional del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. (2016). Directrices para prevenir la violencia en el lugar de trabajo para los trabajadores de la salud y los servicios sociales. Obtenido de
<https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>

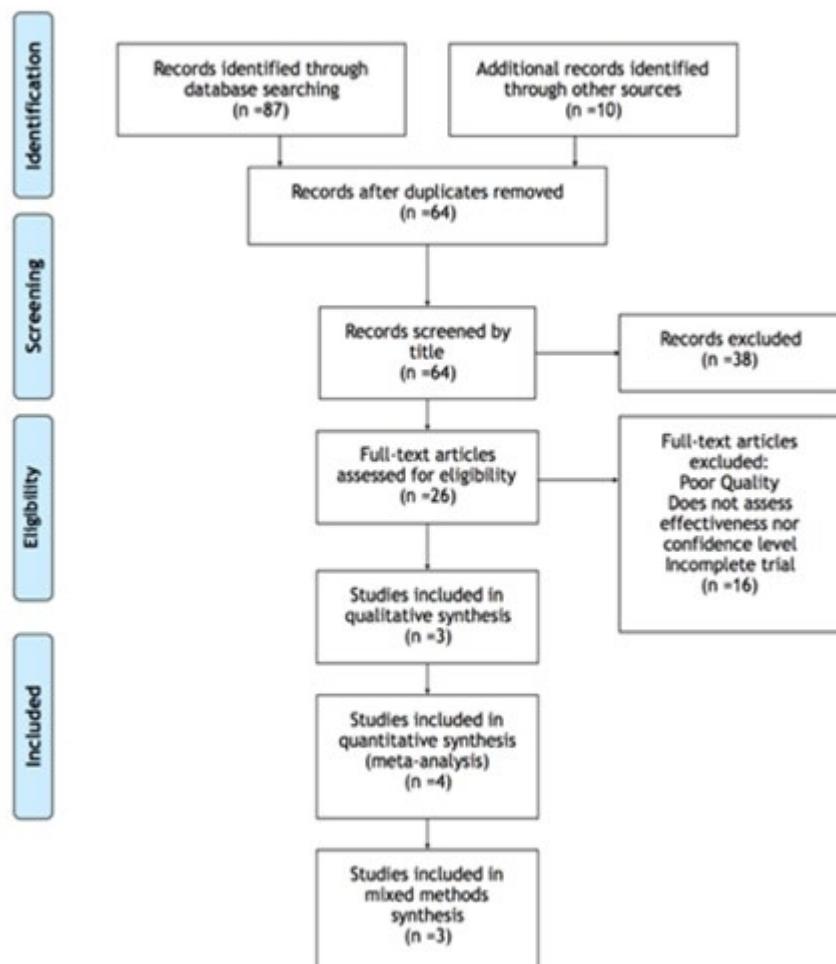
Oficina de Responsabilidad Gubernamental de los Estados Unidos. (Marzo de 2016). GAO-16-11, Seguridad y salud en el lugar de trabajo: se necesitan esfuerzos adicionales para ayudar a proteger a los trabajadores de la salud de la violencia en el lugar de trabajo. Obtenido de
<https://www.gao.gov/assets/680/675858.pdf>

Whittemore, R. y Knafl, K. (2005). La revisión integradora: metodología actualizada. *Journal of Advanced Nursing* (Wiley-Blackwell), 52(5), 546.

APÉNDICE 1



Figure 1: PRISMA Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

APÉNDICE 2

Tabla 1: Revisión de la literatura

Estudio y ubicación	Objetivo	Nivel de evidencia, calidad y diseño	Métodos de formación	Principales conclusiones
Cualitativo				
Heckemann, et al., 2016 (Suiza)	Evaluar calidad de las enfermeras perspectivas de habilidades aprendidas de un agresivo gestión curso de formación.	Nivel III, bueno calidad. Descriptivo cualitativas estudio de entrevistas de siete enfermeras pre y después de la formación.	8,5 horas teoría entonces 3,5 horas práctica formación escenarios	Agresivo gestión mejora de los conocimientos de enfermería habilidades y conocimientos, sin embargo, impacto emocional sin cambios.

Mitchell et al., 2020 (Australia)	Evaluar un programa basado en simulaciones y su eficacia para comprender la confianza de los participantes en la gestión de situaciones clínicas agresivas.	Nivel III, alta calidad. Estudio de prueba de concepto para la gestión de la agresividad clínica (MOCA) utilizando el marco de Kirkpatrick para evaluar la formación. Un total de 140 participantes completaron cuestionarios previos y posteriores a la encuesta.	Formación de simulación de dos horas, además de la formación sobre la gestión de la agresividad clínica.	Mejora de las puntuaciones de confianza en el personal que se enfrentó a pacientes agresivos durante los 3-6 meses posteriores a la formación.
--	---	--	--	--

Story, et al., 2020 (Estados Unidos)	<p>Evaluar el impacto de la violencia en el lugar de trabajo en un entorno hospitalario y evaluar la eficacia de un programa de formación para la prevención de la violencia en el lugar de trabajo en relación con la confianza y las percepciones de las enfermeras en la gestión de la violencia y la agresividad.</p>	<p>Nivel III, alta calidad. El proyecto de mejora de la calidad utilizó «Confianza para hacer frente a la agresividad de los pacientes» (CCPA) para evaluar la eficacia del programa de formación para la prevención de la violencia en el lugar de trabajo. Cuarenta y tres participantes completaron las encuestas previas y posteriores a la formación requeridas.</p>	<p>Sesión única de formación de dos horas.</p>	<p>Mejora de las habilidades para reconocer la agresividad y gestionar situaciones agresivas.</p>
---	---	---	--	---

Cuantitativo				
Adams, et al., 2017 (Australia)	Evaluar el efecto de la educación en clínico para reconocer pacientes con alto riesgo de la violencia y para reducir la número de eventos violentos.	Nivel II, bueno calidad. Una educación previa y posentrenamiento Escala Likert de 1 a 5 cuestionario utilizado para evaluar el personal confianza y percibida capacidad para prevenir y gestionar lugar de trabajo violencia. A población muestra de 65 y 73 después Las puntuaciones de la formación en el estudio.	Diario educación en reuniones incluido hipotéticos situaciones. Cuatro claves áreas fueron educar para personal: evaluación, planificación, implementación n durante una crisis, y del incidente.	Educación disminuyó la violencia incidentes en un 45 %. Sin embargo, confianza y puntuación de capacidad no aumentó educación posterior.

Arnetz, et al., 2017	Evaluar los efectos de las intervenciones controladas aleatorias para reducir la violencia en el lugar de trabajo en el tipo II de violencia.	Nivel I, buena calidad. Cuarenta y una unidades de siete hospitales se dividieron en grupos de intervención y control. Los grupos de unidades de intervención desarrollaron planes de acción basados en datos.	Los grupos de intervención desarrollaron planes de acción en tres categorías: estrategias ambientales, estrategias administrativas y estrategias conductuales.	Los grupos de intervención tuvieron riesgos significativamente menores de incidentes y lesiones en comparación con el grupo de control durante un período de seis meses.
-----------------------------	---	--	--	--

de la Fuent^a, et al., 2019 (Estados Unidos)	Evaluar la confianza de las enfermeras en el manejo de pacientes agresivos tras la formación en gestión del comportamiento	Nivel II, alta calidad. Un sistema sanitario de cinco hospitales realizó encuestas antes y después de la formación utilizando la escala Confidence in «Coping with Patient Aggression» (CCPA). En la formación participaron un total de 75 personas, mientras que solo 31 participaron en las encuestas.	Programa de formación presencial de 4 horas sobre gestión del comportamiento agresivo (MOAB).	Mejora significativa de la confianza de las enfermeras en el manejo de pacientes agresivos después de la formación.
---	--	--	---	---

Jeong, et al., 2020 (Corea del Sur)	Desarrollar, implementar y evaluar un programa de prevención de la violencia para estudiantes de enfermería. Los objetivos del programa incluyen mejorar la autoeficacia en la comunicación, el estilo de afrontamiento centrado en el problema, el estilo de afrontamiento centrado en las emociones y la capacidad de afrontar la violencia.	Nivel II, alta calidad. Investigación cuasi-experimental con un grupo de control no equivalente y un diseño de prueba previa y posterior con 45 estudiantes.	Dos grupos, grupo de control y grupo experimental. El grupo experimental participó en ocho sesiones, incluyiendo simulaciones, a lo largo de cuatro semanas. El grupo de control participó en una clase magistral de 120 minutos en la primera y única sesión.	Mejora significativa en las puntuaciones posteriores a la formación del grupo experimental en cuanto al estilo de afrontamiento centrado en el problema, el estilo de afrontamiento centrado en las emociones y las evaluaciones de observación de la capacidad de los estudiantes para afrontar la violencia.
--	--	--	--	--

Métodos mixtos				
Baig, et al., 2018 (Pakistán)	Para evaluar el efecto de un estudio experimental de entrenamiento a prevenir el diseño de y no verbal violencia.	Nivel III, bueno calidad. Cuasi-estudio experimental con método mixto diseño. Dos sesiones de formación similares en hospitales que participó en la estudio. El control grupo estaba formado por 77 participantes cada uno. Confianza en los niveles de medidos utilizando la «Confianza en Afrontamiento del agresión Instrumento» (CCPAI)	La intervención grupo se les dio una puntuación de cuatro horas desescalada sesión de formación. La formación consistió en cuatro temas clave: Comprensión de la violencia y estrés, escalada y desescalada de la violencia, gestión de agresión postraumática y estrés, y la escala de agresividad comunicación protocolo.	Significativamente mayor CCPAI puntuaciones para el intervención grupo en comparación con el control grupo.

Coneo et al., 2020 (Uganda)	Evaluar la eficacia del programa de formación RESPECT sobre la percepción del personal respecto a las causas y la gestión de la agresividad de los pacientes	Nivel III, buena calidad. Diseño convergente de métodos mixtos. Muestra de 90 participantes en la herramienta de análisis y las entrevistas previas y posteriores a la formación. La herramienta de análisis utilizada fue la «Escala de gestión de la agresividad y la violencia» (MAVAS).	Curso de formación RESPECT . El programa se compone en un 70 % de prevención, un 20 % de desescalada y un 10 % de estrategias reactivas.	Efecto significativo de la percepción del personal sobre los factores causantes y la gestión de la agresividad tras la formación RESPECT .
--	--	---	--	--

Shaw, 2015 (Estados Unidos)	Comprender las percepciones del personal del servicio de urgencias pediátricas sobre el riesgo de violencia en el lugar de trabajo, lo que ayudará a determinar las mejoras necesarias para reducir los riesgos y el miedo del personal.	Nivel III, buena calidad. Diseño descriptivo, no experimental. Se enviaron encuestas al personal de dos servicios de urgencias y tres centros de atención urgente. Las encuestas utilizaron una escala Likert y preguntas de respuesta narrativa.	La encuesta se centró en cuatro temas: datos demográficos relacionados con el trabajo, percepciones de temores y preocupaciones en materia de seguridad, presencia del departamento de policía local y presencia del personal de seguridad del hospital.	Hay pruebas significativas que demuestran que el personal tiene, en cierta medida, preocupaciones y temores con respecto a la seguridad personal en el trabajo. Los investigadores recomendaron implementar un programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo en todos los hospitales.
--	--	---	--	---