

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA CONDUCTA AGRESIVA DEL PACIENTE



TRABAJO DE FIN DE GRADO: REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA

Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz

AUTORA: Ixone Tobarias Cantero
DIRECTORA: Lidia Grima Ruiz de Angulo
Vitoria-Gasteiz, 11 de mayo de 2017
Nº de palabras: 6885

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN.....	4
3. OBJETIVO	7
4. METODOLOGÍA.....	7
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	9
- Identificación de la situación.....	9
- Comunicación efectiva.....	11
- Autocontrol emocional.....	15
- Estrategias ambientales	18
- Contención física: medida excepcional.....	19
6. CONCLUSIONES	20
7. BIBLIOGRAFÍA.....	23
8. ANEXOS.....	28
- ANEXO I: Tabla previa al proceso de búsqueda.....	29
- ANEXO II: Tabla sobre el proceso de búsqueda.....	30
- ANEXO III: Diagrama de flujo	31
- ANEXO IV: Guión de lectura crítica de los estudios de investigación.....	32
- ANEXO V: Tabla resumen de la literatura consultada	37
- ANEXO VI: Árbol categorial.....	44

1. INTRODUCCIÓN

La conducta agresiva de pacientes ante el personal de enfermería es hoy en día una realidad existente en nuestra profesión, que ha dejado de ser anecdótica para ser realmente acuciante. Por ello, se hace necesario abordar en profundidad este problema y proponer estrategias de afrontamiento validadas.

Por este motivo, he realizado este estudio próximo a una revisión crítica de la literatura que tiene como objetivo identificar y analizar las estrategias eficaces ante este tipo de conducta. La metodología llevada a cabo sigue un proceso planificado, estructurado y recurrente con la pertinente búsqueda exhaustiva tanto en bases de datos como búsqueda manual.

La literatura consultada constata la existencia de numerosas intervenciones. Sin embargo, los resultados obtenidos sobre su efectividad no son del todo concluyentes. Éstos nos apuntan que, si bien la identificación de la situación, la comunicación efectiva, el autocontrol emocional, las estrategias ambientales y la contención física pudieran ser eficaces, se precisa de una mayor evidencia científica para su inequívoca recomendación.

2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN

La conducta agresiva es un comportamiento básico y primario en la actividad de los seres vivos. Se trata de un fenómeno multidimensional en el que están implicados un gran número de factores y puede manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: físico, emocional, cognitivo y social¹.

En lo que a la clasificación de conductas agresivas se refiere encontramos diversos criterios de clasificación; respecto a su naturaleza (agresión física, verbal y social), en cuanto a la relación interpersonal (directa o abierta, indirecta o relacional), respecto a la motivación (agresión hostil, instrumental o emocional) y para finalizar, la clasificación clínica (pro-activa o reactiva)¹.

Entre las diferentes tipologías de violencia, la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores². Siguiendo la definición aceptada por la Comisión Europea, se entiende por violencia en el lugar de trabajo *“aquellos incidentes en los que se abusa, amenaza o ataca a las personas, en circunstancias relacionadas con su trabajo, que implican una amenaza explícita o implícita a su seguridad, bienestar y salud”*³. Esta definición incluye también cualquier tipo de amenaza hacia la familia o hacia los bienes materiales de la persona trabajadora^{2,3,4}.

Aunque todas las profesiones del sector de salud tienen riesgos, algunas de ellas parecen correr riesgos especiales, entre ellas, los/las enfermeras/os en comparación a los/as médicos/as o personal auxiliar^{5,6}. Múltiples estudios señalan que en urgencias y emergencias se desencadenan con mayor frecuencia agresiones verbales y físicas por parte de los/las usuarios/as y/o acompañantes en comparación a otros ámbitos⁷. Del total, un 51% tiene lugar en urgencias, un 33,5% en centros de atención primaria y un 15% en plantas de hospitalización⁵.

Entre las situaciones de riesgo encontramos: trabajar de manera individual, como por ejemplo a domicilio, contacto con el público, trabajar con personas necesitadas y/o condiciones de especial vulnerabilidad (recortes de personal)⁶.

Según la literatura consultada, entre las posibles causas de las conductas de agresividad hallamos las relacionadas con el propio paciente como son: el temperamento agresivo, situación emocional (temores e incertidumbres, impotencia, frustración, desesperación),

enfermedades relevantes por su gravedad, enfermedad mental, situación socio-familiar vulnerable (marginación); inexistencia o ineficacia del tratamiento y deterioro progresivo^{8,9}. Un 41% de las agresiones producidas han sido llevadas a cabo por la frustración de no ver satisfechas sus expectativas de atención del personal sanitario^{6,10,11}. Por otro lado, las relacionadas con el entorno: masificación, espera excesiva o urgencia sentida. Y, por último, las relacionadas con el profesional: falta de habilidades de comunicación, aprendizaje inapropiado de la expresión de emociones y el control de impulsos, escasa orientación psicosocial, abordaje rígido y despersonalizado o estilo autoritario⁹. Entre ellas, un 27% son a causa del desacuerdo con las valoraciones o diagnósticos, un 12% por la no aceptación por parte del personal sanitario de demandas específicas de los pacientes y el 20% restante por otros motivos^{6,10,11}.

Este tipo de agresiones, son una importante fuente de desigualdad, discriminación, estigmatización y conflicto en el trabajo. Cada vez más, es un problema capital de derechos humanos¹². En este sentido, la OMS destaca que el sector de la atención de salud corre un riesgo grave. La violencia en este ámbito, aquella ejercida por el paciente hacia los/las profesionales sanitarios/as, puede ser casi la cuarta parte del total^{12,13}. Cabe destacar que un 33% de los/las enfermeras/os españolas/es ha sufrido una agresión física o verbal en los últimos 12 meses, un 29,3% verbalmente y un 3,7% han sido agredidos físicamente, lo que supone un total de 2.928 enfermeros/as¹⁰.

Las agresiones contra el personal sanitario han pasado, en muy poco tiempo, de ser algo anecdótico a un problema de extrema gravedad. Según el Sindicato de enfermería (SATSE), 8 de cada 10 enfermeras en el Estado español han sufrido una agresión física o verbal en algún momento de su actividad profesional. En los últimos años se viene constatando un progresivo incremento de las mismas, así como una mayor tensión en el trato de algunos ciudadanos hacia el personal sanitario lo que aumenta el riesgo de heteroagresión, siendo responsables de las agresiones un 49,8% los familiares o acompañantes y un 47,3% los/las propios/as pacientes^{5,10}.

Según la literatura revisada, estas situaciones provocan a menudo una gran tensión emocional y puede contribuir al temido desgaste profesional. Entre los sentimientos descritos entre los profesionales figuran: irritabilidad y frustración, cansancio, inseguridad o impotencia y peligro de síndrome de burnout produciendo reacciones displacenteras; como pérdida de control, autoridad o estima, aversión, vergüenza, temor,

ansiedad, resentimiento, desesperación, enfado, rechazo, aburrimiento y/o agresividad^{4,9,14,15,16}.

Los estudios realizados hasta la fecha, sugieren que las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar a deterioro de la calidad de los cuidados dispensados y a decisiones de los/las trabajadores/as de abandonar las profesiones de atención a la salud^{12,13}. Del mismo modo, los costes de la violencia para la organización son altos: absentismo, rotación, disminución de la productividad y costes vinculados a denuncias y pleitos^{4,17}. Se han recogido datos sobre el número de denuncias por agresiones realizadas desde 2008 hasta 2012 en el Estado español. En el caso de Enfermería, fueron 9.296 los profesionales que habían denunciado en esos años, registrándose una tendencia creciente desde 2008 hasta 2011 y un ligero descenso en 2012. En concreto, en 2012, fueron 1.958 las denuncias de enfermeros/as¹⁰.

Cabe destacar, según concluye el informe realizado por el SATSE en 2015, sólo se denuncian un 11% de las agresiones sufridas (frente a un 5% que se registraban en 2012), por lo que la cifra total de profesionales agredidos realmente en estos años sería cercana a los 82.000^{6,10,16}. Por primera vez, en el año 2016 se produce un descenso del 9%¹⁸.

Dada la magnitud del problema y, para el abordaje y el manejo de pacientes y situaciones difíciles, diversas fuentes reclaman que es imprescindible poner en práctica una serie de actitudes, habilidades y conductas que han demostrado su utilidad, así como trabajar con unos conceptos y modelos de práctica clínica que permitan al profesional darles solución y protegerse.

El comportamiento agresivo de la persona usuaria aumenta o disminuye en función, en buena medida, de la reacción de los/las profesionales. Muchas de estas personas con este tipo de conducta suponen un desafío al principio de beneficencia, esto es, a la obligación de procurar el máximo beneficio para los/las pacientes. Por ello, cada profesional deberá tener la suficiente formación técnica y ética para desenvolverse adecuadamente en una escalada violenta y para reflexionar sobre sus propias conductas y actitudes³.

Es por ello necesario conocer pautas de actuación de contención verbal y de actuación no verbales, pautas para mantener la seguridad del paciente y de los que le rodean, estrategias de comunicación y tener el conocimiento de cómo actuar ante el riesgo de violencia inmediata¹⁹.

Esto es, para poder entender y cuidar de este tipo de pacientes, es preciso centrar la atención no sólo en el propio paciente, sino, además, en la relación que se establece con él y en la comunicación que el profesional establece consigo mismo junto con un adecuado autocontrol emocional⁹.

Además, el abordaje temprano de los conflictos y el desarrollo de estrategias para la resolución de los mismos, contribuyen a una mejora del clima y salud laboral, así como a la identificación y control de factores de riesgo relacionados.

La diversidad de causas que generan conflicto obliga a plantear las intervenciones de manera plural y abierta con procedimientos flexibles, que se centren en el entorno de trabajo, además de las personas implicadas en el conflicto ²⁰.

La existencia de un protocolo facilita la actuación y aumenta la seguridad del paciente y personal, velando además por la aplicación de la mejor práctica clínica y el respeto de los derechos del paciente²¹. Pero también necesita disponer de los recursos necesarios para responder eficazmente a cada nivel de la agresión³.

3. OBJETIVO

Identificar y analizar estrategias efectivas de afrontamiento ante la conducta agresiva del paciente para el personal de enfermería.

4. METODOLOGÍA

Con el fin de dar respuesta al objetivo del estudio he realizado el presente trabajo cercano a una revisión crítica de la literatura.

De la pregunta de investigación inicialmente planteada y del objetivo del trabajo he elaborado una lista de conceptos desglosados de la temática a estudio para la búsqueda de posibles estrategias efectivas ante la conducta agresiva. Como parte de la estrategia metodológica utilizada, identifiqué una serie de sinónimos y palabras clave de dichos términos (*Véase Anexo I*).

Tras ello, descompuse el objetivo de consulta en varios términos de búsqueda, ensayando diferentes ecuaciones de búsqueda y reformulándolas cuando me ha sido necesario (*Véase Anexo II*).

Para facilitar la búsqueda bibliográfica, planteé una serie de criterios de inclusión y exclusión que permitieron acotarla:

✓ **Criterios de inclusión:**

- Tipo de publicación: artículos originales (investigación) de revistas con revisión por pares, guías de prácticas clínicas, protocolos con evidencias, tesis doctorales, estudios experimentales, revisiones sistemáticas, pósteres y revisiones de la literatura.

Publicados y con acceso a texto completo que respondan al objetivo establecido.

- Participante: profesionales sanitarios (que incluyan de enfermería) y pacientes (mujeres/hombres) con conducta agresiva.
- Tiempo: artículos publicados desde el año 2001 a 2017.
- Idioma: castellano e inglés

✓ **Criterios de exclusión:**

- Tipo de publicación: estudios piloto, artículos de opinión, actas de conferencias y cartas a editoriales.

Posteriormente seleccioné una serie de bases de datos de distinta índole en las que realizar las búsquedas, tales como Medline, Cuiden, PubMed y PsycINFO. A estas bases de datos accedí desde la página de la Universidad del País Vasco a través de Cisco y mediante la plataforma de Osakidetza My Athens. También, realicé búsquedas por medio de editoriales electrónicas suscritas por la UPV: Elsevier, Doyma, Wiley y Science Direct. Con el fin de enriquecer el trabajo realicé búsquedas manuales a través del motor de búsqueda Google y la herramienta Google académico.

Según los criterios de inclusión y exclusión un total de 33 artículos fueron seleccionados a través de las distintas bases de datos y 7 a través de las búsquedas manuales. Finalmente, obtuve 40 artículos (100%) a texto completo para una primera lectura. Para la búsqueda de bibliografía en las diversas bases de datos se siguió la misma metodología.

Por diversas razones 17 artículos fueron excluidos por lo que se redujo la muestra a 23 (57,5%). Este proceso de selección queda reflejado en el Diagrama de flujo (*Véase Anexo III*).

El proceso de análisis crítico de la literatura lo realicé mediante las parrillas diseñadas para este fin (*Véase Anexo IV*). Consideré excluyentes las 3 primeras preguntas; aquellos artículos que las superaron fueron incluidos. Finalmente, un total de 23 publicaciones (57,5%) conforman la presente revisión.

Durante la primera etapa de pre-análisis, extraje los datos más significativos de los textos para elaborar la tabla resumen de la literatura consultada y así conseguir una idea general de los temas expuestos en cada artículo (*Véase Anexo V*).

Para continuar con la etapa de análisis, realicé una segunda lectura de la literatura con el fin de identificar temáticas en las que categorizar la información. Como herramienta de ayuda elaboré un árbol categorial (*Véase Anexo VI*).

Tras este proceso de organización estructurada y agrupación de la información procedí a realizar una interpretación.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presentación de los resultados está basada en la información recogida de 23 artículos. Con el fin de exponer y dar respuesta al objetivo de estudio, he agrupado las diversas estrategias de afrontamiento en 5 grupos: identificación de la situación, comunicación efectiva, autocontrol emocional, estrategias ambientales y contención física.

Antes de exponer cada una de ellas, cabe destacar que según recoge la literatura consultada ante situaciones de heteroagresividad, no se trata sólo de aprender técnicas para afrontar situaciones de conflicto, sino de explorar el conflicto, comprenderlo, si es posible desactivarlo y llegar a una solución que satisfaga a ambas partes^{7, 15}.

A continuación, se exponen las estrategias de afrontamiento mencionadas:

✓ IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN

La identificación de la situación es el primer escalón que precede a las demás estrategias y permite un manejo adecuado.

Para ello, los artículos consultados refieren que la valoración del riesgo de conducta violenta debe ser lo más objetiva posible, considerando el grado con el que el riesgo percibido por los profesionales puede ser verificado²². Por ello, siempre que se pueda, se utilizarán herramientas como escalas o entrevistas estructuradas que apoyen la evaluación^{15, 21, 23}.

Tal y como Galián et al y Sardiñas indican, la agresividad puede estar latente, y para detectarla pueden ser útiles el conocimiento de signos prodrómicos como: la expresión facial tensa y enfadada, contacto visual prolongado, hiperactividad músculo-esquelética, aumento de la inquietud psicomotriz, signos de ansiedad, hipertensión arterial y taquicardia, alucinaciones de contenido violento u otros gestos agresivos. Cuando cualquier miembro del personal detecte estos signos en un paciente, debe poner en marcha las pautas generales de actuación^{15, 21}.

Galián et al et al añade que estos factores deben ser conocidos por el personal y su valoración será realizada por enfermeros/as a través de la observación de la conducta, la información aportada por los acompañantes y la historia clínica previa del paciente. Identificar la situación nos ayudará, no sólo al abordaje específico de cada caso, sino también a la valoración y prevención del riesgo de violencia futura²¹.

Una vez identificada la situación, Pons Díez escribe acerca de verificar, en segundo lugar, si el comportamiento manifestado por el paciente se debe a algún problema psicológico (depresión o trastorno de la personalidad) o a algún problema de origen físico (daño cerebral, síntomas de abstinencia o efectos secundarios de un medicamento entre otros) que nos permitirá poder emprender otro tipo de estrategias adecuadas al trastorno detectado²⁴.

Una vez identificada la presencia de un paciente con riesgo potencial de heteroagresión, se debe aplicar el protocolo de actuación que por un lado dé seguridad en su actuación al profesional sanitario y por otro le proteja de posibles consecuencias negativas⁷. El servicio de salud vasco, Osakidetza, cuenta con el “*Protocolo de actuación: violencia en el trabajo*”²⁵.

✓ COMUNICACIÓN EFECTIVA

Es de gran importancia analizar el proceso comunicativo que se establece entre el profesional sanitario y el paciente, ya que con este gran instrumento se puede optimizar el proceso y contribuir a un servicio sanitario de mayor calidad y eficacia²⁴.

Todos los artículos revisados sugieren que, entre los tipos de agresiones, la verbal es la más frecuente y pronunciada. En la revisión llevada a cabo por Galian et al con una muestra de 1489 enfermeras/os hace referencia a que este tipo de agresiones abarca un 71% del total, mientras que, en segundo lugar, el tipo de agresión más frecuente es la física con un 19,9%²⁷. Frente a ello, Franz et al y Chang et al en estudios de características similares y con una muestra de 123 y 588 enfermeras respectivamente, mencionan que la agresión verbal puede llegar a suponer hasta un 89,5%^{27, 28}. Es por ello, la mayor parte de los artículos revisados sugieren que una comunicación efectiva constituye una de las estrategias más efectivas a la hora de prevenir y manejar situaciones de heteroagresividad siendo un elemento de calidad y práctica segura^{7, 8, 21, 24, 28, 30}.

La bibliografía recogida señala que la contención verbal es la intervención precoz más importante para el manejo de situaciones con este tipo de pacientes, en las cuales la pérdida de control no ha sido total. En esta fase es muy importante permitir y fomentar la verbalización mediante una relación terapéutica eficaz³⁰.

Investigaciones realizadas en diferentes contextos culturales comprueban que la primera razón por la cual los pacientes se declaran satisfechos de la atención recibida en hospitales y centros ambulatorios es el trato humano que reciben, destacándose como estrategias funcionales de este trato, la empatía mostrada por los profesionales, la información comprensible que se les aporta, el tiempo dedicado y la posibilidad que el paciente tiene de expresarse. Es decir, en la medida que el profesional sea capaz de interactuar de manera apropiada y satisfactoria con el paciente, mejorará su función profesional y obtendrá el máximo rendimiento de las competencias técnicas que posee²⁴.

En un estudio realizado durante 18 meses por Shapiro et al en 2016, con el objetivo de investigar las percepciones ante intervenciones con pacientes conflictivos se observó que incluso un 86% de los profesionales sanitarios lograron hacer uso de la empatía expresándola de manera verbal como no verbal para poder interactuar con el paciente. De esta manera, se logró que el 23,1 % de los pacientes cambiase el comportamiento durante el curso del encuentro. Si la situación conflictiva persistía los/las participantes se retiraban a una “actitud estándar” únicamente optando la estrategia de la empatía el 40% de la

muestra³¹. A pesar de ello, contrasta favorablemente con un estudio realizado por Weingarten et al en 2010 que obtuvo sólo en el 17% de los encuentros el uso de la empatía en la relación con el paciente³².

Sardiñas y Megías-Lizancos et al comparten con Shapiro et al que en todas las situaciones y con todas las personas la empatía, el saber negociar, el tener objetivos claros, la flexibilidad, y el verdadero interés con el fin de comprender mejor los sentimientos, necesidades y situaciones particulares de la otra persona dan buenos resultados en el manejo de estas situaciones^{15, 33}.

Para lograr que la comunicación sea efectiva, los/las enfermeros/as debemos ser conscientes tanto de nuestra comunicación verbal como de la no verbal:

❖ Comunicación verbal:

En un estudio realizado por Duxbury que evalúa las estrategias utilizadas para manejar la agresión y violencia intrahospitalaria afirma que la interacción negativa del personal y estilos y habilidades limitadas de comunicación son causa de preocupación. Apunta que son grandes precursores en el desarrollo de la agresión y la violencia de los pacientes³⁴.

En el estudio realizado por este autor y en otro de características similares llevado a cabo por Jiao et al apuntan que el 59-60% del personal de enfermería tuvo una comunicación pobre con el paciente que supuso una contribución a la agresión. Duxbury, lo atribuye a la falta de conciencia de estos déficits, falta de entrenamiento de autoconciencia y una interacción limitada^{34,35}.

En un estudio llevado a cabo por Siesto con el fin de realizar un protocolo de actuación ante estos conflictos y con una población a estudio de 121 pacientes, demostró que el uso exclusivo de estrategias verbales fue efectivo en un 62,8% frente al uso de contención farmacológica (34,72%) o física (2,48%) en los pacientes que se mostraron agresivos³⁶.

Sin embargo, en otro estudio realizado por Torres Púa et al en 2016 con la finalidad de demostrar la importancia del uso de la contención verbal como elemento de calidad y práctica segura demostró que la contención verbal fue efectiva incluso en un 90% de la muestra, en la que el 50% únicamente se puso en práctica la comunicación y en el 40% restante se combinó con contención farmacológica³⁷.

Ambos, afirman que las estrategias de comunicación efectivas se basan en presentarse y dar información acerca del proceso o procedimiento a seguir, llamar al paciente por su

nombre, evitar promesas, hablar con un tono suave, tranquilo y seguro, ofrecer ayuda buscando una manera de aproximación, evitar la confrontación de ideas y establecer límites. Anza Aguirreazabala et al, Galián et al, Lorenzetti et al y Megías-Lizancos et al reafirman las intervenciones incluidas por estos dos autores, y sugieren que nunca debemos utilizar una comunicación con la misma hostilidad para no fomentar más la conducta agresiva^{26, 29, 33, 36-38}.

Pons Díez y Sardiñas añaden que a la hora de dar indicaciones o prescripciones debe hacerse de manera clara, concisa y completa, evitando siempre la ambigüedad y la polisemia. No debemos escatimar obviedades, ya que puede tener como consecuencia un empobrecimiento de la comunicación eficaz^{15,24}. Dejar hablar al paciente y no interrumpirle es la mejor manera de ganarse su confianza y respeto, excepto cuando no se entienda algo importante, se pierda el hilo de la información o divague de manera muy exagerada^{24, 28}.

Por otro lado, Megías-Lizancos et al apuntan la importancia de la verbalización de las preocupaciones y evitar en la medida de lo posible las preguntas que puedan responderse con monosílabos y las razones o impulsos que motivan la conducta agresiva del paciente³³. El artículo de Pons Díez añade a lo anterior, la utilidad de la técnica comunicativa de la paráfrasis para contrastar si es exacto lo que se ha entendido o si falta información adicional o se ha entendido erróneamente²⁴.

Diversos autores coinciden en que una comunicación verbal será efectiva siempre que evitemos juicios de valor sobre el paciente puesto que estos le impelen a asumir una actitud más defensiva e invita a buscar justificaciones. Por ello, señalan que, a la hora de analizar hechos problemáticos, es conveniente hacerlo desde la concreción objetiva de los comportamientos, los momentos y las consecuencias, más que generalizar y emitir juicios de valor sobre la persona del paciente^{21, 24, 29, 33, 36}.

Para finalizar, Lorenzetti et al en una revisión bibliográfica realizada a cerca de las estrategias de afrontamiento en encuentros de difícil abordaje añaden que se ha demostrado que las entrevistas motivacionales mejoran la alianza terapéutica con el paciente e influyen de manera positiva en el cambio de comportamiento. Pedir a los pacientes que ofrezcan las causas y soluciones potenciales para sus problemas fomenta una relación más colaborativa para el cuidado. Además, apunta la importancia de una vez calmada la situación dar un cierre adecuado a la conversación³⁸.

❖ Comunicación no verbal:

La utilización de los recursos comunicativos no verbales es el instrumento más idóneo para crear un clima de cordialidad y confianza mutua en la relación terapéutica. Hay que ser consciente de que la manera en que se dicen las cosas es tan importante como lo que se dice explícitamente. Es por ello que diversos autores señalan que debemos ser conscientes de la propia comunicación no verbal y utilizarla también como un recurso comunicativo de primer orden^{24, 28}.

En cuanto a la expresión no verbal del paciente, tal y como hacen referencia los artículos revisados, aunque parezca evidente, lo primero que debemos hacer será detectarla y evitar que se manifieste. Por ello, es importante identificar los aspectos de comunicación no verbal que nos puedan dar indicios, tales como una posición cerrada, expresiones muy cortantes, recriminaciones y/o poco contacto visual o facial¹⁵.

La mayoría de los artículos recogidos a cerca de la efectividad de la comunicación hacen especial hincapié en la importancia de la escucha activa.

En un estudio realizado por Gerdtz et al en 2013 con una población a estudio de 471 enfermeras, con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa de formación para la enfermería en la prevención de agresiones, se observó que el 70% de los pacientes adoptaban conductas agresivas por no sentirse escuchados. Tras la implantación del programa, se mostraron cambios significativos ($p < 0,01$) en el manejo, logrando un 75% de autocontrol en combinación con la negociación. Afirmaron que la escucha activa mejoró la relación con el paciente y redujo la incidencia incluso hasta un 80%³⁹.

En la revisión bibliográfica realizada por Lorenzetti et al junto con diversos autores afirma también la efectividad de esta estrategia comunicativa³⁹. Es por ello que, escuchar con calma al paciente es una gran herramienta en estas situaciones, aumenta la autoestima de la persona que se siente escuchada, le estimula a continuar hablando y permite expresar los motivos de sus temores o enfados facilitándonos encontrar la fuente de la agresividad. Además, neutraliza los conflictos y respuestas emocionales intensas^{8, 15, 21, 24, 28, 29, 36, 37}.

Por otro lado, Galían et al y Megías-Lizancos et al añaden que mirar hacia el interlocutor cuando se le hable o cuando se le escucha es efectivo siempre que no se efectúe de manera directa y continuada, agresiva ni insistente. Señalan que las miradas fijas aumentan la

hostilidad de cualquier individuo, sin embargo, evitarlas lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo^{21, 33}.

Por último, en cuanto a la postura corporal, diferentes autores señalan que no debemos cruzar los brazos, esconder las manos, expresar tensión corporal, gesticular excesivamente ni tampoco mostrarse inexpresivo³⁰. Es decir, mantener una postura corporal abierta será lo más efectivo en este tipo de situaciones con una actitud tranquila y así, invitará al paciente al diálogo y a la privacidad. Debemos evitar en todo momento gestos bruscos y espontáneos^{21, 29}.

Cabe mencionar que en la revisión sistemática realizada por Bernaldo de Quirós et al, hacen referencia a las estrategias recogidas en este apartado, no solo son efectivas en situaciones de agresividad, sino que los programas de prevención deberían dirigirse a que el profesional sepa manejar las situaciones en las que es agredido por parte de los usuarios de forma verbal, lo que contribuiría a evitar el fenómeno de escalada que pueda llegar a provocar una agresión física. Es por ello que el entrenamiento en habilidades de comunicación sería de especial utilidad al respecto⁷.

Por lo tanto, las estrategias comunicativas como parte del manejo ante pacientes con conducta agresiva son una de las más valoradas y mencionadas dentro de la literatura consultada^{27, 28, 31, 34-37, 39}.

✓ **AUTOCONTROL EMOCIONAL**

El manejo del paciente agresivo mediante estrategias de autocontrol emocional ha sido planteado por numerosos autores y tiene un gran peso dentro de la literatura consultada^{27, 30, 40, 41}. Por autocontrol emocional se entiende la capacidad de adaptarse a los estados emocionales propios y ajenos. Un autocontrol emocional ineficaz por parte del profesional puede entorpecer la puesta en marcha del resto de las estrategias. Su justificación reside en la importancia de tener conciencia de uno mismo: conocer el estrés personal que puede interferir en la comunicación y valorar la situación de forma objetiva a pesar de la contratransferencia positiva o negativa (reacción emocional del personal de enfermería a algún aspecto o conducta del paciente)³³.

Según recoge Ortiz et al en 2012, tras recibir una agresión, un 31,6% de los profesionales encuestados siente impotencia, un 22,8% siente miedo, ansiedad e impotencia, un 11,9% siente ansiedad lo que condicionará el manejo de futuras situaciones similares³⁰. En un

estudio de características similares realizado por Franz et al con una población a estudio de 123 enfermeras, se obtuvo que hasta 54,7% reaccionó con inseguridad, duda y/o ansiedad, el 75,8% ira, desilusión y rabia, un 34,7% sintió desamparo y un 22% fue más temeroso después del incidente²⁷.

En el mismo artículo, Ortiz et al apunta que 58,2% del personal cree que estos sentimientos cambian la calidad de su asistencia tras una agresión, el 49% refiere que disminuye su concentración y un 11,2% cree que disminuye su rendimiento. Es por ello que, en ocasiones, debemos aceptar que las dificultades en gestionar este tipo de conflictos residen en los profesionales³⁰.

Unido a esto último, en un estudio llevado a cabo durante 15 meses con el fin de evaluar los efectos de mejora de un programa de gestión de agresiones por Narevic et al con una muestra de 267 pacientes, se observó que un 86% de las agresiones ocurrieron después de que un/a enfermera/o transmitiera estimulación aversiva tal como la frustración. Tras introducir apoyo al personal y revisiones semanales de estos conflictos donde se compartían sentimientos que aumentaban la autoconciencia y autoeficacia en la respuesta de estas situaciones, se obtuvo una reducción de la frecuencia de los incidentes hasta un 77%⁴⁰.

Franz et al en un estudio de características similares y con 123 enfermeras/os a estudio con el fin de evaluar las medidas para hacer frente a la agresión y las consecuencias del comportamiento en los enfermeros, observó que la intervención de apoyo de los compañeros/as fue también efectiva en el 83,6% en los/as enfermeros/as que sufrieron estrés ante estas situaciones²⁷.

Pons Diez añade como parte del manejo emocional evitar, por norma general, la irritación y el enfado como respuesta ante el comportamiento de este tipo de pacientes, pues ello sólo favorecería el mantenimiento de su conducta disruptiva. No interpretar, en ningún caso, el comportamiento inapropiado del paciente como una reacción personal hacia el profesional. Esto, permitirá al profesional mantenerse en una posición objetiva y realista, siendo efectivo en la reducción de la probabilidad de experimentar estrés laboral y sentimientos de frustración en el desempeño del propio rol. Ante la dificultad o incapacidad de un control emocional en situaciones con pacientes agresivos, apunta que debería considerarse la posibilidad de poner el caso en manos de otro/a profesional²⁴.

Por otro lado, en un estudio realizado por Martín Asuero et al en el 2013, se evaluó la efectividad a largo plazo de un programa de entrenamiento mindfulness en el burnout, estado emocional, empatía y conciencia plena, enfocando una de las sesiones a la gestión de este tipo de conflictos. Tras la implantación del programa, se mostraron cambios significativos ($p < 0,001$) ya que se observó que la puntuación de todas las escalas mejoró durante el seguimiento respecto a los valores basales, en especial la de mindfulness y gestión de emociones. Los participantes partieron de una puntuación basal de 72,8% y al finalizar el estudio, se observó una disminución hasta el 64,5%. Estos, manifestaron significativamente un menor burnout, siendo la reducción inicial de un 8,3%, así como mayor mindfulness. El 93,8% atribuyó al entrenamiento en Mindfulness a una mayor atención, y un cambio de sus pensamientos, sentimientos y reacciones, el 70,3% se sentía mejor y el 48,4% mejoró su actividad. Además, el entrenamiento de mindfulness desarrolló la conciencia plena y redujo significativamente el malestar psicológico, el burnout y la alteración emocional en los participantes, manteniéndose las mejoras a los 12 meses⁴¹.

En la revisión realizada por Bernaldo de Quirós et al en el mismo año confirmó lo expuesto por Martín Asuero et al y subraya la necesidad de dotar de habilidades para manejar sus emociones y, alternativas de actuación en estas situaciones. Afirma que estas estrategias, le aportarán al profesional mayor seguridad, le permitirá reducir estas sensaciones y afrontará de forma más adecuada las situaciones mejorando el malestar emocional⁷.

En cuanto a lo mencionado por Shapiro et al acerca de volver a una “actitud estándar” si la situación conflictiva persistía, Sardiñas y Agreda et al apuntan que las emociones fuertes suelen “cerrar” nuestra capacidad para asimilar información. Sugieren por ello que en los momentos iniciales de la entrevista es eficaz aceptar el derecho del paciente a mostrarse airado y evitar interpretar la conducta agresiva como un ataque personal^{8, 15, 31}. Hemos de ser conscientes de que todas las personas tenemos necesidades físicas, psicológicas y sociales, pero que tanto éstas como la manera de satisfacerlas pueden ser muy diferentes. Sardiñas añade la importancia de no buscar culpables en este tipo de demandas y no aliarnos mentalmente con ninguno de los miembros de la familia¹⁵. Las estrategias incluidas serían; refugiarnos en una escucha relajada, confiando en que opere el contrabalanceo emocional y nos dé oportunidad de actuar^{8, 15}.

Para finalizar, y junto con Ágreda et al, apunta que nunca debemos establecer la fantasía de establecer una relación profesional-paciente perfecta. Reconocer que lo más probable es que la relación con un/a paciente agresivo/a siempre será menos satisfactoria de lo que sería deseable^{8, 15}.

✓ ESTRATEGIAS AMBIENTALES

En situaciones con pacientes de conducta agresiva, siempre debemos considerar el ambiente físico y social en el que nos encontremos. Lo que para los profesionales es un lugar habitual y rutinario de trabajo, para los pacientes puede ser un lugar extraño, incómodo o desagradable²⁴.

Son pocos los estudios en los que se evalúa la efectividad de las estrategias ante estos pacientes los que incluyen las estrategias ambientales. Entre ellos, en el estudio ya mencionado realizado por Duxbury en el que, sí se evaluaron las intervenciones ambientales, se observó que el ambiente contribuía en un 40% a la agresión del paciente, refiriéndose a aquellos ambientes o espacios más restrictivos. Menciona, que ante estos los pacientes se sentían víctimas bajo control del personal y era lo que promovía esta conducta. Entre los resultados obtenidos, se analizó que el 70% de los profesionales expresó que este tipo de aislamiento debía ser suspendido³⁴.

Siesto, en el estudio publicado en 2015 con una población a estudio de 121 pacientes, afirma lo mencionado por Duxbury en cuanto a los espacios físicos inapropiados³⁶. De acuerdo con Megías-Lizancos et al y Pons Diez recoge que las estrategias ambientales incluidas serían: mantener una distancia mínima de seguridad; el paciente puede desencadenarse de forma rápida e imprevista por lo que, recomiendan colocarse fuera del espacio personal del paciente y en su lado no dominante^{24, 33}. Por otro lado, mantener una vía de salida abierta y accesible en todo momento y minimizar factores favorecedores, como, excesivo ruido o gran afluencia de personas. Es decir, el espacio debe ser amplio, tranquilo y con una disposición del mobiliario adecuada^{21, 33, 34, 36}.

Galian et al añade que una mesa o la cama interpuesta entre ambos aumenta la seguridad de la intervención y evita que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta ²¹.

Siesto evalúa también la presencia de familiares o acompañantes, de acuerdo con Galian et al hace referencia a la necesidad de valorar el efecto que causan. Si estos/as ejercen una

función desestabilizadora aumentando la agresividad, debemos pedir que salgan de la habitación, si, por el contrario, sirven de apoyo y ayudan al control, sugieren considerar que estén presentes^{21, 36}.

La mayor parte de los artículos revisados sugiere que una vez la situación esté controlada, se podrá realizar la aproximación. Esta, debe hacerse de manera paulatina, de lado, pero dentro del campo visual del paciente y en una zona más tranquila posible para no crear desconcierto ^{21, 24, 30, 36}. Debemos mantenerlo/la dentro del campo visual e intentar que paciente y profesional estén a la misma altura²¹.

Anza Aguirrezabala et al y Hartley et al concluyen que si observamos que el clima de tensión va en aumento debemos valorar la presencia de otro profesional del equipo que pueda ayudarnos a responder a las peticiones del usuario de forma serena y que tenga un efecto disuasorio. Es decir, cuando el paciente ve aparecer a más personal o se solicita ayuda al personal de seguridad el nivel de tensión disminuye^{29, 42}. En las visitas a domicilio en atención a usuarios con antecedentes conflictivos o en áreas de especial conflictividad, la atención se realizará con el acompañamiento de otro profesional del centro siempre²⁹.

✓ **CONTENCIÓN FÍSICA: MEDIDA EXCEPCIONAL**

Los procedimientos de restricción mecánica siempre deben estar precedidos por intervenciones terapéuticas menos restrictivas que busquen disminuir la escalada de violencia como el acercamiento verbal. Si las estrategias trabajadas en los apartados previos fallan o no pueden ejecutarse, se debe evaluar la necesidad de contención mecánica, siendo este un procedimiento de último recurso⁴³.

En el estudio realizado por Siesto, se analizó el uso de contención física en pacientes agitados agresivos y se observó que sólo fue necesario emplearlo en un 2.48%. Es decir, de todas las estrategias mencionadas, únicamente no fueron efectivas en 3 pacientes de toda la muestra (n=121)³⁶. En otro estudio realizado posteriormente en 2016 por Torres Púa et al con características similares y pacientes agitados agresivos fue necesaria la contención para un 10% de los pacientes, siendo seleccionada también como última opción tras no ser positivas estrategias previas menos agresivas³⁷.

Sin embargo, en una revisión realizada por Antoranz en 2013 con objetivo de analizar únicamente la contención mecánica en una población a estudio de 50 pacientes, se obtuvo que hasta un 28% precisaron sujeción total (5 puntos) e incluso un 72% de la muestra se le aplicó sujeción parcial⁴⁴.

Los tres autores previamente mencionados junto con Guevara et al, recogen e identifican indicaciones precisas para llevar a cabo los procedimientos de restricción, que incluirían: alto riesgo de hetero o autoagresión que no ha mejorado con otras intervenciones, alto riesgo de daño físico tanto propio como al personal, solicitud del paciente y para garantizar el estudio y tratamiento adecuados de un paciente en estado de agitación psicomotora^{36, 37, 43, 44}.

Frente a esto, también se han identificado situaciones en las cuales la restricción no es un procedimiento adecuado, tales como: historia de comportamientos agresivos en el pasado, falta de recursos para supervisar al paciente adecuadamente o abandono del lugar antes de la valoración⁴³. Cabe mencionar, que a pesar de que en el estudio realizado por Antoranz únicamente se obtuviese un 2% de complicaciones (lesiones por rozadura) existen gran cantidad de contraindicaciones: lesiones óseas o articulares, patología física concomitante, patologías respiratorias que la sujeción pueda comprometer la mecánica ventilatoria, cardíacas o condiciones que pueden ser exacerbadas por disminución de estímulos (por ejemplo, encefalopatías)⁴⁴.

La inmovilización o restricción física de un paciente siempre debe ordenarse bajo claro criterio clínico⁴⁴.

6. CONCLUSIONES

La literatura consultada refleja la realidad de un problema existente en nuestro sector y nuestra profesión, que ha dejado de ser anecdótico para ser realmente acuciante. A pesar de que en el último año se percibiera una ligera disminución del número de incidentes en Osakidetza, continúa siendo un problema en auge.

Los artículos revisados lo atribuyen sobre todo a una falta de preparación y recursos de los/las propios/as profesionales para manejar este tipo de situaciones y, una falta de conciencia y notificación de los incidentes. A esto se añade, una necesaria labor de sensibilización en la ciudadanía para prevenir este problema.

Es evidente la necesidad de trabajar en profundidad en esta área. Para ello, uno de los pilares fundamentales sugeridos en las investigaciones realizadas es la formación de profesionales, facilitándoles herramientas apropiadas para desarrollar las habilidades necesarias para identificar y gestionar dichas situaciones.

Las estrategias con mayor grado de recomendación en base a los resultados obtenidos serían: identificación de la situación, comunicación efectiva, autocontrol emocional, estrategias ambientales y contención física.

Una correcta identificación de la situación es el primer escalón que nos permitirá la puesta en marcha de una adecuada intervención. Se trata de incorporar estrategias en la comunicación verbal y no verbal, en las que se destaca el uso de la empatía, escucha activa, ajuste del contenido de la conversación, correcto tono de voz y postura corporal. De la misma manera, es importante cultivar la inteligencia emocional, que puede ayudar a templar, analizar y desacelerar interacciones conflictivas. La literatura consultada coincide que para ello el uso del mindfulness y el apoyo al personal es beneficioso. Combinando estas intervenciones con una adecuada gestión del espacio físico y personal se logra un mejor manejo de estas situaciones, optando siempre por la sujeción física como último recurso.

Es decir, en la medida en que el/la enfermero/a sea capaz de interactuar de manera apropiada y satisfactoria con el paciente. mejorará su función profesional, obtendrá el máximo rendimiento de las técnicas que posee y dotarán de una mayor calidad y seguridad sus cuidados.

Tras la realización de esta revisión crítica de la literatura puedo concluir que a pesar de que las intervenciones expuestas han mostrado resultados positivos resulta difícil evidenciar la efectividad.

Las limitaciones residen en la existencia de escasos artículos de investigación encontrados en base a los criterios de inclusión establecidos y en relación a la efectividad de estrategias ante la conducta agresiva del paciente y su aplicación en la práctica clínica. Aunque existe un número importante de artículos en torno al tema establecido, la mayoría son de tipo descriptivo y carecen de estudios tipo ECAs de calidad metodológica.

Esta limitación puede asociarse a las diferencias metodológicas de cada estudio, así como a la gran cantidad de diferentes contenidos o programas incluidos obteniendo así resultados poco concluyentes.

Además, cabe destacar que para la validación de estos tipos de intervención se produce un conflicto ético para la elección de pacientes del grupo control. En estos casos, la no intervención en situaciones de conflicto para validar las estrategias puede poner en riesgo y causar daño (maleficencia) tanto a los profesionales como a los pacientes y acompañantes. En todo caso, siempre será necesario solicitar al comité de ética de investigación su aprobación, con el fin de que la distribución de riesgos y cargas por una parte, y el beneficio por otro sea justo (justicia distributiva).

Mencionar también que, no se ha podido llevar a cabo una revisión exhaustiva en su totalidad y la restricción en el acceso a texto completo a determinadas publicaciones.

Por último, una vez analizados los resultados obtenidos en la revisión, junto con las limitaciones presentadas, me permite sugerir futuras líneas de investigación para mejorar la efectividad de programas de formación del personal en los que se han visto resultados positivos y poder evaluar el impacto en la reducción de situaciones de agresión.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Carrasco MA, Gonzalez MJ, Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción psicológica*, Uned. 2006; 4 (2): 7-38.
2. Gómez Quirós P. Manual de Prevención ante las Agresiones al Personal Sanitario. [monografía en Internet]. Barcelona: Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios (ANSICH) [acceso el 5 de octubre del 2016]. Disponible en: http://www.semg.es/doc/home/manual_prevention_agresiones.pdf
3. García de Iturrate M, Itza L, Castillo FJ, Fernández de Gamarra Y, Fernández MR, Díaz de Durana O. Equipo redactor del Instituto Foral de Bienestar Social de Álava. Protocolo de actuación ante la violencia externa. *Diputación foral de Álava*. 2015; 2: 5-51.
4. Almanzor Elhadad FI, Martín Galán AM. Violencia en el trabajo: prevalencia y medidas preventivas contra las agresiones a profesionales de salud. *Hygia de enfermería*. 2012; (81): 17-23.
5. Organización Colegial de Enfermería. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermería. [monografía en Internet]. Madrid: Consejo General; 2012. [acceso el 12 de octubre del 2016] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0446.pdf>
6. Sindicato de Enfermería, SATSE. El libro del Respeto visibilizará las agresiones a la enfermería. Bilbao: 2012; 1-2.
7. Bernaldo de Quirós M, Labrador FJ, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clínica y Salud* 2014; 11-18.
8. Agreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2001; 24 (2): 28-39.
9. Junta de Andalucía. Abordaje del paciente difícil. Servicio Andaluz de Salud [monografía de internet] Sevilla: 2016.
10. Sindicato de Enfermería, SATSE. Compromiso alcanzado por las administraciones públicas ante las agresiones a profesionales. Bilbao: 2015; 1-2.

11. Sindicato de Enfermería, SATSE. SATSE reclama una nueva Ley contra las agresiones en los sanitarios. Bilbao. 2016; 1-2.
12. Organización Internacional del Trabajo (OIT), Consejo internacional de enfermeras (CIE), Organización Mundial de la Salud (OMS), Internacional de Servicios Públicos (ISP). Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. [monografía en Internet]. Ginebra: 2002 [acceso el 10 de octubre del 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44072/1/9223134463_spa.pdf?ua=1
13. Cantera ML, Cervantes G y Blanch JP. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del Psicólogo. 2008; 29 (1): 49-58.
14. Beunza M.. Estrategias de afrontamiento ante un posible maltrato verbal y/o conductual en el profesional de enfermería [monografía en Internet] SlideShare. Navarra; 2011 [cited 2016 noviembre 17]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/ClinicaUniversidadNavarra/estrategias-de-afrontamiento-ante-el-maltrato-verbal-y-conductual-al-personal-de-enfermeria-7159101>
15. Sardiñas López GC. Estrategias para el manejo del paciente difícil. Portales Médicos. 2012; 1-8.
16. Más Garriga X, Cruz Doménech J.M, Fañanas Lanau N, Zamora Casas I, Viñas Vidal R. Difficult patients in primary care: a quantitative and qualitative study. Atención Primaria. 2003; 31 (4): 34-47.
17. Almanzor Elhadad F, Martín Galan AM. Agresiones a profesionales de la salud: la verdadera dimensión del problema. Hygia de enfermería. 2015; (88): 5-10.
18. Osakidetza. Agresiones contra profesionales de Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. Gobierno Vasco. 2017: 1-4.
19. Sociedad Española de Enfermería de urgencias y Emergencias. El paciente agitado. [monografía en Internet]. Madrid: 2009. [acceso el 29 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/AGITADO.pdf>
20. Bernat Jimenez A, Caso Pita C. Metodología de desarrollo de un procedimiento para la resolución de conflictos y acoso psicológico laboral. Med Segur Trab. 2010; 56 (219): 124-131.

21. Galián Muñoz I, Bernal Torres J, Díaz Sanchez C, Salesa AC, Martínez Serrano J. Protocolo de atención a pacientes con agitación y/o heteroagresividad. Servicio Murciano de salud. 2011: 1-47.
22. Junta de Castilla y León. Protocolo de atención a pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales. Guía de Seguridad en la Atención a Personas con trastornos Mentales. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. 2009.
23. Plutchik, R, Van Praag HM. A self-report measure of violence risk, II. *Compr Psychiatry*, 2009; 31: 450-456.
24. Pons Diez X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería integral*. 2006; (73): 27-34.
25. Osakidetza. Protocolo de actuación violencia en el trabajo. *Salud laboral: un objetivo compartido*. Álava, 2007; 3-23.
26. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 86 (3); 279-291.
27. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. *Health Services Research*. 2010: 2-8.
28. Chang HE, Cho S-H. Workplace violence and job outcomes of newly licensed nurses. *Asian Nursing Research*. 2016; 10 (1): 271-276.
29. Anza Aguirrezabala I, Gea Serrano A, Granados Moreno A, Martínez García JF, Prila Gómez EF, Ramos Hernández MP. Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la región de Murcia. Protocolo marco de actuación en centros de atención primaria. 2008; 78: 5-51.
30. Martín Ortiz C, Lopez Burrezo P, Fraiz Padin MA, Gallego Gutierrez I, Fernández Fernández A, Cueto González JA. Cómo afrontar las agresiones en urgencias sin que nos afecten. *SEEUE* 2012; (27): 1-11.
31. Shapiro J, Rakhra P, Wong A. How third year medical students portray patients, family members, physicians, and themselves in difficult encounters. *Medical teacher*. 2010; 38 (20); 1033-1040.

32. Weingarten MA, Guttman N, Abramovitch H, Margalit RS, Roter D, Ziv A et al. An anatomy of conflicts in primary care encounters: a multi-method study. *Fam Pract*, 2010; 27(1) 93-100.
33. Megías-Lizancos F, Vila Gienno C, Carretero Román J, Rodríguez Monge MA, Salas Rubio JM, Sánchez Alfonso J et al. Abordaje y cuidados del paciente agitado. 2016; 1: 2-20.
34. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2002; 9 (1): 325-337.
35. Jiao 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*, 2015; 5 (1): 1-9.
36. Siesto M. Estudio y protocolo de actuación para equipos de emergencias sanitarias: el paciente agitado. [Trabajo de fin de grado] Valladolid: Facultad de enfermería; 2015.
37. Torres Púa ML, Román Sánchez D, Serrano C. Contención verbal, calidad y práctica segura. 2016; 1.
38. Lorenzetti RC, Jacques M, Donovan C, Cottrel S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient and situational factors. *American Family Physician*. 2013; 87 (6): 419-424.
39. Gerdtz MF, Daniel C, Dearie V, Prematunga R, Bamert M, Duxbury J. The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: a multi-site evaluation. *International Journal of nursing studies*. 2013; 50: 1434-1445.
40. Narevic E, Giles GM, Rajadhyax R, Managuelod E, Monis F, Diamond F, The effects of enhanced program review and staff training on the management of aggression among clients in long-term neurobehavioral rehabilitation program. *Aging & Mental health*. 2011; 15 (1): 103-112.
41. Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit*, 2013; 27 (6): 521-528.
42. Hartley D, Ridenour M, Craine J, Morrill A. Workplace violence prevention for nurses on-line course: program development. *HHS public Access*. 2015; 51 (1): 79-89.

43. Guevara Narváez C, Escobar Córdoba F, Fontecha J. Restricción en pacientes agitados. 2004; 52 (3): 199-210.
44. Antoranz E. Consideraciones éticas sobre la Contención Mecánica en pacientes ingresados en el HUCA. [Tesis doctoral] Oviedo: Centro internacional de postgrado; 2013.

ANEXOS

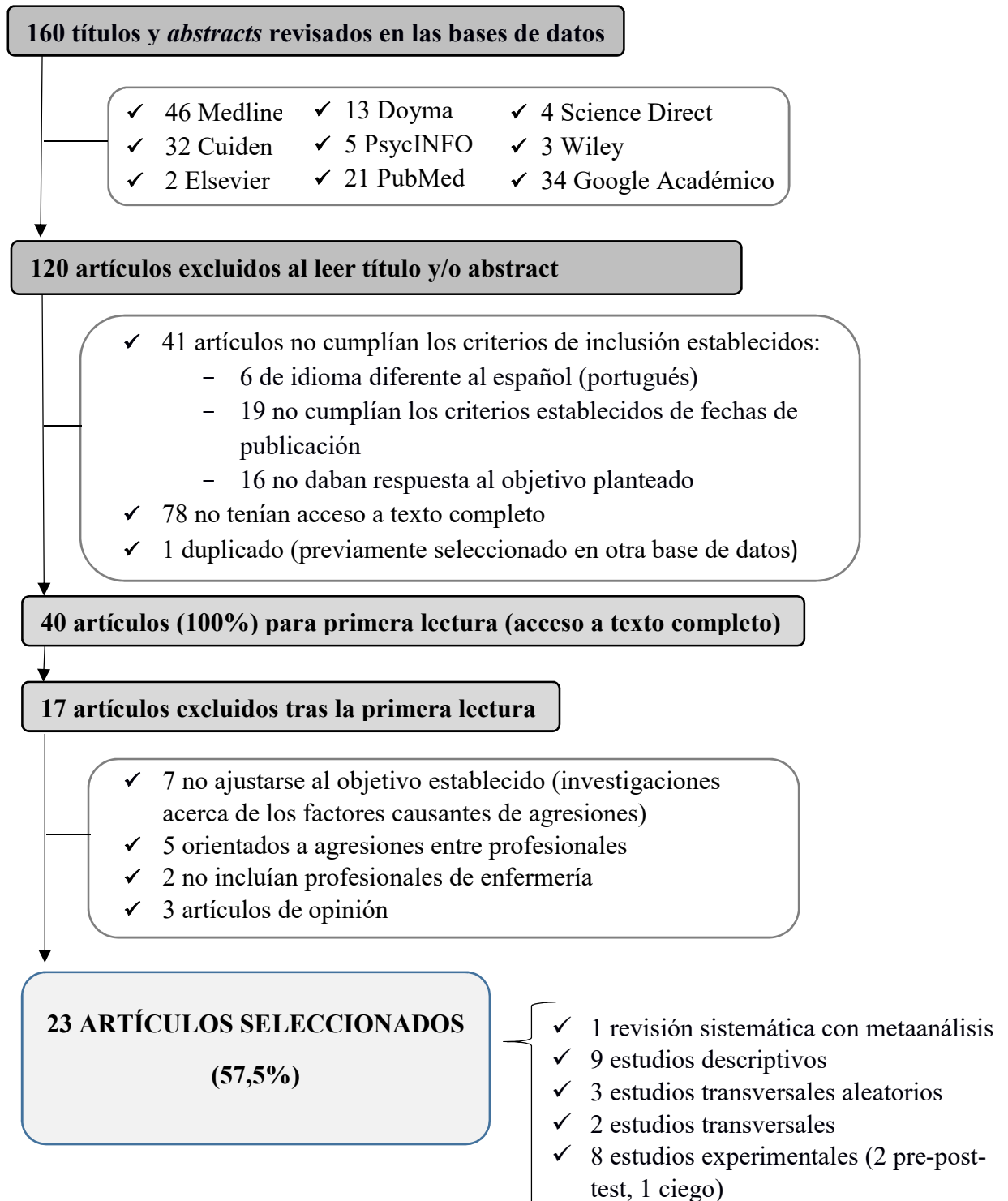
ÁNEXO I: TABLA PREVIA AL PROCESO DE BÚSQUEDA (tabla de elaboración propia)

Concepto	Sinónimo (lenguaje natural)	Descriptor (lenguaje controlado)
Estrategias de afrontamiento	Métodos de afrontamiento	Coping strategies, Training techiques
Conducta agresiva	Acto violento, heteroagresión	Agresive behaviour
Agresión	Amenaza, ataque, insulto	Agression
Violencia laboral	Maltrato laboral	Workplace violence
Enfermería	Enfermera/o	Nursing
Sector sanitario	-	Health sector
Sanidad	Personal sanitario	Health personel
Paciente difícil	Paciente complicado	Difficult patient
Síndrome de Burnout	Burnout	Burnout syndrome
Manejo	manejo	Management, non- farmachology management
Prevención	Preparación	Prevention
Heteroagresión	agresión	Heteroagression
Efectividad	-	Effectiveness
Comunicación efectiva	Estrategias de comunicación	Effective communication
Autocontrol emocional	Técnicas de control emocional	Emotional self-control
Sujeción mecánica	Contención mecánica	Mechanical fastening
Estrategias ambientales	Espacio físico	Enviromental strategies

ÁNEXO II: TABLA SOBRE EL PROCESO DE BÚSQUEDA (tabla de elaboración propia)

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA PROBADA	RESULTADOS (Nº de resultados)
Medline 1	[(*workplace violence) AND (*nursing staff)]	32
Medline 2	[(*workplace violence) AND (*nursing)]	2
Medline 3	[(*workplace violence) AND (*nursing staff) AND *Adaptation, Psychological/]	1
Medline 4	[(*workplace violence) AND (*nursing) AND *Adaptation, Psychological/]	3
Medline 5	[(*workplace violence) AND (*burnout syndrome)]	12
Scielo 1	Violencia laboral y enfermería	0
Scielo 2	Workplace violence AND nursing	21
Pubmed 1	Violence AND nurs*	11389
Pubmed 2	Workplace violence AND nurs*	978
Cuiden 1	Violencia laboral	124
Cuiden 2	Estrategias de afrontamiento AND violencia laboral	0
Cuiden 3	Manejo AND agresividad	10
Cuiden 4	Agresividad	192
Cuiden 5	Paciente agresivo	58
PsycINFO 1	Training techiques AND management patient aggression	196
Doyma 1	Violencia laboral y estrategias	387
Doyma 2	Agresividad y enfermería	187
Doyma 3	Agresiones al personal sanitario y actuación	234

ÁNEXO III: Proceso de selección bibliográfica: DIAGRAMA DE FLUJO (tabla de elaboración propia)



ÁNEXO IV: GUIÓN DE LECTURA CRÍTICA DE LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN (Elaboración propia)

Artículo:			
Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. Gac Sanit, 2013; 27 (6): 521-528.			
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Si No	El objetivo responde a: ¿Qué? Evaluar la efectividad a largo plazo de un entrenamiento de mindfulness en el burnout, estado emocional, empatía y conciencia plena ¿Quién? Profesionales sanitarios. ¿Dónde? Servicio sanitario catalán. ¿Cuándo? Seguimiento durante 12 meses
	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Si No	¿Por qué? Al ser un estudio experimental permite evaluar los resultados obtenidos tras el entrenamiento y así poder evaluar su eficacia.
Diseño	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	Si No	¿Por qué? Al tratarse de un estudio pre-post-test en el que mide el efecto del entrenamiento permite comparar el estado basal con la mejoría obtenida posteriormente.
	¿Se identifica y describe la población?	Si No	¿Por qué? se obtiene una muestra de 87 profesionales sanitarios catalanes (incluyendo enfermeras/os)
Población y muestra	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Si No	¿Por qué? Se oferta la posibilidad de participar en el estudio mediante el Institut Català de la Salut y la muestra no es aleatoria por lo que limita la validez externa del estudio.

	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	Si No	¿Por qué? No, por la misma razón mencionada anteriormente.
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Si	¿Por qué? se realizó una recogida mediante diferentes cuestionarios específicos validados para cada variable.
Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	Si No	¿Por qué? No existe grupo control ni grupo de intervención.
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	No Si	¿Por qué? En cuanto a los participantes, no se trata de un estudio aleatorizado ciego. En cuanto al investigador, se utilizó para llevar a cabo las sesiones un mismo instructor, experto y certificado ajeno al grupo de investigación.
Resultados,	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Si No	¿Por qué? Se analizan los resultados obtenidos a cerca de la mejoría del Burnout, empatía, estado emocional y conciencia plena respondiendo al objetivo planteado.
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Si No	¿Por qué? responde al objetivo planteado de mi trabajo, ofreciendo resultados estadísticamente significativos.

GUIÓN DE LECTURA CRÍTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA (Tabla de elaboración propia)

Artículos:

1. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 86 (3); 279-291
2. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Agresion and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. *Health Services Research*. 2010: 2-8.
3. Chang HE, Cho S-H. Workplace violence and job outcomes of newly licensed nurses. *Asian Nursing Research*. 2016; 10 (1): 271-276.
4. Martín Ortiz C, Lopez Burrezo P, Fraiz Padin MA, Gallego Gutierrez I, Fernández Fernández A, Cueto González JA. Cómo afrontar las agresiones en urgencias sin que nos afecten. *SEEUE* 2012; (27): 1-11.
5. Shapiro J, Rakhra P, Wong A. How third year medical students portray patients, family members, physicians, and themselves in difficult encounters. *Medical teacher*. 2010; 38 (20); 1033-1040.
6. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2002; 9 (1): 325-337.
7. Jiao 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*, 2015; 5 (1): 1-9.
8. Siesto M. Estudio y protocolo de actuación para equipos de emergencias sanitarias: el paciente agitado. [Trabajo de fin de grado] Valladolid: Facultad de enfermería; 2015.
9. Torres Púa ML, Román Sánchez D, Serrano C. Contención verbal, calidad y práctica segura. 2016; 1.
10. Gerdtz MF, Daniel C, Dearie V, Prematunga R, Bamert M, Duxbury J. The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: a multi-site evaluation. *International Journal of nursing studies*. 2013; 50: 1434-1445.
11. Narevic E, Giles GM, Rajadhyax R, Managuelod E, Monis F, Diamond F, The effects of enhanced program review and staff training on the management of aggression among clients in long-term neurobehavioral rehabilitation program. *Aging & Mental health*. 2011; 15 (1): 103-112.
12. Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit*, 2013; 27 (6): 521-528.

13. Antoranz E. Consideraciones éticas sobre la Contención Mecánica en pacientes ingresados en el HUCA. [Tesis doctoral] Oviedo: Centro internacional de postgrado; 2013.														
	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Objetivo	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	No	No
Medición de las	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Resultados,	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Valoración Final														

ANEXO V: TABLA RESUMEN DE LA LITERATURA CONSULTADA (tabla de elaboración propia)

AUTOR Y AÑO/PAÍS	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	TIPO DE PACIENTE	HALLAZGOS DE INTERES	PALABRAS CLAVE
Bernaldo de Quiros M, Labrador FJ, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. (España, 2013)	Realizar una revisión sistemática de la literatura sobre la violencia laboral por parte de pacientes y familiares e identificar líneas de intervención específicas.	Revisión sistemática con metaanálisis	-	Paciente con conducta agresiva	<ul style="list-style-type: none"> - Dotar de habilidades para manejar las emociones y alternativas de actuación aportarán al profesional mayor seguridad, reducción de sensaciones negativas y mejorará el manejo. - La empatía como estrategia eficaz en la comunicación. 	Violencia laboral, urgencias extrahospitalarias, profesionales sanitarios
Ágreda J, Yanguas E. (España, 2001)	Identificar los factores derivados del paciente e intervenciones para su manejo.	Estudio descriptivo	-	Paciente con conducta agresiva	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias eficaces: refugiarnos en una escucha relajada, actitud evaluativa, control y aceptación de sentimientos (autocontrol emocional). 	Agresión, manejo, factores, profesionales sanitarios
Sardiñas López GC. (América, 2012)	Analizar los factores que influyen en este tipo de conductas y las habilidades necesarias para su manejo.	Estudio descriptivo	-	Paciente con conducta agresiva	<ul style="list-style-type: none"> - La escucha relajada, actitud evaluativa y trabajar el autocontrol emocional como estrategias eficaces. - La utilidad e importancia del conocimiento de signos prodrómicos para la detección y puesta en marcha de pautas de actuación. - La empatía, objetivos claros y una comunicación clara concisa y completa dan buenos resultados en el manejo. 	Autocontrol, autoconocimiento, inteligencia emocional, paciente difícil

<p>Galián Muñoz I, Bernal Torres J, Salesa AC, Martínez Serrano J.</p> <p>(España, 2011)</p>	<p>Describir intervenciones para facilitar la actuación socio-sanitaria y aumentar la seguridad del paciente y personal logrando un abordaje adecuado y eficaz.</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>-</p>	<p>Paciente con agitación y/o heteroagresividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento e identificación de signos prodrómicos para una adecuada identificación de la situación y para la prevención de conflictos futuros. - La comunicación efectiva (escucha activa, evitar juicios, objetividad etc) es una de las estrategias más efectivas en la prevención escalada violenta. - Un espacio tranquilo, mobiliario adecuado y a veces la presencia de otros profesionales/familiares da resultados positivos. 	<p>Heteroagresividad, agresión, manejo, abordaje, violencia.</p>
<p>Pons Diez X.</p> <p>(España, 2006)</p>	<p>Analizar el proceso comunicativo que estable el profesional sanitario con el paciente, con la finalidad de optimizarlo.</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>-</p>	<p>Paciente con conducta agresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar la fuente de agresividad del paciente permite emprender estrategias adecuadas y adaptadas. - Una comunicación clara y permitir hablar al paciente mejora su confianza. - La paráfrasis como estrategia efectiva para contrastar la información recibida. - Respuestas como la irritación o enfado hacia el paciente favorecen la conducta. - Estrategias ambientales efectivas tales como: la distancia mínima de seguridad, colocarse fuera del espacio personal o en su lado no dominante. 	<p>Comunicación eficaz, empatía, enfermería, profesional sanitario</p>
<p>Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA.</p> <p>(España, 2012)</p>	<p>Conocer la frecuencia de manifestaciones hostiles hacia el profesional de enfermería detectando características asociadas a una mayor exposición.</p>	<p>Estudio descriptivo transversal aleatorizado</p>	<p>1489 enfermeras/os</p>	<p>Usuario con conducta agresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Una mejor formación de manejo de situaciones conflictivas lleva a una reducción de agresiones - La agresión verbal es la más frecuente - Una comunicación efectiva buscando la aproximación, evitar la confrontación y establecer límites es efectivo - Responder con la misma hostilidad fomenta la conducta agresiva. 	<p>Agresión, violencia laboral, salud laboral, enfermería</p>

Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. (Alemania, 2010)	Examinar la frecuencia, tipo y gravedad de las agresiones para investigar las consecuencias del comportamiento de los enfermeros y evaluar las medidas para hacer frente a la agresión.	Estudio transversal	123 enfermeros/as	Pacientes psiquiátricos, geriátricos y con diversidad funcional	<ul style="list-style-type: none"> - La frecuencia del incidente y la falta de apoyo aumentaron la probabilidad de estrés - Se observó gran porcentaje de consecuencias emocionales tras los incidentes - El apoyo de los compañeros/as como estrategia mayor para la gestión de conflictos y reducción del estrés. 	Agresion, violence, health care workers, social support
Chang HE, Cho SH (Corea, 2016)	Examinar la prevalencia de la violencia en las enfermeras y la relación entre la violencia y los resultados laborales.	Estudio transversal	312 enfermeras/os	Paciente con conducta agresiva	<ul style="list-style-type: none"> - La agresión verbal la más frecuente. - Una comunicación efectiva constituye una de las estrategias más efectivas a la hora de prevenir y manejar situaciones de heteroagresividad. - Enfrentarse de manera inadecuada a la situación produce burnout, disminución del rendimiento laboral y otros problemas emocionales. 	Burnout, job satisfaction, nurses, violence
Anza Aguirozabala I, Gea Serrano A, Granados Moreno A, Martínez García JF, et al (España, 2008)	Dar una adecuada respuesta a las situaciones conflictivas.	Estudio descriptivo	-	Paciente con conducta agresiva	<ul style="list-style-type: none"> - La presencia de otro personal tiene efecto disuasorio y en ocasiones el nivel de tensión del paciente disminuye. - Estrategias de comunicación efectivas: dar información acerca del proceso, el tono de voz, evitar la confrontación o establecer límites. - La escucha activa produce sensaciones positivas en el paciente y neutraliza nuestras emociones. - Mantener una postura corporal adecuada aporta tranquilidad. 	Agresión, prevención, actuación, profesional sanitario

<p>Martín Ortiz C, López Burrezo P, Fraiz Padin MA, Gallego Gutierrez I, Fernández A, Cueto González JA.</p> <p>(España, 2012)</p>	<p>Analizar los sentimientos generados tras una agresión, identificar cual es la actitud que adopta el profesional, valorar las consecuencias en la calidad de la atención y establecer estrategias para reducir las agresiones.</p>	<p>Estudio experimental</p>	<p>100 profesionales sanitarios</p>	<p>Paciente con conducta agresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se observó que la mayoría de los participantes sentían miedo, ansiedad e impotencia ante la dificultad de manejar estas situaciones. - Tras situaciones de esta índole, se contempló que cambiaba la calidad, concentración y rendimiento de los profesionales lo que condicionaba el manejo de futuras situaciones. 	<p>Agresiones, personal sanitario, afrontamiento, estrés</p>
<p>Shapiro J, Rakhra P, Wong A.</p> <p>(USA, 2016)</p>	<p>Investigar las percepciones ante intervenciones con paciente conflictivos (“difíciles”)</p>	<p>Estudio experimental ciego</p>	<p>134 profesionales sanitarios</p>	<p>Paciente conflictivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El uso de la empatía verbal como no verbal facilitó la interacción con el paciente y logró que estos cambiaran el comportamiento en un porcentaje significativo. 	<p>Difficult patient, difficult encounters, emphatic, health sector</p>
<p>Megías-Lizancos F, Vila Gienno C, Carretero Román J, et al</p> <p>(España, 2016)</p>	<p>Establecer criterios de buenas prácticas con relación a la atención y cuidados del paciente y describir intervenciones para minimizar los problemas secundarios al abordaje.</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>-</p>	<p>Paciente agitado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La desactivación verbal, empatía, respeto y la escucha activa estrategias comunicativas eficaces. - Autocontrol emocional - Estrategias ambientales eficaces: colocarse fuera del espacio personal, en su lado no dominante, la aproximación debe hacerse dentro de su campo visual, asegurar vía de salida accesible y espacio amplio y tranquilo. - 	<p>Abordaje, profesional sanitario, violencia laboral, agresividad, paciente agitado</p>
<p>Duxbury J.</p> <p>(Reino Unido, 2002)</p>	<p>Identificar y evaluar los enfoques utilizados para manejar la agresión.</p>	<p>Estudio experimental</p>	<p>82 (72 enfermeras/os y 10 médicos/as)</p>	<p>Paciente con conducta agresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Una comunicación pobre contribuye a situaciones de agresión - Los estilos y habilidades de comunicación son limitados entre el personal. - Falta de conciencia entre el personal 	<p>Agresion management, evaluation, psychiatry</p>

Jiao M, Ning N, Li Y, Gao L, Cui Y, Sung H et al. (China, 2015)	Determinar la prevalencia de la violencia, factores de riesgo y proporcionar una base para futuras intervenciones.	Estudio experimental aleatorizado	588 enfermeras	Paciente con conducta agresiva	<ul style="list-style-type: none"> - Se observó que un 59% tuvo una comunicación pobre con el paciente que supuso una contribución a la agresión. - A mayor nivel de ansiedad, mayor riesgo de experimentar un acto violento. 	Workplace violence, risk factors, nurses, coping strategies
Siesto Marcos M. (España, 2014)	Desarrollar pautas de actuación estandarizadas para el manejo de este tipo de pacientes en urgencias.	Estudio experimental	121 pacientes atendidos en urgencias	Paciente agitado/agresivo	<ul style="list-style-type: none"> - El uso exclusivo de estrategias verbales fue efectivo en un 62,8%. - La contención física fue necesaria en el 2,48% - Los espacios físicos restrictivos promueven la agresividad - Si la familia ejerce una función desestabilizadora debemos pedir que salgan de, si, por el contrario, sirven de apoyo considerar que estén presentes. - 	Protocolo de actuación. agitación psicomotriz; emergencias
Torres Púa ML, Román Sánchez D, Serrano C. (España, 2016)	Demostrar la importancia del uso de la contención verbal como elemento de calidad y práctica segura	Estudio clínico aleatorizado	50 pacientes	Paciente agitado/agresivo	<ul style="list-style-type: none"> - La contención verbal fue efectiva incluso en un 90% en la que en el 50% se usó de manera exclusiva. - La contención física fue necesaria para el 10% de los pacientes 	Comunicación, agresividad, enfermería
Lorenzetti RC, Jacques M, Donovan C, Cottrel S, Buck J (Estados Unidos, 2013)	Determinar y analizar las estrategias de afrontamiento efectivas en encuentros de difícil abordaje	Estudio descriptivo (revisión bibliográfica)	-	Todo tipo de paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Las entrevistas motivacionales mejoran la alianza terapéutica con el paciente e influyen de manera positiva en el cambio de comportamiento. - La escucha activa y la empatía son estrategias de comunicación efectiva. - Responder con la misma hostilidad, fomenta la agresividad. 	Coping strategies, patient, difficult, risk factors

Gertz MF, Daniel C, Dearie V, Prematunga R, Bamert M, Duxbury J. (Australia, 2013)	<p>Evaluar el impacto de un programa de formación rápida sobre las actitudes del personal en relación a la prevención y manejo temprano de la agresión del paciente</p>	<p>Estudio experimental pre-post-test</p>	<p>471 enfermeras</p>	<p>Paciente con conducta agresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se observaron cambios significativos en la prevención y manejo de las situaciones tras la formación. - Los pacientes se volvían agresivos por que el personal no les escuchaba adecuadamente - Mejorar la relación con el paciente reduce la incidencia de agresión y violencia. 	<p>Agresion, attitudes, education, emergency nursing</p>
Narevic E, Gordon MG, Rajadhyax R, Managuelod E, Monis F, Diamond F. (Estados Unidos, 2011)	<p>Examinar los efectos de los grupos de apoyo y la capacitación del personal junto con la implementación de un programa individualizado al paciente en la gestión de la agresión a largo plazo.</p>	<p>Estudio experimental</p>	<p>267 pacientes</p>	<p>Pacientes con discapacidad neuroconductual (con antecedentes de agresión o difícil gestión)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gran parte de las agresiones ocurrieron después de que un/a enfermera/o transmitiera estimulación aversiva como frustración. - El uso de rutinas diarias disminuye la ansiedad, confusión... del paciente. - Tras introducir el apoyo al profesional, la autoconciencia y autoeficacia se redujo un 77% la frecuencia de los incidentes. 	<p>Mental disorder, geriatric patients, quality assurance. Non-aversive approach, support groups</p>
Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T et al (España, 2013)	<p>Evaluar la efectividad a largo plazo de un programa de entrenamiento mindfulness en el burnout, estado emocional, empatía y conciencia plena.</p>	<p>Estudio experimental pre-post-test.</p>	<p>87 profesionales divididos en 4 grupos (21,21,22,23)</p>	<p>Todo tipo de paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se observó disminución del Burnout y mejoría de la conciencia plena (mejoría de todas las escalas en comparación al nivel basal. 	<p>Agotamiento profesional, estrés, atención primaria de salud, empatía, comunicación en salud</p>
Hartley D, Ridenour M, Craine J, Morrill A. (Estados Unidos, 2015)	<p>Desarrollar y la evaluar un curso diseñado para brindar a los trabajadores de la salud prevención ante la violencia en el lugar de trabajo.</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>-</p>	<p>Paciente con conducta agresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias verbales y ambientales don eficaces para la identificación y actuación. - La presencia de otro personal tiene efecto disuasorio y en ocasiones el nivel de tensión del paciente disminuye. 	<p>Workplace violence, healthcare, on-line, training</p>

Guevara Narvaez C, Escobar Córdoba F, Fontecha J. (América del Sur, 2004)	Proporcionar pautas claras a cerca de la contención física al personal de salud para la evaluación y el manejo.	Estudio descriptivo (revisión bibliográfica)	-	Paciente agitado	<ul style="list-style-type: none"> - Indicaciones y contraindicaciones precisas para llevar a cabo procedimientos de restricción física - Siempre deben estar precedidos por intervenciones terapéuticas menos restrictivas. Si las estrategias previas trabajadas fallan evaluar la necesidad de restricción física 	Agresión, restricción física, crisis, paciente agitado
Antoranz Castro E. (España, 2013)	Conocer las características de la aplicación de medidas de contención mecánica y desarrollo de propuestas de mejora.	Estudio experimental descriptivo	50 pacientes	Paciente con conducta agresiva	<ul style="list-style-type: none"> - Un 28% precisó sujeción total e incluso un 72% se le aplicó sujeción parcial - 2% de complicaciones (rozaduras) - Indicaciones y contraindicaciones precisas para llevar a cabo procedimientos de restricción física - Realizar siempre bajo claro criterio clínico 	Contención mecánica, enfermería, urgencias, cuidados

ANEXO VI: ÁRBOL CATEGORIAL
(Elaboración propia)

