

LA VIOLENCIA CONTRA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: ESTUDIO EN LOS HOSPITALES DE PALESTINA

AUTORES:

Naji Abu Ali (Profesor de la Universidad de Belén, Palestina);

Rosa Sánchez Díaz (Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Sevilla Nisa Aljarafe);

Aranzazu Rivera Corrales (Enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla)

RESUMEN:

Muchos estudios de investigación muestran que la violencia y la agresión en el lugar de trabajo han aumentado en los últimos años. Además, muestran que la prevalencia de la violencia es 6 veces más alta en los sectores sanitarios. El personal que se encuentra en primera línea, como en el servicio de urgencias, es el más susceptible a la violencia y al asalto. La verdadera incidencia de la violencia es difícil de determinar debido a las diferentes definiciones que puede haber de violencia. Hay evidencias que muestran el bajo número de denuncias que se hacen de los comportamientos violentos y la falta de formación y preparación en el trato con los pacientes violentos. También existe la falta de apoyo a las víctimas en el campo de la salud.

Se adoptó un enfoque cuantitativo para investigar la prevalencia de la violencia en los servicios de urgencias y las medidas utilizadas por el personal para prevenir tal violencia. Se utilizó un método descriptivo no experimental en secciones cruzadas. Se seleccionó una muestra de no probabilidad de enfermeros diplomados y en prácticas que trabajan en los servicios de urgencias en hospitales palestinos ubicados en un área de 80 kilómetros cuadrados. Para recoger los datos se utilizó un instrumento desarrollado por el Consejo Internacional de Enfermeros (ICN). Se repartieron un total de 99 cuestionarios entre 9 lugares de investigación diferentes, de los cuales se reconocieron 92, (un ratio de respuesta del 92,9%). Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos y los hallazgos se interpretaron estadísticamente usando el paquete estadístico para la Sociología (SPSS). Los resultados muestran que la mayoría de los participantes en el estudio denunciaron la prevalencia del abuso verbal y que un tercio de ellos habían sufrido algún tipo de agresión física en los últimos 12 meses. Los principales agresores eran los familiares seguidos por los pacientes. El período de tiempo en el que ocurriría la mayoría de las agresiones físicas fue el comprendido entre las 7 de la mañana y la 1 de la tarde.

El tipo de apoyo más actual que el gerente facilitaba era la oportunidad de hablar sobre lo sucedido y de denunciar el incidente en ambos tipos de violencia, física y verbal. Por lo general, las víctimas no estaban muy contentas con la manera con la que se trataba el incidente en el lugar de trabajo. La denuncia de las agresiones fue baja debido a que las víctimas piensan que es algo inútil y sin importancia. Los encuestados piensan que restringir el acceso al público, mejorar las instalaciones, restringir el cambio de dinero en el lugar de trabajo, una adecuada asistencia médica, la formación del personal, la inversión en el desarrollo de recursos humanos y reducir los períodos de tiempo en los que se trabajan solos podrían ayudar a minimizar la violencia en el lugar de trabajo.

PALABRAS CLAVE:

- Violencia
- Enfermería
- Prevención

TÍTULO:

LA VIOLENCIA CONTRA LA ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: ESTUDIO EN LOS HOSPITALES DE PALESTINOS

ABSTRACTO:

Numerosos estudios de investigación muestran que la violencia y la agresión en el lugar de trabajo han aumentado en los últimos años. Además, muestran que la prevalencia de la violencia es seis veces mayor en los sectores de la salud. El personal que trabaja en primera línea, como en los servicios de urgencias, es más susceptible a la violencia y las agresiones. La verdadera incidencia de la violencia es difícil de determinar, debido a las diferentes definiciones de violencia. Hay pruebas de que no se denuncian los comportamientos violentos y de que falta educación y formación formales en relación con el trato con pacientes violentos. También hay una falta de apoyo a las víctimas en los sectores de la atención sanitaria.

Se adoptó un enfoque cuantitativo para investigar la prevalencia de la violencia en los departamentos de urgencias y las medidas utilizadas por el personal de urgencias para prevenir dicha violencia. Se utilizó un diseño descriptivo no experimental transversal. Se seleccionó una muestra no probabilística de todas las enfermeras prácticas registradas y licenciadas que trabajaban en urgencias en hospitales palestinos ubicados dentro de un área de 80 km cuadrados. Se utilizó un instrumento desarrollado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para recopilar los datos. Se distribuyeron un total de 99 cuestionarios entre 9 sitios de investigación y se devolvieron 92 (una tasa de respuesta del 92,9%). Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos y los hallazgos se interpretaron estadísticamente utilizando el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS). Los resultados muestran que la mayoría de los encuestados informaron

la prevalencia del abuso verbal y un tercio había experimentado un ataque físico en los últimos 12 meses. Los principales perpetradores de la violencia fueron familiares, seguidos de los pacientes. El momento más frecuente de ataque físico ocurrió entre las 7:00 am y la 1:00 pm.

El tipo de apoyo más común brindado por el empleador fue la oportunidad de hablar y denunciar el incidente en casos de violencia física y verbal. En general, las víctimas se mostraron insatisfechas con la forma en que se manejó el incidente en la empresa.

El número de víctimas que denuncian incidentes violentos es bajo, ya que piensan que es inútil y no importante. Los encuestados piensan que el acceso público restringido, el entorno mejorado, el intercambio restringido de dinero en el lugar de trabajo, la atención al paciente

La detección, la formación, la inversión en el desarrollo de los recursos humanos y la reducción de los períodos de trabajo en solitario podrían ayudar a minimizar la violencia en el lugar de trabajo.

PALABRA CLAVE:

- Violencia
- Enfermería
- Prevención

INTRODUCCION

La violencia y el asalto en el servicio de urgencias son reconocidos como los riesgos significativos para los profesionales de la enfermería. Sin embargo, todos los enfermeros corren el riesgo de ser agredidos por los pacientes, familiares o por las visitas familiares. Del mismo modo que la violencia crece en la sociedad, el riesgo para la enfermería también aumenta.

Además, la violencia se ha convertido en la segunda causa de muerte en ciertas sociedades, como es el caso de la americana. (Mayer y otros 1999). Existen otros estudios que demuestran el crecimiento de la violencia en otras sociedades (ENA 1999, Brantley 1992, Aple y Hoag 1993, Presley, Rippon 2000 y Robinson 2002).

Para asegurar un ambiente de trabajo seguro, los directores de enfermería deben proporcionar la formación adecuada al personal para prevenir y saber actuar ante situaciones violentas que se puedan dar en el lugar de trabajo. Es necesario formar a los enfermeros, así como una selección adecuada del personal para los servicios de urgencias. La dirección debería facilitar y enfatizar en la necesidad de realizar cursos de formación en el manejo del estrés y limitaciones.

Es importante que el personal que trabaja en el servicio de urgencias sea consciente de que la violencia y la agresión por parte de los pacientes resulta de varios factores como pueden ser el estrés, el dolor, el miedo a lo desconocido, el tiempo de espera para ser atendidos y tratados, la suficiente dotación de personal, la falta de personal de seguridad visible y estímulos nocivos como el sonido de monitores (Presly, 2002). Existen también causas ambientales como por ejemplo, un ambiente de espera desagradable, asientos incómodos e insuficientes y la falta de distracción, TV, revistas, teléfonos y carteles. Todos estos aspectos pueden llevar a la violencia.

Declaraciones del problema

La violencia y la agresión física en los servicios de urgencias son reconocidos como los riesgos significativos para los profesionales de enfermería. La violencia en las sociedades está aumentando y se ha convertido en la segunda causa de muerte en algunas sociedades (Mayer et al 1999). Para detectar la prevalencia de la violencia en el servicio de urgencias y concientizar al personal sobre ello, este estudio pretende investigar la prevalencia de la violencia en el servicio de urgencias y conocer las opiniones del personal sobre el modo en que se podría prevenir tal violencia. . Para asegurar un entorno de trabajo seguro, los directores de enfermería deben proporcionar una formación adecuada al personal relacionada con la prevención y el modo de actuar ante situaciones de violencia y agresión. Los enfermeros deben comprender que la violencia resulta de una serie de factores como pueden ser el estrés, el dolor, el miedo a lo desconocido, una larga espera para ser atendidos y tratados y un ambiente desagradable.

Importancia del estudio

Dado que la violencia crece en la sociedad, este estudio investigará las actitudes de enfermería en relación con la prevalencia y las medidas de prevención contra la violencia en los servicios de urgencias. Existe una falta de datos en relación con la prevalencia de la violencia en los servicios de urgencias en los hospitales palestinos, de manera que con la realización de este estudio, se conseguirá concienciar al personal ya la comunidad y esto llevará al desarrollo de políticas gráficas en relación con la violencia y cómo responder a ella y, por tanto, la necesidad de formar al personal en los servicios de urgencias. El estudio ayudará a concienciar sobre la importancia de ciertos criterios de selección a tener en cuenta para elegir al personal que se adecúe de la mejor manera al trabajo en los servicios de urgencias.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo principal del estudio es investigar la prevalencia de la violencia en los servicios de urgencias y los factores utilizados por el personal para prevenir tal violencia.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la incidencia de la violencia en los servicios de urgencias en Palestina?

¿Qué medidas se toman en los servicios de urgencias para impedir la violencia?

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en asunto pendiente desde hace más de 15 años. Se ha convertido en una preocupación de salud pública tanto para aquéllos que proporcionan cuidados de salud, como para aquéllos que reciben (Kingma, 2001). Hay investigaciones que se centran en la violencia en los servicios de psiquiatría (Walsh 1996, Fairly y Brown 1997), en las salas generales (Whittington et, al 1996, McKenna 1999), y en los servicios de urgencias

(Dolan & Holt, 2000).). Hay diferentes definiciones de violencia en el lugar de trabajo. Algunas la definen desde el punto de vista del intento o del asalto físico real (el de Krus. et al., 1995). Otras la definen como abuso no físico, como puede ser el abuso verbal y las amenazas, que pueden tener consecuencias psicológicas y físicas (el de Flannery y col., 1995). La violencia es un término difícil de definir (Brennan, 2000). Dennen (1980) halló 106 definiciones del término. La violencia se define como cualquier incidente en el que una persona sufre abuso verbal, es amenazada o atacada psicológica o físicamente por un paciente o por cualquier otro tipo de cliente (Salud y Comisión de Seguridad, 1997, Rippon 2000, Beale et al 1999). , RCN, 1998).

La violencia se define como el asalto físico real o frustrado. Cualquier comportamiento con intención de dañar a los trabajadores o a su organización, el uso intencionado del poder contra otra persona o contra un grupo (Kraus, 1995, Folger, 1996, OMS, 1995).

La Oficina Internacional de los Trabajadores, el CIE, la OMS y los servicios públicos internacionales han lanzado un programa común para reducir la incidencia de la violencia en el sector de la salud y minimizar su impacto negativo en las víctimas y servicios. En este estudio se ha adoptado la definición de violencia en el lugar de trabajo del ICN, cuya definición es: 'Incidentes donde se abusa, amenaza o agrede al personal en circunstancias relacionadas con su trabajo, que supone un riesgo explícito o implícito de su seguridad, bienestar o salud (ICN, 2003, página 2)".

La violencia en el lugar de trabajo tiene sus orígenes en varios factores. Los factores individuales pueden jugar un papel importante. Por ejemplo, una enfermedad mental, el consumo de alcohol o de drogas pueden aumentar el riesgo de violencia a los trabajadores del sector sanitario. También pueden influir los factores ambientales. Factores como pueden ser una pobre iluminación, pocas medidas de seguridad, salas de espera desagradables y la organización en los servicios de urgencias repercuten y pueden aumentar el riesgo de violencia. La falta de personal puede aumentar el riesgo de violencia debido a que se pueden alargar los periodos de espera y que los trabajadores estén solos con los pacientes. Un bajo apoyo por parte del supervisor, la sobrecarga de trabajo y unas pobres relaciones profesionales son factores que pueden aumentar el estrés en el lugar de trabajo y también el riesgo de agresión.

Es difícil evaluar la fuente de violencia en los servicios de urgencias. Puede haber una serie de factores que influyan en su desarrollo. Éstas incluyen actitudes del personal, el estado interno del individuo y el entorno del servicio de urgencias (Dolan y Bosque, 2002).

Una plantilla pobre y unas habilidades inadecuadas también son factores significativos que pueden contribuir a la violencia (Dolan y Holt, 2000). Una pobre dotación de personal en los servicios de urgencias donde hay una dura carga de trabajo, también puede contribuir a una atmósfera de tensión. En estas condiciones, el enfermero está trabajando bajo presión y teniendo al cuidado un gran número de pacientes en cualquier turno de trabajo. El enfermero puede dar la impresión de una falta de interés en el paciente y en los familiares, percibiéndose señales no verbales negativas, que pueden llegar a provocar algún tipo de confrontación (Dolan & Holt, 2000).

En esta investigación se utilizó un estudio descriptivo, en secciones cruzadas, no experimental para identificar la prevalencia de la violencia y las medidas preventivas usadas para prevenir la agresión y la violencia en los servicios de urgencias de Palestina. Los diseños en secciones cruzadas engloban la recogida de datos en un punto y en un período de tiempo concreto; Los fenómenos bajo estudio se recogen durante un período de recogida de datos. Esto es apropiado para describir las relaciones entre los fenómenos. En este estudio fueron: la edad y violencia, género y violencia, años de experiencia y violencia, formación y violencia, y manejo y violencia a través de las políticas en los servicios de urgencias.

Población

La población diana era todos los enfermeros (enfermeros diplomados y enfermeros en prácticas) que trabajaban en los servicios de urgencias en los hospitales de Palestina en Cisjordania y en Jerusalén.

Muestra

La muestra incluye a todos los enfermeros que trabajan en los servicios de urgencias de 9 hospitales de Cisjordania y de Jerusalén que representan las 3 principales áreas geográficas: el hospital Al Ahli, el hospital Alia y el hospital Al Muhtasib, los 3 situados en el sur. ; el hospital Beit Jallee y el hospital Al Yamama, que están en el centro con: el hospital Al MaKassed y el hospital Augustia Victoria situados en Jerusalén y finalmente, el hospital de Ramalla, el hospital Al Sheich Zaided y el hospital Al Reaia que están en El Norte.

El tamaño de la muestra era de 99 enfermeros que reunían los siguientes criterios de selección:

1. Trabajar en los servicios de urgencias en Palestina;
2. Ser enfermeros, diplomados y en prácticas;
3. Trabajar al menos 21 horas a la semana;
4. Tener una experiencia de más de 3 meses en los servicios de urgencias, de manera que hayan tenido el tiempo suficiente para orientarse y adaptarse al ambiente en estos servicios.
5. Ser enfermero que trabaje en uno de los 9 hospitales arriba mencionados.

La muestra escogida era una muestra de no probabilidad; la falta de accesibilidad en la participación para tener una selección aleatoria y la limitación de tiempo y recursos, fueron factores instrumentales en la elección de la muestra del estudio.

La muestra representa cerca del 75 por ciento del total de los enfermeros que trabajan en los servicios de urgencias en Cisjordania y en Jerusalén; Por lo tanto, esto debería asegurar que la muestra sea representativa. Se reconocieron 92 cuestionarios completos con un ratio-respuesta del 92,9%. El número total de enfermeros que trabajan en los servicios de urgencias en Palestina es de 135, el intervalo de confianza estaba establecido en $\pm 5\%$, siendo un nivel de confianza del 95%.

Instrumentos

El Consejo Internacional de Enfermeras en Ginebra desarrolló el cuestionario en el 2003. Se pidió permiso para utilizar este cuestionario y fue concedido oficialmente.

El cuestionario consta de cuatro secciones o subapartados. La primera sección (Sección A) consta de 12 artículos relacionados con los datos demográficos: edad, género, cargo que ocupa actualmente, años de experiencia, categoría, tipo de trabajo, número de personal por turno, grado de preocupación sobre la violencia y procedimiento a seguir para denunciar un incidente en los hospitales. La sección B consta de 21 artículos relacionados con la violencia física, incluyendo: prevalencia de la violencia, fuente de la violencia, momento del incidente, maneras de responder a la violencia, efectos de la violencia en el enfermero, consecuencias de la violencia, tipo y fuente de apoyo después del incidente y denuncia del incidente.

La sección C consta de 13 artículos relacionados con la agresión verbal incluyendo: prevalencia, momento, fuente y respuesta a la violencia. Además, las consecuencias, tipo y fuente de apoyo tras el incidente y los procedimientos a seguir para denunciar, también están incluidos en esta sección.

La sección D consta de 7 artículos relacionados con los empleados del sector sanitario incluyendo: políticas, medidas tomadas para tratar la violencia, los diferentes cambios que sucedieron en el lugar de trabajo en los 2 últimos años, su impacto en el trabajo diario y finalmente, formación y entrenamiento relacionados con el manejo de la violencia y su prevención. Para mayor fiabilidad, el investigador calculó el alfa para comprobar la consistencia interna del instrumento como se muestra en la tabla 1. Kuder-Richardson 20 (KR20) computado para las preguntas de dicotomía y el alfa de Cronbach que fueron computados para las preguntas a escala. Los coeficientes de fiabilidad de alfa eran entre 0,46 y 0,79. Sólo un campo estaba por debajo del nivel aprobado de 0.70. (tabla1).

Tabla 1- Coeficientes alfa para cada campo del instrumento.

<i>Artículo</i>	<i>Esparto</i>
Pregunta física y verbal (sí, ninguna pregunta)	0,71
Problemas y quejas tras la agresión física (escala 5-20)	0,77
Problemas y quejas tras la agresión verbal (escala 5-20)	0,74
Sector sanitario (HE 1). (Sí, ninguna pregunta)	0,77
Sector sanitario (HE 2). (Sí, ninguna pregunta)	0,46
Sector sanitario (HE 3). (escala 16-64)	0,79

En condiciones de validez/validación, como los participantes en el estudio no tenían como primera lengua el inglés, para aclarar los artículos que aparecían en el estudio, fue necesaria la traducción al árabe por un experto en ambas lenguas. Principalmente lo necesitarían los enfermeros en prácticas.

El procedimiento más recomendado para verificar la traducción del estudio es la traducción inversa (Jones E. ,1986). En este procedimiento, un traductor cambia el estudio al idioma deseado y después, otro traductor diferente vuelve a traducirlo a la lengua original. Este procedimiento se recomienda en el estudio comparativo transcultural.

Se encontraba el principio de beneficencia ya que los participantes no se sentían incómodos cuando se vieron formando parte de este estudio. Los participantes estaban a salvo de cualquier riesgo previsible de verse perjudicados mientras contribuían potencialmente explorando el problema de la agresión. Más aún, se les aseguró que su participación o cualquier información que pudieran aportar no serían usadas en su contra de ninguna manera. Por lo tanto, las personas accedieron a participar en el estudio al ver que podían percibir beneficios personales, directos o para la sociedad en general.

El respeto a la dignidad humana era el segundo principio tenido en cuenta en este estudio e incluía el derecho a la autodeterminación ya la revelación completa. El derecho a la autodeterminación aseguraba a los participantes el derecho a decidir voluntariamente el querer participar en el estudio sin correr riesgo alguno a cualquier penalización o tratamiento perjudicial. También tenían el derecho a hacer preguntas y pedir aclaraciones.

Se aseguró en este estudio el derecho a la revelación completa haciendo una descripción completa de la naturaleza del mismo. Todos los participantes eran conscientes de que el estudio era completamente voluntario.

El tercer principio ético en este estudio tenía que ver con la justicia, que incluía los derechos de los participantes a un tratamiento justo y el derecho a la privacidad. Todos los enfermeros de los servicios de urgencias fueron tratados del mismo modo dentro de los mismos criterios de selección. Se garantizaba el derecho a la privacidad asegurando el anonimato y la confidencialidad.

Todos estos derechos se protegieron, aseguraron y quedaron aclarados en la carta que se redactó para este estudio. Se obtuvo el permiso para proseguir con este estudio y se recaló que era voluntario, anónimo y de naturaleza confidencial.

Resultados del estudio

Los datos fueron analizados principalmente utilizando SPSS; análisis descriptivo; -cuadrado de ji; ANOVA y prueba de T para ver la diferencia entre los grupos. El nivel de probabilidad fue establecido en $p = 0.05$.

Descripción de la muestra

La muestra estaba formada por 92 enfermeros; Las características sociodemográficas de los participantes, incluyendo la distribución por edad y sexo, están reflejadas en la tabla 2. 64 (69,6%) eran hombres y 28 (30,4%), mujeres. 59 (66,3%), están incluidos en la categoría que corresponde a las edades comprendidas entre 26 - 44.

Tabla 2 - Características sociodemográficas de los participantes, Palestina

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Distribución por edades		
- 25	17	19.1
26-44	59	66.3
45 +	13	14.6
Total:	89	100.0
Distribución por sexo		
Hombres	64	69.6
Mujeres	28	30.4
Total:	92	100.0

La tabla 3 describe la distribución de los participantes según el puesto actual que ocupan, el tiempo que llevan trabajando y el sistema sanitario al que pertenecen. 35 son enfermeros diplomados, (38.19%), 30 son enfermeros en prácticas, (33.3%). Los resultados muestran un alto nivel de experiencia, 48 enfermeros, (52,2%) superan los 10 años de experiencia.

La mayoría de los enfermeros trabajan en hospitales privados, 40 (44%) y 24 (26,4%) trabajan en el sector público.

Tabla 3 - Puesto actual, experiencia y sistema de sanación de los participantes

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Puesto actual		
Supervisor de enfermero	18	20.0
Enfermero coordinador	7.0	7.8
Enfermero diplomado	35	38,19
Enfermero en prácticas	30	33.3
Total:	90	100.0
Años de experiencia		
1-4	20	21.7
5-9	24	26.1
+10	48	52.2
Total	92	100.0
Sistema sanitario		
Privado	40	44.0
Concertado	dieciséis	17.6
Público	24	26.4
Ayuda Internacional	6.0	6.16
Otros	5.0	5.5
Total :	91	100.0

Dimensiones de la violencia

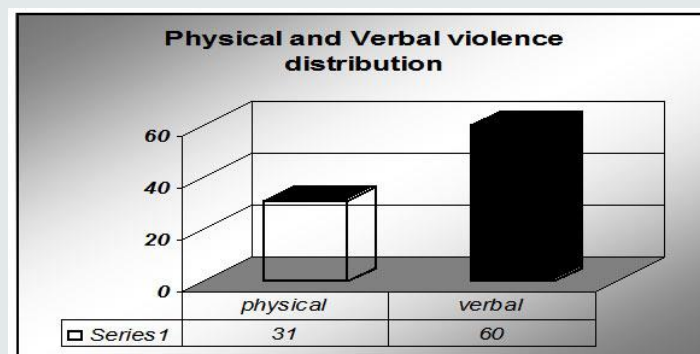
La prevalencia de la violencia en el lugar de trabajo muestra que la mayor parte de las agresiones ocurridas en los servicios de urgencias eran agresiones verbales (69,8%, n = 60), seguidas de las agresiones físicas (34,1%, n = 31). Los resultados mostraron que la violencia fue percibida por las víctimas, en la mayoría de los casos, como un incidente normal; las agresiones físicas eran percibidas por encima de la mitad de los casos como un incidente típico, mientras que la agresión verbal se percibía como algo normal por encima de los dos tercios.

Los principales agresores en ambos tipos de violencia eran los familiares, con cerca de los dos tercios de los casos, seguidos por los pacientes, al menos el 20% de los casos fueron ellos.

Tabla 4- prevalencia de la violencia física y verbal

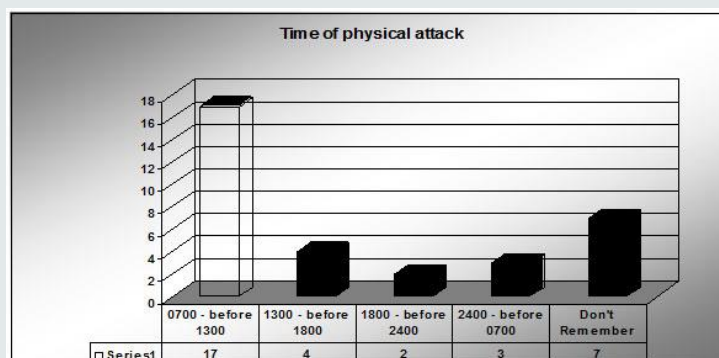
Agredido	Física		Verbal	
	norte	%	norte	%
Si	31	34.1	60	69.8
No	60	65.9	26	30.2
Total	91	100.0	86	100.0
Incidente típico				
Si	17	58.6	47	71.2
No	12	41.4	19	28.8
Total	29	100.0	66	100.0
¿Quién se alegró?				
Paciente	6.0	18.2	12	18.5
Familiar	23	69.7	45	69.2
Personal	2.0	6.1	7.0	10.8
Otro cliente	2.0	6.2	1.0	1.5
Total:	33	100.0	sesenta y cinco	100.0

La gráfica 1 muestra la distribución de la violencia física y verbal en los servicios de urgencias, siendo el abuso verbal dos veces más frecuente que el físico.



Gráfica 1- Distribución de la violencia física y verbal en los servicios de urgencias

La gráfica 2 muestra que el horario más frecuente de la agresión física sucedía entre las 7 am y la 1 pm, 17 (51.5%), mientras que el menos frecuente era entre las 6 pm y las 12 am



Gráfica 2- Horario en el que ocurrirían las agresiones físicas relacionadas con las víctimas

Respuesta de las víctimas de la violencia

La mayoría de las víctimas tomó una combinación de medidas en respuesta a la violencia sufrida. En ambos casos de violencia física y verbal, la mayoría de las víctimas le decían al agresor que parase, sin tomar posteriormente ningún tipo de acción, aparente que el incidente nunca había sucedido, ni denunciándolo a sus supervisores.

El director tomó acciones en respuesta a los incidentes violentos. Los resultados muestran que sólo se tomaron acciones con un tercio de los incidentes ocurridos. Así les relataron las víctimas, mientras que alrededor de dos tercios de los participantes en el estudio, dijeron que el director no había tomado ningún tipo de acción. Dos tercios de las acciones fueron tomadas por la dirección. En relación con las consecuencias al agresor, se les advirtió verbalmente a alrededor de un tercio y sólo se denunció a la policía a una quinta parte de los agresores, mientras que no se tomó ningún tipo de acción con el 41% de los agresores. Alrededor del cincuenta por ciento de las víctimas relataron que los incidentes, tanto físicos como verbales, se podían haber evitado.

El tipo de apoyo a las víctimas más común que ofrecía el director era la posibilidad de hablar o denunciar el incidente sea cual sea el tipo de agresión. En general, las víctimas estaban descontentas con la manera con la que se trataba el incidente en el lugar de trabajo. Y esa era la razón por la que los participantes comentaban que el notificar el incidente era algo inútil o decían que lo ocurrido no era importante.

A todos los participantes se les preguntaba si tenían conocimiento del desarrollo de una política específica por parte de los directores. Los resultados muestran que la mayoría de los trabajadores no piensan que su director desarrolle políticas específicas en estas materias.

La percepción de los participantes sobre la violencia en el lugar de trabajo varió en general. Los resultados muestran que los enfermeros de los servicios de urgencias estaban moderadamente o muy preocupados por la violencia. Dos tercios de los participantes dijeron que existían procedimientos para denunciar los incidentes violentos y que los directores los animaban a denunciar.

Se averiguó que los enfermeros estaban más preocupados por la agresión física que las enfermeras; El 75% de los enfermeros que se preocupaban por la agresión física eran hombres. Esto es estadísticamente significativo ($\chi^2 = 6,429$, $|g| = 2$, $p = 0,04$).

Las cifras también mostraban que cuanto más elevado era el cargo que ocupaba el personal, menor era la preocupación sobre la violencia. El 65,6% de los enfermeros que mostraban más preocupación eran las enfermeras diplomadas y las enfermeras en prácticas, mientras que el 34,4% eran las que ocupaban cargos superiores. Esto es estadísticamente significativo ($\chi^2 = 6,177$, $|g| = 2$, $p = 0,046$).

El factor experiencia: Este factor fue estadísticamente significativo en relación con la agresión física pero no con el abuso verbal. Los resultados mostraron que el 60,0% de los enfermeros que tenían menos de 4 años de experiencia, estaban expuestos a una agresión física, mientras que sólo el 29,2% de los enfermeros que tenían entre 5 y 9 años de experiencia y el 25,5% de los Enfermeros que tenían más de 10 años de experiencia estaban expuestos a una agresión física. ($\chi^2 = 7,769$, $|g| = 2$, $p = 0,021$).

El sistema de trabajo sanitario: este factor es estadísticamente significativo referido a la exposición a una agresión física. Los resultados mostraron que sólo el 18,8% de los enfermeros que estaban expuestos a una agresión física trabajaban en hospitales concertados. Esta cifra se incrementó al 25,0% para los hospitales privados y al 39,11% en el sector sanitario público. ($\chi^2 = 11,029$, $|g| = 4$, $p = 0,026$). No había significación estadística en los resultados sobre el abuso verbal. También se encontró que había una gran relación estadística entre el sector empleo y el grado de consejos que el enfermero recibía de su director. Prueba de Correlación de la Persona = 0.49, p (2-tailed) = 0.009).

Reflexiones sobre los hallazgos: Se midió la prevalencia de la violencia física en este estudio, hallando que el 34,1% de los participantes habían sido víctimas de la violencia física en su lugar de trabajo en los últimos 12 meses. Este porcentaje es mucho más alto que el hallado en el estudio de Deep, (5.8%) o el encontrado por Atwaneh et al. (16%), realizado en el servicio de urgencias del Hospital General de Kuwait. Estas diferencias a pesar de que estos estudios se realizaron en áreas geográficas y con características culturales similares. Sin embargo, el porcentaje encontrado por esta investigación está incluido en el rango estándar de estudios similares. El estudio de Schneider y Marren-Bell (1995) registró que el 33,3% de los enfermeros escogidos al azar estuvieron expuestos a la violencia física, de los cuales, el 35% eran enfermeros del servicio de urgencias. También Rippon (2000) encontró el 30% del personal del hospital, Mayer (1999) el 41,5% de los enfermeros del servicio de urgencias, Rose (1997) el 40% de los enfermeros que trabajan en el hospital de Dublín más grande en Irlanda. y Steinman (2003) que el 27% de los participantes habían estado expuestos a la violencia. Por otra parte, este porcentaje es mucho más inferior que el publicado por Gannon, en el que el 85,1% de la muestra había sufrido algún tipo de agresión física. Esta diferencia podría deberse al hecho de que el estudio de Gannon se hizo en un servicio donde los pacientes padecen demencia, por lo que sus conductas son incontroladas. La hipótesis de frustración-agresión de Dollard et al. (1939), podría explicar por qué la prevalencia de la violencia en este estudio es más alta que en otros similares realizados en áreas geográficas similares, tales como los estudios de Deep y el de Atwaneh et al. Como se mencionaba arriba, los palestinos se enfrentan a una gran cantidad de dificultades en su vida diaria que aumentan la frustración que precede a la agresión. Esta causa de violencia es diferente en cada estudio. Por ejemplo, el de Mayer, que encontró una correlación significativa (1-probado de cola Pearson, $p = 0,001$) entre los incidentes ocurridos el año pasado y el número de agresores que estaban bajo los efectos del alcohol.

A pesar del hecho de que el 61,3% de los participantes que estuvieron expuestos a una agresión física eran hombres, el factor sexo no hizo una diferencia estadística real concerniente a la violencia física en este estudio. Este hecho se podría explicar diciendo que más de los dos tercios de los participantes en este estudio eran enfermeros. Sin embargo, otros estudios sí han encontrado diferencias entre el número de agresiones físicas sufridas por enfermeras y enfermeros. Existe una tendencia a que las mujeres sufran mayor número de agresiones verbales, mientras que los hombres son los que reciben más amenazas y agresiones físicas.

Es importante mencionar que la mayoría de las agresiones físicas, (51.5%) sucedían entre las 7 am y la 1 pm. La mayor carga de trabajo ocurre en este período de tiempo. Esto ejerce una gran presión en el personal y una larga espera a los clientes. Otros estudios como el de Mayer (1999), encontraron que la incidencia del abuso verbal estaba significativamente

en correlación con el turno de trabajo. Era mayor en el turno de día (el 54,9%; $p = 0,043$, el R de Spearman = 0,001). La mayoría de los incidentes (55,4%) ocurrieron durante el turno de día y un tercio en el turno de noche. Se encontró que las familias causaron el 69,7% de las agresiones físicas y los pacientes causaron sólo el 18,2% de ellas. Este porcentaje es opuesto al del estudio de Deep (2003), donde los pacientes causaron el porcentaje más alto de agresiones físicas, el 62,9%, mientras que las familias causaron el 25,9% de ellas. Este hecho está relacionado con la naturaleza de las causas de la violencia como se menciona arriba, donde el consumo de drogas y alcohol podría ser la primera causa de la violencia física libanesa, mientras que el factor político es más significativo en la situación palestina. Al comparar los diferentes sistemas de salud, se encontró que la prevalencia de la violencia física en el sistema de salud concertado y en el público era mayor que en el privado, el internacional y en el de otros sectores de salud (el 70,4% y el 29,6%). La presión en el trabajo y el tiempo de espera podrían ser los principales factores que inciden en la prevalencia de la violencia física. Además, los clientes pueden estar descontentos con las instituciones gubernamentales acusando a los cargos directivos de negligencia y de falta de compromiso con su trabajo.

Además, se averiguó que cuanto menor era la edad del enfermero, mayor era la posibilidad de ser víctima de una agresión física. El 64,7% de los enfermeros con edades inferiores a los 25 habían sufrido alguna agresión física, comparado con el 28,8% de aquéllos cuyas edades estaban comprendidas entre los 26-44, y el 25% de aquéllos mayores de 45 años. Sin embargo, este estudio mostró que no existía ninguna diferencia estadística entre enfermeros y enfermeras en lo relacionado a haber sido víctima de algún tipo de agresión física, a pesar de que el 61,3% de los participantes eran hombres. El elevado número de enfermeros es lo que parece más significativo (más de la mitad de los participantes). Esto también aumentó la preocupación de los enfermeros por sufrir ellos un riesgo mayor de ser agredidos.

Refiriéndose al cargo ocupado, por regla general, se encuentra relacionado con los años de experiencia. Se encontró que cuanto más alto era el cargo desempeñado y más años de experiencia tenían, menor era la exposición de los participantes a una agresión física. Sólo el 20% de los enfermeros expuestos a una agresión física eran supervisores y coordinadores. Esto explica que su preocupación sea sufrir algún tipo de agresión física fuera menor. También los enfermeros con cargos más altos eran los que tenían más conocimientos sobre procedimientos para denunciar los casos de agresiones en el lugar de trabajo.

La literatura registró un bajo número de denuncias de las agresiones sufridas por los enfermeros de los servicios de urgencias. En Persley (2002) el 70% de los participantes no denunciaron los incidentes ocurridos. El estudio de Deep (2003): el 23% de los participantes lo denunció. El estudio de Gannon (2002) mostró que el 17,6% de los participantes denunciaron más del 50% de los incidentes, mientras que el de Fernandes (1999), estudio realizado en el hospital de Saint Paul, Vancouver, encontró que el 66% de los participantes comentaron que, en 1996, el abuso verbal nunca o raramente fue denunciado y de los 48 participantes que sufrieron agresiones físicas con lesiones, 21 (44%) nunca o raramente fueron denunciados. En este estudio se indica que hay pocos registros de las agresiones a pesar de que el 71,9% de los participantes tenían conocimiento sobre los procedimientos necesarios para denunciar estos incidentes. Sólo el 37,4% de las víctimas informaron de las agresiones a sus superiores, el 33,3% en el caso de agresión física y el 34,8% de los abusos verbales. Además de sólo 3 participantes de 31 (9,7%) y 4 de 60 (6,6%), rellenaron los informes de los incidentes sobre agresiones físicas y abusos verbales, respectivamente. Este hallazgo es menor que en el del estudio de Deep (2003), que mostraba que el 13% de los incidentes de agresiones físicas y el 10% de abusos verbales sufridos por los participantes de este estudio, fue comunicado a sus superiores. Tampoco hubo ningún participante que quisiera tomar acciones legales, mientras que sólo el 2% de los participantes que sufrieron abusos verbales y el 3,6% agresiones físicas, completaron los informes sobre los incidentes sufridos.

Otros estudios como el de Mayhew (2003) y el de Mayer et al. (1999), mostraron un porcentaje más alto de denuncias presentadas. Mayhew confirmó que los enfermeros expuestos a incidentes violentos comunicaron el 40,5% de éstos a su supervisor y coordinador de OHS, el 7,1% al sector de salud y el 1,9% a la policía. Estos hallazgos son mayores que los de este estudio, pero aún son inferiores al nivel esperado.

Sin embargo, el bajo porcentaje de denuncias se podría relacionar a factores culturales que controlan la comunicación y las relaciones de las personas. Se cree que es necesaria una investigación más profunda para determinar las verdaderas razones que se encuentran detrás de todo esto.

Actitudes de los participantes para denunciar las agresiones

Las actitudes de los participantes concernientes a la denuncia de los incidentes se encuentran en parte relacionadas con el bajo porcentaje de acciones llevadas a cabo por los gerentes, el 33,3% y el 26,2% para las agresiones físicas y el abuso verbal, respectivamente. Además, esto se ve autenticado por el hecho de que el 54,8% de los participantes dijeron que era inútil el denunciar las agresiones físicas. También mostró un bajo grado de satisfacción con la manera con la que trataban el incidente, el 59,4% y el 61% de los participantes que sufrieron agresiones físicas y abuso verbal, respectivamente. Esta actitud de los participantes se vio enfatizada por el hecho de que las medidas existentes para tratar la violencia en el lugar de trabajo no animaban a denunciar los incidentes. (R de Persa = 0,93, la $p = -0,016$, la $n = 29$). Resulta interesante que el 89% de los participantes no estaba de acuerdo con la afirmación de que los enfermeros que se vieron envueltos en algún incidente y sólo sufrieron heridas menores, no deberían denunciar el incidente (Presley, 2002).

Educación y formación: A pesar del porcentaje de incidentes denunciados por los participantes de este estudio, los programas de formación sobre el manejo y las causas de la violencia eran bajos y limitados. El 81% de los participantes no recibieron ningún tipo de formación relacionada con las causas y la prevención de la violencia. Resultados similares se hallaron en relación a cursos de formación sobre el manejo del estrés, medidas de seguridad en los servicios de urgencias y habilidades en la comunicación. Este bajo porcentaje sobre formación se presentó en el estudio de Mayer, donde más de la cuarta parte de los participantes comentaron que no tenían formación sobre la prevención de la violencia. Sin embargo, las cifras mostraron que la formación es realmente importante para ayudarles a saberse defender en caso de

verse expuestos a una agresión física (0%). Pero esto no está reduciendo el número de agresiones que están sufriendo, sino que en realidad está aumentando. También la formación aumentó el número de denuncias de los participantes del 40% al 50% del personal que realizó los cursos de formación de “seguridad en emergencias” y “comunicación”. Pero esto aún no es suficiente. Además, se supone que la mayoría de estos programas de formación eran impartidos por los enfermeros con categorías más altas, lo cual explica por qué estos enfermeros tenían más conocimientos sobre denunciar y procedimientos políticos. El 81,8% de los enfermeros con categorías más altas dijeron que había procedimientos para denunciar las agresiones.

Otro punto más a tener en cuenta en esta sección es que los enfermeros no creen que el nivel actual de formación que tienen fuera sea útil para disminuir la violencia. Las cifras mostraron que sólo el 15,4% de los participantes dijeron que la formación había disminuido la prevalencia de la violencia. Por otra parte, el 66,7% de los participantes creía que la formación ayudaría a mejorar las condiciones en el puesto de trabajo.

Esta sección muestra que los participantes de este estudio no recibieron la formación suficiente para el manejo de la violencia en el puesto de trabajo, aunque creen en la importancia de una educación y una formación para tener unas condiciones mejores y más seguras en el lugar de trabajo.

Coste de la incidencia de la violencia

La violencia y los asaltos al puesto de trabajo de salud no solo afectan la salud física y mental de los trabajadores, sino que se extiende su efecto a todo el sistema de salud. Un aumento de licencia por enfermedad, como hace el uso de la salud cuida el seguro para tratamiento y la carga de trabajo en otro personal para realizar el trabajo, se vuelve más pesado. Afortunadamente sólo 7 de las 33 enfermeras expuestas a ataque físico tomaron días de baja a causa del incidente violento. El promedio de los días de licencia por enfermedad era único 1,79 días. Duró entre 1 a 2 días. Sólo 3 enfermeras siguieron tratamiento debido al daño que le causó un ataque físico. Por otra parte 6 de los que respondieron a este estudio y que fueron expuestos a asaltos se trasladaron a otra unidad. Los departamentos de emergencia perdieron las 6 enfermeras diplomadas que tomaron tiempo y esfuerzo para ser adiestrados para trabajar al departamento de emergencia. Además, ciertas enfermeras se esforzaron por ser adiestradas para trabajar en el departamento de emergencia. En este estudio queremos poner de manifiesto la importancia del coste que suponen los incidentes violentos en estos departamentos. Se puede medir exactamente por el aumento de los informes presentados.

LIMITACIONES

Este estudio ha tenido ciertas limitaciones a la hora de probar, y solicitar como instrumento legal y la metodología. El tamaño de la muestra era pequeño, por lo que puede haber reducido la representación y generalidad de las recomendaciones. Sin embargo, es importante el hecho de que la muestra fue contraída de diez lugares de investigación diferentes, y esto ha aumentado la probabilidad de lograr una muestra representativa. La muestra escogida era una muestra de no probabilidad; Falta del acceso a participación potencial para selección casual y de tiempo limitado y los recursos eran los factores instrumentales en la elección de selección.

La muestra representa cerca del 75 por ciento del total de enfermeras trabajando en ED en el oeste y hospitales de Jerusalén. Por lo tanto, esto debe asegurar que la muestra es representativa. Hubo ciertas limitaciones en relación con los instrumentos utilizados en este estudio. El instrumento original fue escrito en inglés y fue traducido al árabe, por lo que puede cambiar ciertos términos y significados para ajustar la nueva cultura. Los coeficientes de fiabilidad de alfa eran entre 0,46 y 0,79. Sólo un campo estaba por debajo del nivel aprobado de 0,70.

El estudio puede listar información sobre el acercamiento cualitativo. También puede enumerar la comprensión profunda. Sin embargo, el estudio pudo ser más completo.

CONCLUSIÓN

El propósito principal del estudio fue investigar la incidencia de la violencia en los departamentos y los factores de emergencia utilizados por ED provea de personal para impedir tal violencia. El estudio también apuntó a determinar el nivel de apoyo, a explorar los tipos de apoyo disponibles para proveer de personal que está expuesto a violencia y a investigar las opiniones del cuerpo administrativo en cuanto a cómo tal violencia se podría impedir. Finalmente, los intentos fueron hechos para identificar las estrategias de manejo efectivas para dirigir el asalto basado en sugerencias expuestas por los que respondieron la encuesta y aquellas que se derivan de la literatura.

La investigación ha demostrado que la violencia en el puesto de trabajo se convierte en un fenómeno alarmante a nivel mundial. La salud divide a la persona en sectores, que está particularmente en riesgo de violencia en su puesto de trabajo y el personal en la línea del frente en el Departamento de Emergencias es más susceptible a violencia y asalto. La incidencia verdadera de la violencia en la colocación de cuidados de salud es difícil de estimar, ya que existen las diferentes definiciones de la violencia de puesto de trabajo. Además, existen sistemas de recopilación de datos diferentes para los diferentes tipos de violencia. Además, bajo presentación de informes de incidentes violentos por los trabajadores de cuidado de salud es un factor significativo al detectar la incidencia verdadera de la violencia.

La investigación también muestra que la prevención de la violencia en las colocaciones de cuidado de salud requiere un fuerte compromiso de la administración de cuidado de salud. Esto incluye distribuir los recursos suficientes para la seguridad, la valoración del riesgo y del trabajador y el entrenamiento y manejo en la prevención de la violencia. Además, una política escrita clara para la seguridad del trabajo debe estar presente y comunicada a todo el personal. Además, se debe formar un equipo antiviolencia interdepartamental y multidisciplinario. Los programas de entrenamiento y de educación para los empleados, enfermeras, supervisores, gerentes y miembros de seguridad en relación con el reconocimiento de los signos de la violencia, habilidades de comunicación, técnicas coercitivas y el manejo de la tensión deben proveerse también. Existe la evidencia de que la violencia en el cuidado de la salud puede ser psicológicamente

dañina a las víctimas además de causar daño físico. El apoyo a los empleados ascendidos es crucial desde el punto de vista de este estudio.

Las conclusiones importantes se pueden sacar de los hallazgos de este estudio. Se encontró que los porcentajes de ambos tipos de abuso, físico y verbal, para ser más altos en este estudio que en otros estudios hechos en la misma área geográfica, pero similar a los estudios internacionales. Los años de experiencia y el tipo de sector de salud son los factores que afectan a la incidencia de asaltos. Los trabajadores en público y los sectores de salud de no-beneficio están expuestos a los insultos físicos y verbales mucho más que en los sectores privados de salud. Los factores de género y de edad no eran factores según la estadística significativos que afectaron la incidencia de los incidentes violentos en este estudio. Como el movimiento es más limitado en la noche, los índices de abuso son mucho más altos durante turnos de día y los parientes eran los perpetradores principales en este estudio. El índice de la presentación de informes de incidentes era bajo y limitado y los participantes relataron un bajo grado de satisfacción tal y como habían actuado con esos informes. Los participantes creen que mejorando los alrededores, aumentando las medidas de seguridad, entrenando e invirtiendo en los recursos humanos son los factores más efectivos para disminuir la violencia.

RECOMENDACIÓN

Recomendación para entrenarse

Se recomienda que:

- Todo el personal que tiene contacto con pacientes debe tener el entrenamiento básico relacionado con:
- Comunicación
- Cómo actuar ante el comportamiento violento.
- Manejo de la tensión.
- Las medidas de seguridad en ED.
- Todo el personal en ED debe estar calificado para trabajar en el ED por haber realizado cursos especializados en la emergencia.

Recomendaciones para el desarrollo político

Se recomienda que:

- Debe existir una política que sea comprensiva y consistente en relación con relacionar agresión y situaciones del asalto:
- Desarrolle un formato oficial integral para la presentación de informes de los incidentes violentos
- Desarrolle una política sobre cómo negociar con el comportamiento violento
- Asegúrese de que todo el personal esté familiarizado con este formulario y cómo rellenarlo apropiadamente.
- Asegúrese de que el manejo de alien presenta informes de tales incidentes
- Desarrolla una política sobre los antecedentes y consecuencias del asalto.
- Desarrolla una política que apoye a las víctimas física y emocionalmente en caso de un incidente de asalto.
- Desarrollar una política para reclutar del cuerpo administrativo en los ED donde los niveles de abuso son excesivos.

Recomendaciones para el manejo

Se recomienda que: Todos los dirigentes deberían proporcionar una estructura formalizada del apoyo para todo el personal que ha sido ascendido mientras realizaba su puesto de trabajo.

- Referencia para que los profesionales puedan recibir consejo.
- Los gerentes de enfermería deben ser responsables de eliminar a las víctimas la cultura de la culpa.
- Los gerentes de enfermería deberían alentar la presentación de informes del asalto.
- Es responsabilidad del gerente estudiar todo el incidente violento y crear una política sobre cómo negociar con el comportamiento violento.
- Reclutamiento del personal en ED.
- Al servicio de la educación relacionada con la comunicación y manejo de tensión.
- Existencia de las eficientes medidas preventivas que ayudan a impedir o disminuir los comportamientos violentos como medidas de seguridad, entorno cómodo, disminuir tiempo de espera, disponibilidad de los recursos.

Dotación de personal:

- Disponibilidad de los miembros del personal suficientes en todos los servicios para disminuir el tiempo de espera.
- Programa de orientación para el nuevo personal.
- El personal debe ser calificado y disponer de buenas habilidades de comunicación.

Recomendaciones para la investigación adicional

Se recomienda que:

- Hacer un esfuerzo por incluir todas las especialidades clínicas para la investigación de la incidencia de las situaciones de violencia y las medidas de prevención.
- La investigación adicional para investigar las causas del comportamiento violento en los servicios de salud.
- La investigación adicional para identificar componentes de un programa de enseñanza efectivo para tomar parte en la prevención y manejo del comportamiento violento.

- Aumentar esfuerzos para mejorar los sistemas de presentación de informes en relación con la agresión y la violencia en el puesto de trabajo de salud.

BIBLIOGRAFÍA:

- Arnetz JE (1998). Origen de la violencia en el trabajo. Estados Unidos. John Hopkins School of Hygiene and Public Health. Disponible en <http://www.ICN.ch> (consultado el 2 de diciembre de 2003)
- Arnetz JE (1998). Formulario de incidentes violentos (VIF): un instrumento práctico para el registro de incidentes violentos en el lugar de trabajo de atención de la salud. *Trabajo y estrés*, **12**, 17-28.
- Arnetz JE, Arnetz, BB y Patterson, IL (1996). Violencia en la profesión de enfermería: factores de riesgo ocupacionales y de estilo de vida en enfermeras suecas. *Work & Stress*, **10**, 119-127.
- Atawneh JH y Baron, RA (1998). Violencia y agresión en el lugar de trabajo. Estados Unidos. Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Disponible en <http://www.ICN.ch> (consultado el 2 de diciembre de 2003)
- Bandura A. (1982). La psicología de los encuentros casuales y los caminos de la vida. *American Psychologist* **37**: 747-755.
- Bandura K. (1973). Agresión: un análisis del aprendizaje social. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Brantley A (1992) El aumento de la violencia en las salas de emergencias obliga a los hospitales a rediseñar la seguridad. *Journal of Emergency Nursing*. **25** (5),1082-1084.
- Budd T. (1999). Violencia en el trabajo: resultados de la encuesta británica sobre delincuencia. Londres: Ministerio del Interior.
- Buss AH (1961). La psicología de la agresión. Wiley, Nueva York.
- Claravall I. (1996). Violencia en la atención sanitaria: una perspectiva desde la administración de enfermería. *Journal of Nursing Administration*, **26** (2), 41-46.
- Clark-Carter, David (1997). La investigación cuantitativa: del diseño al informe. Psychology Press, Hove.
- Cooper C. (2001). Violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud. Ginebra. Disponible en <http://www.ICN.ch> (consultado el 17 de enero de 2004).
- Deep M. (2003) Violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud. Líbano. Estudio de caso de país. Disponible en <http://www.ICN.ch> (consultado el 2 de diciembre de 2003).
- Dillman Don A (2000). Encuestas por correo e Internet. Nueva York, John Wiley.
- Dolan B. y Holt L. (2002). Accidentes y emergencias. Bailliere Tindall, Londres.
- Dolan B. (1998). Tiempos de espera (editorial). *Enfermera de Emergencia*. **6** (4).
- Dolan, B., Dale, J. y Morley, V. (1997). Enfermeras especializadas: papel en urgencias y atención primaria. *Nursing Standards* **11** (17), 33-38.
- Elston MA, Gabe J., Patton R. (2000). Violencia en la práctica médica general del NHS: un estudio cualitativo de la experiencia práctica y estrategias para la prevención y el manejo. Informe final, Departamento de Salud y Red de Investigación de Atención Primaria del Norte Central del Támesis, junio, Royal Holloway, Universidad de Londres, Departamento de Ciencias Sociales y Políticas, Egham, Surrey TW20 OEX.
- Declaración de posición de la Asociación de Enfermeras de Emergencia (1999): Violencia en el ámbito de la atención de emergencia. ENA Londres.
- Asociación de Enfermeras de Emergencia (2001): Violencia en el ámbito de la atención de emergencia. *Revista de la Asociación Médica Canadiense* **161** (10)
- Erickson L. y William-Evans S. (2000). Actitudes de las enfermeras de urgencias con respecto a las agresiones a los pacientes. *Journal of Emergency Nursing* **20** (3), 210-215.
- Fernandes Christopher (1999). Violencia en los servicios de urgencias: una encuesta a trabajadores sanitarios. *Revista de la Asociación Médica Canadiense* **161** (10), 1245-1248.
- Folger R. y Baron RA (1996). Violencia y hostilidad en el trabajo: un modelo de reacciones a la justicia percibida. En GR VandenBos y EQ Bulatao (eds.): *Violence on the Job*, Washington DC, Asociación Estadounidense de Psicología.
- Gannon Carol (1998). La violencia en el lugar de trabajo afecta a un tercio de las enfermeras. *Nursing World*, septiembre/octubre.
- Freud S. (1920). Más allá del principio del placer. En: Strachey, J. (ed.) *The complete psychological work of Sigmund Freud*, Vol. 18. Hogarth Press, Londres
- Comité Asesor de la Comisión de Salud y Seguridad (1997) Violencia y agresión al personal del servicio de salud. Londres. HSC Books.
- Health and Safety Executive (octubre de 1999). *Violence at Work: Findings from the British Crime Survey* (Violencia en el trabajo: resultados de la encuesta sobre delincuencia británica). Grupo de información y publicaciones del Ministerio del Interior; Dirección de investigación, desarrollo y estadísticas, Londres.
- Hildegard ER, Hildegard R. y Atkinson, RC (1987). Introducción a la psicología. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich?
- Hoag-Apel CM (1998) Violencia en el servicio de urgencias. *Nursing Management* **29** (7), 60-63.
- Consejo Internacional de Enfermería, CIE (2003). Violencia en el lugar de trabajo Sector Salud. Ginebra. Disponible en la red: <http://www.ICN.ch> (consultado el 2 de diciembre de 2003).
- Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP y Hughes DM (1998) Violencia y abuso verbal contra el personal en el departamento de accidentes y emergencias. *Journal of Accident and Emergency Medicine* **15** (4), 262-265.
- Kingima Mirelle (2001) Violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud. Un problema de proporciones epidémicas, *Revista Internacional de Enfermería* **48** (3), 129.

- Kraus JF, Blander B. y McArthur DL (1995). Incidencia, factores de riesgo y estrategias de prevención de las lesiones por agresión en el trabajo: una revisión de lo que se sabe, lo que se debe saber y las contramedidas para la intervención. *Revista Anual de Salud Pública* **16**, 355-379.
- Lazarus RS (1991). Cognición y motivación en la emoción. *American Psychologist* **46**, 352-367.
- Levin PF, Hewitt JB y Misner ST (1998). Perspectivas de las enfermeras sobre las agresiones en los servicios de urgencias de los hospitales. Imagen: *Journal of Nursing Scholarship*, **30**, 249-254.
- Revista de Ciencias Sociales, 1966. Sobre la agresión. Methuen, Londres.
- Mayer BW, Smith FB y King CA (1999) Factores asociados con la victimización del personal en los departamentos de emergencia. *Journal of Emergency Nursing*. **25** (5), 361-366.
- Mayhew C. y Chappell D. (2003) Violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud. Estudio de caso en Australia. <http://www.ICN.ch> (consultado el 2 de diciembre de 2003).
- Merton RK (1939). Estructura social y anomia. *American Sociological Review* **3**: 672-682.
- Moran J. (1984). Manejo de la agresión: respuestas y responsabilidad. *Nursing Times*, **80** (14), 28-31.
- Needs B. (2000) En: Dolan, B., Holt, L. Accidentes y emergencias: teoría en práctica. Londres: Balliere Tindall.
- Newman JH y Baron RA (1998). Violencia y agresión en el lugar de trabajo. Estados Unidos. Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Disponible en <http://www.ICN.ch> (consultado el 2 de diciembre de 2003).
- NHS: Managing Violence NHS Executive (1999). Trabajando juntos para garantizar una fuerza laboral de calidad para los accidentes y las ausencias por enfermedad en el NHS. NHS Executive, Departamento de Salud, Londres, www.doh.gov.uk/coinh.htm.
- NIOSH (1996). Violencia en el lugar de trabajo: factores de riesgo y estrategias de prevención. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Servicio de Salud Pública, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, DHHS, Publicación n.º 96-100
- OSHA (1998). Pautas para la prevención de la violencia en el lugar de trabajo para trabajadores de servicios sociales y de atención de la salud. Washington, DC: Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad y Salud Ocupacional, OSHA 3148
- Polit D. y Hungler, B. (2004). Principios y métodos de investigación en enfermería (6.ª ed.). Lippincott, Filadelfia.
- Póster EC (1996). Un estudio multinacional de las creencias y preocupaciones del personal de enfermería psiquiátrica sobre la seguridad en el trabajo y la agresión a los pacientes. *Archivos de enfermería psiquiátrica*, **10** (6), 365-373.
- Presly D. y Robinson G. (2002) Violencia en el Servicio de Urgencias. *Enfermería de Urgencias* **37** (1), 161-169.
- Quine L. (1999). Acoso laboral en centros comunitarios del NHS: encuesta a personal. *British Medical Journal* **318**, 228-232.
- Rippon T. (2000) Agresión y violencia en las profesiones sanitarias. *Journal of Advanced Nursing* **31** (2), 452-460.
- Rix G. (1985). La compasión es mejor que el conflicto. *Nursing Times* **81** (38), 53-55.
- Rose M. (1997) Una encuesta sobre la violencia hacia el personal de enfermería. *Journal of Emergency Nursing* **23** (3), 214-219.
- Royal College of Nursing (1998) Cómo afrontar la violencia contra el personal de enfermería. Londres. RCN.
- Saarela, KL y Isotalus, N. (1999). Violencia en el lugar de trabajo en Finlandia: grupos de alto riesgo y estrategias de prevención. *American Journal of Industrial Medicine, suplemento* **1**, 80-81.
- Schalling D., Asberg M., Adman G. y Oreland L. (1987). Marcadores de vulnerabilidad a la psicopatología: rasgos de temperamento asociados con la actividad de la MAO plaquetaria. *Acta Psychiatrica Scandinavia* **76**: 172-182.
- Sains JC (1999). Violencia y agresión en urgencias: recomendaciones para la acción. *Enfermería de urgencias y accidentes* **7** (1), 8-12.
- Schnieden V. y Marren Bell U. (1995) Violencia en el servicio de urgencias y accidentes. *Enfermería de urgencias y accidentes* **3**: 74-78.
- Steinman S. (2003) Violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud. Estudio de caso de Sudáfrica. <http://www.ICN.ch> (consultado el 2 de diciembre de 2003).
- Stirling G., Higgins, JE y Cooke, MW, (2001). *Enfermería de accidentes y emergencias* **9**, 78-86.
- Walsh M. (1986) En primera línea. *Nursing Times* **82** (37), 55-56.
- Warburton JM (1982). Violencia y enfermera. *Enfermería* **36**, 1533-1534.
- OMS (1995). Violencia: una prioridad de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Williams DG (1992). Clasificación de pacientes. *Nursing Times* **88** (30), 34-36.
- Wolfgang ME y Ferracutti F. (1967). La subcultura de la violencia. Tavistock, Londres.
- Wright B (1985) Hostilidad en los servicios de urgencias y accidentes. *Nursing Times* **161** (14), 42-44.