

Factores organizacionales y ambientales que influyen en la presencia de conductas violentas en unidades de hospitalización psiquiátrica

Jorge Quílez Jover¹, M^a Teresa Icart Isern²

¹Enfermero Especialista en Salud Mental. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona

²Catedrática Enfermería Comunitaria y Salud Pública. Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Fecha de recepción: 22 de septiembre de 2015. Aceptada su publicación: 17 de diciembre de 2015.

Resumen

Objetivo: evaluar la evidencia disponible en materia de factores laborales en unidades de hospitalización psiquiátrica, que influyen en la presencia de conductas violentas hacia el personal de Enfermería.

Método: se realizó una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda de artículos se ha llevado a cabo en las bases de datos electrónicas PubMed, CINAHL, PsycInfo y la plataforma Scopus desde enero de 2000 hasta agosto de 2015. Se han incluido estudios en lengua inglesa, francesa y española, estudios prospectivos que recogieran factores de riesgo laboral de conductas violentas en el lugar de trabajo, más concretamente en unidades de salud mental. La publicación debía presentar datos clínicos primarios, en los que la muestra o submuestra incluyera pacientes hospitalizados.

Resultados: los factores de riesgo se clasificaron de acuerdo al modelo conceptual de Chappell y Di Martino, centrándose en los factores laborales (entorno). Los factores que presentaron mayor relación con el aumento de incidentes violentos son las barreras estructurales de las unidades (distribución física), la falta de seguimiento y control de las ratios en función de las cargas de trabajo y la tipología de patologías e ingresos y la infracomunicación de incidencias.

Conclusiones: evaluar y reconocer los factores de riesgo generadores de conductas violentas puede ser útil a la hora de establecer estrategias de prevención e intervención, no solo en relación a los profesionales (acciones formativas, competencia profesional, experiencia laboral, etc.) y usuarios (abordajes específicos en función de la patología), sino también en cuestiones estructurales (espacios menos restrictivos), organizativas (seguimiento y control de las ratios en función de las cargas de trabajo) y culturales (mejorar la comunicación de incidencias y la práctica reflexiva).

Palabras clave

Salud mental; violencia; agresión; entorno laboral.

Abstract

Organization and environmental factors with impact on the presence of violent behaviours in Psychiatric Hospitalization Units

Objective: to assess the evidence available regarding occupational factors in Psychiatric Hospitalization Units, with impact on the presence of violent behaviour towards the Nursing Staff.

Method: a narrative review of literature was conducted. Articles were searched for in the electronic databases PubMed, CINAHL, PsycInfo, and the Scopus platform, from January, 2000 to August, 2015. The search included studies in English, French or Spanish: prospective studies including occupational risk factors for violent behaviour in the working place, more specifically in Mental Health Units. The publication should present primary clinical data, where the sample or sub-sample included hospitalized patients.

Results: risk factors were classified according to the concept model by Chappell and Di Martino, focusing on occupational factors (setting). The factors presenting the highest relationship with the increase in violent incidents were: structural barriers in the units (physical distribution), lack of follow-up and ratio control based on workloads and the typology of conditions and admissions, and the insufficient communication of incidences.

Conclusions: assessing and acknowledging the risk factors that generate violent behaviours can be useful in order to implement strategies for prevention and intervention, not only regarding professionals (training actions, professional competence, work experience, etc.) and users (specific approach based on each condition), but also in structural matters (less restrictive spaces), organization matters (follow-up and control of ratios based on workloads), and cultural aspects (to improve the communication of incidences and the reflexive practice).

Key words

Mental health; violence; aggression; work setting.

Introducción

Aunque se conoce la existencia de una relación compleja entre las características del paciente, el personal sanitario y

el medio asistencial (1), la mayoría de los estudios se centran principalmente en los factores individuales de las víctimas o de los perpetradores, y prestan poca atención a los

Dirección de contacto:

Jorge Quílez Jover. Dirección Enfermería. Pabellón Sant Josep, 1^a pta. C/ Doctor Pujades, 42. 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona). E-mail: jqulez@pssjd.org

Cómo citar este artículo:

Quílez Jover J, Icart Isern MT. Factores organizacionales y ambientales que influyen en la presencia de conductas violentas en unidades de hospitalización psiquiátrica. Metas Enferm feb 2016; 19(1): 50-57.

factores organizacionales y ambientales que pueden ser, en ocasiones, precursores/inductores importantes de incidentes violentos (2). En este artículo el foco se centra en los factores organizacionales de riesgo (entorno) de las unidades de salud mental y su influencia en la aparición de conductas violentas hacia el personal de Enfermería.

La violencia laboral cada vez está recibiendo más atención en todo el mundo debido a su impacto no solo en el ámbito laboral, sino también en los costes socioeconómicos de sus efectos en la sociedad (3). La violencia laboral se da en todos los sectores profesionales, aunque el sector sanitario, y en concreto la atención psiquiátrica, sigue presentando un mayor riesgo asociado (2,4,5). Los estudios demuestran que hasta un 70% del personal psiquiátrico experimenta algún tipo de violencia laboral cada año y del 42% al 100% lo experimentará durante su carrera profesional (2,6). Además, los estudios sugieren que las enfermeras y las mujeres pueden sufrir más abusos en el trabajo que los psiquiatras y los hombres (2). Por otro lado, que los efectos de la violencia, a parte de las lesiones, pueden desembocar, si no son abordados de manera adecuada, en problemas psicológicos como ansiedad, depresión, quejas psicosomáticas y aislamiento (7,8).

Las razones de la presencia de violencia laboral en instituciones psiquiátricas son discutibles. Mientras algunos informes indican que las patologías graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.) están estrechamente relacionadas con la

presencia de violencia laboral, otros sugieren que la violencia está asociada a un mal funcionamiento de la organización (9). Es por esto que la identificación de estos factores de riesgo que pueden ser abordados a través de los pacientes, el personal y/o el medio asistencial ha de servir para la implementación de intervenciones específicas dirigidas a ayudar a construir entornos de trabajo que minimicen el riesgo de la violencia.

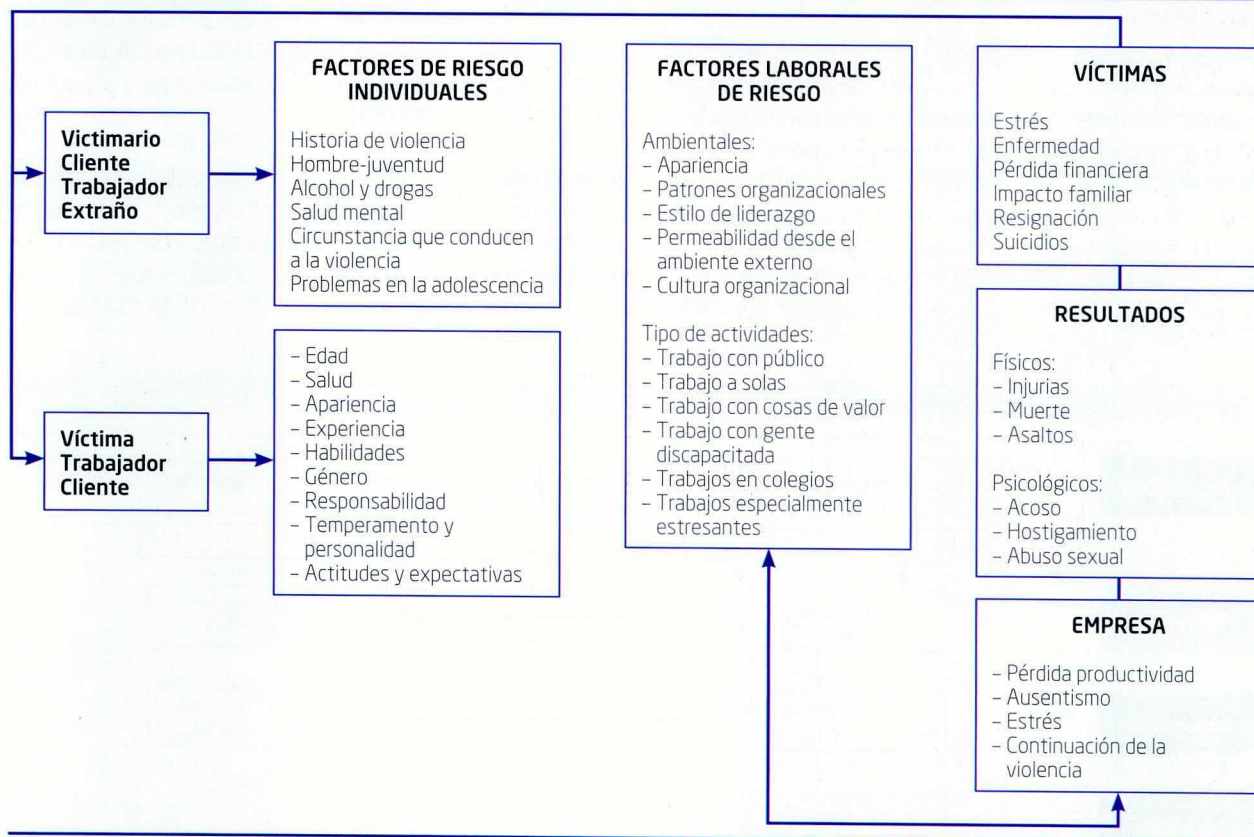
Por lo anteriormente expuesto se realizó esta revisión que tiene como objetivo evaluar y reconocer los factores de riesgo laborales (entorno) propuestos en el modelo de Chappell y Di Martino, generadores de conductas violentas en las unidades de salud mental, los cuales pueden ser útiles a la hora de establecer estrategias de prevención e intervención.

Método

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. Esta revisión se centra en el estudio de los factores laborales (entorno), basándose en el modelo conceptual propuesto por Chappell y Di Martino (Figura 1), el cual propone una visión en la que interactúan los factores de riesgo del perpetrador (paciente), factores de riesgo de la víctima (enfermera) y factores de riesgo laborales (entorno), contemplando la violencia desde una perspectiva más global.

Para esta revisión se utilizó un enfoque sistemático para identificar las investigaciones existentes. Se llevó a cabo

Figura 1. Modelo interactivo de Chappell y Di Martino



Basado en el modelo de Payner y Warner, 1998

una búsqueda *online* en las bases de datos *Medline*, *Cinahl*, *PsycInfo* y *Scopus*. Los términos incluidos en la búsqueda fueron "workplace" AND "psychiatric" AND ("aggression" OR "violence").

Para refinar la búsqueda se aplicaron varios límites en las bases de datos: fecha de publicación desde agosto de 2000 hasta agosto de 2015, idioma de publicación centrándose en artículos escritos en español, inglés y francés y que solo incluyeran el resumen. Una vez seleccionados los artículos se revisaron las listas de referencias de todos los estudios para verificar si había estudios adicionales y para localizar otros artículos citados (*Snowballing technique*).

Los criterios de inclusión fueron: estudios prospectivos que recogieran factores de riesgo laboral de conductas violentas en el lugar de trabajo, más concretamente en unidades de salud mental. La publicación debía presentar datos clínicos primarios, en los que la muestra o submuestra incluyera pacientes hospitalizados. Los resultados se debían presentar en forma de datos cuantitativos o cualitativos y expresar específicamente los factores laborales (entorno) de riesgo recogidos en el modelo conceptual de Chappell y Di Martino. Los artículos que cumplían los criterios de inclusión fueron evaluados atendiendo al diseño de la revisión.

Los criterios de exclusión fueron: estudios que recogieran datos relativos a violencia en la comunidad, servicios de urgencias, unidades médicas, entornos de asistencia comunitarios, prisiones y unidades forenses.

Resultados

Para esta revisión se localizaron 831 estudios potencialmente relevantes. De estos, 334 (40,19%) se descartaron al aplicar los límites de la búsqueda: idioma, periodo de búsqueda y por carecer de la versión completa del documento. De los 497 estudios seleccionados para su valoración detallada, 488 (98,19%) se excluyeron por no cumplir algún criterio de inclusión como no recoger factores de riesgo ambientales de conductas violentas, analizar muestras que no incluían pacientes hospitalizados o no aportar resultados

claros y concretos. Finalmente y tras eliminar los artículos repetidos, el número total de artículos seleccionados fue nueve (1,81%) (Figura 2).

Los estudios seleccionados se clasificaron según los objetivos de esta revisión y en función del factor laboral (entorno) del modelo de Chappell y Di Martino (Tabla 1).

Chappell y Di Martino agrupan los factores laborales (entorno) en dos categorías (ambientales y tipos de trabajo). Dentro de las ambientales se estructuran en diferentes clases como: características físicas (entorno y apariencia), organización de los servicios (patrón organizacional, estilo de liderazgo, permeabilidad desde el exterior) y la cultura organizacional. Por su parte, dentro de los tipos de trabajo se describe que los trabajos de cara al público, solitarios, con cosas de valor, con personas con discapacidad, en colegios o trabajos especialmente estresantes son los de mayor riesgo (7).

Características físicas

En cuanto a las características físicas, los estudios revisados describen la influencia de varios aspectos en la presencia de incidentes violentos. El hacinamiento en las salas de Psiquiatría es uno de los aspectos que siempre se ha asociado con la presencia de conductas violentas, ya que implica un aumento en la interacción entre pacientes, la cual puede ser generadora de dichas conductas (2,10-12). Otro aspecto importante es el flujo de personas en la unidad, el hecho de que a según qué horas la presencia de trabajadores se vea incrementada (turno de mañana y tarde) puede ser un factor generador de incidentes, pues los pacientes suelen valorar la importancia de sentirse familiarizados con el personal y poder contar con el personal presente y visible para sentirse seguros (13).

El hecho de que en las unidades los pacientes sientan que se respeta el espacio privado es otro aspecto importante que influye en la presencia de incidentes violentos. Acciones o normativas que prohíban el acceso a espacios como los controles de Enfermería, el *office* o los espacios de

Figura 2. Estrategia de la búsqueda bibliográfica

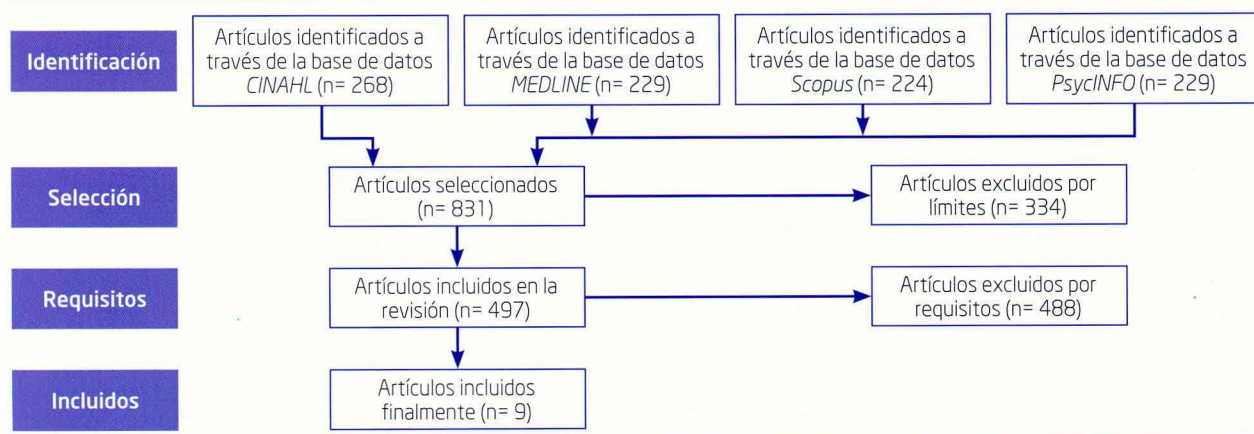


Tabla 1. Características de los estudios seleccionados en esta revisión

ESTUDIO	AÑO	OBJETIVO	FACTORES LABORALES DE RIESGO	
			CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	PATRONES ORGANIZACIONALES
1 Autor: Hamrin et al. País: Estados Unidos	2009	Examina la investigación sobre los factores ecológicos que pueden contribuir o disminuir la probabilidad de violencia en una unidad de hospitalización	Hacinamiento, espacio público/privado. Flujo alto de personas	Ingresos de larga duración, ingresos involuntarios, cambios de turno, horas de comida, aburrimiento, sobreestimulación, mejorar la dotación en los ingresos y por aumento de pacientes graves, no prestación de ayuda en las AVD, no trabajar en equipo, normas de la unidad poco claras
2 Autor: Johnson ME, Delaney KR País: Estados Unidos	2006	Desarrollar una teoría de rango medio de la prevención de la violencia en las unidades de hospitalización psiquiátrica	Visibilidad, Regular el flujo de personas, Proximidad entre los espacios y el control de Enfermería. Grandes vs. pequeños espacios, Ruidos, espacio público/privado.	Ratio adecuada
3 Autor: Parnell S País: Suiza	2012	Identificar las intervenciones clínicas que podrían ser eficaces en la reducción de las agresiones		Inexistencia de un plan integral para gestionar la violencia, ratio inadecuada
4 Autor: Ridenour et al. País: Estados Unidos	2014	Evaluación de los factores de riesgo asociados con la agresividad del paciente hacia el personal de Enfermería en ocho unidades psiquiátricas		Turno de tarde: más violencia en general, turno de noche: agresión física, turnos de fines de semana, alto porcentaje de pacientes con TP o esquizofrenia, establecer límites a los pacientes, ayuda en las AVD, administrar medicación
5 Autor: Gillespie et al. País: Estados Unidos	2015	Destacar las recomendaciones para la protección del personal sanitario de ser víctimas y de incurrir en las consecuencias negativas de la violencia en el trabajo que tiene experiencia		Falta de: tolerancia cero a las agresiones, evaluaciones ambientales, adaptar el trabajo para reducir riesgos, programas de prevención de violencia, análisis de los incidentes, informar a los trabajadores de las tendencias de violencia identificadas
6 Autor: Lawoko et al. País: Suecia y Reino Unido	2004	Comparar la naturaleza de la violencia entre el personal masculino y femenino (enfermeras y psiquiatras) en unidades de salud mental	Hacinamiento, espacio público/privado, mala iluminación, mala ventilación	Recortes presupuestarios, personal nuevo, servicios que no satisfacen la demanda
7 Autor: De Benedictis et al. País: Reino Unido	2011	Examinar si las percepciones del personal en cuanto a los factores relacionados con el equipo de atención y la violencia en la sala predijeron uso de reclusión y la restricción en las salas psiquiátricas		Inseguridad laboral, insatisfacción de los profesionales
8 Autor: Martin T, Daffern M País: Países Bajos	2006	Predeterminar si se requiere un enfoque organizativo amplio e integrado y que este enfoque de mayor confianza y percepción de seguridad al personal		Inseguridad laboral, desconfianza en los profesionales, bajo reconocimiento de los profesionales, falta de formación, personal nuevo
9 Autor: Cintas C País: Francia	2007	Destacar la relación entre la gestión de recursos humanos y la violencia en el trabajo		Modelo de rendimiento, gestión de la calidad, individualización del trabajo, ignorancia de la carga de trabajo, falta de gestión de conflictos/incidencias, desconocimiento de la población de atención, falta de formación en gestión de la violencia

servicio, las habitaciones de los demás pacientes o incluso el préstamo de artículos personales entre usuarios son fundamentales para mantener una sensación de seguridad en las unidades y reducir los incidentes (2,10,13).

Aspectos como los ruidos, la mala iluminación y ventilación de los espacios también son cuestiones de relevancia, ya que pueden actuar como estresores contextuales. Parece lógico que proporcionar un entorno terapéutico favorable puede influir en la reducción de la frecuencia de incidentes violentos (2,13).

Por otro lado, la visibilidad, la proximidad entre espacios y las dimensiones son características que generan controversias, ya que el tamaño y la forma de las unidades no solo está determinado por la necesidad de aumentar la visibilidad (condición de seguridad), sino también por la estructura del resto del hospital y las necesidades de acomodar a un determinado número de pacientes (13,14). Además, la visibilidad y proximidad entre las salas y el control de Enfermería facilitan que el personal pueda ver y oír lo que está sucediendo y puedan intervenir precozmente (13), pero el hecho de no disponer de espacios amplios (espacio para pasear y mantener los límites personales) para algunos pacientes puede llegar a ser estresante. Por su parte, para el personal de Enfermería puede suponer un hándicap, pues los espacios grandes acostumbran a tener recovecos dificultando el seguimiento adecuado de los pacientes.

Organización de los servicios

En cuanto a la organización de los servicios, los estudios revisados describen la influencia de varios aspectos en la presencia de incidentes violentos. En cuanto a los tiempos de ingreso los estudios revisados citan que el 54% de los incidentes se produce durante la primera semana de ingreso y el 20% durante las primeras 24 h (10,15). También hay un amplio rango de variabilidad en cuanto a la hora del día de más riesgo. Los estudios citan a los turnos de mañana y tarde, y sobre todo los tiempos de transición (cambios de turno), horarios de comidas y horas de mayor intensidad de contacto, como los intervalos de mayor riesgo (16,17).

La falta de libertad de los pacientes, entendida como la restricción de movimientos dentro de la unidad o el ingreso involuntario, es uno de los factores de riesgo organizacional más importantes, pues la sensación de restricción de movimiento (puertas cerradas tanto de las habitaciones como de la unidad o uso/abuso de contenciones mecánicas) llevan a los pacientes, en ocasiones, a sentirse impotentes en cuanto al manejo de su plan de tratamiento y la mayoría de los estudios lo asocia fuertemente con la presencia de incidentes violentos (10,16). Otro tipo de restricciones impuestas a los pacientes como la negación de privilegios (negación de cigarrillos) o demandas puede ser también detonante de incidentes violentos (16,18).

Existe cierta controversia en cuanto a la relación entre la ratio de personal y el riesgo de incidentes violentos, hay es-

tudios que aportan evidencia sobre que esta asociación es negativa (14,16,19), y estudios que indican que una ratio 1:1 (enfermera: paciente) disminuye el riesgo (10,20). Es cierto que la lógica hace pensar que a mayor ratio de personal menor tasa de incidentes, pero la mayoría de las investigaciones demuestran lo contrario. Si esto es así, una explicación posible sería que esto es debido a que en las unidades de mayor riesgo de incidentes la dotación de personal es superior a otras áreas o, como hemos relacionado antes, a mayor ratio mayor intensidad de contacto entre enfermera-paciente y esto sea detonante de incidentes violentos. Esto refuerza la idea de que las enfermeras deben establecer estrategias de observación discreta y un abordaje especializado ante pacientes que son propensos a ser agresivos o más irritables y aumentar la participación interpersonal a medida que los pacientes mejoran o se estabiliza su patología (14).

Aspectos organizativos de gestión, como la presencia de personal suplente o alumnos en las unidades, también pueden aumentar el riesgo de incidentes violentos, ya sea debido a que los profesionales le dedican un tiempo a enseñar a los alumnos o personal nuevo y esto reduce el tiempo de atención de demandas de los pacientes o porque los alumnos o profesionales noveles presentan una baja o nula formación en el abordaje de pacientes violentos y al interactuar con ellos provocan en ocasiones que estos incidentes se precipiten (11,20).

Otros factores relevantes son la baja programación de actividades recreativas o por el contrario la sobreestimulación en las unidades. Los niveles de estimulación o actividad en las unidades son importantes en el entorno de hospitalización psiquiátrica, por lo que el personal debe desarrollar estrategias para evitar el aburrimiento sin llegar al extremo de la sobreestimulación (10,21). También influye de manera considerable en el incremento del riesgo de incidentes violentos el no prestar a los pacientes una ayuda adecuada en las dificultades de realización de actividades de la vida diaria (AVD). Uno de los objetivos primordiales de las unidades de hospitalización psiquiátrica es detectar las necesidades de la persona enferma y responder a ellas de manera adecuada. Las AVD que suelen estar alteradas y presentar más riesgo según los artículos revisados son la administración de medicación autónoma, la alimentación, el vestirse y desvestirse y la higiene. Estos momentos de mayor intensidad de relación han sido detectados en varias investigaciones como momentos de mayor riesgo de violencia, llegando a tasas del 44% de agresiones verbales en la administración de medicación y tasas del 18% de agresiones físicas en las actividades de higiene (6,10).

Muchos estudios refuerzan la idea de que el trabajo en equipo es esencial para mantener y preservar entornos saludables para los trabajadores y los pacientes. Esta estrategia colectiva mejora la solidaridad entre profesionales (apoyo ante el sufrimiento) y minimiza la disparidad en la normativa o toma de decisiones ante una situación estre-

sante o conflictiva de la unidad reduciendo así el riesgo de incidentes violentos (2,21).

Cultura organizacional

Aspectos culturales como una baja implicación del personal, un escaso reconocimiento y apoyo hacia los profesionales por parte de la dirección del hospital influyen de manera directa en la percepción y la gestión de las conductas de violencia de los profesionales, aumentando significativamente el riesgo de incidentes violentos y reduciendo la autonomía profesional, innovación y compromiso por alcanzar los objetivos asistenciales (21-24).

Otro aspecto a destacar es la cultura de comunicación de conductas violentas por parte de los profesionales a las direcciones. En la mayoría de estudios revisados se detectó una infracomunicación de los incidentes violentos (11,20, 25). Se ha observado que esta infradeclaración en unidades de salud mental puede ser debida a tres cuestiones: que los profesionales se acostumbran a los niveles de violencia que ejercen los pacientes en las unidades de salud mental, que los profesionales no comunican el incidente por no haber sido capaces de gestionarlo de manera adecuada (se puede cuestionar su profesionalidad y/o autoconcepto de uno mismo), y el miedo a represalias generado por la idea de que la declaración de incidentes en ocasiones puede tener una respuesta punitiva por parte de la organización hacia la enfermera (10,26,27).

Discusión y conclusiones

El objetivo de esta revisión sistemática es evaluar y reconocer los factores de riesgo laborales (entorno), propuestos en el modelo de Chappell y Di Martino, generadores de conductas violentas en las unidades de salud mental, los cuales pueden ser útiles a la hora de establecer estrategias de prevención e intervención. Sin embargo, estas estrategias no deben quedarse como acciones aisladas, sino que deben enmarcarse dentro de un modelo asistencial. Para ello, es importante que se genere en las organizaciones sinergias que aboguen por un cambio cultural que impliquen una transformación en sus comportamientos y, sobre todo, un nuevo enfoque del concepto de cuidado, alineándose hacia un modelo de atención centrada en la persona y un modelo de atención holístico y humanista donde los pacientes sean tratados con dignidad y respeto (10). El cual, además, debía de incorporar en su modelo asistencial un conjunto de principios generales como el desarrollo de la motivación de personas (liderazgo y gestión por valores) y el desarrollo de la concienciación y la colaboración de familiares y pacientes. Una iniciativa en este aspecto es la norma desarrollada por la Fundación Cuidados Dignos, la cual proporciona las reglas que han de seguirse para garantizar una rigurosa gestión de las medidas restrictivas y la posibilidad de su eliminación (sin abandonar la seguridad de la persona cuidada) en el centro o servicio en el que se desee implantar (28).

Los líderes de las organizaciones deben estar preparados para evaluar los incidentes violentos y poder tomar las decisiones y acciones oportunas dirigidas a reducir los riesgos.

Estrategias como evaluaciones ambientales (29), planes formativos, la inclusión de valoraciones iniciales del paciente mediante escalas o cuestionarios que valoren el riesgo de violencia (30-32) para poder detectarlo *a priori* y adecuar la estrategia de ingreso. Es preciso adaptar los circuitos de admisión de pacientes en las salas, intentando adecuar la capacidad de las unidades y las ratios de personal al riesgo de conductas violentas en función de los tipos de trastornos ingresados y las estancias. Además, es necesario el establecimiento de una política clara para la gestión de los incidentes violentos (preincidente, durante el incidente y posincidente), incluyendo programas de apoyo formalizados de supervisión clínica de casos reales o potenciales de incidentes violentos, ya que muchos estudios recalcan el impacto en la salud de las enfermeras que han sido víctimas de un incidente violento, el cual debe ser tratado aunque el profesional refiera haberlo superado, puesto que la exposición reiterada ante conductas violentas puede desencadenar en comportamientos disfuncionales que comprometan la calidad de la atención y contribuir al *burnout* y el absentismo (33). Para ello, las instituciones deben instaurar mecanismos para que los profesionales puedan expresar los sentimientos generados tras una experiencia negativa, como por ejemplo grupos de soporte en los equipos que promuevan dinámicas de práctica reflexiva (19).

Evaluar y reconocer los factores de riesgo generadores de conductas violentas puede ser útil a la hora de establecer estrategias de prevención e intervención no solo en relación a los profesionales (acciones formativas, competencia profesional, experiencia laboral, etc.) y usuarios (abordajes específicos en función de la patología), sino también en cuestiones estructurales (espacios menos restrictivos), organizativas (seguimiento y control de las ratios en función de las cargas de trabajo) y culturales (mejorar la comunicación de incidencias y la práctica reflexiva).

Agradecimientos

Queremos agradecer la ayuda en la elaboración de este artículo a Susana Ochoa Guerre, Hilari Andrés Mora, Irene Mateu Muñoz, Stephen Kelly y al grupo EPERV-55.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Bresler S, Gaskell MB. Risk assessment for patient perpetrated violence: Analysis of three assaults against healthcare workers. Work [Internet]. IOS Press; 2014 Jun 4 [citado 5 dic 2015];51(1):73-7. Disponible en: <http://content.iospress.com.sire.ub.edu/articles/work/wor1888>
2. Lawoko S, Soares * JF, Nolan P. Violence towards psychiatric staff: a comparison of gender, job and environ-

- mental characteristics in England and Sweden. *Work Stress* 2004 Jan;18(1):39-55.
3. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. Elsevier 2002; 360(9339):1083-8.
 4. Staggs VS. Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Res Nurs Health* [Internet] 2013 Feb [citado 3 ene 16]; 36(1):26-37. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84872379410&partnerID=40&md5=91d125b8cadc4e468c40802ccd67d3b5>
 5. 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 Publica*. 2012; 86(3):279-91.
 6. Ridenour M, Lanza M, Hendricks S, Hartley D, Rierdan J, Zeiss R, et al. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work* [Internet]. IOS Press; 2014 May 27 [citado 5 ene 2016];51(1):19-28. Disponible en: <http://content.iospress.com/sire.ub.edu/articles/work/wor1894>
 7. Chappel D, Di Martino V. Violence at work. Geneva Int Labor Off. 2006.
 8. Hershcovis MS, Barling J. Towards a relational model of workplace aggression. Research companion to the dysfunctional workplace [Internet] 2007. p. 268-84. Disponible en: <http://www.elgaronline.com/view/9781845429324.00024.xml>
 9. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 2006 Mar [citado 3 ene 2015];63(3):250-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16520429>
 10. Hamrin V, Iennaco J, Olsen D. A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements. *Issues Ment Health Nurs* [Internet] 2009 Apr [citado 5 ene 2016];30(4):214-26. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-68249112126&partnerID=tZ0tx3y1>
 11. Decaire MW, Bedard M, Riendeau J, Forrest R. Incidents in a psychiatric forensic setting: association with patient and staff characteristics. *Can J Nurs Res*. Lakehead University, Thunder Bay, Ontario, Canada; 2006; 38(3):68-80.
 12. Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatr Serv*. Am Psychiatric Assoc [Internet]; 2006 Jun [citado 5 ene 2016];57(6):795-802. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.2006.57.6.795>
 13. Johnson ME. Keeping the unit safe: a grounded theory study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet] 2006 Feb 1 [citado 5 ene 2016];12(1):13-21. Disponible en: <http://jap.sagepub.com.sire.ub.edu/content/12/1/13>
 14. Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, Van Der Merwe M, Jeffery D. Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatient Psychiatric Wards. *Issues Ment Health Nurs* [Internet] 2009 Jan [citado 5 ene 2016]; 30(4):260-71. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840802710829>
 15. Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. Institute of Psychiatry, Ain Shams University, Cairo, Egypt. alaasoliman@doctors.net.uk; 2001;52(1):75-80.
 16. Chou K-R, Lu R-B, Mao W-C. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet] 2002 Aug [citado 5 ene 2016];16(4):187-95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12143078>
 17. Johnson K, Delaney M. Keeping the unit safe: the anatomy of escalation. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 13:42-52.
 18. 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. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. Blackwell Science Ltd 2002 [citado 5 ene 2016]; 9(3):325-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00497.x>
 19. Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. *Int J Nurs Stud* [Internet] 2007 Mar [citado 5 ene 2016];44(3):349-56. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748905000465>
 20. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and Aggression in Psychiatric Units. *Psychiatr Serv* [Internet] 1998 Nov [citado 5 ene 2016];49(11):1452-7. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.49.11.1452>
 21. Cintas C. "Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend...": Le cas d'un hôpital psychiatrique. / "When violence is not where it is expected": The case of a psychiatric hospital. *Nouv Rev psychosociologie*. 4:213-31.
 22. Morrison EF. The culture of caregiving and aggression in psychiatric settings. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet] 1998 Feb [citado 5 ene 2016];12(1):21-31. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0031988963&partnerID=40&md5=d5a27d07e21e61333b7e410965bda9da>
 23. Martin T, Daffern M. Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet] 2006 Feb [citado 5 ene 2016];13(1):90-9. disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16441399>
 24. De Benedictis L, Dumais A, Sieu N, Mailhot M-P, Létourneau G, Tran M-AM, et al. Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatr Serv* [Internet]

- 2011 May [citado 5 ene 2016];62(5):484-91. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79955672235&partnerID=tZ0tx3y1>
25. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Fischer JE, Haug H-J. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal* [Internet] 2007 [citado 5 ene 2016];3(1):30. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-39049152105&partnerID=40&md5=0bcd2a782a3544e16acbff79f27e3201>
 26. Parnell S. Inpatient psychiatric healthcare worker and administrator perceptions of workplace interventions for patient-on-staff assault. *ProQuest* [Internet] 2012 [citado 5 ene 2016]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1336635122>
 27. Edward K-L, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing. Mark Allen Healthcare* [Internet]; 2014 [citado 5 ene 2016]. Disponible en: http://eprints.hud.ac.uk/21019/2/BJN_Aggression_revised_06141.docx
 28. Beaskoa AMU. Los otros derechos en la práctica diaria. *Estud jurídicos. Centro de Estudios Jurídicos*; 2012.
 29. Gillespie GL, Gates DM, Fisher BS. Individual, relationship, workplace, and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence. *Work* [Internet]. IOS Press 2014 Jun 4 [citado 5 ene 2016];51(1):67-71. Disponible en: <http://content.iospress.com/sire.ub.edu/articles/work/wor1890?resultNumber=3&totalResults=6&start=0&q=%22workplace%22+and+%22psychiatric+unit%22+and+%28%22violence%22+or+%22aggression%22%29&resultsPageSize=50&rows=50>
 30. Andrés-Pueyo A, Echeburúa E. Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema* 2010; 22(3).
 31. Arbach K, Andrés-Pueyo A. Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos* 2007; 28(3):174-86.
 32. Pueyo AA. La predicción de la violencia. *Papeles del psicólogo. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos* 2007; (003):145.
 33. Chang J-C, Lee C-S. Risk Factors for Aggressive Behavior Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatr Serv* [Internet] 2004 Nov [citado 5 ene 2016];55(11):1305-7. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-7444256549&partnerID=40&md5=8bedfbe12da3fddbef45393710874d49>

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos: Salud mental; violencia; agresión; entorno laboral.

encuentra@
ENFERMERÍA INTELIGENTE

Contacta con los autores en: jquilez@pssjd.org

Copyright of Metas de Enfermería is the property of Difusion Avances de Enfermeria (DAE) and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.