



Efectividad de las intervenciones contra la violencia laboral que sufren los profesionales de la salud y de apoyo: metanálisis*


Caroline Vieira Cláudio Okubo¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8625-8667>


Júlia Trevisan Martins²

 <https://orcid.org/0000-0003-4045-0383>


Tatiana da Silva Melo Malaquias³

 <https://orcid.org/0000-0001-5541-441X>


Maria José Quina Galdino⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-6709-3502>


Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad^{2,5}

 <https://orcid.org/0000-0001-7564-8563>

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli²

 <https://orcid.org/0000-0002-0222-8821>

Renata Cristina de Campos Pereira Silveira⁶

 <https://orcid.org/0000-0002-2883-3640>

Destacados: **(1)** Sintetiza el conocimiento de las intervenciones que previenen la violencia laboral. **(2)** Las intervenciones implementadas en los estudios pueden beneficiar a los profesionales de la salud. **(3)** Concientiza a los profesionales y gestores de la salud sobre el tema. **(4)** Se recomienda que se realicen más ensayos clínicos aleatorizados a conciencia.

Objetivo: evaluar la efectividad de las intervenciones dirigidas a prevenir y reducir la violencia laboral que sufren los profesionales de la salud y de apoyo. **Método:** revisión sistemática con metanálisis realizada en ocho bases de datos y en la literatura gris. El riesgo de sesgo se evaluó mediante herramientas Cochrane y la certeza de la evidencia mediante el *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*. El análisis se realizó de forma descriptiva y por metanálisis, e incluyó la evaluación de la heterogeneidad. **Resultados:** fueron elegibles 11 estudios aleatorios y cuasialeatorios, de los cuales seis estudios (54,5%) implementaron habilidades individuales, cuatro multienfoque (36,4%) y uno (9,1%) acciones gubernamentales. Cuatro estudios (36,4%) tuvieron un efecto positivo y significativo en la reducción de la violencia. El riesgo de sesgo se clasificó como alto o incierto. El metanálisis se realizó con dos estudios que evaluaron la capacidad individual (grupo de intervención) *versus* la capacidad individual (grupo de comparación), pero no se encontró evidencia científica (IC del 95 %: -0,41 a 0,25, $p = 0,64$) para el resultado prevención/reducción de la violencia. **Conclusión:** esta revisión no obtuvo alta evidencia sobre la prevención o reducción de la violencia laboral. El número reducido de ensayos aleatorios, la falta de estudios con bajo riesgo de sesgo y la alta consistencia pueden haber sido factores que dificultaron la recomendación de intervenciones efectivas.

Descriptorios: Práctica Clínica Basada en la Evidencia; Revisión Sistemática; Metaanálisis; Exposición Profesional; Violencia Laboral; Personal de Salud.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Prevenção e redução da violência no trabalho sofrida por profissionais de saúde: revisão sistemática com metanálise", presentada en la Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

¹ Universidade Federal do Paraná, Complexo Hospital de Clínicas, Unidade Cirúrgica, Curitiba, PR, Brasil.

² Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.





³ Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de Enfermagem, Guarapuava, PR, Brasil.

⁴ Universidade Estadual do Norte do Paraná, Departamento de Enfermagem, Bandeirantes, PR, Brasil.

⁵ Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁶ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Okubo CVC, Martins JT, Malaquias TSM, Galdino MJQ, Haddad MCFL, Cardelli AAM, et al. Effectiveness of the interventions against workplace violence suffered by health and support professionals: A meta-analysis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3639. [Access   ]; Available in:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5923.3639>

Introducción

La violencia laboral está presente de manera significativa y creciente en el mundo. En los Estados Unidos, un informe publicado en 2017 por la *United States Bureau of Labor Statistics* reveló que se registraron y cometieron 458 homicidios en el ámbito laboral, de los cuales 77 fueron perpetrados por compañeros de trabajo o socios⁽¹⁾.

En 2018, los datos revelaron que los trabajadores de la salud tenían cinco veces más probabilidades de experimentar violencia laboral que el resto de los trabajadores, lo que representa aproximadamente el 73 % de todos los accidentes y enfermedades laborales no fatales que requieren días libres⁽²⁾.

Una revisión sistemática realizada en 2019 reveló que el 80 % de la violencia laboral afectó a los profesionales de la salud en Asia, América, Europa, Medio Oriente, Oceanía y África⁽³⁾. En 2021, un informe publicado por la *Joint Commission* sobre eventos centinela de 2018 a 2020 reveló que en los Estados Unidos, se registraron 56 casos de violación en profesionales de la salud, además de 12 homicidios y 260 suicidios⁽⁴⁾.

En este estudio, se considera violencia laboral al acto intencional o a la conducta agresiva y amenazante que se desvía de la conducta esperada y busca dañar o lesionar a la persona durante el trabajo o como consecuencia del mismo, eso incluye violencia verbal, no verbal, palabras o acciones amenazantes o humillantes, acoso moral, acoso sexual, agresión física u otras conductas intimidatorias o perturbadoras que involucren a profesionales, pacientes o visitas^(2,5).

Una revisión sistemática con metanálisis constató que alrededor del 62% de los profesionales de la salud experimenta violencia laboral. En cuanto al tipo de violencia, predominó el maltrato verbal, seguido de las amenazas verbales y el acoso sexual. En lo que respecta al lugar, se registró una mayor prevalencia en ambientes prehospitalarios⁽⁶⁾.

Desde el año 2002 se viene señalando que dicho tipo de violencia es un área prioritaria, y preocupa la intervención política a nivel internacional, especialmente en el sector salud, porque este sector es uno de los más afectados, la misma impacta negativamente en la productividad laboral, la calidad de la atención que se le brinda al paciente, los costos, y genera altos índices de ausentismo y abandono de la profesión^(2,7).

Los estudios también revelan que dicha violencia en el sector de la salud afecta, principalmente, a las mujeres profesionales, y a la categoría enfermería que ejerce su profesión, fundamentalmente en hospitales, servicios de urgencias y sin otro compañero de trabajo⁽⁸⁻¹¹⁾.

Para combatir este complejo fenómeno, varias instituciones y organismos internacionales han venido publicando directrices para eliminarlo centradas en la cultura de tolerancia cero, adoptando medidas para minimizar o eliminar los índices y riesgos de violencia laboral. Tales medidas incluyen el compromiso de la dirección, la participación de los profesionales, el análisis del lugar de trabajo, la capacitación en seguridad y salud, el análisis de los factores de riesgo y el seguimiento de los registros de los índices de violencia^(2,7-8).

Por lo tanto, es necesario que se tomen acciones e implementen directrices, leyes o políticas públicas para reducir la violencia, dado que es un problema que se puede prevenir y es un determinante importante de enfermedades físicas y, sobre todo, enfermedades mentales⁽¹²⁾.

Entre las revisiones sistemáticas que trataron de identificar el efecto de las intervenciones, se encontró que hay una falta de conocimiento en los estudios sobre la efectividad de las acciones que previenen o reducen los actos de violencia contra los profesionales de los servicios de salud. Cabe señalar que un estudio evaluó solo una intervención específica a nivel individual, que incluyó educación y capacitación⁽¹³⁾ y otro a nivel organizacional, como programas y prácticas de trabajo⁽¹⁴⁾.

Por ende, se justifica este estudio, dado que identificar las evidencias científicas sobre el tema contribuirá a estandarizar intervenciones efectivas que puedan frenar y prevenir los actos de violencia que afectan a los profesionales de la salud y de apoyo.

Por lo tanto, esta revisión sistemática tuvo como objetivo evaluar la efectividad de las intervenciones dirigidas a prevenir y reducir la violencia laboral que sufren los profesionales de la salud y de apoyo.

Método

Diseño del estudio

Este estudio consiste en una revisión sistemática con metanálisis escrito según los ítems del *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. El protocolo de esta revisión quedó registrado en la plataforma *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO), bajo el número de registro CRD42018111383⁽¹⁸⁾. Este protocolo también fue publicado en la revista científica *BMJ Open*⁽¹⁹⁾.

Criterio de selección

Para buscar estudios y formular la pregunta orientadora se utilizó la estrategia PICOS⁽²⁰⁾, acrónimo de "Población" (profesionales de la salud y de apoyo), "Intervención" [organizacional, ambiental, individual,

multienfoque (organizacional, ambiental e individual) o gubernamental (políticas/legislaciones)], "Control/Comparación" (no se aplica/elegible cualquier comparación, intervención estándar, habitual o ninguna) y "Resultado" [prevención, reducción de la violencia laboral o reducción de la exposición a la violencia].

La pregunta orientadora de la presente revisión es: ¿Qué tan efectivas son las intervenciones dirigidas a prevenir y reducir la violencia laboral que sufren los profesionales de la salud y de apoyo?

Se adoptaron como criterios de inclusión estudios: 1) con profesionales de la salud y/o de apoyo⁽²¹⁾, 2) realizados en servicios de salud o servicios comunitarios de salud, tales como hospitales, sectores de emergencia, unidades básicas de salud, instituciones de larga estancia, y en el domicilio del paciente, 3) que aborden intervenciones organizacionales, ambientales, individuales, multienfoque (organizacional, ambiental e individual) o gubernamentales⁽⁷⁾, 4) cuyo resultado primario o secundario fue la reducción y/o prevención de la violencia laboral perpetrada por pacientes, 5) con diseños aleatorizados o cuasialeatorios como ensayos clínicos aleatorizados (nivel II de evidencia) y estudios cuasialeatorios (como del tipo antes y después con grupo control, nivel III de evidencia)⁽²²⁻²⁴⁾. No se aplicaron restricciones de idioma o año de publicación.

Los criterios de exclusión fueron estudios: 1) realizados con residentes y/o estudiantes, 2) con metodologías de revisión, cartas, opiniones personales, capítulos de libros, manuales institucionales, informes, series de casos, estudios transversales (no comparativos como del tipo antes y después sin grupo control), y 3) con datos duplicados.

Periodo

La recolección de datos se llevó a cabo durante los años 2020 y 2021. Se realizó una búsqueda el 8 de agosto de 2020 en las bases de datos. Se realizó otra búsqueda actualizada el 9 de junio de 2021.

Recolección de datos

Se desarrollaron estrategias de búsqueda individuales para cada base de datos electrónica en PubMed, Scopus, Web of Science, EMBASE, Cochrane Library, CINAHL, LILACS y Livivo. Además, se realizaron búsquedas en la literatura gris, que incluyeron Google Scholar, OpenGrey y ProQuest. La estrategia fue desarrollada por el equipo de investigadores de esta revisión, que incluye doctores en el tema y en el método de revisión.

Cabe destacar que antes de realizar las búsquedas finales de los estudios primarios en las bases de datos seleccionadas, se realizaron varias combinaciones

utilizando los descriptores controlados, palabras clave y los operadores booleanos AND y OR. Esto se hizo con el objetivo de identificar la mayor cantidad de publicaciones posible, principalmente en la base de datos PubMed con adaptaciones para otras bases de datos. Los descriptores MeSH incluyeron: "health personnel", "attitude of health personnel", "workplace violence", "exposure to violence", "physical abuse", "education", además de sinónimos y palabras-clave. La búsqueda fue realizada por dos investigadores con doctorado en el tema de la violencia, así como en el método adoptado para el estudio.

También se realizó una búsqueda manual de las referencias de todos los artículos incluidos. Se identificó a un experto (*expert*) en el tema de "workplace violence" a través del sitio web (<http://expertscape.com/>), se lo contactó por correo electrónico y se le pidió que identificara las cinco publicaciones más importantes sobre el tema.

Primero, uno de los doctores exportó los estudios a EndNote online⁽²⁵⁾, donde se realizó una selección detallada de todos los estudios y referencias y se eliminaron los duplicados. Posteriormente, las citas fueron exportadas por el mismo doctor al administrador Rayyan QCRI⁽²⁶⁾, donde dos revisores realizaron otra eliminación de duplicados y selección de los estudios, en dos fases.

En la primera fase de selección, dos revisores ciegos (un máster y un doctor) leyeron y evaluaron de forma independiente el título y el resumen de todos los estudios, aplicaron los criterios de elegibilidad para determinar que estudios serían incluidos. En la segunda fase, los mismos dos revisores leyeron los textos completos para confirmar la elegibilidad.

La extracción y recolección de datos fue realizada por otros dos revisores (un máster y un doctor) ciegos y utilizando un formulario. Este formulario contenía las características del estudio (autor, año, país, diseño del estudio, objetivo, lugar, período de estudio), de la población (categoría, sexo, tamaño de la muestra), características de los resultados (grupos de intervención y control, incluso el número total de la muestra de los grupos (n) y descripción de la intervención y del control, aleatorización, cegamiento, resultados principales) y conclusión principal. Se contactó a algunos autores del estudio, tres veces como máximo, para recuperar información. Posteriormente, la exactitud de los datos fue confirmada entre los revisores.

Los desacuerdos fueron resueltos mediante una reunión entre dos revisores. Cuando no se llegó a un consenso, se contactó a otros dos revisores (doctores) con experiencia en el tema de la salud del trabajador y en el método para resolver las diferencias en cada una de las fases mencionadas (recopilación de datos, selección de estudios y/o extracción).

Procesamiento y análisis de datos

El riesgo de sesgo de los estudios seleccionados se evaluó mediante herramientas Cochrane: *Revised Cochrane Risk-of-Bias Tool for Randomized Trials* (RoB 2), *ROB 2 for cluster - randomized trials* (RoB 2 CRT) y *Risk Of Bias In Non-randomised Studies - of Interventions* (ROBINS-I)⁽²⁷⁻³⁰⁾.

Dos revisores ciegos (máster y doctor) evaluaron cada dominio (selección, desempeño, detección, desacuerdo e informe) y clasificaron cada estudio como de alto riesgo, bajo riesgo o con algunos problemas de sesgo, según las herramientas mencionadas.

Se realizó una síntesis de los resultados obtenidos de forma descriptiva y mediante metanálisis. Los resultados del metanálisis se presentaron mediante el diagrama del bosque (*forest plot*). Las evaluaciones de las medidas de los resultados continuos adoptados proporcionaron una estimación general, a través de la diferencia de la media estandarizada, peso para el modelo adoptado (aleatorio), con un Intervalo de Confianza (IC) del 95%. El metanálisis se realizó con el *software Cochrane's Review Manager* (V.5.3) – RevMan Web⁽³¹⁻³²⁾. La heterogeneidad también fue descrita mediante la prueba estadística I^2 ⁽³¹⁾. No se aplicó el análisis de sensibilidad debido a la limitación que presentaron dos ensayos clínicos aleatorizados en el metanálisis.

Dos revisores ciegos (máster y doctor) evaluaron un resumen de la certeza general de la evidencia para el resultado estudiado (prevención/reducción de la violencia laboral), para ello se basaron en el enfoque del *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE)⁽³³⁾ y del *software GRADEpro* GTD

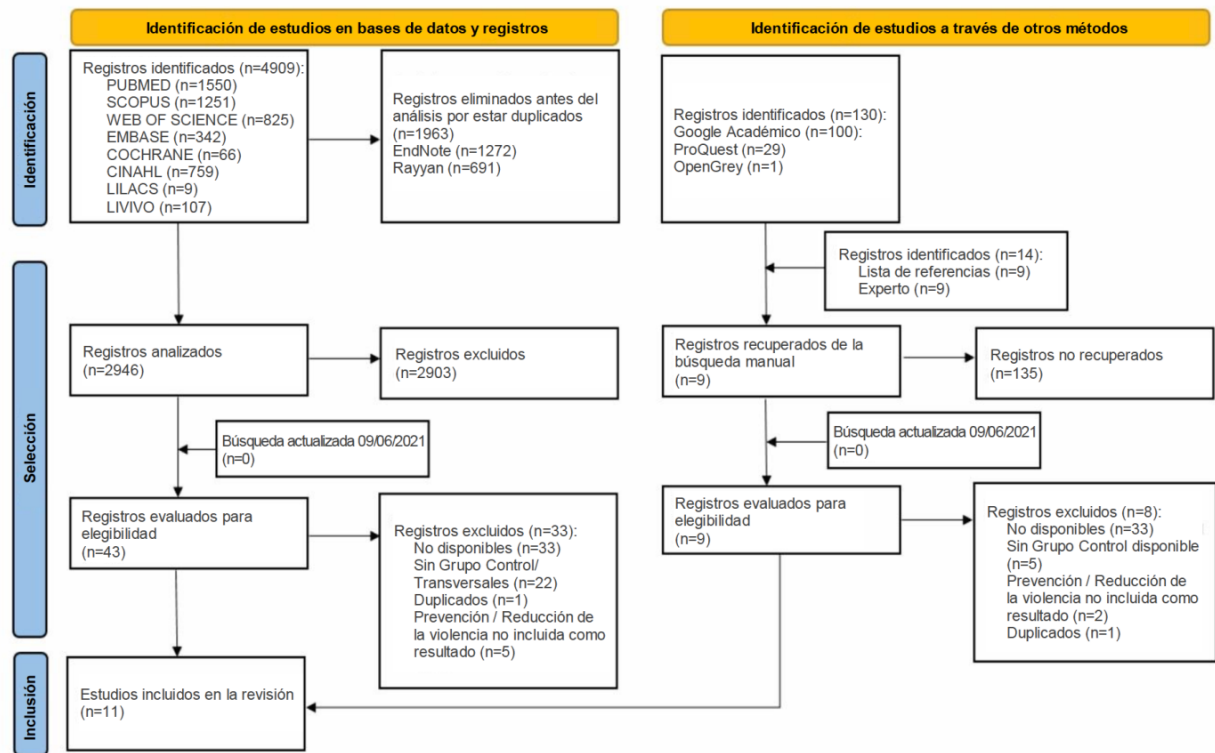
(Copenhague, Dinamarca) proporcionado por el GRADE *Working Group*, en asociación con la Colaboración Cochrane⁽³⁴⁾.

Al igual que en los otros pasos, se consultó a otros revisores (dos doctores con experiencia en revisión sistemática y en el método de revisión) para resolver los desacuerdos sobre el tratamiento y análisis de datos.

Resultados

En la primera fase de esta revisión, se identificaron 4.909 citas en ocho bases de datos mencionadas en el método. Posteriormente, tras eliminar las 1.963 citas duplicadas, se evaluaron los títulos y resúmenes de 2.946 artículos según los criterios de elegibilidad. Por ende, en la fase 1 se excluyeron 2.903 estudios. Complementariamente, se realizaron búsquedas en la literatura gris, lectura de la lista de referencias de los artículos incluidos y consulta a expertos, lo que permitió agregar 144 artículos más a la primera fase. De estos, nueve fueron incluidos para lectura completa en la segunda fase.

Un total de 52 artículos (43 de las bases de datos y 9 por otros métodos) fueron elegibles para la segunda fase. De estos, 41 fueron excluidos después de la lectura completa. Una búsqueda actualizada, realizada el 09/06/2021, proporcionó dos estudios para lectura del texto completo, pero fueron excluidos luego de aplicar los criterios de elegibilidad. Por lo tanto, 11 estudios fueron incluidos para el análisis descriptivo. Un diagrama de flujo detallado del proceso de identificación, inclusión y exclusión de estudios, según las directrices PRISMA⁽¹⁷⁾, se muestra en la Figura 1.



Fuente: Adaptado Page, et al⁽¹⁷⁾

Figura 1 – Diagrama de flujo del proceso de identificación, inclusión y exclusión de estudios, según *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Londrina, PR, Brasil, 2021

Las principales características descriptivas de los artículos incluidos se presentan en la Figura 2.

Autores/ Año	Método	Muestra (n)	GI* (n)	GC [†] (n)	Conclusión principal
Arnetz, Arnetz ⁽³⁵⁾ 2000	Cuasialeatorio	DE [‡] , geriátricos, psiquiátricos y domicilios (n=47)	Habilidades individuales (programa estructurado, grupos de <i>feedback</i>) (n=24)	Ninguna (n=23)	El programa no reveló una diferencia estadísticamente significativa en la VL [§] autoinformada.
Gates, Fitzwater, Succop ⁽³⁶⁾ 2005	Cuasialeatorio	Profesionales (n=138)	Habilidades individuales (conferencias, debates con video, demostraciones y resolución de problemas) (n= 53)	Ninguna (n=49)	La intervención no tuvo un efecto significativo sobre la incidencia de las agresiones.
Anderson ⁽³⁷⁾ 2006	Cuasialeatorio	Profesionales (n=43)	Habilidades individuales (capacitación <i>online</i> , que contiene evaluación de riesgos, técnicas de asertividad, cuestiones éticas y legales) (n= 22)	Ninguna (n=21)	Solo el abuso verbal registró una diferencia estadísticamente significativa entre el GI* (intervención completada en 30 días) y el GC [†] , con disminución de los eventos.
Casteel, et al. ⁽³⁸⁾ 2009	Cuasialeatorio	DE [‡] (n=166)	Gubernamental (Ley de Protección de la Seguridad del Estado de California) (n=116)	Gubernamental (solamente directrices de la OSHA) (n=50)	La política (ley estadual) puede ser un método eficaz para aumentar la seguridad de los profesionales de la salud.
Kling, et al. ⁽³⁹⁾ 2011	Cuasialeatorio	Pacientes de alto riesgo (n=473)	Multienfoque (formación de un sistema electrónico de alerta de pacientes, que contiene evaluación de riesgos y conductas después de señalar a las personas en riesgo de VL [§] como guardias de seguridad cercanos) (n=109)	Ninguna (n=634)	El Sistema de Alerta no previno los incidentes de VL [§] provocados por los pacientes después de que fueron señalados, dado que las tasas solo disminuyeron durante el período en el que se implementó dicho sistema.
Irvine, et al. ⁽⁴⁰⁾ 2012	ECA [†] <i>cluster</i>	Institución de larga estancia (n=6)	Habilidades individuales (capacitación inmediata, que contiene programas y cursos por medio de videos, demostraciones) (n=3)	Habilidades individuales (capacitación posterior, que contiene programas y cursos por medio de videos, demostraciones) (n=3)	La capacitación por Internet fue una herramienta eficaz para reducir las tasas de VL [§] y los efectos de la capacitación pueden mejorar con el tiempo.

(continúa en la página siguiente...)

Autores/ Año	Método	Muestra (n)	GI*(n)	GC† (n)	Conclusión principal
Gillespie, et al. ⁽⁴¹⁾ 2014	Cuasialeatorio	DE† (n=6)	Multienfoque (reuniones con <i>feedback</i> y cambios ambientales y organizacionales) (n=3)	Ninguna (n=3)	Dos lugares del GI* mostraron una reducción significativa de la VL [§] .
Glass, et al. ⁽⁴²⁾ 2017	ECA¶	Profesionales (n=306)	Habilidades individuales (capacitación basada en la computadora sin facilitación de pares - definición y prevalencia de la VL [§] , técnicas de asertividad) (n=154)	Habilidades individuales (capacitación basada en la computadora con facilitación entre pares) (n=52)	La capacitación basada en la computadora con o sin la facilitación de pares podría reducir los incidentes de VL [§] .
Arnetz, et al. ⁽⁴³⁾ 2017	ECA¶ <i>cluster</i>	DE†, psiquiátricos, entre otros (n=36)	Multienfoque (investigación acción participativa con aspectos individuales, ambientales y organizacionales) (n=19)	Ninguna (n=17)	La intervención basada en los datos fue efectiva y significativa en la reducción del riesgo de VL [§] y lesiones relacionadas.
Sadatmahaleh, et al. ⁽⁴⁴⁾ 2018	Cuasialeatorio	Profesionales (n=48)	Multienfoque (programa de Gestión de la VL [§] a través de talleres, discusiones grupales, conferencias) (n=24)	Ninguna (n=24)	La frecuencia de VL [§] disminuyó en el GI*, pero no fue estadísticamente significativa entre los grupos.
Baby, Gale, Swain ⁽⁴⁵⁾ 2019	ECA¶ <i>cluster</i>	Profesionales (n=127)	Habilidades individuales (capacitación grupal para habilidades de comunicación, simulaciones realistas sobre VL [§]) (n=64)	Habilidades individuales (capacitación en grupo que aborda técnicas de <i>mindfulness</i>) (n=63)	El efecto entre el GI* y el GC† no mostró diferencia estadísticamente significativa.

*GI = Grupo Intervención; †GC = Grupo Control; ‡DE = Departamentos de Emergencia; §VL = Violencia Laboral; ¶OSHA = *Occupational Safety and Health Administration*; ¶ECA = Ensayo Clínico Aleatorizado

Figura 2 - Estudios incluidos en la revisión sistemática, según autores, año de publicación, método, muestra (n), grupo intervención (n), grupo control (n) y conclusión principal (n=11). Londrina, PR, Brasil, 2021

Los estudios incluidos se realizaron en cinco países: Suecia⁽³⁵⁾, Estados Unidos^(36-38,40-43), Canadá⁽³⁹⁾, Irán⁽⁴⁴⁾ y Nueva Zelanda⁽⁴⁵⁾, la mayoría (63,7%) se realizó en los Estados Unidos. Los estudios se publicaron entre los años 2000 y 2019.

En cuanto a la metodología adoptada, siete (63,7%) estudios^(35-39,41,44) fueron clasificados como cuasialeatorios y cuatro (36,3%) estudios^(40,42-43,45) como ensayos clínicos aleatorizados, uno de ellos era clásico⁽⁴²⁾ y tres por *cluster*^(40,43,45). La duración de estos estudios no presentaba un patrón, pero varió entre cuatro y 1440 meses, y la intervención tuvo lugar entre uno y 360 meses después del inicio del estudio.

Los estudios se realizaron en diferentes servicios de salud, predominaron los hospitales (54,5%)^(37-39,41,43-44), seguidos de los servicios de urgencias hospitalarios (36,4%)^(35,38,41,44) servicios psiquiátricos^(35,38), las unidades domiciliarias^(35,42), las instituciones de larga estancia o geriátricas^(35-36,40), las organizaciones no gubernamentales y los Consejos Distritales de Salud⁽⁴⁵⁾.

En cuanto a la categoría de los profesionales que participaron de los estudios incluidos, la mayoría (n=9; 81,9%) se llevó a cabo con el equipo de enfermería^(35-37,39-44), incluyeron enfermeros^(35,37,41,43-44), técnicos en enfermería^(35-37,41,43), auxiliares de enfermería^(37,40-41,43) y *homecare* - auxiliares de enfermería⁽⁴²⁾. Los estudios también se realizaron con médicos⁽⁴¹⁾, paramédicos⁽⁴¹⁾, gestores de salud⁽⁴³⁾, trabajadores de apoyo a la salud - seguridad, secretarios^(39,43,45), trabajadores de

rehabilitación/fisioterapia, laboratorios, radiología⁽³⁷⁾, además de trabajadores de la salud que no fueron especificados⁽³⁸⁾.

El número total (n) de profesionales descrito anteriormente fue de 4.790. El sexo femenino predominó en ocho estudios (72,8%), pero tres (27,2%) estudios^(35,38-39) no informaron el sexo predominante. Algunos estudios informaron la edad media total, otros el grupo o rango etario predominante, lo que dificulta que se puedan presentar dichos resultados.

La muestra de estudio que compuso el Grupo Intervención (GI) y el Grupo Control (GC) varió entre profesionales, departamentos y pacientes, la muestra de cinco (45,5%) estudios^(36-37,42,44-45) estuvo compuesta por profesionales, la de cinco^(35,38,40-41,43) (45,5%) por departamentos y solo la de uno⁽³⁹⁾ por pacientes (9 %).

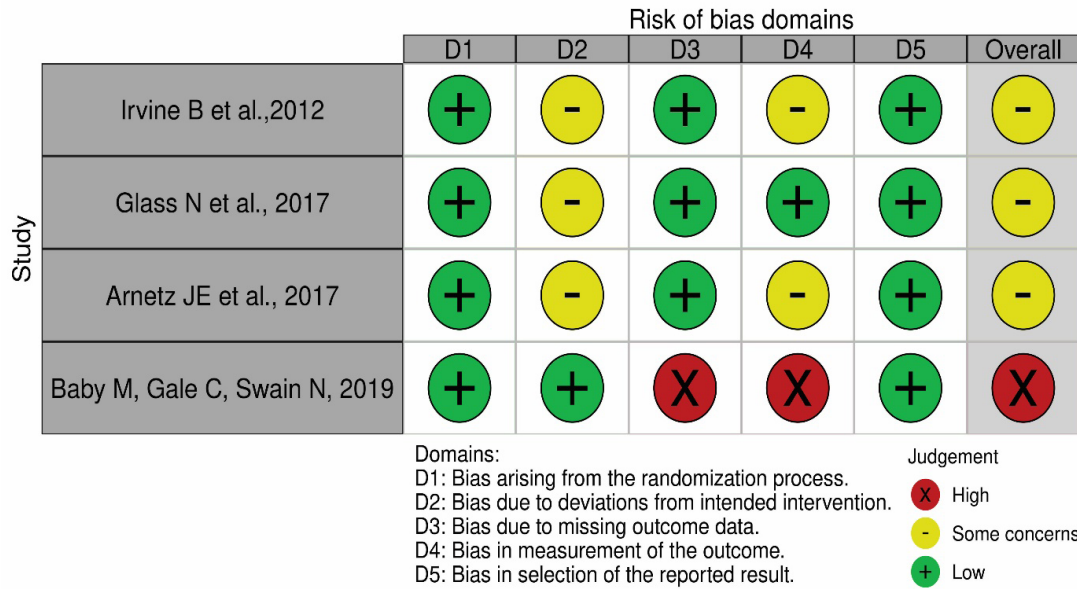
Las intervenciones del GI incluyeron tres criterios: desarrollo de habilidades individuales, multienfoque (organizacional, ambiental e individual) y gubernamental (implementación de leyes/políticas), mientras que las del GC incluyó habilidades individuales, gubernamental y ninguna intervención. Ambas clasificaciones fueron definidas según las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo.

En el GI, seis estudios (54,5%) implementaron intervenciones para el desarrollo de habilidades individuales^(35-37,40,42,45), cuatro (36,4%) multienfoque^(39,41,43-44) y solo uno (9,1%) gubernamental (ley estadual)⁽³⁸⁾.

En el GC, la mayoría, siete estudios (63,6%), no implementó ninguna intervención, tres estudios (27,3%) realizaron el desarrollo de habilidades individuales como control^(40,42,45) y solo uno (9,1%) implementó la intervención gubernamental (política/directriz federal)

⁽³⁸⁾. De ellos, cuatro (36,4%) tuvieron un efecto positivo y significativo para reducir la violencia^(37-38,40,43).

La Figura 3 muestra el resultado de la evaluación del riesgo de sesgo de los ensayos clínicos aleatorizados utilizando las herramientas RoB 2 y RoB 2 CRT⁽²⁷⁻²⁸⁾.



Fuente: Figura generada por la aplicación Robvis tool⁽⁴⁶⁾, autoría propia (2021)

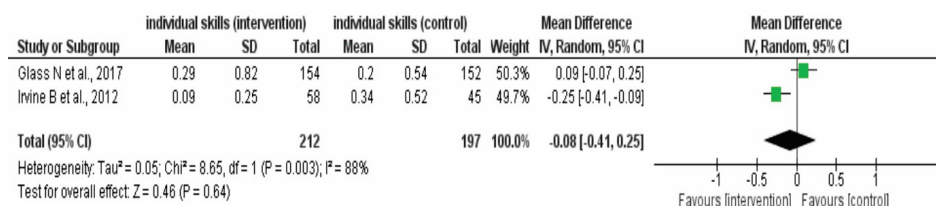
Figura 3 - Evaluación del riesgo de sesgo de los ensayos clínicos aleatorizados en cada dominio de las herramientas Revised Cochrane Risk-of-Bias Tool for Randomized Trials y for cluster - randomized trials. Londrina, PR, Brasil, 2021

Con respecto a los ensayos clínicos aleatorizados, de los cuatro estudios incluidos, tres (75%) fueron clasificados como con riesgo incierto^(40,42-43), y uno (25%) como con alto riesgo⁽⁴⁵⁾ debido a la preocupación por las desviaciones de la intervención que se pretendía realizar (dominio 2), a los datos faltantes (dominio 3) y a la medición de los resultados (dominio 4).

De los siete estudios cuasialeatorios analizados por ROBINS-I⁽²⁹⁻³⁰⁾, cinco (71,4%) fueron clasificados como con riesgo grave^(34,37,39,41,44), uno (14,3%) como con riesgo moderado⁽³⁸⁾ y uno (14,3%) incierto⁽³⁶⁾. Estos estudios tenían sesgos graves en los dominios 1 (factores de confusión), 3 (clasificación de la intervención) y 6 (medición de resultados).

Para evaluar la posibilidad de metanálisis, en primer lugar, se agruparon los estudios según el acrónimo PICOS. Por ende, se combinaron estudios homogéneos (metodológica y clínicamente), lo que dio como resultado el metanálisis de dos estudios^(40,42). La heterogeneidad se consideró importante ($I^2=88\%$). La estimación del efecto aleatorio promedio de los estudios fue -0,08 y el IC del 95% del diamante metaanalítico osciló entre -0,41 y 0,25, con $p = 0,64$.

Por lo tanto, no se encontró evidencia científica de la diferencia de medias del efecto entre el GI y el GC (habilidades individuales versus habilidades individuales), según el diagrama del bosque que se muestra en la Figura 4.



Fuente: Gráfico generado por el programa estadístico RevMan⁽³²⁾; SD = Standard Deviation/Desviación Estándar; IV = Variance Interval/Intervalo de Varianza; CI = Confidence Interval/Intervalo de Confianza

Figura 4 - Diagrama del bosque del metanálisis del efecto de las habilidades individuales (intervención) versus habilidades individuales (de comparación) sobre la prevención y reducción de la violencia laboral. Londrina, PR, Brasil, 2021

En la Figura 5, la certeza de evidencia de los resultados evaluados por el sistema GRADE fue clasificada

como muy baja para el resultado analizado (prevención/reducción de la violencia).

Evaluación de certeza							Resumen de Resultados				
Resultado: prevención/reducción de la violencia laboral sobre los profesionales de los servicios de salud y de apoyo											
Número de estudios	Tipo de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Índice de eventos (%)		Efecto		Certeza de la evidencia
							Desarrollo habilidades (Intervención)	Desarrollo habilidades (Control)	Relativo (IC ⁹⁵ %)	Absoluto (IC ⁹⁵ %)	
2	Ensayo clínico aleatorizado	Muy Grave [†]	Muy Grave [†]	No grave	Grave [‡]	Ninguna	212	197	No agrupado	MDI: -0.08 (-0.41 a 0.25)	⊕○○○ Muy baja

Fuente: Cuadro elaborado y extraído del software GRADEpro⁽³⁴⁾

[†]Se redujeron dos niveles debido al riesgo incierto de sesgo en ambos estudios, en los dominios desviación de la intervención y general; [‡]Dos niveles disminuyeron porque I²=88 %; [§]Un nivel disminuyó debido a la diferencia en la dirección del efecto de los intervalos de confianza de los dos estudios; ^{||}IC = Confidence Interval/Intervalo de Confianza; ^{||}MD = Mean Differences/Diferencia de las medias

Figura 5 - Resumen de la evaluación de la certeza de la prueba, según el *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*. Londrina, PR, Brasil, 2021

Discusión

Los estudios incluidos en esta revisión revelan que la mayoría (63,7%) se llevó a cabo en los Estados Unidos, lo que puede demostrar que en este país se realiza un mayor esfuerzo por implementar directrices y estrategias para combatir la violencia laboral. Esto puede deberse a los esfuerzos de la *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) de los Estados Unidos, que fue creada en 1970 y publicó su primer boletín en 2002 que advierte sobre las políticas de tolerancia cero para la violencia en el lugar de trabajo e incluye programas para prevenir dicha violencia. Los documentos fueron actualizados y el último fue publicado en 2016⁽⁸⁾.

Los datos de este estudio revelan que la mayoría se realizó en unidades hospitalarias (54,5%), seguidas de las unidades de urgencias hospitalarias (36,4%), específicamente con el equipo de enfermería (81,9%), y que la mayoría era del sexo femenino (72,8%), esos datos son similar a las guías y los estudios existentes, cuando afirman que la violencia laboral ha afectado principalmente al personal de enfermería femenino que trabaja en los hospitales^(8-9,47-48).

Un estudio brasileño realizado en 2017 con profesionales municipales confirma que la violencia afecta más a las mujeres (47,9%) que a los hombres

(22,0%), entre ellos se encuentran agentes comunitarios, enfermeros, entre otros⁽¹⁰⁾.

Una revisión sistemática con metanálisis reveló que las enfermeras tienen más probabilidades (21%) de sufrir acoso verbal que los enfermeros⁽⁴⁹⁾. Mientras que otra revisión arrojó como resultado que las mujeres son más propensas a sufrir acoso sexual que los hombres⁽⁵⁰⁾.

Por lo tanto, existe consenso en los estudios encontrados sobre violencia laboral en el sector salud, que infieren que este tipo de violencia, especialmente los casos de acoso verbal y sexual, afectan predominantemente a las mujeres y a las enfermeras.

La alta prevalencia de violencia laboral en las profesionales de los servicios de salud y en esta revisión sistemática, puede deberse a la falta de conocimiento sobre las diferentes formas de violencia laboral, la naturalización de dicha violencia y la cultura machista, además de la preponderancia de mujeres profesionales en los servicios de salud.

En este caso, es esencial que haya medidas para combatir la prevalencia de la violencia laboral contra la mujer, como campañas de concientización, capacitación, grupos de trabajo, derivación basada en flujos establecidos en casos de violencia, registros obligatorios de los casos de violencia, plan de acción, implementación de esas acciones y legislación local y nacional.

Entre las teorías existentes que buscan explicar el fenómeno de la violencia laboral, un modelo interactivo y teórico muestra que dicha violencia tiene una naturaleza multifacética y que puede entenderse a través de la interacción de varios factores interrelacionados como el individual, el social, el ambiental y el laboral⁽⁵¹⁾. Esta teoría revela que el sexo de la víctima, la edad, el tipo de labor y el hecho de trabajar sin otro compañero (domicilio) pueden influir en que haya violencia.

En general, otros factores de riesgo como los problemas individuales del agresor (por ejemplo, el uso de sustancias ilegales) y los factores sociales y contextuales (por ejemplo, la violencia en la sociedad, la cultura negativa de la violencia y la inseguridad en el trabajo) pueden influir en el resultado de la violencia (física y/o psicológica) tanto para el trabajador, generándole estrés, enfermedades y lesiones, altos costos y suicidio, como para la institución empleadora, provocando ausentismo y afectando la calidad de la atención que se le brinda al paciente⁽⁵¹⁻⁵²⁾.

Lo que agrava aún más la magnitud del problema de este tipo de violencia es el subregistro^(2,53). Un estudio realizado en un sistema hospitalario estadounidense con aproximadamente 15.000 empleados concluyó que el 88% de los profesionales no había registrado ningún incidente en el sistema electrónico que se utiliza en los Estados Unidos para notificarlos, se reportaron, principalmente, los incidentes que causaron lesiones⁽⁵³⁾. Por lo tanto, el subregistro es aún más alarmante en los casos de acoso y abuso, posiblemente debido a la cultura de banalización de la violencia laboral, considerada común por muchos en el sector salud⁽⁵¹⁾.

Es necesario que aumente la notificación de la violencia para poder determinar la extensión y profundidad de este problema, que haya medidas preventivas e intervenciones que puedan apoyar a los profesionales de la salud para que denuncien la violencia y estén protegidos de las represalias, tanto en el trabajo como del agresor⁽⁵⁴⁾.

La metodología cuasialeatoria, es decir, estudios con dos grupos (GI y GC) pre y post no equivalentes, que se observó en la mayoría de los estudios (63,7%), incluso sin aleatorización, puede responder preguntas y estimar el éxito de una intervención de salud implementada, pero no estimar los efectos de esta intervención sobre la salud, como los ensayos clínicos aleatorizados⁽²²⁾. Por ende, el bajo porcentaje de estudios aleatorizados (36,3%) influyó en la estimación del efecto global de los estudios presentados, que podría mejorar si hay un mayor número de estudios con esta metodología.

Una investigación comprobó que los resultados clínicos pueden mejorar, especialmente después de 12 meses de estudio⁽²²⁾. Por ende, un estudio⁽³⁷⁾ publicado en 2006 fue significativo, pero sólo para los datos sobre

abuso verbal, su período de estudio fue de 12 meses, con 6 meses postintervención (capacitación *online*). Otro estudio⁽³⁸⁾, publicado en 2009, con 108 meses de estudio, determinó que la implementación de la política podría aumentar significativamente la seguridad de los profesionales de la salud después de 72 meses de la intervención.

En lo que respecta a los ensayos clínicos aleatorizados, un estudio⁽⁴³⁾, publicado en 2017, también fue efectivo y significativo para reducir los riesgos de violencia entre el paciente y el trabajador y las lesiones relacionadas después del período de implementación de la intervención de 24 meses, el período de estudio fue de 60 meses. En otro ensayo clínico aleatorizado⁽⁴²⁾, se observó que la capacitación basada en la computadora también redujo los incidentes de violencia y acoso en el lugar de trabajo, pero no se registraron diferencias significativas entre los grupos. En este estudio⁽⁴²⁾, el tiempo fue de 6 meses y la intervención se realizó 2 meses después del inicio del estudio. Por ende, se infiere que el tiempo de seguimiento puede estar relacionado con la importancia del efecto de la intervención.

Una revisión sistemática realizada con nueve estudios aleatorios y cuasialeatorios concluyó que la evidencia científica es muy incierta sobre los efectos de la educación y la capacitación sobre agresión en el seguimiento a corto plazo en comparación con la falta de intervención. A largo plazo, se comprobó que la educación no pudo reducir los índices de violencia cuando se la compara con la no intervención (baja certeza de la evidencia)⁽¹³⁾.

Las intervenciones clasificadas en este estudio fueron definidas de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo⁽⁷⁾, a saber: desarrollo de competencias individuales, ambientales, organizacionales, multienfoque (individuales, ambientales y organizacionales) y gubernamentales (implementación de leyes/políticas/directrices), a nivel de prevención, y en esta revisión sistemática la mayoría (54,5%) fue la habilidad individual, seguida del multienfoque (36,4%).

Estos datos permiten inferir que las intervenciones gubernamentales aún son incipientes y escasas, lo que revela una falencia en el desarrollo de políticas públicas y normativas que prevengan la violencia laboral y, a su vez, reduzcan dicha violencia a nivel mundial.

Entre los ensayos clínicos aleatorizados, dos estudios^(40,43) fueron efectivos y significativos en términos de índices de violencia. Un estudio⁽⁴⁰⁾, publicado en 2012, implementó un enfoque de habilidades individuales, que incluyó una capacitación *online* diseñada para enseñar estrategias, mediante cursos con videos demostrativos de comportamientos, durante un período de una semana, para auxiliares de enfermería, en ambos grupos, GI y GC, pero con diferentes tiempos de intervención, para

enfrentar, prevenir o reducir la conducta agresiva de los adultos mayores institucionalizados. En el GI, el entrenamiento se realizó inmediatamente después del inicio del estudio, mientras que, en el GC, el entrenamiento se realizó a las 8 semanas y el estudio tuvo una duración de 6 meses.

Otra investigación⁽⁴³⁾ realizada en 60 meses llevó a cabo una investigación-acción (*Plan-Do-Study-Act*). En el GC no se implementó ninguna intervención, mientras que en el GI hubo intervenciones. Los supervisores de la unidad debían registrar todos los eventos violentos informados en el sistema electrónico dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del informe de violencia. Por consiguiente, a través de grupos focales, se les presentaron a las unidades sus índices de violencia en comparación con los del sistema hospitalario estadounidense. En segundo lugar, se elaboró un plan de acción entre profesionales, investigadores y supervisores, que incluyó la implementación y el cambio de este plan de acción, no solo sobre los factores individuales o de comportamiento (grupos focales, capacitación), sino también de carácter ambiental y organizacional (registros de datos de violencia laboral, *feedback* de estos datos a las unidades). En tercer lugar, se realizó un seguimiento de las unidades del GI y del GC a los 36 meses de la implementación de las intervenciones para determinar si se implementaron medidas y mejoras en las unidades.

Este método de investigación participativa es ampliamente aceptado en el cuidado de la salud y consiste en un método científico para evaluar los cambios en ambientes complejos⁽⁵⁵⁾. Una revisión sistemática determinó que esta metodología puede ser efectiva, como lo demuestra un estudio⁽⁴³⁾ incluido en esta revisión, pero debe ser implementada rigurosamente⁽⁵⁵⁾.

De manera similar, se observó que dos estudios cuasialeatorios en esta revisión fueron efectivos y significativos. Un estudio⁽³⁷⁾ determinó que la capacitación *online* de tres horas (desarrollo de habilidades individuales), centrada en la evaluación del riesgo de violencia, técnicas de asertividad, cuestiones legales y seguimiento después de un incidente, fue significativa, pero solo para las tasas de abuso verbal. Mientras que otro estudio⁽³⁸⁾, publicado en 2009, que implementó la intervención gubernamental (normas de la ley estadual de California), con un período de tres años previo a la política de prevención de la violencia y seis años de seguimiento, infirió que la ley/política estadual puede ser un método eficaz para aumentar la seguridad de los trabajadores de la salud. Las tasas de agresiones a los trabajadores del departamento de emergencias se redujeron un 48% en California después de la promulgación de la Ley estadual, en comparación con las tasas del departamento de

emergencias de Nueva Jersey, que solo tenía directrices federales, en este caso de la OSHA.

Por lo tanto, se considera que las directrices son fundamentales, pero que una norma reglamentaria, con carácter obligatorio, tiene mayores condiciones coercitivas para que se implementen medidas preventivas contra la violencia laboral.

La implementación de intervenciones gubernamentales, que incluye aspectos legales o políticas públicas, a nivel local, municipal, regional, estadual o nacional es una estrategia eficaz y con alto potencial para enfrentar la violencia laboral en los servicios de salud de forma colectiva y sostenible⁽⁵⁶⁾. Por lo tanto, se deben realizar intervenciones y esfuerzos gubernamentales para promover un entorno de trabajo seguro y digno.

A pesar de los esfuerzos en diferentes países o localidades, muchas localidades aún no cuentan con legislación o políticas públicas que garanticen estrategias específicas para la prevención de la violencia laboral contra los profesionales de la salud⁽⁵⁶⁾. En el contexto brasileño, una infografía de la fotografía de la enfermería, realizada en 2020, concluyó que no hay medidas que prevengan la violencia para los profesionales de la salud en Brasil⁽⁵⁷⁾.

Por lo tanto, se puede decir que tanto las habilidades individuales como el multienfoque (individual, organizacional y ambiental) y la implementación de intervenciones gubernamentales (legislativas) pueden minimizar los índices y el riesgo de violencia, pero también pueden mejorar el seguimiento de los sistemas de notificación de violencia laboral⁽⁵⁸⁾.

Cabe señalar que los diferentes períodos de intervención que tienen los estudios descritos anteriormente pueden interferir con su efectividad. Además, el tiempo de seguimiento de los estudios también puede afectar la efectividad, dado que la investigación constató que los resultados pueden mejorar con el aumento del seguimiento del estudio⁽²²⁾.

En cuanto al riesgo de sesgo, no se identificaron estudios con bajo riesgo, solo con riesgo incierto o alto riesgo en una clasificación de cinco dominios en ensayos clínicos aleatorizados y siete dominios en ensayos cuasialeatorios, lo que influye en la estimación final del efecto.

En los ensayos clínicos aleatorizados, las preocupaciones, especialmente en los dominios 2 (desviaciones de la intervención prevista) y 4 (medición de los resultados) pueden estar relacionadas, fundamentalmente, con el cegamiento de los participantes y los datos incompletos sobre los resultados en el resultado de la investigación. Mientras que en los estudios cuasialeatorios, los estudios tenían inquietudes principalmente en los dominios 1 (factores de confusión), 3 (intervención prevista o clasificación de la intervención) y 6 (medición de los resultados).

Por lo tanto, ambas metodologías presentaron problemas tanto en la intervención prevista como en la medición de resultados. Se destaca que la violencia laboral es compleja y muchas veces requiere el informe del profesional, por lo tanto, puede ser difícil adoptar el cegamiento de los participantes.

El metanálisis infirió que no hubo mejoría en el resultado de la intervención (habilidades individuales) versus el control (habilidades individuales) para el modelo de efectos aleatorios, dentro de las habilidades individuales se incluyen capacitación, programas y cursos. Por lo tanto, no hubo evidencia científica de que la intervención habilidades individuales pueda prevenir o reducir la violencia laboral (IC 95 %: -0,41 a 0,25, $p=0,64$, $I^2=88\%$), en comparación con la condición de control.

La falta de evidencia científica y la alta heterogeneidad entre los estudios de metanálisis se puede deber a la diferencia existente en la dirección del efecto de los intervalos de confianza de los estudios incluidos. Otra explicación puede deberse a que se utilizó la misma estrategia en los grupos de intervención y control (habilidades individuales). Por lo tanto, no fue posible inferir qué intervención fue más efectiva para el resultado evaluado.

Una revisión sistemática sin metanálisis realizada con 15 estudios reveló que la mayoría de estos estudios tuvo un efecto positivo en la preparación del equipo para enfrentar situaciones violentas o en la reducción de incidentes violentos, sin embargo, la evidencia aún es escasa⁽⁵⁹⁾.

En esta misma línea, una revisión sistemática con metanálisis realizada con nueve estudios (ensayos clínicos y estudios cuasialeatorios) determinó que la evidencia de los estudios aún es muy incierta sobre los efectos de la educación y la capacitación contra la agresión en comparación con la falta de intervención⁽¹³⁾.

De la misma manera, la certeza de la evidencia del resultado evaluado en esta revisión, por el sistema GRADE, fue catalogada como muy baja, ya que el riesgo de sesgo de los estudios incluidos (incierto) y la inconsistencia (como $I^2=88\%$) o alta heterogeneidad estadística fueron los principales factores que determinaron que la certeza de la evidencia de los estudios evaluados era muy baja.

Dentro de las limitaciones de esta revisión sistemática, se destaca la falta de estudios recientes, ya que solo se publicaron cuatro estudios en los últimos cinco años, 2017 a 2019, lo que revela que es necesario que se realicen nuevos ensayos clínicos aleatorizados y estudios cuasialeatorios. Otras limitaciones son la omisión del género de los participantes en tres estudios y la falta de estandarización del análisis de la edad de la muestra de los estudios, dado que algunos evaluaron el promedio total, promedio por grupo, mientras que otros el rango de edad predominante.

El número reducido de ensayos clínicos aleatorizados también fue una limitación, además del hecho de que solo dos de estos estudios fueron homogéneos en términos de PICO, lo que puede haber dificultado la generalización de los hallazgos y la replicación de la evidencia en la práctica. Los estudios cuasialeatorios encontrados pueden haber reducido las posibilidades de demostrar la efectividad de las intervenciones implementadas debido a las series temporales interrumpidas y variables de confusión mal controladas.

Por lo tanto, este estudio contribuyó en un intento de profundizar el conocimiento y responder al objeto de estudio, con el fin de contribuir a llenar el vacío en la literatura sobre este tema. Las revisiones sistemáticas con metanálisis son útiles para determinar la síntesis del conocimiento y la efectividad de las intervenciones. Los resultados encontrados brindan herramientas a los trabajadores, gerentes y hacedores de políticas públicas para implementar intervenciones para prevenir y reducir la violencia laboral.

Por ende, este estudio colaboró y avanzó para profundizar el conocimiento sobre la efectividad de las acciones que previenen y reducen los actos de violencia contra los profesionales de la salud y de apoyo, contribuyendo a llenar el vacío en la literatura sobre este tema. También les brinda herramientas a los trabajadores, gerentes y hacedores de políticas públicas para que implementen intervenciones que prevengan y reduzcan la violencia laboral que sufren los profesionales de la salud y de apoyo.

Conclusión

Esta revisión no reveló evidencia científica alta para los resultados prevención y reducción de la violencia laboral con respecto a las intervenciones (habilidades individuales, multienfoque y gubernamentales) implementadas, principalmente debido al alto e incierto riesgo de sesgo de los estudios y a la alta heterogeneidad estadística.

Como no es posible emitir un juicio científico preciso en este metanálisis, se recomienda realizar más ensayos clínicos aleatorizados con estandarización de las intervenciones, bajo riesgo de sesgo y baja consistencia, para que las intervenciones más efectivas puedan ser replicadas en la práctica y proporcionar un entorno de trabajo seguro y digno a los profesionales de la salud y de apoyo.

Referencias

1. United States Bureau of Labor Statistics. Injuries, Illnesses, and Fatalities Fact Sheet. Workplace homicides

- in 2017 [Internet]. Washington, D.C.: U.S. Bureau of Labor Statistics; 2019 [cited 2021 Oct 08]. Available from: <https://www.bls.gov/iif/oshwc/cfoi/workplace-homicides-2017.htm>
2. The Joint Commission. Workplace Violence Prevention Standards [Internet]. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2021 [cited 2021 Oct. 08]. Available from: <https://www.jointcommission.org/standards/r3-report/r3-report-issue-30-workplace-violence-prevention-standards/>
 3. Yoon YG, Jung-Choi K. Systematic Review on Research Status of Workplace Violence. *Ewha Med J*. 2019 Jan;42(4):56-64. <https://doi.org/10.12771/emj.2019.42.4.56>
 4. The Joint Commission. Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission [Internet]. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2021 [cited 2021 Oct 08]. Available from: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/summary-se-report-2020.pdf>
 5. Al-Qadi MM. Workplace violence in nursing: A concept analysis. *J Occup Health*. 2021;63(1):e12226. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12226>
 6. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2019;76(12):927-37. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
 7. International Council of Nurses; Public Services International; World Health Organization; International Labor Organization. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector - the training manual [Internet]. Geneva: International Labor Organization; 2005 [cited 2021 Oct 08]. Available from: https://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_108542/lang-en/index.htm
 8. U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers [Internet]. Washington, D.C.:U.S. Department of Labor; 2016 [cited 2021 Sept 08]. Available from: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osh3148.pdf>
 9. Alsaleem AS, Alsabaani A, Alamri RS, Hadi RA, Alkhayri MH, Badawi KK, et al. Violence towards healthcare workers: A study conducted in Abha City, Saudi Arabia. *J Family Community Med*. 2018;25(3):188-93. https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_170_17
 10. Simões MRL, Barroso HH, de-Azevedo DSS, Duarte ACM, Barbosa REC, Fonseca GC, et al. Workplace violence among municipal health care workers in Diamantina, Minas Gerais, Brazil, 2017. *Rev Bras Med Trab*. 2020;18(1):82-90. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520200425>
 11. Ayasreh IR, Hayajneh, FA. Workplace Violence Against Emergency Nurses: A Literature Review. *Crit Care Nurs Q*. 2021;44(2):187-202. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000353>
 12. Dal Pai D, Sturbelle ICS, Santos C, Tavares JP, Lautert L. Physical and psychological violence in the workplace of healthcare professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e2420016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>
 13. Geoffrion S, Hills DJ, Ross HM, Pich J, Hill AT, Dalsbø TK, et al. Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;9(9):CD011860. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011860.pub2>
 14. Spelten E, Thomas B, O'Meara PF, Maguire BJ, FitzGerald D, Begg SJ. Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4(4):CD012662. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>
 15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009 July;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
 16. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015 Jan;4(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
 17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar;372(71):1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
 18. Okubo CVC, Martins JT. Effectiveness of interventions in reducing occupational violence between health workers: systematic review and meta-analysis [Internet]. PROSPERO 2018 CRD42018111383 [cited 2021 June 08]. Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42018111383
 19. Okubo CVC, Silveira RCCP, Galdino MJQ, Fernandes DR, Moreira AAO, Martins JT. Effectiveness of interventions for the prevention of occupational violence against professionals in health services: a protocol for a systematic review. *BMJ Open*. 2020 Sept [cited 2021 Oct 01];10:e0365582020. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036558>
 20. Akobeng AK. Principles of evidence-based medicine. *Arch Dis Child*. 2005 Aug. [cited 2021 Sept 02];90(8):837-40. <https://doi.org/10.1136/adc.2005.071761>
 21. World Health Organization. Classification of health workforce statistics [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited

- 2021 June 21]. Available from: https://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf
22. Miller CJ, Smith SN, Pugatch M. Experimental and quasi-experimental designs in implementation research. *Psychiatry R.* 2020 June;283(112452). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.027>
23. Melnyk BM. Level of evidence plus critical appraisal of its quality yields confidence to implement evidence-based practice changes. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2016 Oct;13(5):337-9. <https://doi.org/10.1111/wvn.12181>
24. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. 4a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.
25. Endnote [Software]. 2021 [cited 2021 June 10]. Available from: <https://access.clarivate.com/login?app=endnote>
26. Rayyan [Software]. 2022 [cited 2021 June 02]. Available from: https://rayyan.ai/users/sign_in?_ga=2.174315621.619312859.1638400577-1927447999.1629229968
27. Eldridge S, Campbell MK, Campbell MJ, Drahota AK, Giraudeau B, Reeves BC, et al. Revised Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2). Additional considerations for cluster-randomized trials (RoB 2 CRT) [Internet]. 2021 Mar 18 [cited 2021 July 0]. Available from: <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/rob-2-0-tool/rob-2-for-cluster-randomized-trials>
28. Higgins JPT, Savović J, Page MJ, Sterne JAC, RoB2 Development Group. Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2). 2019 Aug 22 [cited 2021 July 04]. Available from: <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/rob-2-0-tool/current-version-of-rob-2>
29. Sterne JAC, Higgins JPT, Elbers RG, Reeves BC. Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions (ROBINS-I): detailed guidance [Internet]. 2016 Oct 20 [cited 2021 July 4]. Available from: <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/home/current-version-of-robins-i/robins-i-detailed-guidance-2016>
30. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ.* 2019 Aug;366:l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
31. Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, et al. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2 [Internet]. London: Cochrane; 2021 [cited 2021 Mar 1]. Available from: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
32. Cochrane Collaboration. RevMan Web®. Version 5.4 [Software]. 2021 [cited 2021 July 1]. Available from: <https://revman.cochrane.org/#/myReviews>
33. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE Handbook. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. 2013 [cited 2021 July 6]. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>
34. Grade Working Group. GRADEPro [Software]. Hamilton: McMaster University/Evidence Prime Inc.; 2021 [cited 2021 July 6]. Available from: <https://gradeapro.org/>
35. Arnetz JE, Arnetz BB. Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *J Adv Nurs.* 2000;31(3):668-80. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01322.x>
36. Gates D, Fitzwater E, Succop, P. Reducing assaults against nursing home caregivers. *Nurs Res.* 2005 Mar-Apr;54(2):119-27. <https://doi.org/10.1097/00006199-200503000-00006>
37. Anderson C. Training efforts to reduce reports of workplace violence in a community health care facility. *J Prof Nurs.* 2006 Sep-Oct;22(5):289-95. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2006.07.007>
38. Casteel C, Peek-Asa C, Nocera M, Smith JB, Blando J, Goldmacher S, et al. Hospital employee assault rates before and after enactment of the California Hospital safety and security act. *Ann Epidemiol.* 2009 Feb;19(2):125-33. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2008.10.009>
39. Kling RN, Yassi A, Smailes E, Lovato CY, Koehoorn M. Evaluation of a violence risk assessment system (the Alert System) for reducing violence in an acute hospital: a before and after study. *Int J Nurs Stud.* 2011 May;48(5):534-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.10.006>
40. Irvine B, Billow MB, Gates DM, Fitzwater EL, Seeley JR, Bourgeois M. An internet training to reduce assaults in long-term care. *Geriatr Nurs.* 2021 Jan;33(1):28-40. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.10.004>
41. Gillespie GL, Gates DM, Kowalenko T, Bresler S, Succop P. Implementation of a comprehensive intervention to reduce physical assaults and threats in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2014 Mar;40(6):586-91. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.01.003>
42. Glass N, Hanson GC, Anger WK, Laharnar N, Campbell JC, Weinstein M, et al. Computer-based training (CBT) intervention reduces workplace violence and harassment for homecare workers. *Am J Ind Med.* 2017 July;60(7):635-43. <https://doi.org/10.1002/ajim.22728>
43. Arnetz JE, Hamblin L, Russell J, Upfal MJ, Luborsky M, Janisse J, et al. Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. *J Occup Environ Med.* 2017 Jan;59(1):18-27. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000909>
44. Sadatmahaleh MM, Khoshknab MF, Rahguy A, Arsalani N, Biglarian A. Effect of Workplace Violence Management Program on the Incidence. *Adv Nurs Midwifery* [Internet].

- 2018 Oct 2 [cited 2021 Nov 3];28(1):27-3. Available from: <https://journals.sbm.u.ac.ir/en-jnm/article/view/18027>
45. Baby M, Gale C, Swain N. Communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2019 Jan;27(1):170-81. <https://doi.org/10.1111/hsc.12636>
46. Cochrane Collaboration. Robvis tool® [Internet]. 2021 [cited 2021 June 1]. Available from: <https://www.riskofbias.info/welcome/robvis-visualization-tool>
47. Mishra S, Chopra D, Jauhari N, Ahmad A, Kidwai NA. Violence against health care workers: a provider's (staff nurse) perspective. *Int J Community Med Public Health*. 2018 Ago;5(9):4140-8. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20183609>
48. Aljohani B, Burkholder J, Tran QK, Chen C, Beisenova K, Pourmand A. Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2021 July;196:186-97. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.009>
49. Edward KL, Stephenson J, Ousey K, Lui S, Warelow P, Giandinoto JA. A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *J Clin Nurs*. 2016 Feb;25(3-4):289-99. <https://doi.org/10.1111/jocn.13019>
50. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2019 Dec;76(12):927-37. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
51. Chappell D, Di Martino V. Violence at work [Internet]. 3rd ed. Geneva: International Labour Office; 2006 [cited 2021 July 12]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40dcomm/%40publ/documents/publication/wcms_publ_9221108406_en.pdf
52. Barrios-Casas S, Paravic-Klijn T. Aplicación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. *Aquichan* [Internet]. 2011 Apr [cited 2021 July 28];11(1):77-93. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100007&lng=en&nrm=iso
53. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Luborsky M, Upfal MJ, Russell J, et al. Underreporting of Workplace Violence: Comparison of Self-Report and Actual Documentation of Hospital Incidents. *Workplace Health Saf*. 2015 May;63(5):200-10. <https://doi.org/10.1177/2165079915574684>
54. García-Pérez MD, Rivera-Sequeiros A, Sánchez-Elías TM, Lima-Serrano M. Workplace violence on healthcare professionals and underreporting: Characterization and knowledge gaps for prevention. *Enferm Clin*. 2021 Nov-Dec;31(6):390-5. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2021.05.001>
55. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*. 2014 Apr;23(4):290-8. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
56. Bordignon M, Trindade LL, Cezar-Vaz MR, Monteiro, MI. Violência no trabalho: legislação, políticas públicas e possibilidade de avanços para trabalhadores da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0335>
57. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Fotografia da enfermagem no Brasil [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://www.corenpr.gov.br/portal/noticias/1141-fotografia-da-enfermagem-no-brasil>
58. Ramacciatì N, Guazzini A, Caldelli R, Rasero L. User-friendly system (a smartphone app) for reporting violent incidents in the Emergency Department: an Italian multicenter study. *Med Lav*. 2021 Feb;112(1):68-81. <https://doi.org/10.23749/mdl.v112i1.9984>
59. Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A. Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug;18(16):8459. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168459>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Caroline Vieira Cláudio Okubo, Júlia Trevisan Martins, Maria José Quina Galdino, Renata Cristina de Campos Pereira Silveira.

Otención de datos: Caroline Vieira Cláudio Okubo, Júlia Trevisan Martins, Tatiana da Silva Melo Malaquias, Maria José Quina Galdino, Renata Cristina de Campos Pereira Silveira. **Análisis e interpretación de los**

datos: Caroline Vieira Cláudio Okubo, Júlia Trevisan Martins, Tatiana da Silva Melo Malaquias, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, Renata Cristina de Campos Pereira Silveira.

Análisis estadístico: Caroline Vieira Cláudio Okubo, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli. **Redacción del manuscrito:**

Caroline Vieira Cláudio Okubo, Júlia Trevisan Martins, Tatiana da Silva Melo Malaquias, Maria José Quina Galdino, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, Renata Cristina de Campos Pereira Silveira. **Revisión crítica del manuscrito en**

cuanto al contenido intelectual importante: Caroline Vieira Cláudio Okubo, Júlia Trevisan Martins, Tatiana da Silva Melo Malaquias, Maria José Quina Galdino, Maria

do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, Renata Cristina de Campos Pereira Silveira.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.


Recibido: 16.12.2021
Aceptado: 27.04.2022

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Caroline Vieira Cláudio Okubo
E-mail: caroline.vieirac@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-8625-8667>