

Master Universitario en Prevención de Riesgos Laborales



Universidad Miguel Hernández Departamento de Patología y Cirugía

# **ANÁLISIS DE LAS AGRESIONES EN EL PERSONAL SANITARIO**

Fecha de realización: 2019

Autora: María Benedito Roses

Tutora: Gema Cano de la Casa

Director: Antonio Cardona Llorens





**INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER  
UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

**D./D<sup>a</sup>. GEMA CANO DE LA CASA, Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado "ANÁLISIS DE LAS AGRESIONES EN EL PERSONAL SANITARIO" y realizado por el estudiante María Benedito Roses.**

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 22/07/2019

Fdo. Gema Cano de la Casa  
Tutor/a TFM



## RESUMEN:

El “Sd. bournout” o de “estar quemado en el trabajo” es una de las principales patologías que padecen hoy en día los sanitarios. Es uno de los riesgos psicosociales a los que están expuestos estos trabajadores y causa de ello, parece ser el incremento de las agresiones al personal sanitario.

Este estudio tiene como objetivo conocer la prevalencia de las agresiones al personal sanitario de un Centro de Salud formado por catorce médicos, catorce enfermeros, dos auxiliares de enfermería, una celadora y nueve administrativas, además de conocer si se denuncian las agresiones, y en caso contrario por qué no se registran.

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico observacional, descriptivo, de corte transversal, cuya población de estudio son un grupo de profesionales sanitarios de un Equipo de Atención Primaria. Se repartieron cuestionarios auto-administrados y anónimos para poder medir la prevalencia.

Se obtuvo un resultado del 85% de sanitarios que han recibido alguna agresión a lo largo de su vida profesional, siendo el 58.8% de las agresiones sufridas en los dos últimos años.

Solo el 14.7% denunció la agresión. De los que no la registraron, los motivos fueron en un 35.3% que no tuvieron tiempo y en un 20.6% dijeron que es normal que pasen estas cosas.

Pese a que las agresiones van en aumento, sólo una pequeña parte de los trabajadores denuncian lo ocurrido.



## PALABRAS CLAVE:

- Workplace Violence
- Health Communication
- Burnout
- Occupational Stress
- Aggression





## ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	11
2. INTRODUCCIÓN.....	13
2.1. MARCO TEÓRICO DE LOS RIESGOS PSICOCOSOCIALES: .	13
2.2 EL BURNOUT: .....	14
2.3 VIOLENCIA EN EL ÁMBITO LABORAL:.....	16
2.4 AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO:.....	19
3. OBJETIVOS:.....	25
4. CUERPO DEL PROYECTO APLICADO.....	27
4.1 DISEÑO:.....	27
4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	27
4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	27
4.4 CRONOLOGÍA:.....	27
4.5 MATERIAL Y MÉTODOS:.....	28
5. RESULTADOS:.....	33
6. DISCUSIÓN:.....	41
7. CONCLUSIONES.....	47
8. BIBLIOGRAFÍA:.....	49
9. ANEXO I.....	51
10. ANEXO II.....	53



# 1. JUSTIFICACIÓN

Uno de los riesgos laborales que más secuelas físicas y psicológicas puede conllevar, pero del que poco se habla son los riesgos psicosociales. En cualquier puesto de trabajo se puede dar este hecho, siendo los factores de riesgo los siguientes: aspectos generales, organización del trabajo, relaciones interpersonales y tiempo de trabajo.

En la última década hemos empezado a oír en ámbitos laborales donde se trabaja con personas el concepto de “burnout” o de “quemarse en el trabajo”. Este concepto se encuadra dentro de los riesgos psicosociales a los que los trabajadores pueden estar sometidos.

En el ámbito sanitario sorprende la cantidad de profesionales que sufren este síndrome sin saberlo. La sobrecarga asistencial, los contratos precarios, la gestión pública... parece que pueden ser origen de este síndrome, pero lo más preocupante es que una de las causas que parece ser también origen son las agresiones que recibe el personal sanitario. El problema, es que realmente no tenemos datos fiables de la magnitud de este suceso, dado que en la mayoría de los casos el profesional no denuncia lo ocurrido. Las agresiones constituyen un problema grave, que hasta hace relativamente poco tiempo ha permanecido silenciado por su escasa denuncia.

En este trabajo, analizaremos dentro de un Centro de Salud formado por catorce médicos, catorce enfermeros, dos auxiliares de enfermería, una celadora y nueve administrativas, si en alguna ocasión han sido víctimas o testigos de una agresión por parte de un paciente hacia el personal sanitario. También analizaremos si saben si la agresión se denunció, y en caso contrario por qué no se hizo.

Medir los eventos de este tipo, hace que nos concienciamos más del grave perjuicio que ocasionan y la huella que dejan en este colectivo de profesionales. De esta forma, al mostrar los resultados concienciamos más a la población y a los profesionales de la importancia de prevenir este tipo de agresiones en el ámbito sanitario o en cualquier trabajo donde hallan relaciones entre personas.



## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. MARCO TEÓRICO DE LOS RIESGOS PSICOCOSOCIALES:

Siempre se ha tenido especial sensibilidad en cuanto a la prevención de riesgos laborales entendiendo como tales los que pueden ocasionar un daño físico: caídas, quemaduras, inhalación de tóxicos...pero cada vez está cobrando más fuerza la prevención de riesgos psicosociales.

La **psicosociología** se define como: “materia académica que aplica los conocimientos de la psicología de la salud ocupacional para la evaluación, prevención, y tratamiento de los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias”.<sup>1</sup>

Dentro de ella, la psicología de la salud ocupacional se encarga de valorar a los trabajadores en cuanto a la promoción de la seguridad, la salud, el bienestar y sobre todo mejorar la calidad de vida de los mismos en sus puestos de trabajo. Tiene en cuenta el talento, los conocimientos, las destrezas y habilidades que tiene cada trabajador, y de esta forma poder obtener mejor rendimiento en el trabajo. A su vez, esto conlleva que los trabajadores perciban una alta satisfacción laboral, se sientan valorados y por tanto, tengan bienestar en su puesto de trabajo.<sup>1</sup>

Los **factores de riesgo psicosocial** se definen como “aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo y su entorno social, con el contenido de trabajo y la realización de la tarea y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud (física, psíquica o social) del trabajador. Así, unas condiciones psicosociales adversas están en el origen tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador”. Dentro de dichos factores de riesgo se encuentran: aspectos generales, organización del trabajo, relaciones interpersonales y tiempo de trabajo<sup>2</sup>.

Dentro de los nuevos riesgos emergentes, se ha comenzado a hablar de “**burnout**”. En los últimos años, tanto en medios de comunicación como en diferentes foros médicos (colegio de médicos, asociaciones nacionales...) se ha comenzado a hablar de este “agotamiento” en el ámbito laboral sanitario.

## 2.2 EL BURNOUT:

El “burnout” es una enfermedad que padecen principalmente los profesionales que trabajan con personas. En el año 1974, el psiquiatra Herbert Freudenberger, que trabajaba como ayudante en una clínica para toxicómanos, observó que ciertos trabajadores con características en sus puestos de trabajos similares (no tenían horarios fijos, número de horas alto, salario escaso y contexto social exigente y tenso), progresivamente desarrollaban una falta de interés por todo lo que hacían debido a la pérdida de motivación, de energía por su trabajo...todo ello les llevaba a una situación de “agotamiento”, lo que finalmente se traducían en síntomas de ansiedad y de depresión.<sup>3</sup>

Inicialmente, Freudenberger (1974) lo describe como “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. Se dio cuenta que este concepto tenía mucho que ver con trabajadores que llevaban su labor asistencial diariamente en contacto con personas. No solo se desgastaban por lo mencionado anteriormente, si no que en ese agotamiento físico entraban también los problemas de los demás.<sup>4</sup>

Pero es la psicóloga Cristina Maslach en el año 1976 la que utiliza por primera vez este término. Por aquel entonces estudiaba las respuestas emocionales de los profesionales que se dedican a trabajar con personas.<sup>4</sup> Definió el “burnout” como: “Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas”.<sup>5</sup>

Esta psicóloga realizó un análisis acerca del trabajo en el personal sanitario. Estudió de cerca, en diferentes situaciones laborales, los procesos emocionales que ocurrían, y las respuestas ante ciertas relaciones entre trabajadores y pacientes. Todo ello la llevó a darse cuenta que este síndrome traducían una pérdida gradual de interés y de responsabilidad desde una perspectiva psicosocial.

Todo ello permitió una definición tridimensional del burnout compuesta por<sup>4</sup>:

- El agotamiento emocional, referido al excesivo esfuerzo físico junto a la sensación de tedio emocional, producto de las continuas interacciones que los trabajadores mantienen entre ellos y con sus clientes.
- La despersonalización, percibida como el desarrollo de respuestas cínicas hacia los clientes y actitudes negativas e indiferentes hacia el entorno laboral.

- Baja realización personal, manifestada en sentimientos de fracaso, pérdida de confianza en sí mismo y negativo auto concepto que conlleva a sentimientos de incompetencia en el trabajo).

La definición que aporta el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo es la siguiente: El “**síndrome de burnout**” o “síndrome de estar quemado por el trabajo” es una respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.<sup>2</sup>

Por tanto, parece que este síndrome se da con más frecuencia en puestos de trabajo en relación al sector servicios, donde se trabaja con atención a terceros, como pueden ser los docentes, el personal sanitario, el personal de seguridad, y puestos de trabajo en atención al cliente.

Las consecuencias sobre los trabajadores de este desgaste, esta falta de motivación y de no sentirse realizados son demoledoras, aparecen síntomas psicósomáticos, psicológicos y problemas sociales. Según diferentes autores los principales síntomas son<sup>3</sup>:

- Síntomas Emocionales: Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.

- Síntomas Cognitivos: Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de auto concepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción cinismo, criticismo generalizado.

- Síntomas Conductuales: Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, auto-sabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

- Síntomas Sociales: Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.

- Síntomas Psicósomáticos: Cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicósomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales,

aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.).

Los profesionales que se dedican al ámbito de la salud se suele deducir de ellos que tienen “vocación”, entendiendo por ella “la felicidad que experimenta una persona al realizar un trabajo que de verdad le estimula”. Por tanto se entiende que cualquier profesional o trabajador con una gran vocación, puede desarrollar este síndrome de estar quemado por el trabajo. Un trabajador que tiene vocación, se entrega a su profesión con altos niveles de idealismo profesional y en el caso de los sanitarios, éstos desarrollan su trabajo centrado en el trato hacia los demás, lo cual son factores de riesgo para padecer este síndrome.<sup>6</sup>

Esta vocación por el trabajo, puede ser un arma de doble filo: si se crece profesionalmente da lugar a satisfacción, pero si la propia tarea que se lleva a cabo es percibida como intrascendente, puede causar desilusión y apatía.

Se sabe que en todas las áreas sanitarias se requieren unas aptitudes que en ocasiones no todos los trabajadores poseen: una dedicación y vocación muy definidas, estabilidad psicológica y emocional, y una salud física y capacidad de trabajo que permita hacer frente a la gran carga asistencial y emocional de estas unidades.<sup>6</sup>

## 2.3 VIOLENCIA EN EL ÁMBITO LABORAL:

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el **Estrés laboral** como “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”.<sup>7</sup>

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo define estrés laboral como “una de las consecuencias perjudiciales sobre la salud o el bienestar del individuo que se derivan de una situación laboral en la que se dan unas condiciones psicosociales adversas o desfavorables. El estrés es un desequilibrio percibido entre las demandas del trabajo y la capacidad de respuesta del individuo, bajo unas condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias percibidas”.<sup>2</sup>

Una de las que parece ser causa emergente de este tipo de estrés, y de este agotamiento de los profesionales dentro del ámbito laboral sanitario, son las agresiones de cualquier tipo, que de forma continua recibe el personal del mismo. Dentro de este desgaste,

y del estrés que puede surgir en diferentes puestos de trabajo dedicados a las personas, se ha comenzado a hablar, cada vez con más fuerza, de las agresiones.

Numerosas organizaciones sanitarias, así como medios de comunicación, se están haciendo eco de estas noticias y denunciando la falta de protección de los trabajadores ante estas agresiones.

La OMS define la **violencia** como “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”.<sup>8</sup>

La violencia puede ser de muchos tipos: física, verbal, emocional, sexual, cultural, económica...

“Se habla de **violencia laboral** cuando el personal de un centro de trabajo sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su actividad laboral, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud (física y/o psíquica). Incluye tanto la violencia física (agresión física sobre el trabajador o causar daños en propiedades de la organización o del personal) como la violencia psicológica (intimidación, amenazas, conductas de violencia psicológica susceptibles de causar daño psicológico y moral, etc.). En función de cómo se produzca la exposición a este riesgo, se puede caracterizar la situación de acoso laboral, violencia ocupacional (tipo I, II, III), acoso sexual o acoso discriminatorio”.<sup>2</sup>

La **violencia laboral externa e interna** “hace referencia a la exposición del trabajador a eventos violentos. Estos incidentes se dividen en tres grupos, en función de quiénes son las personas implicadas y del tipo de relación existente entre ellas:

1. Tipo I, externa. Quienes llevan a cabo las acciones violentas no tienen ninguna relación legítima de trato con la víctima. Los casos más habituales se refieren a acciones con ánimo de robo.

2. Tipo II, externa. En los casos en que existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima. Normalmente estos hechos violentos se producen mientras se ofrece el servicio.

3. Tipo III, interna. En este tipo de violencia, el causante de la misma tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto del lugar.”<sup>2</sup>

La **violencia externa en el lugar de trabajo** es pues “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”. Este tipo de violencia no es un problema individual ni aislado, y sus consecuencias repercuten de forma negativa en la salud física, psicológica y social y en el entorno laboral y social del trabajador, devaluando la prestación del servicio público.

Abordar la violencia externa en el lugar de trabajo es una obligación de todos los empresarios. Deben de desarrollar planes de prevención en riesgos psicosociales y proporcionar la formación adecuada a sus trabajadores para reducir al mínimo este tipo de incidentes, de forma que la salud de los profesionales esté garantizada.

Por tanto, debemos entender la violencia en todas sus expresiones. Desde siempre se ha considerado la relación entre violencia y daño físico, pero actualmente uno de los mayores problemas en la violencia laboral son las agresiones verbales que sufre el personal sanitario y que se traducen en múltiples formas de patología: estrés, cansancio, ansiedad...

Tras la reciente reforma del Código Penal en el 2007, el Tribunal Supremo dictó una sentencia en donde son culpables de un delito de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas. (Sentencia 1030/2007, de 4 de Diciembre 2007, Recurso, 759/2007 del Tribunal Supremo, Sala Segunda, Sala de lo Penal).

De acuerdo con el párrafo segundo del artículo 550.1 del Código Penal, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas.

Los delitos de atentados se castigan con las penas de prisión de uno a cuatro años, sin perjuicio de la pena mayor que tendrían los culpables en caso de delinquir bajo las condiciones previstas en el art. 551 del Código Penal.<sup>9</sup>

Esta reforma del código penal fue el final de una larga trayectoria iniciada por la Audiencia Provincial de Jaén que por primera vez calificó de la misma forma una agresión física y violenta a un médico. Tras este incidente, los fiscales de Córdoba pidieron cambiar la consideración de las agresiones al personal sanitario. Finalmente, el fiscal jefe del TSJ de Cataluña, José María Mena, instó a los fiscales del tribunal a aplicar el artículo 550 del Código penal, que regula el delito de atentado contra funcionario público.

## 2.4 AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO:

La violencia en el lugar de trabajo se está convirtiendo en un problema mundial. Según estudios de los Centros para Prevención y control de enfermedades se está aumentando la violencia de forma exponencial, afectando a diferentes grupos profesionales<sup>14</sup>.

De todos los medios de trabajo, el sector servicios es el que más agresiones de usuarios refleja, puesto que se interacciona con otras personas, y de ellos, el servicio sanitario es el que está registrando una mayor tendencia en los últimos años. En diversos países europeos, encabeza las listas de agresiones por encima de policías y vigilantes de seguridad<sup>14</sup>.

Los centros sanitarios y hospitales, son lugares donde se mezclan sentimientos, incertidumbres, malas noticias, largas colas de espera... todo ello es caldo de cultivo para que los usuarios se crispen y acaben agrediendo verbal o físicamente al personal.

Es un tema de máxima actualidad pues continuamente estamos recibiendo noticias en la prensa sobre agresiones a sanitarios, algunas de ellas incluso han acabado en los tribunales.

Las agresiones al personal sanitario, tanto las físicas como las verbales, reflejan una conducta intolerante. Generalmente, lo que suele llevar al paciente a esta violencia suele ser que busca un fin oculto, un objetivo fuera de los cauces legales (bajas laborales no justificadas, recetas no indicadas...) y para ello utiliza la intimidación y busca causar daño, lo cual perjudica enormemente la relación médico-paciente. Esto conlleva a un aumento de la sensación de vulnerabilidad de los sanitarios y a un desgaste emocional.

Los servicios donde que parecen ser más vulnerables a las agresiones según numerosos estudios parecen ser: Urgencias, Psiquiatría y Atención Primaria. En esta última, la probabilidad de recibir una agresión es 6.2 veces más frecuente, si se está de guardia.<sup>18</sup>

Según Plan de Prevención de Agresiones a los Profesionales en la Región de Murcia, parece que cada vez se hace más evidente esta problemática, dadas las declaraciones de los agredidos y las reclamaciones de los usuarios.

Actualmente, uno de los mayores problemas denunciados, es la petición por parte de los usuarios de Rivotril®, una medicación que se usa como sedante en ciertas patologías, pero que tiene un elevado valor en el mercado negro. La falta de protección de los sanitarios

en ciertas ocasiones, ante la negativa de dar recetas de esta medicación, está suponiendo un alto repunte de agresiones verbales, intimidaciones, y en muchas ocasiones agresiones físicas hacia este colectivo. La última de ellas, acabó en una fuerte crisis de ansiedad sufrida por una sanitaria ante una agresión, que desencadenó finalmente en un infarto de miocardio. El colegio de Médicos de la Región de Murcia, el Sindicato Médico y otras organizaciones de ámbito sanitario, denuncian continuamente lo ocurrido, pero pese a ello, siguen elevándose cada vez más estas situaciones de riesgo.

En el origen de las agresiones parecen estar las diferencias existentes entre las expectativas del usuario y las prestaciones ofertadas por el Sistema Público de Salud, sobre todo en cuanto al acceso de los usuarios a los servicios sanitarios, en aspectos relacionados con la comunicación, información administrativa y sanitaria, y con una cierta cultura de uso indebido de los servicios sanitarios, que produce insatisfacción y malestar.<sup>10</sup>

Los criterios de valoración de riesgo que propone este Plan de Prevención son los siguientes<sup>10</sup>:

#### 1. RIESGOS ORGANIZATIVOS:

Disfunciones en los procesos de las áreas administrativa y asistencial:

- Demora asistencial por inadecuada planificación del tiempo asignado a cada paciente.
- Atención apresurada por sobrecarga asistencial.
- Insuficiente coordinación entre niveles asistenciales (desajuste en pruebas complementarias, demoras en las citas o en las derivaciones a especializada, etc.).

#### 2. RIESGOS PREVIOS A LA ASISTENCIA:

Se prevén dificultades para atender la demanda por ser:

Usuarios con antecedentes de conflictos o conductas agresivas a otros profesionales por:

- Problemas familiares y/o sociolaborales
- Toxicomanías

- Trastornos de personalidad con déficit de autocontrol y poca o baja resistencia a la frustración (exigir atención inmediata, no tolerar demoras inesperadas, amenazas previas ...)

Usuarios hiperfrecuentadores

Paciente/s conocido/s con patología compleja

### 3. RIESGOS DURANTE LA ASISTENCIA

- Presentación inesperada de un comportamiento inadecuado, con gran impulsividad, exigencias desmedidas, no aceptación de normas...
- Solicitud o demanda de prestaciones inadecuadas y/o fraudulentas.
- Comportamientos manipuladores: petición de bajas reiteradas, solicitud de medicación improcedente, solicitud de pruebas complementarias innecesarias...
- Carga mental del profesional por exceso de burocratización, presión asistencial, toma de decisiones rápidas...

### 4. ALTERACIONES EN LA NORMALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIA

Alteraciones en el funcionamiento ordinario de las consultas que generan tensión en el proceso asistencial: consultas anuladas, urgencias, avisos,...

El índice de agresividad ha aumentado de forma significativa y se estima que el 80% del personal ha sufrido algún tipo de agresión verbal o física. Ello genera situación de malestar, mayor presión laboral y aumento en el número de bajas en el colectivo sanitario.<sup>11</sup>

Otro de los caldos de cultivo óptimos para el aumento de las agresiones son las listas de espera, tanto en la obtención de las primeras visitas a especialistas, cirugías...como en las pruebas diagnósticas, así como las esperas prolongadas sobre todo en los servicios de urgencia. Todo ello genera impaciencia y nerviosismo en la población, lo que lleva en algunas ocasiones a levantar el tono de voz al personal sanitario, incluso en ocasiones llegado a la violencia física.

La Organización Médica Colegial de España (OMC) publica lo siguiente: "Aun cuando no disponemos de estadísticas que a nivel nacional reflejen la dimensión real de este problema, las agresiones a los profesionales sanitarios cada vez son más frecuentes. Un

estudio publicado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona informa de que una tercera parte de sus médicos colegiados han sufrido algún tipo de agresividad por parte de los enfermos o de sus familiares, a lo largo de su trayectoria profesional. El simple hecho de proporcionar una información diferente a la que el paciente, o su familia, quiere escuchar; la negativa a certificar una baja o a prescribir un determinado medicamento, pueden ser el desencadenante de una conducta agresiva”.<sup>12</sup>

Hace nueve años, la OMC crea el Observatorio Nacional de Agresiones a Sanitarios de la Organización Médica Colegial de España a raíz de la muerte en 2009, de la Dra. María Eugenia Moreno, una residente de 34 años que fue asesinada por un paciente cuando se encontraba trabajando en el Centro de Salud de Moratalla (Murcia).

La magnitud del problema es tal, que se propuso establecer un “día contra la Agresiones en el ámbito Sanitario”, el 14 Marzo (fecha en la que fue asesinada esta trabajadora), para concienciar a toda la población sobre la importancia de poner límite a este tipo de eventos.

La colaboración de todos los Colegios de Médicos ha sido fundamental para crear este Observatorio, de forma que se puedan recoger todos los datos precisos y configurar un registro que ponga por fin de manifiesto este problema. Aun así, los datos obtenidos se creen que son infra estimados, dado que como se ha comentado anteriormente, muchas veces los sanitarios no denuncian lo ocurrido porque lo “consideran algo normal en su puesto de trabajo” o empatizan con los pacientes ante ciertas situaciones de estrés o de emociones, y tienden a justificar ciertas situaciones de violencia verbal.

Con motivo de dicho día Nacional de las Agresiones a Sanitarios (14 Marzo), este Observatorio Nacional de Agresiones a Sanitarios de la Organización Médica Colegial de España publicó los datos de violencia registrados en 2018:<sup>13</sup>

“Ascienden a 490 casos, de los que el 59% corresponden a médicas. En el 61% de los casos se ha presentado denuncia tras la agresión. Del estudio, se desprende un porcentaje mayor de agresiones a mujeres según sexo: el 59% de los profesionales agredidos son mujeres, el porcentaje más alto de toda la década (lo que supone un 7% más que año pasado) y el 41% hombres.

En cuanto al ámbito sanitario de ejercicio, sigue siendo el público donde se producen la gran mayoría de este tipo de conductas violentas, con un 85% de los casos, mientras que en el sector privado se han producido el 15%, lo que supone el porcentaje más alto hasta la fecha.

Sobre el ámbito donde se produce la agresión, sigue siendo la Atención Primaria la que se lleva la mayor parte (52%), frente a la Hospitalaria (23%); las urgencias hospitalarias y de Atención Primaria tienen un porcentaje de un 14% y un 11% cada una de ellas. De los agresores, el 70% son pacientes (el 40% son pacientes programados, el 30% pacientes no programados, el 2% pacientes desplazados) y el 28% acompañantes.

En cuanto a las causas principales de las agresiones, el 46,1% se producen por discrepancias en la atención médica; el 11,4% por el tiempo en ser atendido; el 11,1% por no recetar lo propuesto por el paciente; el 10,3% en relación a la incapacidad laboral; el 9,2% por discrepancias personales; el 6,1% por el mal funcionamiento del centro y el 5,8% por informes no acordes a sus exigencias.

Del total de agresiones, en el 14% de los casos provocaron lesiones, de las cuales el 40% fueron físicas y el 60% psíquicas. El 17% conllevaron baja laboral, cifra superior al 12% del año anterior.

Respecto a las resoluciones judiciales, hubo 93 sentencias sobre agresiones, de las que el 64% fueron consideradas como delito leve y el 36% delito menos leve. El 75,3% fueron condenatorias, el 17,2% absolutorias y hubo acuerdo en el 7,5%. Según el tipo de condena, el 46,3% fueron multas, el 20,6% acarrearon privación de libertad, el 14,7% supusieron privación de derechos e inhabilitación y el 4,4% exigieron medidas de seguridad.

Lesiones, amenazas, coacciones, maltrato, injurias y/o vejaciones centran la mayor parte de las 3.919 agresiones que han sufrido los médicos en el ejercicio de su profesión en toda España en los ocho últimos años, según los datos del Observatorio. De los casos de violencia que se contabilizaron, el 14% de ellos acabó con lesiones, el 35% fueron insultos y el 51% amenazas. Estos episodios cercenan la confianza médico-paciente, incrementan el estrés laboral del médico y es una agresión tan grave como la física”.

Según otro estudio<sup>14</sup>, del total de las 250 encuestas obtenidas, se encontraron 102 agresiones, y de ellas unos 69 casos no se habían registrado siendo la mayoría verbales. Parece ser que la vocación de los sanitarios es una de las causas que llevan a no denunciar estas agresiones, sin que se den cuenta el grave perjuicio sobre su salud psíquica, emocional y física que ello puede suponer. Otras de las causas para no declarar las agresiones puede ser creer que el registro es inútil o considerar normal las agresiones.

Las consecuencias para el personal sanitario son nefastas y también recaen sobre los propios pacientes: aumento de las bajas laborales, disminuye el rendimiento en el trabajo y la calidad en la asistencia, teniendo cada vez más profesionales de la Salud “quemados” y con

desmotivación hacia su trabajo. Un trabajador estresado, enferma más, es menos productivo y tiene más inseguridad.

La violencia en el ámbito laboral tiene unos costes directos importantes en el absentismo e indirectos como la disminución de la calidad asistencial y la desmotivación de los profesionales. A nivel personal, como ya se ha mencionado anteriormente, puede dar lugar a ansiedad, estrés, disminución de autoestima, angustia emocional... todo ello puede encuadrarse dentro del ya hablado sd. Burnout, así como alterar las relaciones personales con amigos y familiares que son finalmente las víctimas colaterales.

Se deben realizar cursos de formación en este tipo de riesgo, para recordar a los sanitarios la necesidad de denunciar todos los eventos donde suceda una agresión, y ponerlos en conocimiento de los Colegios profesionales correspondientes, junto con testigos que puedan ser base de la acusación. Las administraciones sanitarias por su parte, deben poder en marcha todas las medidas necesarias para proteger a sus trabajadores.



### 3. OBJETIVOS:

**PRINCIPAL:** El objetivo principal de este proyecto es estimar la prevalencia de las agresiones al personal sanitario en un Centro de Salud de Atención Primaria formado por catorce médicos, catorce enfermeros, dos auxiliares de enfermería, una celadora y nueve administrativas.

**SECUNDARIOS:** El objetivo secundario del proyecto es analizar si las agresiones se denuncian, y en caso contrario por qué no.





## 4. CUERPO DEL PROYECTO APLICADO

### 4.1 DISEÑO:

Se trata de un estudio epidemiológico observacional, descriptivo, de corte transversal, cuya población de estudio son un grupo de profesionales sanitarios de un Equipo de Atención Primaria. La población total a estudio son 40 profesionales formados por catorce médicos, catorce enfermeros, dos auxiliares de enfermería, una celadora y nueve administrativas.

### 4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ser médico, enfermero, auxiliar, celador o administrativo del Servicio Murciano de Salud
- Desarrollar la labor asistencial en el Centro de Salud de Jumilla
- Llevar más de un año trabajando en este sector
- Aceptación libre de participar en el estudio

### 4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pertenecer a otra categoría profesional
- Tener menos de un año trabajando en el sector

### 4.4 CRONOLOGÍA:

- PRIMERA ETAPA: Análisis a través de diferentes encuestas a los trabajadores
- SEGUNDA ETAPA: Análisis de los resultados y desarrollo de los mismos

## 4.5 MATERIAL Y MÉTODOS:

Debido a la dificultad para encontrar encuestas validadas para la medición de las agresiones en el ámbito sanitario, se ha elaborado una encuesta para la recogida de datos (Anexo I). Para ello, se ha tomado como referencia la encuesta del “Workplace Violence In The Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire 2003” propuesta por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Consejo internacional de enfermería (CIE), Organización Mundial de la Salud (OMS), Internacional de Servicios Públicos (ISP) y Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud (OIT/CIE/OMS/PSI) en las “Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra-2002”.

Esta encuesta es en inglés, y de ella se han seleccionado las preguntas que más relevantes podían ser para el estudio de los objetivos de la investigación.

Los datos se recogieron a través de varios cuestionarios auto-cumplimentados y anónimos.

El análisis de datos se realizó a través del programa informático para análisis estadístico SPSS. Para poder convertir variables cualitativas en cuantitativas, se siguió la siguiente metodología:

En cuanto a variables sociodemográficas y laborales:

- Edad en años:
  - <30 = 1
  - 30-40 = 2
  - 40-50 = 3
  - >50 = 4
- Sexo:
  - Masculino = 1
  - Femenino = 2
- Estado civil:
  - Soltero = 1
  - Casado = 2
  - Convive = 3
  - Viudo = 4
  - Divorciado = 5

- Categoría profesional:
  - Médico = 1
  - Enfermero = 2
  - Auxiliar = 3
  - Celador = 4
  - Administrativo = 5
- Años de antigüedad en el puesto de trabajo actual:
  - <10 = 1
  - 10-20 = 2
  - 20-30 = 3
  - >30 = 4
- Años de experiencia profesional en el ámbito de la sanidad:
  - <10 = 1
  - 10-20 = 2
  - 20-30 = 3
  - >30 = 4
- Situación laboral:
  - Fijo = 1
  - Eventual = 2
- Durante su trabajo tiene contacto con los pacientes de forma directa:
  - Sí = 1
  - No = 2
- Desempeña habitualmente su trabajo:
  - Solo = 1
  - Rodeado de otros compañeros = 2

En cuanto al cuestionario que hace referencia a las agresiones:

- Se encuentra preocupado por la violencia actual en su puesto de trabajo:
  - Nada = 1
  - Levemente preocupado = 2
  - Algo preocupado = 3
  - Preocupado = 4
  - Muy preocupado = 5
- Conoce el plan de agresiones del Servicio Murciano de Salud:

- Sí = 1
  - No = 2
- En caso de agresión dónde debe comunicarlo:
  - Web de agresiones = 1
  - Superior = 2
  - No lo sé = 3
- Ha sufrido alguna vez una agresión física o verbal a lo largo de su vida laboral:
  - Sí = 1
  - No = 2
- En los dos últimos años ha sido víctima de agresión en su centro de trabajo:
  - Sí = 1
  - No = 2
- Realizó el registro de la agresión:
  - Sí = 1
  - No = 2
- Ha sufrido violencia física:
  - Sí = 1
  - No = 2
- Cómo fue la violencia:
  - Arma = 1
  - Agresión muebles = 2
  - Agresión verbal o amenazas = 3
- Ha sufrido violencia verbal:
  - Sí = 1
  - No = 2
- Considera lo ocurrido como un hecho habitual:
  - Sí = 1
  - No = 2
- Con qué frecuencia ha sido agredido en los 2 últimos años:
  - Siempre = 1
  - Algunas veces = 2
  - Una vez = 3
- Quién fue el agresor:
  - Paciente = 1
  - Familiar = 2

- Otros = 3
- Edad aproximada del agresor:
  - 20-30 = 1
  - 30-40 = 2
  - 40-50 = 3
  - 50-60 = 4
  - > 60 = 5
- Sexo del agresor:
  - Masculino = 1
  - Femenino = 2
- Lugar de la agresión:
  - Centro de Salud = 1
  - De camino o vuelta al trabajo = 2
- Cómo respondió:
  - No hice nada = 1
  - Se lo conté a los colegas = 2
  - Se lo conté a amigos o familiares = 3
  - Intenté calmar al agresor = 4
- Cree que el incidente pudo ser prevenido:
  - Sí = 1
  - No = 2
- Sufrió algún tipo de lesión como resultado del incidente:
  - Sí = 1
  - No = 2
- Requirió tratamiento:
  - Sí = 1
  - No = 2
- Por qué no registró la agresión:
  - No fue importante = 1
  - Sentía vergüenza = 2
  - Me sentía culpable o tenía temor a secuelas = 3
  - El registro es inútil = 4
  - No sabía dónde comunicarlo = 5
  - No tuve tiempo = 6
  - Es normal que pasen cosas así en un trabajo como este = 7

- Qué cree que motivó los hechos por parte del paciente: largo tiempo de espera/alcoholismo/indicio de sustancias tóxicas/patología psiquiátrica/ansiedad
- Qué cree que motivó los hechos: :
  - Largo tiempo de espera = 1
  - Alcoholismo = 2
  - Indicio de sustancias tóxicas = 3
  - Patología psiquiátrica = 4
  - Ansiedad = 5
  - Otros = 6
- Hubo intervención de las fuerzas de seguridad :
  - Sí = 1
  - No = 2
- De acuerdo a su percepción, la violencia en el trabajo va en aumento:
  - Sí = 1
  - No = 2



## 5. RESULTADOS:

De los 40 trabajadores del centro de salud, se repartieron 40 cuestionarios, recogiendo correctamente cumplimentados 40, por lo que la tasa de respuesta fue del 100%.

Respecto al perfil de los encuestados 22.5% eran hombres (9) mientras que el 77.5% mujeres (31) (figura 1).

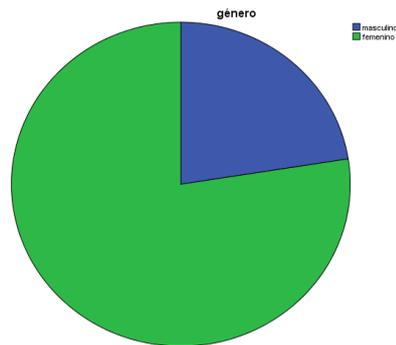


Figura 1

En cuanto a la edad, el 5% de los encuestados tenían menos de 30 años, el 15% entre 30-40, el 47.5% entre 40-50 años y el 32.5% más de 50 años (Figura 2).

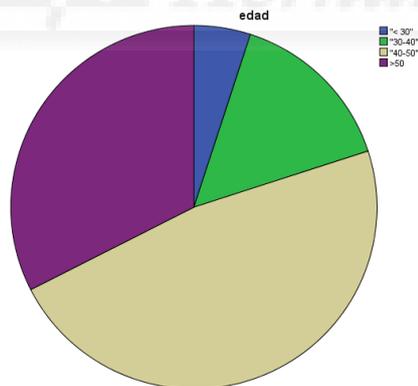


Figura 2

Al revisar el estado civil de los encuestados nos encontramos con que el 27.5% están solteros, el 55% casados, el 5% convive con su pareja, y el 12.5% está divorciado (figura 3).

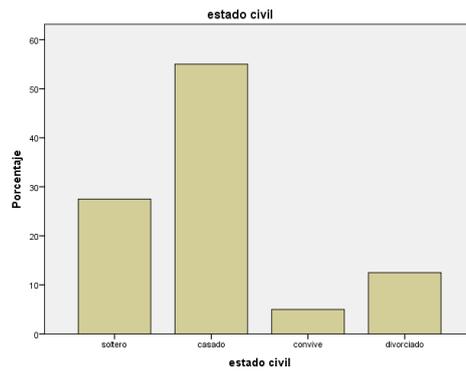


Figura 3

Según la categoría a la que pertenece cada encuestado tenemos un 35% respectivamente tanto para médicos como para enfermeros, un 5% para auxiliar de enfermería, un 2.5% para celador y un 22.5% para administrativos (figura 4).

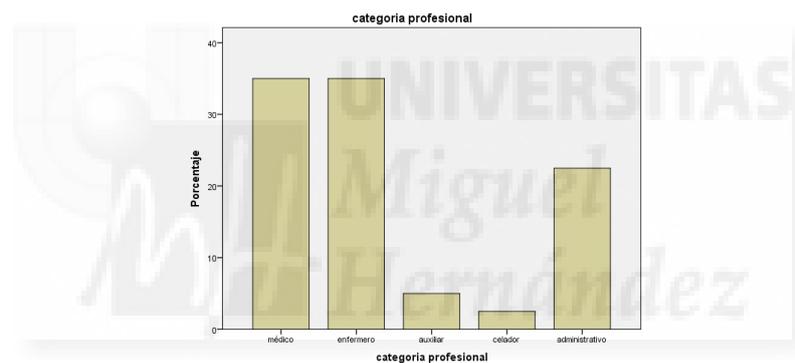


Figura 4

En cuanto al tipo de trabajo, el 77.5% es trabajador fijo respecto al 22.5% que es eventual, además el 25% trabajaba en ese mismo puesto de trabajo entre 10-20 años, y el 37.5% contaba con una experiencia laboral de más de 20 años (figura 5).

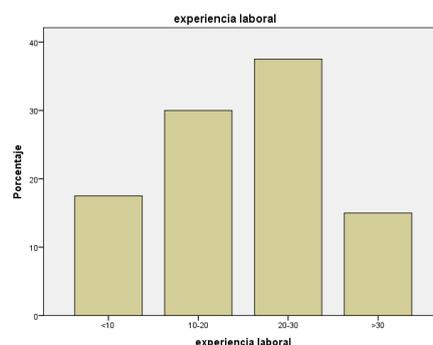


Figura 5

La mayoría de los encuestados (el 92.5%) contestaron que tienen contacto durante su jornada laboral con los pacientes, estando el 62.5% de los encuestados acompañados por otros compañeros (figura 6).

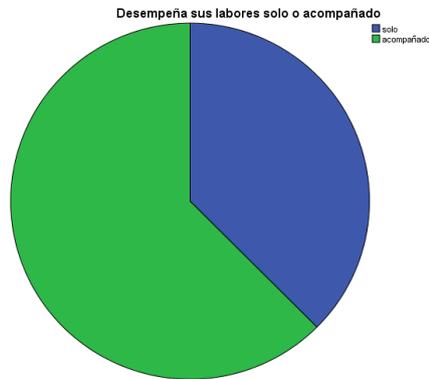


Figura 6

Entrando ya en el tema de las agresiones, el 42.5% de los encuestados se encontraron algo preocupados por las agresiones, y solo el 5% se encontraron muy preocupados (figura 7).

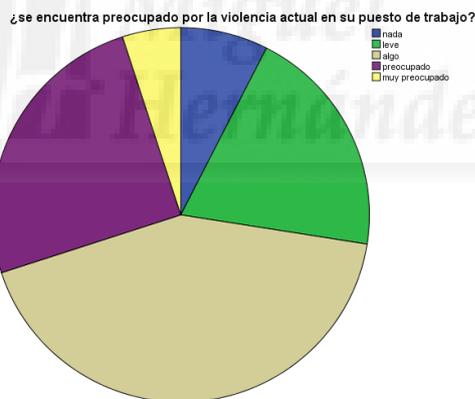


Figura 7

El 62.5% contestó que conocían el plan de agresiones del Servicio Murciano de Salud frente al 37.5% que dijo no conocerlo. Respecto a quién comunicarlo en caso de agresión el 50% respondió en la web de agresiones, y el otro 50% se repartió entre al superior y no lo sé respectivamente (figura 8).

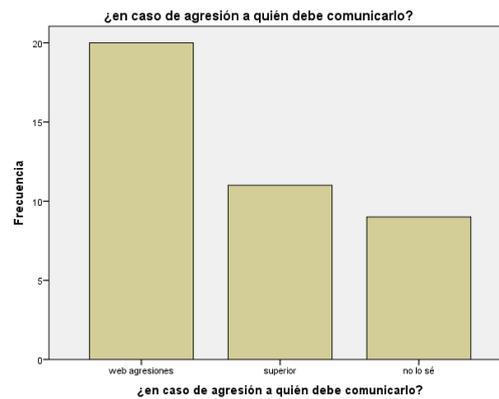


Figura 8

El 85% de los encuestados han sufrido en alguna ocasión una agresión a lo largo de su vida, frente a un 15% que nunca han sufrido ninguna. Los encuestados que nunca habían sufrido ninguna agresión terminaron aquí la encuesta. Del 85% que en alguna ocasión habían recibido alguna agresión, el 58.8% había sufrido alguna en los dos últimos años (figura 9).



Figura 9

Respecto a las agresiones físicas, de los 34 encuestados que habían respondido haber sufrido alguna agresión, solo el 11.8% fue física, siendo ésta siempre acompañada por agresión al mobiliario, el resto (88.2%), habían sido agresiones verbales (figura 10).

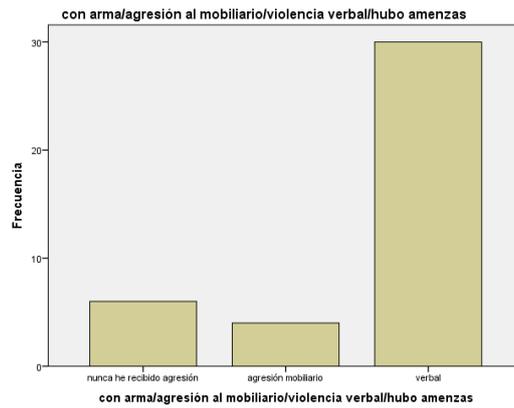


Figura 10

El 20.6% considera un hecho habitual las agresiones, frente a un 79.4% que no lo considera. En cuanto a las agresiones en los dos últimos años, consideran un 82.4% que algunas veces ocurren (figura 11).

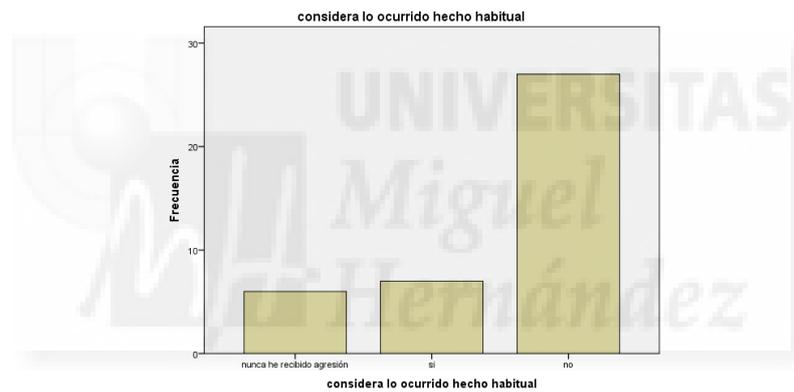


Figura 11

Respecto al perfil del agresor, un 88.2% coincide en señalar al paciente como principal agresor aunque un 11.8% considera que suele ser el familiar del paciente (figura 12).

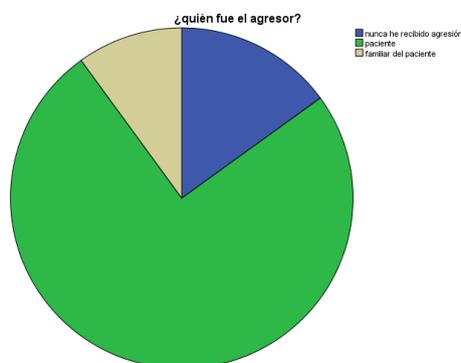


Figura 12

Respecto a la edad un 58.8% indica entre los 40-50 años, y en cuanto al sexo el 85.3% indica varón (figuras 13 y 14).

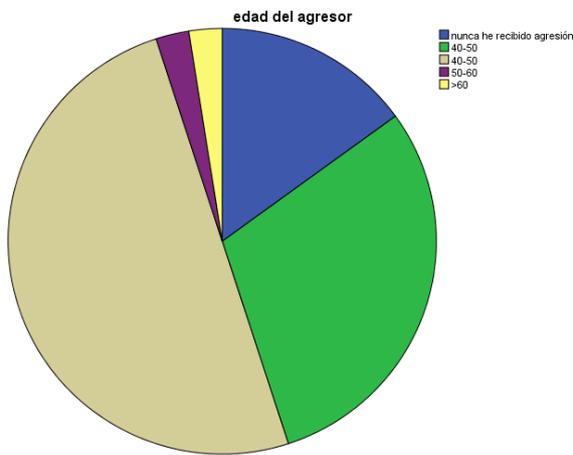


Figura 13

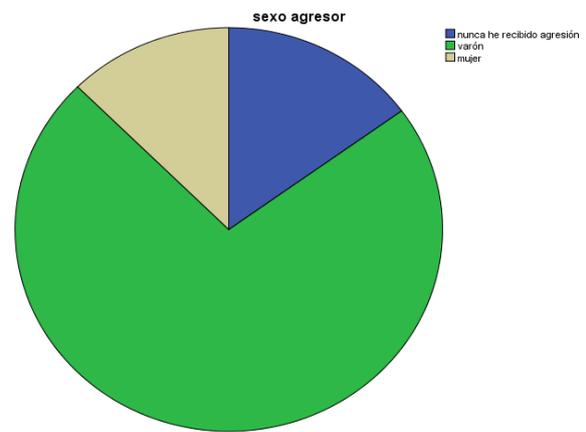


Figura 14

El lugar de la agresión el 100% de los encuestados considera que es el en centro de salud.

En cuanto a la forma de respuesta del sanitario frente a la agresión el 50% se lo cuenta a sus colegas, y el otro 50% se reparte en un 32.4% que se lo cuenta a familiares o amigos y un 17.6% que intenta calmar al paciente (figura 15).

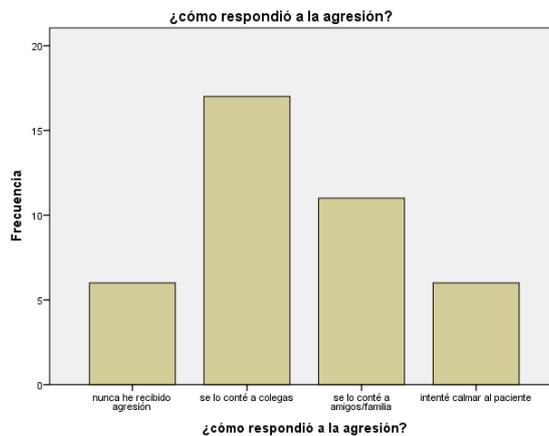


Figura 15

Solo un 5.9% de los encuestados sufrió alguna lesión tras la agresión, y solamente un 2.9% requirió tratamiento.

Solo el 14.7% registró la agresión frente a un 85.3% que no la registró (figura 16).

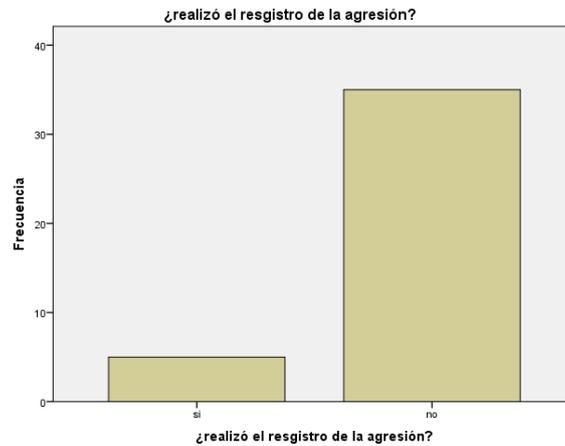


Figura 16

En cuanto a los motivos que llevaron a no registrar la agresión, el 35.3% contestaron que no tuvieron tiempo, el 20.6% dijeron que es normal que pasen estas cosas, el 17.6% porque no fue importante, el 14.7% porque no sabía dónde comunicarlo y el 8.8% que el registro es inútil. Hubo un 2.9% que contestó que sentía vergüenza (figura 17).

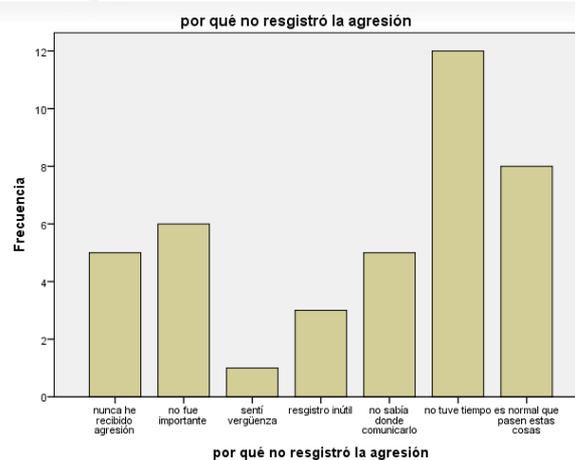


Figura 17

En cuanto a los motivos que dieron lugar a la agresión el 44.1% responde por el largo tiempo de espera, y el 23.5% por otros motivos. El 14.7% y el 17.6% respondieron por patología psiquiátrica o por ansiedad respectivamente (figura 18).

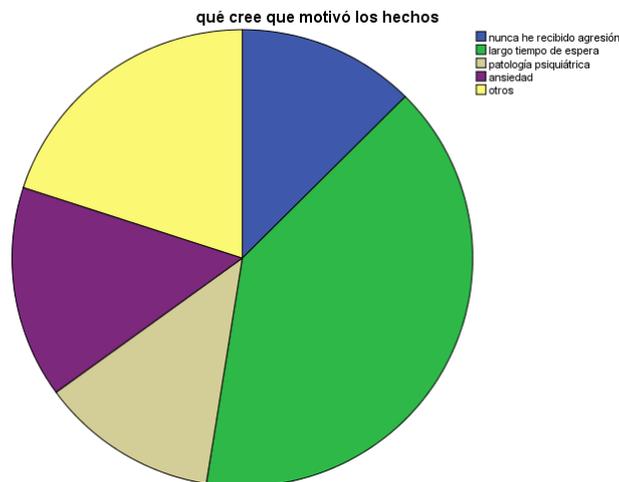


Figura 18

Solamente en el 23.5% de los casos hubo intervención de las fuerzas de seguridad frente a un 76.5%.

Respecto a la pregunta de si la violencia va en aumento el 100% de los encuestados dijeron que sí.

El 40% dijo que podía haberse evitado el incidente y el 47.5% dijo que no.

## 6. DISCUSIÓN:

La prevalencia de las agresiones al personal sanitario en este Centro de Salud ha sido del 85%, siendo el 58.8% de las agresiones sufridas en los dos últimos años, estos datos son parecidos a los obtenidos en otros estudios<sup>18</sup>. En sondeos a nivel nacional parece que entorno al 60% del personal sanitario ha sido objeto alguna vez de una agresión física o verbal <sup>14</sup>. En otro estudio, el porcentaje de agresión fue en torno al 60% <sup>14</sup>. Al igual que en otros estudios<sup>13,15,16,18</sup> la mayoría de las agresiones suelen ser verbales.

Se intuye la situación de indefensión del personal sanitario, ya que los datos son fiel reflejo de los obtenidos en otros estudios donde la mayoría de los profesionales han sufrido en alguna ocasión una agresión.

Solo el 14.7% denunció la agresión. Estos porcentajes varían mucho de un autor a otro. Según Rippon un 80%, Gates un 65%, los registros sindicales un 50%, la OMS un 15%...<sup>14</sup> Hay otros estudios con porcentajes muy bajos de denuncias, en torno al 5%<sup>17</sup> Hay mucha variabilidad a la hora de estudios sobre este tema. Ello se puede deber a que hay falta de un concepto universal en cuestión de agresiones, puesto que dependen en cierta forma de la percepción de cada sanitario, atendiendo por ejemplo a la propia idiosincrasia y subjetividad en el caso de pacientes con patología psiquiátrica, de los que se puede esperar reacciones “agresivas” sin que ello sea percibido como una agresión hacia el sanitario.

La mayoría de los encuestados, en los motivos por los cuales no las denunciaron, contestaron un 35.3% que no tuvieron tiempo y un 20.6% dijeron que es normal que pasen estas cosas. Llama la atención, en diferentes estudios<sup>14,18</sup> que las agresiones no se registren porque se consideren “algo cotidiano”. Se minimizan las agresiones porque se tiende a empatizar con las situaciones estresantes de los pacientes y acompañantes.

Puede ser objeto de otro estudio el valorar si el hecho de que la mayoría de las agresiones sean verbales, pueden propiciar que el personal sanitario las consideren “parte de lo normal” y se justifiquen por las situaciones emocionales que se viven.

El resto de encuestados se distribuyeron en que el incidente no fue importante (17.6%), porque no sabían dónde comunicarlo (14.7%) y el 8.8% que el registro es inútil. En un estudio<sup>14</sup> se encontró que la poca utilidad el registro era una de las principales causas de no registrar la agresión. Hubo un 2.9% que contestó que sentía vergüenza. Según el Colegio de Médicos, solo 3 de cada 10 facultativos formaliza una denuncia después de una agresión<sup>14</sup>. Una investigación llevada a cabo en Cataluña revela que a pesar de repercutir en la vida

personal y laboral, sólo se denuncian el 2.5% de las agresiones verbales y el 40% de las agresiones físicas, a pesar de comentarlas normalmente con compañeros o superiores <sup>16</sup>.

Los centros de salud son sistemas sociales complejos, donde se atiende a gran cantidad de la población con diferentes estatus sociales, roles y creencias. Tiene su propia estructura y organización para dar respuesta a las demandas de los usuarios, además de realizar una adecuada promoción, prevención y educación para la salud a los propios individuos y a la comunidad. Estos usuarios –clientes- a su vez, tienen sus propios conocimientos, cultura y costumbres. En esta red, se puede crear un ambiente de estrés, tensiones y discusiones, que puede acabar con diferentes grados de violencia<sup>15</sup>.

Parece que la mayoría de los agredidos no denuncian la agresión pese a que el 62.5% conocen el plan de agresiones del Servicio Murciano de Salud y que el 50% sabe que hay que registrar la agresión en la web destinada a ello. Según las encuestas, no se registra dado que no tiene tiempo para hacerlo o porque dan por hecho que es normal que pasen estas cosas en el ámbito de la atención primaria. Por tanto, pese a que el problema cada vez va en aumento, es muy difícil disponer de información veraz dado que solo una pequeña parte de las agresiones se denuncian, quedando un gran volumen de incidentes que no se registran en ningún sitio.

Desde las administraciones se debe dar más apoyo a los sanitarios, para fomentar que se haga el registro y de esta forma se haga más visible el problema, se pueda cuantificar y por tanto tomar medidas. Se deben realizar formaciones adecuadas a los trabajadores para prevenir estos eventos y además para insistir en que se lleve a cabo el registro.

Respecto al grado de preocupación en cuanto a las agresiones, el 42.5% se encuentran algo preocupados, pero un 5% se encuentra muy preocupado, pero llama la atención que el 100% contestan que la violencia va en aumento en el Centro de salud, y que un 20% considera un hecho habitual las agresiones.

Es decir, podemos concluir que las agresiones van en aumento, y que el personal sanitario lo sabe, estando algo preocupado por ello. En los dos últimos años han recibido un 58.8% de agresiones la mayoría verbales, pero pese a saber dónde hay que registrarlas, sólo una minoría lo realiza.

Parece que se deben fomentar las campañas sobre la prevención de riesgos laborales en cuanto a las agresiones en el ámbito sanitario para que se denuncien y para que se sepa cómo prevenirlas.

Coincidiendo con el día Nacional de las Agresiones a Sanitarios, el equipo de Atención Primaria de este Centro de Salud solicitó una charla informativa con el Servicio de Prevención de Riesgos Labores del Hospital del área de salud al que está adscrito dicho centro, junto con un equipo de la Guardia Civil.

Se repartió un dossier que adjunto (anexo II), y se informó sobre los protocolos a seguir en caso de una agresión. Explicaron que lo primero era poner en práctica habilidades comunicativas y sociales para disminuir el nivel de tensión, ante lo cual los trabajadores hablamos de que debían impartirnos cursos sobre ello. Como profesionales del ámbito de la salud, tenemos formación en nuestras áreas de capacitación, pero precisamos de más cursos sobre habilidades comunicativas y sociales para hacer frente a situaciones violentas, conflictivas, o simplemente para poder decir de una forma asertiva al paciente que no vas a ceder ante una petición que no esté indicada bajo un criterio sanitario.

Cuando la situación es incontrolable recomendaron poner en marcha el plan interno del centro. Aquí detectamos los primeros problemas en nuestro centro de salud.

El primero de ellos, es que no contamos con guardia de seguridad, lo cual hace que los trabajadores nos encontremos en una situación de vulnerabilidad, ya que la sola presencia de un vigilante hace que el nivel de tensión y violencia ante una agresión sea percibido de forma diferente por el agresor y la víctima. Hemos solicitado en varias ocasiones esta protección. En otros centros de salud, sí que cuentan con dicho trabajador, con lo cual, no entendemos aún por qué nosotros no. Preguntando a compañeros que llevan trabajando más años, cuentan que antes sí que disponían de dicho trabajador, pero que por razones que aún se desconocen, se prescindió de sus servicios.

El segundo de los problemas que detectamos ante el plan interno propuesto desde servicios de Prevención es el llamado "botón de pánico". En otros servicios sanitarios, y me consta, en otros centros de salud, el botón de pánico está debajo de la mesa y su uso es tan fácil como apretarlo, de forma que llega un mensaje a los demás ordenadores del centro indicando la consulta donde hay una posible agresión. En nuestro caso, para activar dicho botón, se deben pulsar a la vez una combinación de caracteres en el teclado para que se active: "mientras mantiene pulsadas las teclas Control y Shift izquierdas pulse la barra espaciadora". Una vez hecho esto, se envía una alerta con diferentes colores, la cual tiene que ser confirmada su vez por el resto de compañeros...todo este sistema, en nuestra opinión, está obsoleto, puesto que ante una situación real de agresión, donde la víctima se encuentra en una situación de nerviosismo y ansiedad, es muy difícil recordar cómo activar dicha alarma. Hemos solicitado, además del guardia de seguridad, que se active debajo de la mesa de todas

las consultas un botón del pánico, el cual ponga en marcha todo el plan interno de prevención ante una agresión, de forma que se facilite a la víctima lo más rápido posible la ayuda que necesite.

Por otra parte, como podemos observar del estudio, mayoritariamente el centro de salud está formado por mujeres (77.5% frente al 22.5%), siendo la media de edad de entre 40-50 años y la mayoría ocupando puestos fijos con una experiencia laboral en gran número de los encuestado superior a los 20 años. Según otros estudios<sup>13,15</sup> la violencia verbal sobre todo recae en sanitarias, por lo que estaríamos hablando de una población en riesgo de sufrir agresiones, aunque no se puede hablar de una relación estadística, ya que como hablan otros estudios<sup>18</sup>, este hecho se puede deber a que mayoritariamente el número de trabajadores de sexo femenino es mayor en sanidad que el masculino. Se han encontrado estudios donde hay relaciones estadísticamente significativas entre el sexo de los trabajadores y la posibilidad de ser agredidos, pero hay otros donde no se ha encontrado dicha relación<sup>14</sup>.

Parece que en otras investigaciones, se ha observado que las mujeres puede ser más vulnerables a la violencia dado que el agresor se encuentre en una situación de superioridad o de mayor confianza pero de este estudio es difícil extraer esa conclusión, dado que mayoritariamente está formado por mujeres.

En contraposición, en los estudios consultados la situación laboral de los encuestados suele ser temporal, pero en este centro de Salud la mayoría cuentan con puestos fijos. Parece que no es un factor determinante para sufrir una agresión aunque se deberían realizar más estudios para comprobarlo.

La mayoría de los encuestados tienen contacto durante su jornada laboral con los pacientes, pero solo un 62.5% refiere estar acompañados en el desarrollo de sus funciones. Ello puede generar un ambiente propicio para la agresión, donde el profesional se vea intimidado y sin testigos.

En cuanto al perfil del agresor, parece que suele tratarse de un paciente, varón en torno a los 40-50 años. Este dato también se ve reflejado en otros estudios<sup>13,14</sup> pero también se han encontrado otros<sup>17</sup>, donde los responsables de la agresión han dicho en primer lugar los familiares y acompañantes.

Las agresiones físicas parecen no ser tan frecuentes como las verbales y siempre suelen estar acompañadas de agresión hacia el mobiliario, nunca se han registrado en este centro de Salud agresiones con arma ni directas. En cambio, en otros estudios<sup>18</sup> sí que hablan

de un 25% de agresiones físicas entre las que se encuentran las contusiones y erosiones. Solo en un 20% de los casos hubo intervención de las fuerzas de seguridad.

Otro de los problemas detectados en el Centro de Salud, es la forma de disposición de la consulta. Todas las consultas, a ser posible, deben tener otra puerta que comunique con la consulta de al lado para salir por ella en el caso necesario. Si no es posible, debemos de repartir escritorio, camilla, armario y demás, de forma que la puerta de nuestra consulta quede a nuestra espalda, de forma que facilite la salida del personal sanitario en caso necesario. Además, encima de la mesa debemos evitar tener material que pueda utilizarse como arma arrojadiza contra nosotros.

En cuanto a los motivos más repetidos del origen de las agresiones verbales, suele ser el largo tiempo de espera, lo que lleva al paciente a inquietarse e increpar al personal sanitario. Otro gran motivo suele atender a patología psiquiátrica o ansiedad por parte de los pacientes. Estos datos concuerdan con otros trabajos realizados.<sup>14,18</sup>

En muchas de las ocasiones, los sanitarios entienden que la patología psiquiátrica o la ansiedad que puede vivir un familiar ante la muerte cercana de un ser querido, puede justificar una agresión verbal hacia el personal sanitario.

Lo que ocurre en estos casos, es que el sanitario no se cuida a sí mismo, y de forma repetida va sufriendo más agresiones lo que le puede llevar finalmente a cuadros de ansiedad o el conocido como sd burnout.

El 47.5% dijo que no podía haberse evitado el incidente, y la mayoría de actos violentos no ocasionó lesiones graves ni tratamientos posteriores. El considerar "leve" estas agresiones que no causan a priori daños, coincide con otros estudios<sup>14</sup>, en los cuales parece que no se le da la importancia que se merece a estos hechos y por tanto se está subestimando las consecuencias a largo plazo sobre los trabajadores.



## 7. CONCLUSIONES

- 1) Con respecto al objetivo principal de este estudio, se puede concluir que la prevalencia de las agresiones al personal sanitario en un Centro de Salud de Atención Primaria formado por catorce médicos, catorce enfermeros, dos auxiliares de enfermería, una celadora y nueve administrativas es del 85%, siendo el 58.8% de las agresiones sufridas en los dos últimos años.
- 2) En cuanto al objetivo secundario del proyecto, solo el 14.7% denunció la agresión, y la mayoría de los encuestados, en los motivos por los cuales no las denunciaron, contestaron un 35.3% que no tuvieron tiempo y un 20.6% dijeron que es normal que pasen estas cosas. Debemos de realizar mayor formación en cuanto a la prevención de riesgos laborales para no normalizar las agresiones.
- 3) Algunos de los encuestados no saben dónde registrar la agresión o hablan de que el registro es inútil, pese a que el 62.5% conocen el plan de agresiones del Servicio Murciano de Salud y que el 50% sabe que hay que registrar la agresión en la web destinada a ello. Se debe aumentar la formación a los profesionales sanitarios sobre la prevención en Riesgos laborales, así como animar a los mismos, a realizar un buen registro de las agresiones, a fin de poder tener datos estandarizados sobre la magnitud del proceso.
- 4) Los trabajadores deben tomar conciencia de la importancia de registrar la agresión para que se tomen medidas. El problema, es que por falta de tiempo o por considerar habituales dichas agresiones, a veces no se llevan a cabo dichos registros. Es obligación de todos, de agredidos y de testigos, tomar cuenta de ello.
- 5) La mayoría de los trabajadores que sufren agresiones son mujeres. Este hecho puede ser debido a que la mayor parte de los trabajadores de la sanidad pública son mujeres, pero se necesitan más estudios. El perfil del agresor parece ser varón de entre 40-50 años.
- 6) El total de los encuestados coinciden en que las agresiones van en aumento, y el 20% habla de que es una situación "normal". La población que atiende la sanidad

pública, cada vez se vuelve más demandante y dependiente de la misma, lo que aumenta el grado de crispación cuando no se obtiene lo que el usuario cree en su derecho (largas colas, tiempo de espera...). Ello hace aumentar las agresiones sobre todo las verbales, pero no se puede normalizar esta situación, se debe prevenir, y fomentar un sistema de equidad. La prevalencia sigue sin disminuir, y la percepción de los encuestados es que va en aumento.

- 7) La mayoría de las agresiones son verbales siendo las físicas menos frecuentes aunque condicionan mayor impacto. Se debe tener una formación preventiva en cuanto al material que se dispone en la consulta y su disposición para evitar agresiones físicas.
- 8) Dado que las agresiones responden a muchos factores desencadenes, la resolución de este problema no puede abordarse desde una única perspectiva, sino que debe llevarse a cabo desde los acuerdos de las organizaciones de los profesionales y las Administraciones sanitarias. Se deben realizar reuniones periódicas donde se pongan de manifiesto los problemas detectados y buscar juntos posibles soluciones. Debemos seguir trabajando juntos en ello, formando a los trabajadores y dotándolos de las herramientas necesarias para evitar que sucedan este tipo de incidentes.
- 9) Pese a que existen planes de prevención a nivel de la Consejería de Sanidad, no todos los servicios sanitarios cuentan con los mismos recursos. Hay diferencias entre Centros de salud en cuanto a la presencia de guardia de seguridad o la forma de activar el botón del pánico. Se debe tomar conciencia y que todos los trabajadores, independientemente del medio dónde realicen sus funciones tengan las mismas garantías de seguridad.
- 10) Desde las autoridades se están llevando a cabo medidas para garantizar la protección de los trabajadores, como la reforma en el código penal, pero aún queda mucho por hacer. Debemos seguir velando por la seguridad de todos los trabajadores, dotando de todos los recursos disponibles para evitar que se sigan dando agresiones ya que el coste social, laboral y personal de dichas agresiones sigue siendo elevado.

## 8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Agún González, J. et al, Prevención de Riesgos Laborales, instrumentos de aplicación. 3ª edición: Valencia, Tirant lo Blanch, 2012.
2. Portal de riesgos psicosociales. INSST: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Gobierno de España. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/RiesgosPsicosociales>
3. Maicon Carlin y Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz, El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de psicología 2010, vol. 26, nº 1 (enero), 169-180
4. Zuluaga PA, Moreno S. Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. 2012 Ene-Abr; 29(1): 205-227
5. López MJ. Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de recursos humanos [tesis]. Departamento de Enfermería (DE): Universidad de Murcia; 2009.
6. López, J., Montenegro, V., Sánchez, T., Mateo, T. y Rodríguez, L. Importancia de la vocación profesional en la incidencia del síndrome de Burnout en el personal sanitario. ReiDoCrea 2016, 5(2), 49-53.
7. Stavroula Leka et al, La organización del trabajo y el estrés. Instituto del trabajo, salud y organizaciones (I-WHO). OMS. Reino Unido, 2004
8. <https://www.who.int/topics/violence/es/>
9. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Capítulo II, de los atentados contra la autoridad, sus agentes y los funcionarios públicos, y de la resistencia y la desobediencia. Art. 550.

10. Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales Sanitarios de la Región de Murcia. Protocolo Marco de Actuación en Centros de Atención Primaria.  
[http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/203015plan\\_agresiones\\_protocolo\\_marco\\_ap.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/203015plan_agresiones_protocolo_marco_ap.pdf)
11. Asociación nacional para la seguridad integral en centros hospitalarios. Manual prevención riesgos labores, 1ª edición, editorial alternativa Group
12. [http://www.aeds.org/img/aeds/files/documents\\_information/70/documentoagresiones.pdf](http://www.aeds.org/img/aeds/files/documents_information/70/documentoagresiones.pdf).
13. [https://www.cgcom.es/noticias/2019/03/19\\_03\\_15\\_datos\\_agresiones\\_a\\_medicos\\_2018](https://www.cgcom.es/noticias/2019/03/19_03_15_datos_agresiones_a_medicos_2018)
14. Mayorca Yancán. I.A., Lucena García, S., Cortés Martínez, M.E., y Lucerna Méndez. M.A. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (231) 235-258.
15. Paravic Kljin T, Valenzuela Suazo S, Burgos Moreno M. Violencia percibida por trabajadores de Atención Primaria de Salud. Cienc. enferm. 2004;X(2):53-65.
16. Fernández M, Camacho M, Olmos C, Ruiz S, Sanjuán M. Análisis y registro de las agresiones en UCI. Enfermería Intensiva, 17(2): 59-66, 2006.
17. Estudio sobre agresiones a la profesión de enfermería. Organización colegial de enfermería. Consejo General.
18. Ortells Abuyé, N., Muñoz Belmonte, T, Paguina Marcos, M, Morató Lorente, I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal.

## 9. ANEXO I

### ENCUESTA ACERCA DE AGRESIONES

Esta encuesta es completamente anónima y los datos serán utilizados estrictamente para la valoración científica del proyecto de investigación: "ANÁLISIS DE AGRESIONES EN EL PERSONAL SANITARIO".

**Definición de agresión:** "Se definen las agresiones como los sucesos violentos sufridos por los trabajadores, incluyendo como tales las conductas verbales o físicas, amenazantes, intimidatorias, abusivas y acosantes y que tengan relación directa con la actividad laboral propia del puesto de trabajo desempeñado."

#### **Datos personales y del centro de trabajo:**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** V / M **Estado civil:** soltero / casado / convive / viudo / divorciado

**Categoría profesional:** médico / enfermero / auxiliar / celador / administrativo

**¿Cuál es su antigüedad en el puesto de trabajo actual?:** \_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo de experiencia laboral posee en su categoría profesional?:** \_\_\_\_\_

**Es trabajador:** fijo / eventual

**¿Durante su trabajo tiene contacto con los pacientes?:** SI / NO

**Habitualmente desempeña sus labores:** solo / con compañeros

**¿Se encuentra preocupado por la violencia actual en su centro de trabajo?:**

(1=nada preocupado; 5=muy preocupado): 1 2 3 4 5

**¿Conoce el plan de agresiones del SMS?:** SI / NO

**¿En caso de agresión a donde debe comunicarlo?:** \_\_\_\_\_

**¿Ha sufrido algún tipo de agresión (física o verbal) a lo largo de su vida laboral?:** SI / NO

**¿En los últimos 2 años ha sido víctima de agresión en su centro de trabajo?:** SI / NO

**¿Realizó el registro de la agresión de la cual fue víctima?:** SI / NO

**Violencia física en el trabajo:** la violencia física hace referencia al uso de fuerza física contra otra persona o grupo de personas, que resulta en un daño. Puede incluir golpes, patadas, bofetadas, puñaladas, disparos, empujones, mordeduras, pellizcos, entre otros;

**¿Ha sufrido este tipo de violencia?** SI / NO

**En su caso se trató de violencia física:** con un arma u objeto / se acompañó de agresión al mobiliario

**Violencia Verbal:** Comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor de una persona, incluye amenaza de violencia física contra otra persona o grupo, que puede resultar en daño psicológico, mental, moral o de su desarrollo social. La amenaza se define como: promesa de utilización de la fuerza física o poder, resultando en miedo u otra consecuencia negativa dañando a un individuo o grupo.

**¿Ha sido víctima de agresión verbal en su centro de trabajo?:** SI / NO

**DETALLES DE LA AGRESION Y EL AGRESOR.** (Si ha sufrido más de una agresión refiérase al evento que considere más importante).

**¿Considera lo ocurrido como un hecho habitual?:** SI / NO

**¿Con qué frecuencia ha sido agredido en los últimos 2 años?:**

Todo el tiempo / algunas veces / una vez

**¿Quién fue el agresor?:**

Paciente / familiar de paciente / otros usuarios

**Edad del agresor (de no conocer con exactitud, no ponga un intervalo, aproxime una edad):** \_\_\_\_\_

**Sexo del agresor:** varón / mujer

**¿Dónde fue el lugar del incidente?:** dentro del centro de salud / camino al o del trabajo

**¿Cómo respondió?:**

No tomé ninguna acción / lo conté a los colegas / intenté que no volviera a ocurrir  
Intenté defenderme físicamente / dije al agresor que se detuviera / lo conté a amigos, familiares

Me cambié de ubicación de trabajo / intenté calmar al agresor

**¿Cree que el incidente pudo ser prevenido?:** SI / NO

**¿Sufrió algún tipo de lesión como resultado de aquel incidente?:** SI / NO

**¿Requirió tratamiento?:** SI / NO

**¿Por qué no registró la agresión?:**

No fue importante / sentía vergüenza / se sentía culpable temor a consecuencias negativas / el registro es inútil / no sabía dónde comunicarlo / no tuve tiempo / es normal que pasen estas cosas en un trabajo como este

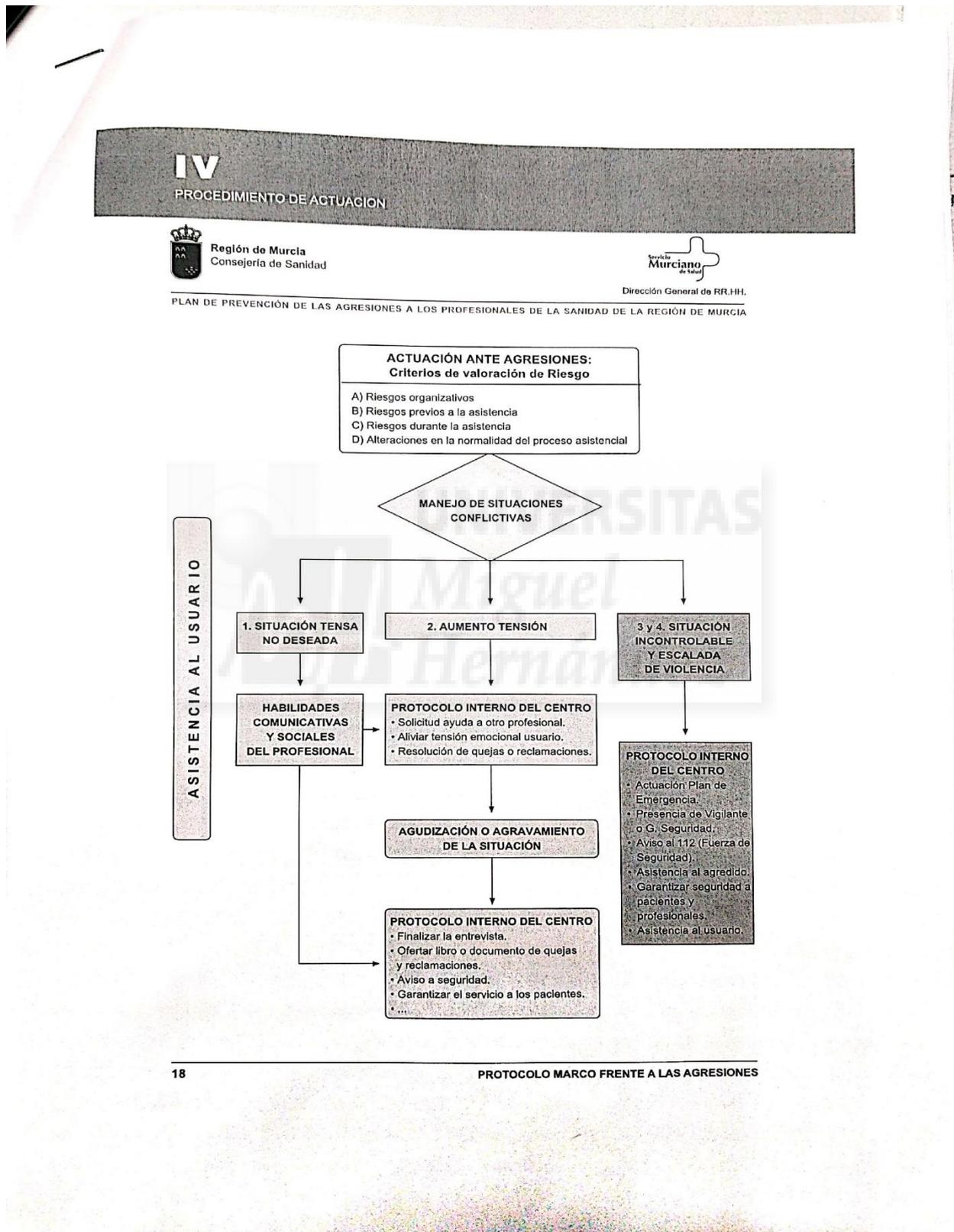
**¿Qué cree que motivó los hechos?:**

Largo tiempo de espera / alcoholismo / indicio de sustancias tóxicas  
/ patología psiquiátrica / ansiedad / Otros

**¿Hubo intervención de las fuerzas de seguridad?:** SI / NO

**¿De acuerdo a su percepción, la violencia en el trabajo va en aumento?:** SI / NO

# 10. ANEXO II



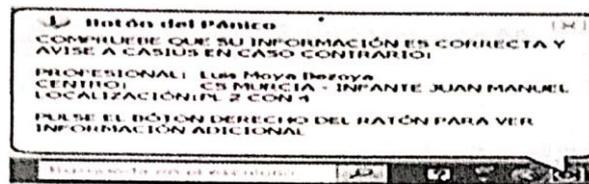
### Introducción y activación de la aplicación

El Botón del Pánico es una aplicación, puesta al servicio de los Profesionales del Entorno Sanitario, encargada de avisar a los compañeros de trabajo de que se está produciendo una agresión, de manera que se pueda ofrecer una asistencia inmediata por parte de estos al compañero víctima de la agresión.

#### Paso Inicial: Comprobación de la información personal

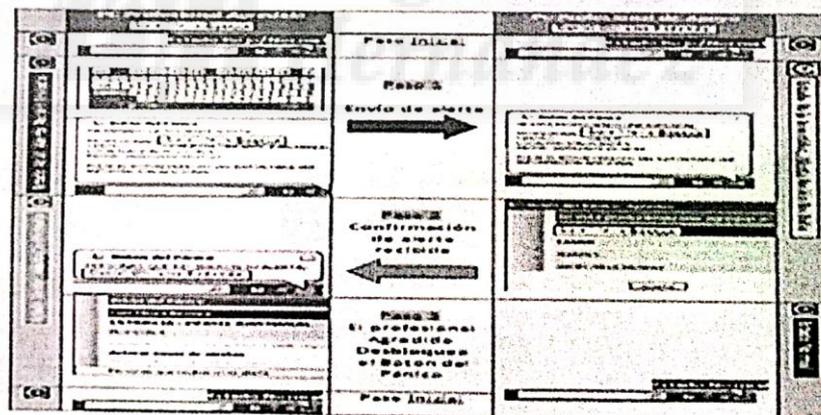
Al arrancar su PC se mostrará:

- Su nombre completo
- El centro en el que se encuentra actualmente
- La ubicación de su puesto dentro de ese centro (Ejemplo: Consulta 17)



Se le indicará que por favor contacte con CASIUS para corregir cualquier error en esta información. Hay que tener en cuenta que la veracidad y precisión de estos datos permitirán a sus compañeros encontrar su ubicación real en caso de agresión.

A continuación se muestran los principales Estados por los que pasa el Botón del Pánico durante su ciclo de ejecución



#### Paso 1: Envío de alertas

El usuario podrá avisar a sus compañeros de trabajo de que se está produciendo una agresión en su puesto.

La combinación de teclas para realizar esta acción es la siguiente (se recomienda hacerlo con la mano izquierda):

- Mientras mantiene pulsadas las teclas Control y Shift izquierdas pulse la barra espaciadora.

Tras el envío de la alerta el icono del Botón del Pánico pasa al estado Azul, indicando que su alerta se ha enviado correctamente. Además, se le mostrará un Globo con la información que usted ha enviado.

**Paso 2: Confirmación de alerta recibida**

En cualquier momento el usuario podrá recibir una alerta de agresión de un compañero mediante dos mensajes que el Botón del Pánico superpondrá sobre todas las aplicaciones que el usuario tenga abiertas en ese momento.

Al pulsar en Aceptar de la Ventana Informativa de la agresión, el usuario enviará al profesional víctima de la agresión un aviso, confirmando que ha recibido correctamente la alerta.

De esta manera, el profesional que está siendo víctima de la agresión verá como el Botón del Pánico pasa al estado Verde, y aparecen Globos con la lista de compañeros de su centro que están recibiendo el mensaje.

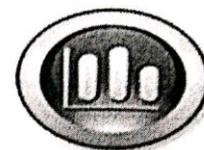
**Paso 3: El profesional Agredido Desbloquea el Botón del Pánico**

Si el profesional va seguir trabajando, y por tanto, puede volver a estar expuesto a otra agresión, debe Desbloquear el Botón del Pánico para enviar de nuevo alertas.

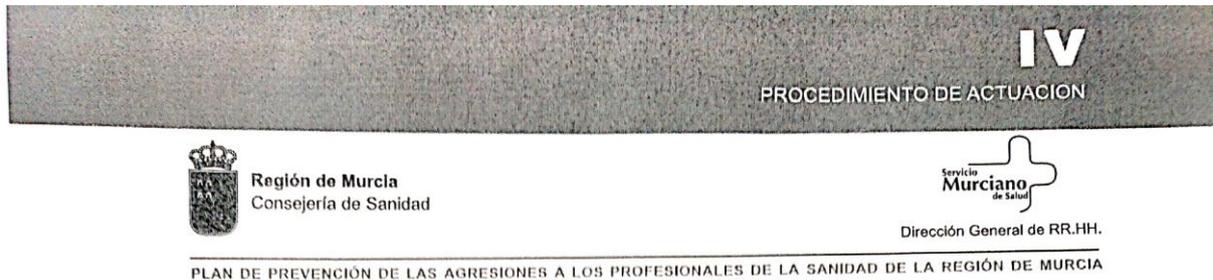
Para desbloquear el Botón del Pánico y volver al estado Normal deberá pulsar "Activar envío de alertas" del Menú Contextual. Posteriormente a que haya activado el Botón del Pánico este pasa al estado Rojo o Normal.

Si pese a lo anterior la tensión aumenta

- Pulsar Botón Antipánico Informático



Conseguiremos con ello provocar la alerta a nuestros compañeros para que acudan a la consulta donde se está produciendo la agresión, apareciendo en nuestra ayuda y evitando tal vez la agresión, así como lograr el mayor número de testigos en el caso de tener que necesitarlos ante una posible presentación de demanda judicial.



## IV Procedimiento de Actuación

### ■ 1. IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE SITUACIÓN CONFLICTIVA

Podemos dividir las situaciones conflictivas en dos tipos: las previsiblemente manejables y controlables por el trabajador, y las que probablemente no puedan ser solventadas, salvo con ayuda externa.

Por ello, es imprescindible que todo el Equipo de Profesionales del Centro conozca el **Protocolo de Actuación Interno** para saber actuar ante situaciones conflictivas (que deberá confeccionar cada Centro siguiendo las directrices del Protocolo-Marco, y del cual exponemos una Guía de orientación en el **Anexo V**).

Además, el **Plan de Prevención de las Agresiones** recoge en el punto 4.3, Pág. 16, unas **"Recomendaciones para el manejo del paciente conflictivo y/o irritado"**, que incluye instrucciones sobre cómo detectarlo y actuar. (Ver página web de Murcia Salud. Publicaciones de la Consejería de Sanidad por materias).

### ■ 2. ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES

Tras la **identificación** de una posible situación conflictiva con un usuario/paciente, el profesional deberá **valorar el riesgo o peligro** y calificará la situación de **leve o grave**.

El procedimiento de actuación ante situaciones en que existan fundadas sospechas de riesgo, se realizará siempre procurando **garantizar el servicio a los pacientes** y la **seguridad de los profesionales**.

**IV**

## PROCEDIMIENTO DE ACTUACION



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad



Dirección General de RR.HH.

PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA

**2.1. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE RIESGO:****A. Riesgos organizativos**

Disfunciones en los procesos de las áreas administrativa y asistencial:

- Demora asistencial por inadecuada planificación del tiempo asignado a cada paciente.
- Atención apresurada por sobrecarga asistencial.
- Insuficiente coordinación entre niveles asistenciales (desajuste en pruebas complementarias, demoras en las citas o en las derivaciones a especializada, etc.).

**B. Riesgos previos a la asistencia**

Se prevén dificultades para atender la demanda por ser:

Usuarios con antecedentes de conflictos o conductas agresivas a otros profesionales por:

- problemas familiares y/o sociolaborales,
- toxicomanías,
- trastornos de personalidad con déficit de autocontrol y poca o baja resistencia a la frustración (*exigir atención inmediata, no tolerar demoras inesperadas, amenazas previas ...*)

Usuarios hiperfrecuentadores.

Paciente/s conocido/s con patología compleja.

## IV

## PROCEDIMIENTO DE ACTUACION



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad



Dirección General de RR.HH.

PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA

### C. Riesgos durante la asistencia

- Presentación inesperada de un comportamiento inadecuado, con gran impulsividad, exigencias desmedidas, no aceptación de normas, ...
- Solicitud o demanda de prestaciones inadecuadas y/o fraudulentas.
- Comportamientos manipuladores: petición de bajas reiteradas, solicitud de medicación impropia, solicitud de pruebas complementarias innecesarias...
- Carga mental del profesional por exceso de burocratización, presión asistencial, toma de decisiones rápidas...

### D. Alteraciones en la normalidad del proceso asistencial

- Alteraciones en el funcionamiento ordinario de las consultas que generan tensión en el proceso asistencial: consultas anuladas, urgencias, avisos,...

## 2.2. MANEJO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS:

Se trata de definir las posibles fases de una situación de conflicto que pueden derivar en agresión.

### Nivel 1: Situación tensa no deseada con el interlocutor

- Mantener el control emocional y no responder a las provocaciones.
- Evitar, en todo momento, utilizar expresiones verbales y no verbales que puedan aumentar la tensión.
- Tratar de escuchar y manifestar interés para completar la información de lo que reclama el interlocutor, en lugar de entrar en la espiral del conflicto.
- Evitar estilos de comunicación que generan hostilidad: apatía, menosprecio, conductas de superioridad ...

## IV

### PROCEDIMIENTO DE ACTUACION



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad



Dirección General de RR.HH.

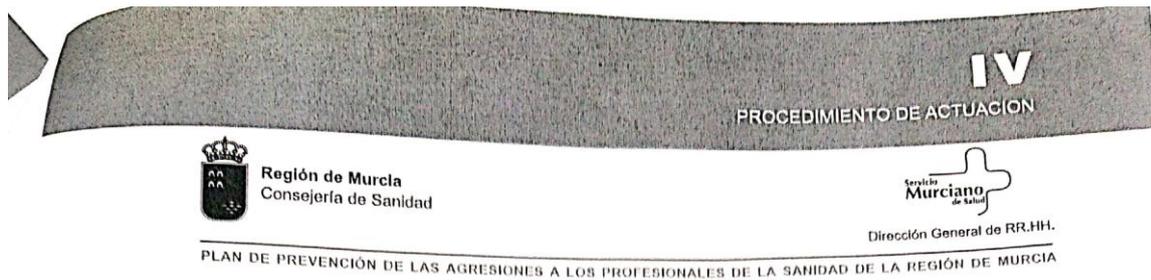
PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA

#### **Nivel 2: Aumento de la tensión de forma poco controlable**

- Si observamos que el clima de tensión va en aumento, deberemos valorar la presencia de otro profesional del Equipo que pueda ayudarnos a responder a las peticiones del usuario de forma serena y que tenga un efecto disuasorio.
- Aliviar la tensión emocional del usuario, con el fin de romper el clima hostil, invitándole a cambiar de espacio físico y/o de interlocutor, favoreciendo la expresión de sus emociones y tratando de atender sus sugerencias y quejas.
- Favorece el afrontamiento de estas situaciones:  
 Reconocer las posibles deficiencias propias y/o del Centro, que puedan estar en el origen de la queja y manifestar que se está trabajando en mejorarlas.  
 Manifestar los propios sentimientos al usuario y hacerle entender con palabras tranquilas que el profesional es merecedor del mismo respeto que él, y que sólo en ese clima de respeto se puede proporcionar una asistencia sanitaria adecuada.
- No obstante, si a pesar de poner en práctica estas recomendaciones, la tensión aumenta, se dará por terminada la entrevista o atención sanitaria y/o administrativa, procurando ofertar el **Procedimiento de resolución de quejas y conflictos**, según el Protocolo establecido en el Centro.

#### **Nivel 3: Cuando no es posible reconducir la situación y evitar la escalada de violencia**

- Cabe activar un plan de actuación de emergencia y/o alarma para demandar ayuda inmediata del Vigilante de Seguridad, si lo hubiere en el Centro.
- El Coordinador, o persona de más autoridad del Centro, valorará si es necesario avisar al 112 o a las Fuerzas de Seguridad.
- En las visitas a domicilio en atención a usuarios con antecedentes conflictivos o en áreas de especial conflictividad, la atención se realizará con el acompañamiento de otro profesional del Centro, o en casos extremos, con las Fuerzas de Orden Público, previo aviso.



#### **Nivel 4: Existencia de potencial agresión física**

- Es necesario protegerse utilizando los elementos mobiliarios para evitar el ataque. O bien, evacuar la zona lo más rápidamente posible. Y si no es posible, el trabajador tiene el derecho legítimo de defenderse para repeler la agresión.
- Si el potencial agresor portara un arma, el profesional intentará tranquilizarlo verbalmente, y de no ser posible, habrá de seguir sus indicaciones hasta que pueda huir o pedir socorro.
- La intervención de los sistemas de Seguridad y Vigilancia, así como de las Fuerzas de Seguridad es imprescindible en este nivel, para poder facilitar la evacuación del presunto agresor, del espacio donde se ha producido el conflicto y dirigir los trámites de la posible denuncia.
- Se procederá al aislamiento del agresor(es) en otro espacio del Centro, y se le proporcionará la asistencia sanitaria necesaria por la persona delegada por el Coordinador del Centro, o se derivará a otro nivel asistencial si fuera preciso.
- La acogida, atención y soporte sanitario y emocional al(los) trabajador(es) agredido(s) por parte de compañeros y jefes es fundamental.

### **2.3. LÍNEAS GENERALES DE ACTUACIÓN:**

#### **A. Recomendaciones preventivas ante situaciones conflictivas**

- Todos los trabajadores del Equipo deben estar entrenados para intervenir con estrategias de conciliación en el afrontamiento de situaciones conflictivas. [Consultar **ANEXO I: "Recomendaciones de Actuación ante situaciones hostiles"**].
- Es importante tener un dominio de las **Habilidades y Técnicas de Comunicación**, que orientarán nuestra actuación ante situaciones conflictivas. [Consultar **ANEXO II "Habilidades comunicativas y sociales para prevenir y/o afrontar situaciones de hostilidad"**].
- Es recomendable que en **horarios especiales** de tardes, sábados, guardias, etc., los profesionales pasen consulta en una misma zona del edificio, para no estar aislados en casos de emergencia.



