

# LAS AGRESIONES EN LA CIME



Trabajo Fin de Máster en Prevención de Riesgos Laborales

Autor: Andrés Castelló Cañadas

Director: Rafael Ramos Muñoz

Fecha: Julio 2015

Universidad Miguel Hernández

## ÍNDICE.

1. RESUMEN .....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. JUSTIFICACIÓN.....	3
3.1. MARCO TEÓRICO.....	3
4. OBJETIVOS .....	11
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	11
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4.3. HIPÓTESIS .....	11
4.4. ACTIVIDADES Y CALENDARIZACIÓN.....	12
5. CUERPO DEL PROYECTO APLICADO O DE INVESTIGACIÓN.....	13
5.1. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
5.2. RESULTADOS DEL ESTUDIO .....	14
5.3. DISCUSIÓN.....	17
5.4. PROPUESTAS Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO .....	20
6. CONCLUSIONES .....	26
7. AGRADECIMIENTOS .....	28
8. BIBLIOGRAFÍA.....	29
9. ANEXOS .....	31
9.1. CUESTIONARIO.....	31
9.2. PROTOCOLO CONSELLERIA DE SANITAT ANTE AGRESIONES .....	32

## **1. RESUMEN.**

El presente trabajo tiene como fin reducir el riesgo psicosocial en los trabajadores no facultativos de la unidad de cuidados intermedios del Hospital General Universitario de Alicante. Por ello, se ha realizado un estudio cuantitativo para verificar si en este servicio existe este tipo de riesgo, ya que previamente no se había estudiado en esta unidad.

Por lo que, en el siguiente trabajo, a nivel cuantitativo, se ha pasado una encuesta a todo el universo, que indica el nivel que tiene el personal de afectación en su trabajo diario.

En cuanto a la hipótesis, se parte de la necesidad de confirmar si las agresiones físicas y/o verbales por parte de los acompañantes o pacientes, ingresados en la unidad de cuidados intermedios, afectan a la motivación y al rendimiento de los trabajadores.

Tras el estudio, se analizarán y se proponen medidas en base a los resultados obtenidos, con el fin de que estas medidas se apliquen y reducir así los riesgos laborales.

Palabras claves: agresión, burnout, estrés, reclamación, riesgo psicosocial.

## 2. INTRODUCCIÓN.

Actualmente en España los trabajadores públicos tienen que sufrir agresiones en su puesto de trabajo: profesores, sanitarios, funcionarios de la administración e incluso agentes de las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado. Son muchas personas las que descargan su frustración e impotencia contra los trabajadores públicos. No se ven como elementos de ayuda sino como un obstáculo que se interpone en su meta.

Si nos centramos en el personal sanitario vemos que actualmente el número de agresiones tanto verbales como físicas han ido en aumento hasta convertirse en un verdadero problema social que se desborda en 2009 con el asesinato de la Doctora María Eugenia M.M., en el Centro de Salud de Moratalla (Murcia) a manos de un jubilado de 72 años.

Estas situaciones llevan a que el Pleno del Congreso de los Diputados haya aprobado el 26 de marzo de 2015 el Proyecto de Ley Orgánica por el que se modifica el Código Penal para introducir, entre otros aspectos, la calificación de personal sanitario y profesores como autoridad pública. De este modo, quien agrede a uno de estos profesionales mientras desempeña sus funciones se enfrentará a una condena de entre uno y cuatro años de prisión.

Esto se considera un gran avance en los derechos de los sanitarios. Los cuales poco a poco y durante los últimos años han sido mermados por la sociedad y las políticas de recortes llevadas a cabo por el gobierno.

Pero aunque los sanitarios están protegidos por los poderes públicos depende de ellos en primer lugar el protegerse y saber afrontar correctamente las agresiones en los puestos de trabajo. Si además estas agresiones se dan en un servicio cerrado como es el caso de una unidad de cuidados intermedios en la que las emociones y los sentimientos de los pacientes y familiares estas a flor de piel es imperativo el saber manejar la situación.

Por ello se considera importante elaborar el trabajo fin de máster sobre la cuestión de las agresiones en la unidad de cuidados intermedios.

### 3. JUSTIFICACIÓN.

#### 3.1. MARCO TEÓRICO.

El Hospital General Universitario de Alicante (en adelante HGUA) forma parte de la red de hospitales públicos de la Comunidad Valenciana, adscrito a la Agencia Valenciana de Salud (AVS), siendo el centro hospitalario de referencia para el Departamento de Salud Alicante-Hospital General. Se trata de un hospital de máxima categoría, siendo el de mayor magnitud de la provincia de Alicante y segundo de la Comunidad Valenciana.



Fuente: <http://alicante.san.gva.es>

El Departamento de Salud Alicante-Hospital General cuenta con ámbito de cobertura establecido por la Orden de 27 de Diciembre de 1993 de la Conselleria de Sanitat i Consum, por la que se delimita el mapa sanitario de la Comunitat Valenciana (D.O.G.V nº 2.175, de 30-12-95), y establece como población de referencia al departamento nueve de salud. Atiende a una población de aproximadamente 275.000 personas, la cual se incrementa en periodos estivales.

La unidad de cuidados intermedios donde se ha llevado el estudio está situada entre los servicios de Urgencias Generales, y Banco de Sangre, y debajo de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Según el autor Heras et al., *las Unidades de Cuidados Intermedios son áreas hospitalarias con dotación técnica y humana suficiente para proporcionar una vigilancia y cuidados asistenciales con nivel inferior a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), pero muy superior a las áreas convencionales de hospitalización* <sup>1</sup>.

Siguiendo al mismo autor, considera que las unidades de cuidados intermedios son estructuras asistenciales, dependientes de los Servicios de Medicina Intensiva, que se crean con el fin de lograr los siguientes objetivos:

1. Ofrecer un mayor nivel de vigilancia a pacientes que por su patología requieren unos cuidados sanitarios más complejos, que los que se ofertan en una unidad de hospitalización convencional y a su vez no son candidatos a ser ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos.
2. Aplicar técnicas médicas y de enfermería que por su alto grado de complejidad son difíciles de aplicar en una unidad de hospitalización convencional.
3. Ofrecer monitorización continua a pacientes que requieran este tipo de medidas.
4. Poder liberar en caso de necesidad, camas de la UCI, al poder trasladar pacientes para su control a esta unidad. Disminuyendo la presión asistencial que recae sobre una UCI.

La unidad de cuidados intermedios del HGUA, está en funcionamiento desde inicios del 2012. Esta formada por diez boxes monitorizados e individuales, y un box dotado de un endoscopio, y diversas salas destinadas a varios usos (almacén, farmacia, sala de estar, sala de reuniones y aseos).

Ésta, es unidad de referencia para toda la provincia de Alicante en el tratamiento de ictus, hemorragias digestivas e infartos agudos de miocardio. Asimismo, es centro de referencia para la realización de endoscopias urgentes. Y a ella se derivan pacientes desde los diferentes hospitales comarcales de la provincia de Alicante.

Esta unidad depende jerárquicamente de la dirección de la UCI, aunque se ingresan pacientes a cargo de otras secciones médicas como son los ictus que están a cargo de neurología, y las hemorragias digestivas que están a cargo de digestivo y sobretodo de la Unidad Hepática.

El personal de la CIME está compuesto por un total de 24 personas: 14 enfermeros, de las cuales una realiza las funciones de coordinadora y 10 auxiliares de enfermería. El personal trabaja en turnos de mañanas, tardes y noches, durante los siete días de la semana. El horario se distribuye de la siguiente forma:

- **Turno de mañanas:** (de lunes a viernes): De 8 a 15 horas. Compuesto por 4 enfermeros y 3 auxiliares de enfermería.
- **Turno de mañanas:** (sábados, domingos y festivos): De 8 a 15 horas. Compuesto por 3 enfermeros y 2 auxiliares de enfermería.
- **Turno de tardes:** De 15 a 22 horas. Compuesto por 3 enfermeros y 2 auxiliares de enfermería.
- **Turno de noches:** De 22 a 8 horas. Compuesto por 2 enfermeros y 1 auxiliar de enfermería.

Por otra parte, y siguiendo con el marco teórico según el autor Alfonso Mellado et al., *los riesgos psicosociales son los aspectos de la dirección del trabajo, de la organización y del diseño de trabajo, y de sus contextos tanto sociales como organizacionales que tienen el potencial de causar un daño físico, psicológico o social*<sup>2</sup>. Pueden ocasionarse por:

1. Características de la organización: estructura jerárquica, estilo de liderazgo, tamaño, estilo de liderazgo, etc.

2. Organización del tiempo de trabajo: turnos, guardias, festivos, duración de jornada, etc.
3. Características del empleo: salario, estabilidad, condiciones físicas del empleo, etc.
4. Características de la tarea: responsabilidad, monotonía, repetitividad, ritmo de trabajo, etc.

Se puede definir **la satisfacción laboral** como la actitud que tenemos hacia el trabajo. Es un estado emocional positivo que resulta de las experiencias que tenemos en el trabajo, por ello la satisfacción laboral es un indicador de posibles situaciones estresantes para el individuo en el contexto de trabajo <sup>2</sup>.

Según el autor Gil-Montes et al., **la baja satisfacción laboral** es consecuencia de los riesgos psicosociales. Se suele identificar la calidad de vida laboral de las personas con el nivel de satisfacción laboral <sup>3</sup>.

Un síndrome asociado al aumento de los riesgos psicosociales es el **burnout** también conocido como **síndrome de quemarse por el trabajo** (SQT). Es una respuesta psicológica al estrés crónico de carácter emocional e interpersonal que aparece frecuentemente en trabajadores de organizaciones que están en contacto con usuarios o clientes de la organización <sup>4</sup>. Presenta:

1. Deterioro afectivo. Agotamiento físico y emocional.
2. Deterioro cognitivo del individuo. Pérdida de la ilusión por trabajar y desencanto profesional.
3. Conducta y actitud negativa hacia la organización y los clientes. Comportamientos fríos, indiferentes, etc.

Por lo tanto, se define el síndrome de Burnout como *“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”*<sup>4</sup>.

En la última década el SQT ha tenido un importante incremento sobre todo en sanidad y educación. Esta reconocida dentro de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) con el código Z730, y aunque no está catalogado como enfermedad profesional es considerado como un accidente de trabajo, según una sentencia del Tribunal Supremo (26 de octubre de 2000) que ratifica la sentencia de 2 de noviembre de 1999 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco<sup>5</sup>. También se ha demostrado que el SQT está relacionado con varios problemas psicósomáticos como son las alteraciones del sueño, los problemas musculoesqueléticos, las alteraciones cognitivas, la gastroenteritis, etc.

Una definición de **estrés** bastante aceptada es la de Mc Grath (1970) que lo define como “*Un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)*”<sup>6</sup>.

Según Mamani Encalada et al., “*El estrés es uno de los problemas mas graves en la actualidad, al provocar a los trabajadores incapacidad física y psíquica. Uno de los grupos más afectados por el estrés en su trabajo diario, lo constituye el personal de enfermería, por la gran responsabilidad que asume en la atención a pacientes críticos y otros*”<sup>7</sup>.

Además, se considera importante definir que es una **agresión** que según la RAE se define como: 1. f. *Acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño.* 2. f. *Acto contrario al derecho de otra persona.*

Según el Consejo General de Enfermería en un estudio publicado en 2012 y realizado a 1623 enfermeras de toda España muestra que:

- El 33% de los enfermeros fueron víctimas o han presenciado una agresión a otro compañero.
- El caso de las agresiones verbales es un 69%.
- El 52% de las agresiones las realiza un familiar.
- El 53% suceden en atención especializada.
- El 41% es por no satisfacer sus expectativas en cuanto a tiempo de espera/pruebas realizadas.
- **El 82% del personal agredido no presenta denuncia.**

En el caso de la CIME no existe una estadística formal sobre las agresiones, pero se es conocedor de que ha habido dos agresiones físicas denunciadas, y cinco que no. De estas dos agresiones, una fue por parte de un familiar, y otra por parte de un paciente. Mientras que las agresiones verbales son casi diarias, en formas de amenazas, insultos, menosprecios, etc, pero en ningún caso han sido denunciadas, y vienen tanto por parte de los familiares como de los pacientes. Por lo que se deduce que el personal tiende a no denunciar las agresiones por lo que los porcentajes del estudio del Consejo de enfermería mostraría valores cercanos a los que suceden en la CIME. También es conveniente recalcar que en este servicio los familiares tienen horas de visitas donde la permanencia con el paciente es mínima, por lo que cuando realiza una agresión verbal es o bien por el desconocimiento e incertidumbre que vive este familiar, sin ser conocedor del tratamiento o intervenciones que se han realizado con el paciente a lo largo del día. Esta incertidumbre o falta de control por parte del familiar produce en muchos casos malestar que viene expresado en forma de agresión. Así, los horarios para visitar a los pacientes ingresados en la CIME son los siguientes:

- De 7 a 7:30 horas.
- De 13 a 13:30 horas. Durante este tiempo de visita el facultativo informa a la familia de la evolución del paciente.
- De 19 a 19:30 horas.

Además de estos breves horarios, el paciente está acompañado por los familiares en el momento del ingreso, como veremos a posteriori estos horarios de visitas deben estar

acompañados de otras medidas, sino se genera frustración, estrés, etc, por el desconocimiento e incertidumbre que vive la familia como se comentaba a priori.

Desde el **ámbito legal**, las agresiones vienen reguladas por el Decreto 159/2009, de 2 de Octubre, del Consell, por el que se establecen las actuaciones de los órganos de la Conselleria de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat. Es la norma por la cual se promueve la seguridad y la salud de los empleados mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de los riesgos derivados de las agresiones en el trabajo.

Por otra parte, a nivel motivacional se considera una fuente importante la satisfacción, al igual que el estrés, que afecta al rendimiento laboral. Esta **motivación** es la variable psicológica que influye en la activación y dirección de la conducta, puede ser, intrínseca y extrínseca. La motivación intrínseca es aquella que depende de nosotros mismos, como puede ser el éxito, el reconocimiento, la promoción, etc. Mientras que la motivación extrínseca es la que depende de otros, o factores externos, como son los estilos de liderazgo de la organización, el salario, la seguridad, etc.

Además, si esta motivación la relacionamos con la teoría bifactorial de Herzberg <sup>8</sup> en la que la satisfacción viene dada por los llamados motivadores, es decir, los equivalentes a la motivación intrínseca, y los que producen insatisfacción o no, son los higiénicos que equivalen a la motivación extrínseca.

Con lo cual deducimos que la motivación y satisfacción están muy relacionados y que no tener seguridad implica insatisfacción laboral.

Otro aspecto relacionado con la satisfacción laboral es la **implicación**, que según Davis et al., es el *“Grado en que los empleados se sumergen en sus labores, invierten tiempo y energías en ellas y conciben el trabajo como parte central de su existencia”* <sup>9</sup>.

Finalmente, la insatisfacción laboral puede llevar también al absentismo y rotación. El **absentismo** es la ausencia en el trabajo o no concurrencia al puesto de trabajo, mientras que la **rotación** es el cese de pertenencia a la organización. El absentismo muchas veces se da en forma de baja laboral y excedencias, y ambas suponen alto coste para la organización, así

como desajustes en el adecuado funcionamiento de los servicios o áreas de trabajo en las que está incluida ese trabajador.



## **4. OBJETIVOS.**

Para la realización del trabajo fin de máster, en el cual sistematizamos nuestra práctica profesional, aplicando los contenidos adquiridos a lo largo del curso, fijamos los siguientes objetivos:

### **4.1. OBJETIVO GENERAL.**

Estudiar el riesgo psicosocial en el personal no facultativo (en adelante PnF) de la unidad de cuidados intermedios (en adelante CIME) del Hospital General de Alicante.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Valorar la afectación de una reclamación interpuesta contra el PnF.
- Proponer formas de intervención y de mejora contra la violencia en una unidad de cuidados intermedios.

### **4.3. HIPÓTESIS.**

Las agresiones físicas y/o verbales al personal sanitario puede afectar a la motivación, así como al rendimiento laboral debido a su implicación en la salud psicosocial de estos profesionales.

#### 4.4. ACTIVIDADES Y CALENDARIZACIÓN.

Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Elaboración del estudio	14 de febrero de 2015	24 de febrero de 2015
Elaboración de la encuesta	25 de febrero de 2015	10 de marzo de 2015
Encuesta al personal de la CIME	11 de marzo de 2015	20 de marzo de 2015
Estudio de la encuesta	21 de marzo de 2015	31 de agosto de 2015
Reunión con el equipo de prevención laboral para proponer la implantación del protocolo de satisfacción para pacientes y/o familiares	1 de septiembre de 2015	15 de septiembre de 2015
Reunión con personal para proponer que en los servicios de atención al paciente sean psicólogo y/o trabajadores sociales	16 de septiembre de 2015	30 de septiembre de 2015
Reunión con personal y/o dirección para proponer la contratación de psicólogo y/o trabajador social	1 de octubre de 2015	16 de octubre de 2015
Puesta en marcha de las propuestas	1 de enero de 2016	31 de diciembre de 2016

Tabla 1: Temporización del plan.

## **5. CUERPO DEL PROYECTO APLICADO O DE INVESTIGACIÓN.**

### **5.1. MATERIAL Y MÉTODOS.**

El estudio se centra en el PnF que trabajan en la CIME del Hospital General Universitario de Alicante, tanto enfermeras como auxiliares de enfermería.

El estudio está dirigido a las personas que por el desempeño de su trabajo están en contacto directo con los pacientes y con sus familiares. De este estudio se ha excluido al personal facultativo de la unidad ya que su presencia y contacto con el paciente y/o familia es puntual y en determinados momentos. No estando durante las 24 horas presentes en la unidad.

Se repartió a todos los trabajadores de esta unidad un cuestionario con una serie de preguntas y al cabo de unos días se recogieron los test que se habían depositado en un sobre, dejado a tal efecto. Del total de cuestionarios se recogieron 19. Por lo tanto, de un universo de 24 personas, hubo un total de 19 que respondieron al cuestionario y 5 que no. Por lo que en el estudio tenemos una muestra de 19 sujetos.

Por otra parte, los cuestionarios fueron pasados de manera anónima y asegurando la confidencialidad del mismo, y que estos sólo iban a ser utilizados con fines para este trabajo fin de máster.

Este cuestionario consistía en cinco preguntas y un apartado final donde si lo desean podían realizar un comentario personal de forma anónima. Dicho cuestionario valoraba la opinión acerca de posibles propuestas y si les afecta o no las agresiones en su trabajo diario.

Las posibles respuestas a las preguntas son: Muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo.

Este cuestionario fue ideado por Andrés Castelló Cañadas, enfermero de la CIME, con el fin de valorar la afectación y opinión sobre las agresiones al equipo de la CIME, que permitiera elaborar propuestas acorde con la opinión y necesidades detectadas por el equipo de la CIME. Este cuestionario no ha podido ser validado ni se ha comprobado su fiabilidad ya que los participantes en el cuestionario es muy bajo, el cuestionario a su vez cuenta con muy pocos ítems, así como la imposibilidad de repetir este mismo cuestionario, entre otros. No obstante

se considera que es suficiente para este estudio pues desvela la necesidad de nuevas medidas ante las agresiones.

## 5.2. RESULTADOS DEL ESTUDIO.

De los 26 cuestionarios entregados, solamente 19 (n=19) fueron contestados por lo que un 73% del PnF ha colaborado en este trabajo. Algunos de los comentarios que han realizado los encuestados son: *“Lamentablemente, en muchas ocasiones, las reclamaciones no sirven como mejora, sino simplemente para sancionar al personal”*, o *“Es interesante estar informado de todo”*.

Destacamos que en este servicio existe una prevalencia de mujeres sobre hombres de edades muy dispares, es decir, del total de 24 trabajadores, 3 son hombres y el resto mujeres, lo que en porcentaje es igual a 88,5% de mujeres frente a un 11,5% de hombres. En la categoría de enfermería existe un 87,5% de mujeres frente a un 12,5% de hombres. En la categoría de auxiliar de enfermería hay un 90% de mujeres frente a un 10% de hombres. Las edades, del total de las trabajadoras están comprendidas entre 25 y 52 años.

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
ENFERMEROS	16	2	14
AUXILIARES DE ENFERMERIA	10	1	9

Tabla 2: PnF de la unidad de cuidados intermedios.

A continuación se analiza las respuestas dadas a las diferentes preguntas.

En la pregunta **¿debería existir un protocolo de satisfacción para los pacientes y/o familiares?**, un 52,6% (9 respuestas) de los encuestados están de acuerdo, mientras que un 47,4% (10 respuestas) están muy de acuerdo en que se implante un protocolo de satisfacción. Ninguna persona encuestada ha estado en desacuerdo o muy en desacuerdo con esta



sugerencia. Esto nos permite saber que el 100% del personal sanitario opina que es necesaria la implantación de dicho protocolo.

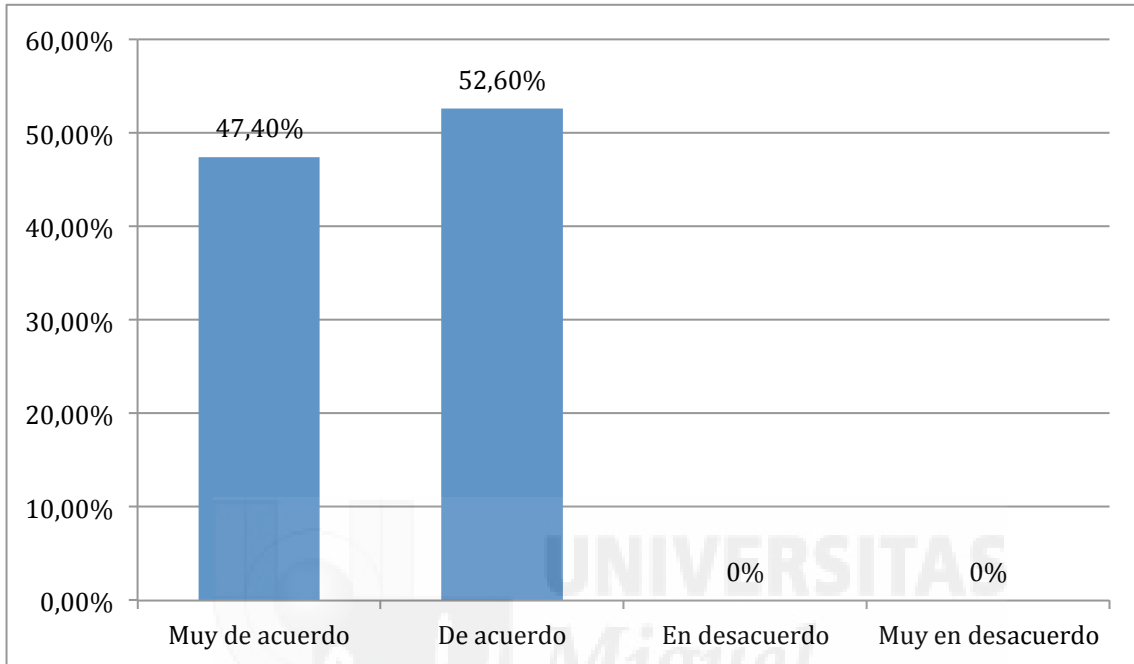


Ilustración 1. Implantación protocolo de satisfacción.

En la pregunta **¿influyen negativamente las reclamaciones en tu trabajo?**, un 31,6% (6 respuestas) de los encuestados está de muy de acuerdo. Un 36,8% (7 respuestas) está de acuerdo en que las reclamaciones le influyen negativamente. Un 26,3% (5 respuestas) está en desacuerdo, y por el contrario, un 5,3% (1 respuesta) está muy en desacuerdo. Existe un porcentaje de personas que difiere totalmente de la mayoría, ya que hay un 68,4% que les influye negativamente frente a un 31,6% que no les preocupan las reclamaciones.

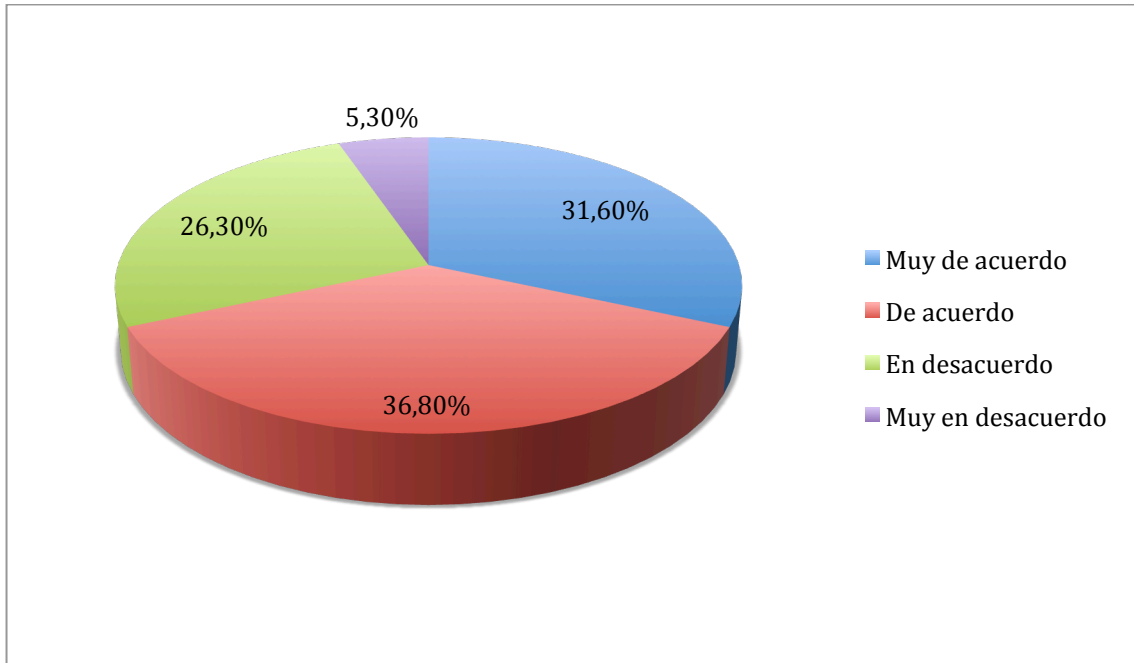


Ilustración 2. Influencia de las reclamaciones.

En la pregunta **¿las agresiones verbales o físicas están justificadas?**, un 84,2% (16 respuestas) de los encuestados está muy en desacuerdo. Un 5,3% (1 respuesta) está en desacuerdo y un 10,5% (2 respuestas) está muy de acuerdo. Existe un ligero porcentaje de personas que difiere totalmente de la mayoría, ya que hay un 89,5% que no creen que están justificadas las agresiones frente a un 10,5% que piensan que si están totalmente justificadas.

En la pregunta **¿deberían de intervenir y orientar trabajadores sociales y/o psicólogos a los pacientes y/o familiares así como al personal de enfermería?** un 47,4% (9 respuestas) de los encuestados están muy de acuerdo, mientras que un 42,1% (8 respuestas) están de acuerdo en que intervengan otros profesionales en la mediación de conflictos. Un 10,5% (2 respuestas) se muestra muy en desacuerdo en que otros profesionales actúen. Esto nos indica que hay un total de 89,5% que aprueban la ayuda de otros profesionales.

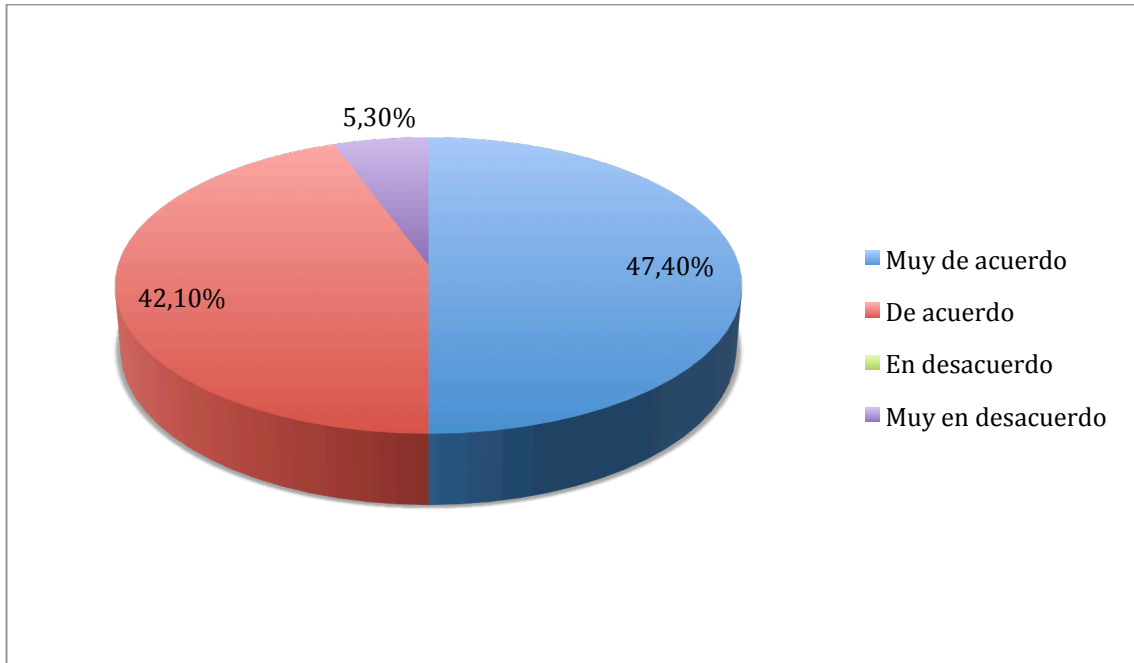


Ilustración 3. Intervención de otro profesionales.

En la pregunta **¿tendrían que haber carteles informativos sobre las medidas a tomar en caso de agresión al personal sanitario?**, un 52,6% (10 respuestas) de los encuestados están muy de acuerdo, mientras que un 36,8% (7 respuestas) están de acuerdo en que se coloquen carteles informativos. Un 10,6% (2 respuestas) se muestra muy en desacuerdo con esta medida. Esto nos permite saber que hay un total de 89,4% que aprueban esta medida.

### 5.3. DISCUSIÓN.

Tal y como veíamos a priori, en la pregunta de si debería existir un protocolo de satisfacción para pacientes y familiares el total de la muestra estaba de acuerdo, con ello se valora que es necesario añadir este tipo de protocolos en la unidad, se piensa que es debido a que los trabajadores con la experiencia han valorado esta necesidad.

En referencia a la segunda cuestión, si influye negativamente las reclamaciones en su propio trabajo, hay una dispersión de respuesta, aunque mayoritariamente está de acuerdo con la afirmación un 68%. Se valora que en esta cuestión está la propia atribución que hace las personas frente a estas reclamaciones, por ello puede haber personas que no les afecte igual el

hecho de tener una reclamación, mientras que otras personas con menos autoestima puede afectarles mayormente estas reclamaciones. Por otra parte, también hay que valorar la importancia que le dan a su trabajo cada uno de los encuestados, pues algunos viven de manera muy personal su trabajo y sentir o percibir una reclamación en referencia a que lo está haciendo mal puede vivirse como un castigo, mientras que otros ven su actividad profesional como una simple actividad por la que recibe un rendimiento económico. Por tanto, en esta pregunta se debería valorar también la personalidad o manera de enfrentarse a estas reclamaciones, y el tipo de trabajador frente al que nos encontramos. Es cierto, que ningún trabajador esta exento de recibir reclamaciones, donde cada vez se dan más estos acontecimientos, pues cada vez más el paciente conoce sus derechos pero también olvida sus obligaciones, esto es un tendencia que no sólo se da en el ámbito sanitario sino que es extrapolable a cualquier área de la vida social, y tal y como veíamos en la introducción estas agresiones han llegado hasta el asesinato.

A propósito sobre si las agresiones son justificadas, se considera que estas nunca pueden ser justificadas, pues van en contra del personal, sus derechos e integridad, y éstas tanto hacia el paciente como hacia el personal implican un daño. Aunque es cierto, que habría que valorar que las personas que contestaron que estaban justificadas sería por el motivo de estrés que se vive tanto por parte del paciente que se encuentra en una grave situación sanitaria, familiares que deben adaptarse a estas enfermedades o incluso enfrentarse a duelos, como el estrés que vive el personal pues en sus manos está que el enfermo mejore o incluso trabajar sabiendo que la persona va a fallecer en breve, también implica desmotivación para este personal. También, estas repuesta que justifican la violencia puede ser debido al nivel educativo y/o cultural del encuestado, ya que a menor nivel cultural se tiende a justificar más este tipo de actos, por lo que se considera que en futuras encuestas sería oportuno añadir una pregunta relativa al nivel cultural alcanzado, para descartar que esta respuesta sea debido al nivel educacional de la persona.

Siguiendo con el cuestionario se quiso valorar la importancia de recibir apoyo por parte de otras figuras profesionales, como eran los psicólogos y/o trabajadores sociales, tanto al familiar-paciente así como al personal, se llegó al resultado que un 89,5% estaba de acuerdo en que estas figuras dieran su apoyo, frente a un 10,5% que no, que podría ser que o bien desconozca las funciones de estos profesionales, o que sientan que estas figuras no deben

ingresar en el ámbito sanitario porque lo consideran intrusista. Se opina que esto no es cierto, y que es necesario que el personal sanitario tenga apoyo por parte de estas figuras, hasta ahora las unidades oncológicas si cuentan con este apoyo profesional y se ha demostrado que la carga emocional se ve reducida tanto por parte de los pacientes-familiares como de los profesionales. Pensemos en una familia en la que un joven de 25 años ingresa por un Ictus y que este paciente tiene daños irreversibles, y que va a tener que vivir una situación de dependencia de sus familiares, esto implica una situación sobrevenida donde hay mucho estrés. El personal sanitario está preparado para velar por los cuidados sanitarios del paciente pero no dispone del bagaje en cuanto a los recursos que se deben poner en marcha ni tampoco puede orientar y apoyar al paciente y/o familiar, ya que muchas veces se pueden hacer comentarios desafortunados por falta de este bagaje o empatía que llevará a un mayor estrés emocional, y contestar al sanitario, y así entrar en una escalada que puede llevar a la agresión física y verbal. Ahora pensemos que en este caso el trabajador social acudiera a hablar con la familia, y le expusiese la situación actual dándole los recursos y apoyos necesarios para cuando salga del hospital, y se pongan los mecanismos en marcha cuanto antes. Si a su vez acude el psicólogo, y da el apoyo psicológico para que este paciente y sus familiares puedan hacer frente a esta nueva situación que implica también un duelo, estaremos reduciendo muchísimo el estrés por parte de paciente y/o familiares, y si este estrés se ve reducido el nivel de agresión también.

Finalmente, en el cuestionario se comprobó que un 89,4% quería que hubiese carteles informativos recordando a los familiares y pacientes que implica una agresión hacia ellos, mientras que un 10,6% no se mostraba favorable, esto puede ser porque consideran que estos carteles no tienen utilidad, y que finalmente pasarían desapercibidos, se considera que si estos carteles se van cambiando el formato cada 4 meses no deberían pasar desapercibidos, y que de alguna manera algunas personas si se verán frenadas a realizar una agresión tanto verbal como física. Aunque es cierto que la agresividad vendrá dada por otros factores como son los psicológicos y educativos de cada persona.

#### 5.4. PROPUESTAS Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.

Una de las primeras propuestas que consideramos importante es añadir un **protocolo de satisfacción para pacientes y/o familiares**, por ello se valora la necesidad de reunirse con el equipo profesional de prevención de riesgos laborales para añadir este tipo de protocolo. Sería conveniente que este protocolo fuera elaborado con la coordinación de los profesionales tanto de la CIME, del Servicio de Atención e Información al Paciente (en adelante SAIP), así como el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante SPRL). Se hiciera un estudio de las verdaderas necesidades de los pacientes y familiares, así como del personal, y buscar puntos de cohesión y acuerdo entre ambas partes.

Con este protocolo se pretende reducir los niveles de ansiedad tanto de pacientes-familiares como del personal, ya que así se evitarán daños mayores, como podría ser alargar la estancia del paciente por no recuperarse, y sobretodo reducir el nivel de estrés y aumentar la motivación laboral, que eviten en la mayor medida el absentismo laboral y/o rotación. También con este protocolo se quiere reducir el número de reclamaciones que no son buenas ni para el trabajador ni para la organización. A nivel de prevención laboral reducir estas reclamaciones reducen a su vez las emociones negativas y desmotivación del empleado, que están demostradas que afectan al rendimiento laboral y salud del personal, y que les puede llevar al burnout. En la actualidad, no hay definido un protocolo de satisfacción en la CIME, pero se quiere definir uno en base al protocolo de enfermería en la atención al paciente y familia al ingreso en la unidad coronaria que se llevo a cabo en el Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya) <sup>10</sup> y que publicaron en el 2003. Este protocolo por sus resultados mostraron éxito en cuanto a la reducción de miedo, ansiedad y estrés tanto en pacientes y familiares, fomentando la confianza mutua entre enfermeros y paciente-familiar, por lo que se deduce que este tipo de protocolo reduciría el nivel de agresividad.

Para este protocolo de satisfacción para el paciente o familiares, se propone que en primer lugar, el personal deberá informar adecuadamente a familiar-paciente al ingreso, es cierto que actualmente el personal ya se presenta y se les da el reglamento y normas de la unidad tanto al familiar como al paciente, y se le invita a que pregunten sus dudas y que comunique si le duele o se encuentra mal en todo momento. Aún así esto es insuficiente y se considera que se debería poder tranquilizar al paciente y/o familiares explicándole las razones de su ingreso, así de porque debe permanecer encamado, conectado a máquinas, porque están restringidas el número de visitas y horarios (de visitas, comidas, aseo e higiene diaria, etc), recordar a la

familia que a pesar que pueden tener el móvil es conveniente no llamar al paciente y sobrecargarlo, es más conveniente distraerlo con revistas, libros, periódicos, etc. Es importante que en esta primera fase el personal se muestre colaborador, y responda a todas las dudas con un lenguaje sencillo y adaptado al nivel cultural del paciente-familiar y siendo transparentes ante la situación. El lenguaje que deberá utilizar el personal sería conveniente que fuera en frases cortas, palabras sencillas, evitar los tecnicismos, si es necesario dibujar para que entienda lo que queremos comunicarle.

También debido a la heterogeneidad de los pacientes, ya que el HGUA atiende a población extranjera, mayoritariamente de habla inglesa, francesa, alemana y árabe, y hay una barrera idiomática, por lo que sería conveniente que el reglamento y normas estuviera también traducido en estos idiomas, para evitar el desconcierto de esta población, o que contasen con un servicio de traductores tal y como cuenta el hospital Marina Salud de Denia u otros hospitales privados.

Además sería conveniente que la unidad contase con guía sobre las enfermedades con mayor prevalencia en la unidad, para facilitar a los familiares-paciente, y ayudar a entender y tranquilizar a estos sobre la enfermedad, como por ejemplo guía sobre procesos oncológicos, ictus, enfermedades hepáticas, etc.

En este protocolo se considera también importante recalcar que no se facilitará en ningún caso información telefónica de ningún paciente, así como si está ingresado o no, tipo de tratamientos, datos personales, etc, incluso si las aseguradoras privadas intentan conseguir esta información, ya que como personal sanitario se debe velar por la privacidad de los pacientes, así como la ley de protección de datos.

Asimismo, es conveniente explicar otros aspectos que se descuidan porque desde el personal considera obvio como son el manejo del mando de la cama, luces, enchufes, timbre de emergencia (en la CIME es un sonajero). Además, en el momento de cada prueba o análisis se deberá comunicar que se le va a hacer y por qué, para que sirva, si emite sonidos o alarmas avisarle que es normal, recordar el día, mes y año en el que estamos, así como dónde está ingresado.

Finalmente, en el protocolo se debería informar cuando va a ser trasladado a planta e invitar al paciente-familiar a rellenar un cuestionario de satisfacción o a que escriba una nota de agradecimiento si considera que el trato y la atención han sido adecuados, ya que esto es una fuente de motivación para el personal.

Todo esto son propuestas que se podrían incluir en el protocolo de atención al paciente y/o familiares, pero como se recomendaba anteriormente sería adecuado que este protocolo fuera ideado por parte del equipo de la CIME, supervisora, atención al paciente, psicólogo, trabajador social y equipo de riesgos laborales.

Por otra parte, también debemos hablar de la existencia **del protocolo ante las agresiones**, (ver anexo) por el que la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana tiene editada una guía basada en el Decreto 159/2009 de 2 de octubre, del Consell "*Por el que se establecen las actuaciones de los Órganos de la Conselleria de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat*" en dicha guía se recogen los pasos que tiene que seguir un trabajador antes, durante y después de una agresión. Aunque dicha guía esta bien estructurada, falla debido a que la gran mayoría de las agresiones no se denuncian tal y como veíamos en el marco teórico en el que se comentaba que no se hacia, pues 83% de las agresiones no se hacen constar, pero estas agresiones si repercuten a nivel de satisfacción laboral de los empleados. Esto puede ser debido a la desmotivación del trabajador al poner la reclamación, ya que éste, para realizar todos los tramites tiene que hacerlo fuera de su jornada laboral, invirtiendo su tiempo y su dinero en realizarlo, ya que tras una denuncia implica acudir al abogado, asistencia a juicio, entre otros. Otro motivo podría ser la falta de apoyo de la supervisión de enfermería presente ante el momento de la agresión, la cual solamente se limita a rellenar una hoja en pdf del hecho en cuestión y no invitar a hacer constancia de ello. Además, otro motivo podría ser la descoordinación entre el trabajador afectado y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante SPRL), el cual obliga al agredido a que se amolde a las horas de abertura del SPRL, pues en una de las agresiones que tuvieron lugar durante este año el profesional de riesgos laborales acudía durante las horas de más trabajo, o en los horarios que la persona agredida no estaba presente. Otro motivo sería el gran número de trámites burocráticos que tiene que realizar el trabajador como son la duplicidad de documentación que tiene que presentar (tiene que rellenar un parte de agresión para el hospital, otro parte para el SPRL y otro al abogado del Colegio Oficial de Enfermería, el cual se encarga de presentar la denuncia al juzgado). Lo que finalmente disuade al agredido a presentar denuncia ante las agresiones y éstas no se hacen constar en las estadísticas, y hacer que el agresor pueda volver a repetir estas actitudes o agravarse.



Por otra parte, una de las propuestas novedosas e importante que se considera es que se **incluya la figura del trabajador social y psicólogo en la unidad**, ya que actualmente los hospitales cuentan con la figura del trabajador social, pero sólo interviene a demanda de la familia, del médico, o por una situación donde se aprecia maltrato o negligencia. En cuanto a los psicólogos quedan recluidos al ámbito de salud mental es cierto que se está empezando a incluir la figura del psicólogo sanitario (general) en algunos hospitales. Estos profesionales son los que deben venir a las unidades y no a demanda, se podría, por ejemplo, establecer que todas las mañanas acudieran y realizaran el seguimiento e intervención con los pacientes y/o familiares, y previamente haber tenido una reunión de coordinación con el equipo sanitario, pues es este equipo quien pasa más tiempo con los pacientes, a su vez estas figuras pueden orientar y dar pautas al equipo sanitario. Entre las funciones de estos profesionales también estaría recordar a ambas partes que las agresiones no están justificadas e implican un delito.

Si además tenemos en cuenta que estos profesionales reducen el nivel de estrés, y mejoran la salud psicosocial de los pacientes y/o familiares, se estará probablemente reduciendo el tiempo de curación, y los ingresos serán de menor duración y posiblemente con mejores resultados a la larga, como puede ser menor número de re-ingresos.

Además puede velar por la unidad y cohesión del grupo de trabajo, reducir también el estrés del equipo, por lo que reducirá el número de bajas laborales y/o rotación. Por lo que el grupo estará más cohesionado y el ambiente de trabajo será más ameno, fomentando también un actitud positiva y satisfacción laboral.

Por ello, a nivel de coste se considera que podría también ser una mejora para el hospital, teniendo en cuenta que se contratase un trabajador social y un psicólogo, ambos a un cuarto de jornada, y valorando los costes por encima se estima que pudiera haber un ahorro. Por ejemplo, un trabajador social a un cuarto de jornada costaría en base al Real Decreto-Ley 3/1987 que establece el salario de esta figura profesional en base al personal dependiente de la Conselleria de Sanitat en 6223,44 € al año, y un psicólogo en base al mismo Real Decreto-Ley y también a un cuarto de jornada implicaría una cuantía de 8737,37 € al año, lo que es igual a 14960,81 € al año. Si tenemos en cuenta que un día de ingreso en la CIME ronda los 1100 euros aproximadamente, si reducimos las estancias de los pacientes se habrá conseguido un ahorro, siempre y cuando se consiga reducir en el total de ingresos unos 14 días al cabo de un año. Si además tenemos en cuenta que estas figuras podrían reducir el tiempo de

absentismo laboral en forma de baja, lo que implica muchas veces tener que contratar a personal y formarlo, etc..., por lo que estaríamos reduciendo mucho más el gasto sanitario, a la vez que se proporciona calidad de vida a nivel psicológico tanto al personal como a los pacientes-familiares.

Las agresiones que no se han denunciado, pueden agravarse y ocasionar la muerte al trabajador. Esto crearía un daño a la imagen de la organización, y un daño psicológico a los compañeros así como a la familia de la víctima. Siendo este un daño irreparable y de un elevado coste económico.

Otra propuesta en la línea de la contratación de estas dos figuras, es que sería conveniente **hacer un estudio psicológico de los profesionales y las atribuciones que hacen con respecto a las reclamaciones**. Asimismo, debemos recordar que las reclamaciones pasan por el SAIP. En el cual actualmente es personal de enfermería quien gestiona estas reclamaciones, pero se valora que debería estar al cargo de psicólogos y/o trabajadores sociales, ya que son figuras profesionales que están más capacitadas por su bagaje a dar mejor respuesta ante las reclamaciones, a su vez son figuras que median, orientan, asesoran, unos a nivel psicológico, y otros a nivel de recursos, pero ambas figuras han sido preparadas para atender al paciente, y disponen de bagaje sanitario. Al fin y al cabo, la organización (Hospital) debe velar por sus trabajadores y que se dé una adecuada atención a los pacientes, en que muchos casos sus reclamaciones son enfocadas hacia el personal ya que están viviendo momentos de gran tensión o que implica cambios adaptativos, y estas dos figuras profesionales podría valorar mejor si la reclamación es real hacia el objeto o no, así como asesorar al familiar y profesional.

No se debe olvidar que el personal de la CIME trabaja con personas enfermas, y a veces en situación terminal, que están bajo un fuerte estrés por la implicación del duelo o adaptación a sus procesos de salud, sus familiares deben acompañar, y a la vez también adaptarse a estos procesos sobrevenidos que hacen que el personal de la CIME trabaje en situaciones de gran dificultad e implicación emocional, que a su vez este personal puede vivir estos acontecimientos de manera empática o incluso traumática para ellos por el propio bagaje emocional y vital de la persona, que conlleva también una reacción emocional y no siendo siempre la más acertada o idónea. Y tal como veíamos en el marco teórico el personal de enfermería es uno de los grupos más afectados por el estrés en su trabajo diario.

Por ello, en este estudio, se debería pasar una serie de cuestionarios, tanto al principio como al final del proyecto para poder valorar si se han mejorado los niveles de satisfacción, implicación y compromiso de los trabajadores. Así se considera que se podría pasar el Job descriptive Index de Smith (1969) que es el cuestionario que mide la satisfacción laboral. Este cuestionario estudia cinco dimensiones en referencia a la satisfacción laboral, satisfacción con el salario, satisfacción con las promociones, satisfacción con la supervisión, y satisfacción con los compañeros de trabajo, y se divide en 72 ítems que a su vez se subdivide en 9 ó 18 ítems por subescala, respondiendo a esto el individuo en base a tres alternativas, sí, no sabe, no. Por ello, en nuestro caso se podría valorar solo la escala satisfacción laboral, satisfacción con la supervisión y satisfacción con las promociones.

A su vez sería pertinente pasar el cuestionario Job involvement questionnaire de Lodhal y Kejner (1965) que cuenta con la versión española de González y Elena (1999), y alguna modificación al cuestionario inglés

También se considera oportuno aplicar el cuestionario Organizational Commitment de Mowday, Steers, Poter (1975) en el que se valoraría el compromiso del personal con la organización.

Así, una vez valoradas estas tres dimensiones, se podrían aplicar nuevas propuestas, así como comprobar los resultados al final del proyecto, y esto nos permitirá evaluar positiva o negativamente los efectos de estas propuestas en el personal

Finalmente, la última propuesta que **se ha considerado importante es elaborar carteles** en que se recuerde las medidas que se tomarán frente a una agresión al personal sanitario, así como recordar a paciente-familiar que el trabajador esta haciendo su trabajo, y que las agresiones están tipificadas por ley. Además sería conveniente que este cartel fuera a su vez apoyado tanto por parte de la dirección del hospital como por los colegios profesionales de personal sanitarios. Se propone que estos carteles estén presentes durante al menos un año, deberán ser llamativos y a la vista tanto del personal como de pacientes y familiares.

## 6. CONCLUSIONES.

Se llega a la conclusión que si se consideran estas medidas propuestas a medio y a largo plazo pueden ayudar a:

- A. Mejorar la salud psicosocial del empleado. Si los trabajadores se ven protegidos y/o ayudados, por otros profesionales, durante una situación de estrés se sentirán mejor y esto repercutirá positivamente en su salud. Esto provocara que tenga menos estrés y que el riesgo psicosocial sea menor.
- B. Disminuir el número de bajas y eliminar las rotaciones. Si conseguimos que el trabajador se sienta a gusto en su trabajo evitamos que este se ausente más de lo imprescindible. Reduciendo el número de bajas a las provocadas por otros motivos ajenos a su estado psicosocial. Así como una mejor relación entre el personal: aumento de la cohesión grupal, más motivación, menos estrés, etc.
- C. Reducir los costes de la organización. Así se evita el tener que contratar y formar a nuevo personal para suplir las posibles incapacitaciones temporales.
- D. Aumentar la calidad de los cuidados proporcionados al paciente. Si el trabajador ve reducido su estrés trabajara mejor que en la situación contraria.
- E. Reducir los días de ingreso del paciente y las recaídas. Al tener los pacientes y sus familias un protocolo que les explique el porque de su ingreso, la necesidad de estar en esta unidad y otras normas pueden ir asumiendo su situación de forma más serena y sin tanta incertidumbre.
- F. Generar dos puestos nuevos de trabajo, un psicólogo y un trabajador social.

Además de estas propuestas, se considera que el objetivo del trabajo ha sido conseguido pues el riesgo psicosocial ha sido estudiado, se ha valorado la afectación. Estas propuestas, a su vez han sido la forma de proponer para mejorar y reducir las agresiones en la CIME.

Por otro lado, la hipótesis se considera que es valida pues el marco teórico, el estudio y las propuestas demuestran ampliamente que las agresiones afectan al rendimiento, implicación y motivación del trabajador, y que estas pueden llevar a la muerte.

Finalmente en cuanto a las actividades, la calendarización ha sido cumplida hasta la fecha. Quedan pendientes las reuniones con el personal de dirección y el personal del SPRL que se realizaran en septiembre y octubre, ya que el mes de agosto se corre el riesgo que no se puedan efectuar las mismas por motivos vacacionales, y en la primera quincena de septiembre no se podrá efectuar tampoco porque el autor del proyecto estará de baja por paternidad. Una vez se realicen estas reuniones, y se tenga el visto bueno se podrían poner en marcha las propuestas y al cabo de un año valorar si estas propuestas eran pertinentes y han servido o no para reducir las agresiones. Si tuviera éxito sería conveniente extender estas medidas a otras unidades.

Por lo que concluimos que sería importante llevarlas a cabo por los beneficios que suponen tanto al paciente-familiar, organización y trabajador, así como social y sobretodo con el fin de reducir el riesgo laboral, y prevenir mayores daños.



## 7. AGRADECIMIENTOS.

Se considera hacer un especial agradecimiento a los trabajadores de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital General Universitario de Alicante, porque sin ellos/as no hubiese sido posible el presente estudio.

Agradecer también a mi tutor Rafal Ramos Muños por su ayuda y sus consejos.

A mi mujer Mélanie por todo su apoyo y su dedicación. Sin su ayuda no hubiese podido terminar este proyecto.

Y muy especialmente a “La petite” Anne que aunque aun no ha nacido ya ocupa el 95% de mi tiempo.



## 8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Heras A., Abizanda R., Belenguer A., Vidal B., Ferrándiz A., Micó M.L. et al .  
Unidades de Cuidados Intermedios: Consecuencias asistenciales en un hospital de referencia. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2007 Oct [citado 2015 Jul 19]; 31(7): 353-360. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007000700001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000700001&lng=es)
2. Alfonso CL, Salcedo C, Rosat I. Prevención de riesgos laborales, Instrumentos de aplicación. 2ª edición. Valencia: Tirant lo Blanc; 2011.
3. Gil-Monte PR. Occupational health psychology. European perspectives on research, education and practice. Volume 3. Nottingham: Nottingham University Press; 2008.
4. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación.
5. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención.
6. NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral.
7. Mamadi A, Obando R, Uribe AM et al. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. Rev Per Obst Enf. [online]. Ene./julio 2007, vol.3, no.1 [citado 19 Julio 2015], p.50-57. Disponible en: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1816-77132007000100007&lng=es&nrm=iso>.ISSN 1816-7713](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-77132007000100007&lng=es&nrm=iso>.ISSN 1816-7713)
8. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. The motivation to work. Volume 141. New York: John Wiley and Sons; 1959.
9. Davis K, Newstrom JW. Comportamiento humano en el trabajo. México D.F.: Trillas; 1999.

10. Candelas MA, Sandonís LM, Alvarez S et al. Protocolo de enfermería en la atención al paciente y familia all ingreso en la unidad coronaria. *Enfer. Card.* 2003; N° 30: 32-38.





## 9. ANEXOS.

### 9.1. CUESTIONARIO.

## Questionario de satisfacción

La contestación de este cuestionario es anónimo e individual.

Contesta a las siguientes cuestiones de esta forma:

- Muy en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Muy de acuerdo

Preguntas	A	B	C	D
• ¿Debería existir un protocolo de satisfacción para los pacientes y/o familiares?				
• ¿Influyen negativamente las reclamaciones en tu trabajo?				
• ¿Las agresiones verbales o físicas están justificadas?				
• ¿Deberían de intervenir y orientar trabajadores sociales y/o psicólogos a los pacientes y/o familiares así como al personal de enfermería?				
• ¿Tendrían que haber carteles informativos sobre las medidas a tomar en caso de agresión al personal sanitario?				

Observaciones del encuestado:

Gracias por tu colaboración.

## 9.2. PROTOCOLO CONSELLERIA DE SANITAT ANTE AGRESIONES.



Servicio de Prevención de Riesgos Laborales  
FICHAS INFORMATIVAS / RECOMENDACIONES

<b>PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE AGRESIÓN</b>		<b>E 11</b>
<b>CONSEJOS GENERALES</b>		
<p><b>ACTUACIÓN ANTES DEL INCIDENTE VIOLENTO.</b></p> <p>1- Identificar indicios de ataques inminentes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Lenguaje y tono alterados.</li> <li>o Gestos amenazadores.</li> <li>o Ira y frustración expresados verbalmente.</li> <li>o Arengas al resto de usuarios poniéndolos en su contra.</li> <li>o Señales de uso de drogas o alcohol.</li> <li>o Presencia de un arma, etc.</li> </ul> <p>2-. Mantener conductas que permitan que no se des controle la ira del usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Actitud tranquila.</li> <li>o Intentar calmar la situación.</li> <li>o Utilizar lenguaje y tono de voz serenos.</li> <li>o No responder a amenazas con amenazas.</li> <li>o Ser asertivos.</li> <li>o Permanecer en alerta.</li> <li>o Evaluar la situación.</li> </ul> <p>3-. <b>APLICAR CODIGO ALERTA</b></p> <p>Es una aplicación que se activa de modo sencillo bien mediante una tecla o bien haciendo clic sobre el icono en la aplicación, pone una alerta en tantos ordenadores como se desee, emitiendo un mensaje que alerta sobre una agresión.</p>	<p><b>ACTUACIÓN POSTERIOR AL INCIDENTE VIOLENTO</b></p> <p>Las intervenciones a posteriori del suceso deben ir encaminadas a reducir al mínimo las repercusiones y las secuelas de la violencia laboral sobre el trabajador/a y testigos, por lo que la actuación irá dirigida hacia todos los implicados: agredido/a testigos, e incluso agresor/a.</p> <p><b>Medidas para la víctima</b> El trabajador/a deberá comunicar el incidente o accidente violento a su mando directo.</p> <p>Si existe agresión física o verbal y el trabajador agredido necesita asistencia sanitaria, será atendido de forma inmediata.</p> <p>Si el trabajador necesita apoyo psicológico, lo debe solicitar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.</p> <p>Si el trabajador agredido desea recibir la asistencia jurídica de los letrados de la Generalitat, cumplimentará un escrito de solicitud de asistencia jurídica.</p> <p>Rehabilitación y reincorporación a su trabajo (vigilancia de su salud y adaptación del puesto de trabajo si fuera necesario).</p> <p><b>Medidas para el agresor/a:</b> Amonestarle por escrito rechazando la agresión e instarle al cumplimiento de sus deberes (uso de los servicios en un ambiente de mutua cordialidad, confianza, respeto...). Solicitud de daños y perjuicios. Se analizará la conveniencia del <b>cambio de profesional o de centro donde se le atiende.</b></p>	