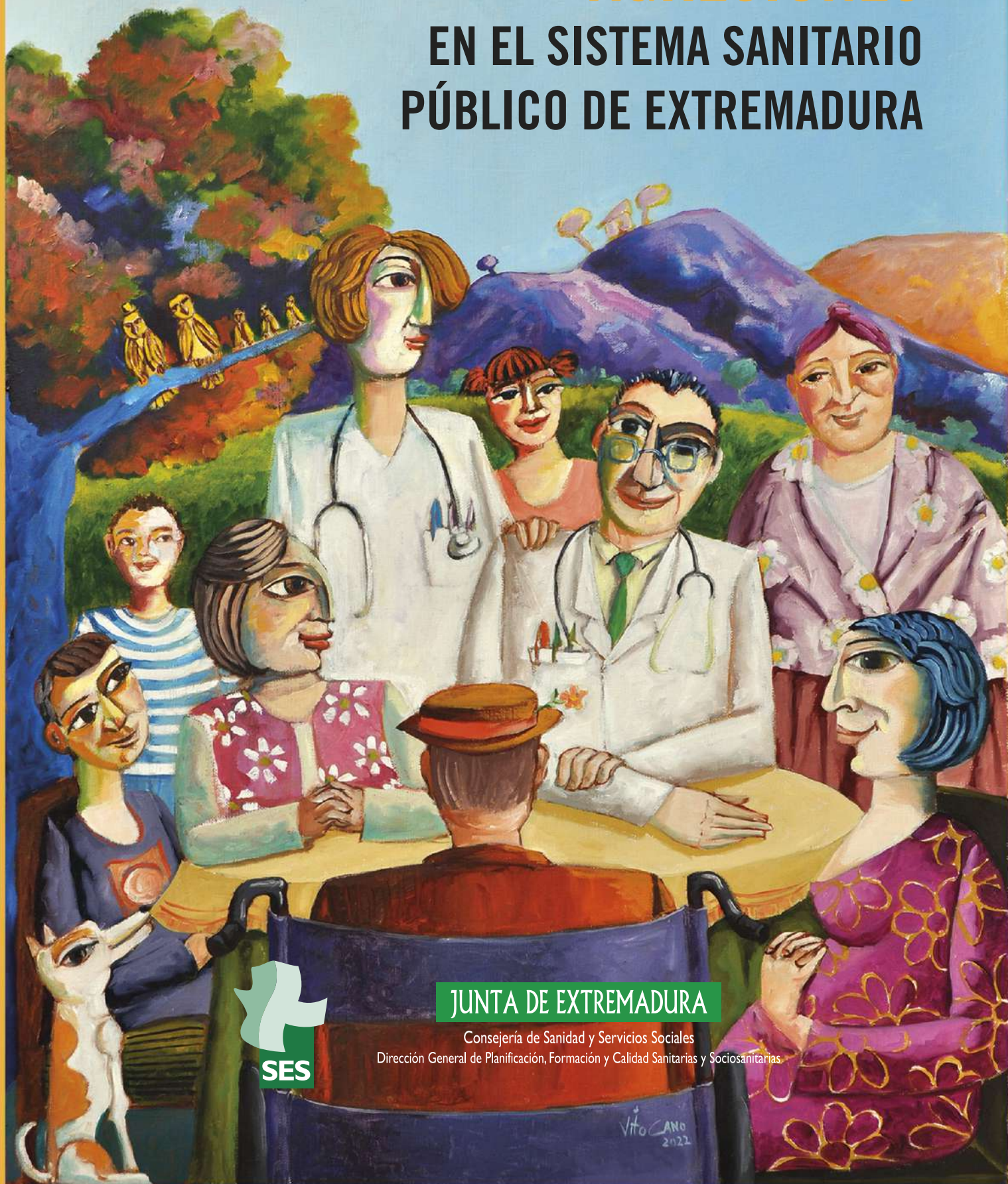


Guía
PARA PROFESIONALES ANTE LAS
AGRESIONES
EN EL SISTEMA SANITARIO
PÚBLICO DE EXTREMADURA



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias

Vito Cano
2022

Guía PARA PROFESIONALES ANTE LAS **AGRESIONES** EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA

Edita

Junta de Extremadura
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias
Primera edición. Diciembre 2022. Mérida

ISBN

978-84-09-46677-1

Depósito Legal

BA-000761-2022

Coordinación Institucional

Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias

Coordinación Técnica

José Luis Vicente Torrecilla

Director General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias

Jesús del Barco Cordero

Sº de Participación Comunitaria. D. Gral. de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias

Autoría: Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía

María José Balseiro Gómez

Psicóloga Interna Residente. UDM de Salud Mental. Badajoz

Francisco Barquero Paz

F.E.A. de Psiquiatría. Unidad de Hospitalización Breve. CHUB

Moisés Bolívar Perálvarez

F.E.A. de Psiquiatría. Unidad de Hospitalización Breve. CHUB

José Antonio Borrallo González

Interlocutor Policial Sanitario. C.N.P. Provincia de Badajoz

Marina Cayero Aguilera

Psicóloga Interna Residente. UDM de Salud Mental. Badajoz

Pablo Galván Núñez

Médico 112. ESEX-Extremadura. Cáceres

Marta García Lozano

Enfermera. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Sergio Manuel Garrido Cidoncha

Subdirector de Obras y Responsable de Seguridad del SES

José Antonio Gómez Tena

Psicólogo Interno Residente. UDM de Salud Mental. Badajoz

Fernando Gutiérrez Creus

Secretario General. Delegación del Gobierno en Extremadura

Ángel Gutiérrez Estébanez

Interlocutor Policial Sanitario. C.N.P. Provincia de Cáceres

María del Carmen Hernández Sáez

Médico de Familia. Hospital Universitario de Badajoz

Francisco Méndez Espinosa

Interlocutor Policial Sanitario. G. Civil. Provincia de Badajoz

María José Mendoza Lanceta

Psicóloga Interna Residente. UDM de Salud Mental. Badajoz

Manuela Estefanía Molina Alén

Enfermera. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Inmaculada Molina Naranjo

Enfermera 112. ESEX-Extremadura. Cáceres

María Nieto Compán

Psicóloga Interna Residente. UDM de Salud Mental. Badajoz

Reyes López Martínez

Psicóloga Interna Residente. UDM de Salud Mental. Badajoz

María Jesús Pascual Ruiz

Interlocutor Policial Sanitario. G. Civil. Provincia de Cáceres

José Alejandro Pinto Nazar

Médico de Familia en EAP. SES

María Dolores Santander Barrios

Enfermera 112. ESEX-Extremadura. Cáceres

Julio Vázquez Mateos

Médico. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

José Luis Vicente Torrecilla

Médico de Familia. Director General de Planificación. CSySS

Francisco Javier Zamora Rodríguez

F.E.A. de Psiquiatría. Unidad de Hospitalización Breve. CHUB

Supervisión técnica

José Luis Vicente Torrecilla

Director General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias

Pintura al óleo de portada Vito Cano Almendralejo. Badajoz

Diseño y maquetación Vicente Melara Neutro Comunicación. Badajoz

Guía
PARA PROFESIONALES ANTE LAS
AGRESIONES
EN EL SISTEMA SANITARIO
PÚBLICO DE EXTREMADURA





presentación

A diario, llevamos a cabo miles de actuaciones sanitarias en consultorios, hospitales, locales comerciales, mataderos, monterías, residencias de mayores o domicilios, con satisfacción personal y profesional. Nuestra interacción con las personas usuarias del SES, a todos los niveles, es una relación de confianza que se cimenta en años de experiencia profesional, y conocimiento adquirido por nuestra población sobre cómo mantener y fortalecer esa relación que constantemente debe ir mejorando. Aspiramos a un sistema sanitario en el que la relación entre profesionales sanitarios y pacientes se base en el respeto y confianza mutua. Lo tenemos en términos generales, pero no en la totalidad.

Desde hace tiempo venimos observando que los cambios de distinta naturaleza en la sociedad, la tensión social de la pandemia, los distintos modelos de atención, o la sobrecarga asistencial entre otras causas, han provocado que la relación entre las personas usuarias y profesionales del sistema sanitario se haya deteriorado. Ha ocurrido en más casos de los que quisiéramos, dando una sensación a todos los agentes de insatisfacción e inseguridad que pone en riesgo franco de deterioro progresivo, la relación de confianza construida a lo largo del tiempo.

Hemos querido dar un enfoque integral y práctico a nuestro Plan de Prevención, Actuación y Atención a profesionales del Sistema Sanitario Público frente a las Agresiones. Desde el SES nos hemos esforzado en que este tuviera un carácter integral y se contemplaran en el mismo desde la prevención a las medidas de seguridad, activas y pasivas. Queremos que los/las profesionales que desgraciadamente hayan sufrido una Agresión, tengan la compañía y el apoyo desde el primer momento de un/una profesional de la Gerencia del Área especialmente designado/a para tal fin y cuya labor sea una combinación de apoyo emocional, información y ayuda práctica. De forma paralela, en caso de desearlo, queremos que ante una Agresión Sanitaria, tengan asesoramiento jurídico por profesionales legales con experiencia. Buscamos que cualquier profesional que sufra una Agresión, sea tratado/a en toda su amplitud.

Deseamos en este campo que exista una coordinación general entre todas las partes implicadas, incluyendo a administraciones locales y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Estas líneas básicas, deben completarse con acciones para sensibilizar y concienciar a la sociedad de la necesidad y obligación de abordar esta lacra que pone en riesgo las principales bondades de nuestro Sistema Sanitario.

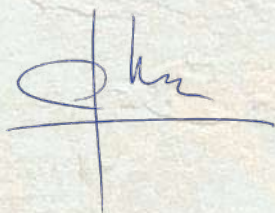
Del mismo modo, decidimos apostar por la formación de profesionales en materia de Agresiones sanitarias, con la de firme intención de incluir la misma en los distintos planes de formación de pre y post grado, para lo cual optamos por la redacción de Guías formativas que podamos ofrecer tanto a profesionales como al personal que se encargue de su formación. De esta manera se pone a su disposición, documentación útil para la comunicación y tramitación de las Agresiones, que serán la base para posteriormente poder articular y dirigir las medidas que en cada caso y cada Centro se requieran.

Ha sido posible realizar esta Guía gracias a una colaboración multiprofesional compuesta por profesionales del ámbito sanitario, del ámbito jurídico o del ámbito de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Destaco especialmente la ayuda de compañeros y compañeras que han sufrido Agresiones. Su valoración y punto de vista ha sido determinante en esta obra. También destaco y agradezco la participación de los Interlocutores Policiales Sanitarios de ambas provincias y de los oficiales de la Guardia Civil de las Comandancias de ambas provincias.

Todo lo anterior pretende condensarse en esta Guía que ponemos a vuestra disposición. Surge con el deseo de ser una hoja de ruta que debemos conocer y ojalá nunca tuviéramos que usar.

Ceciliano Franco Rubio

Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud



índice

1. Definiciones y conceptos	10
1.1. Delimitación conceptual de la Agresión a profesionales sanitarios.	
El delito de atentado contra la autoridad y funcionario público	11
1.2. Conceptos Guía terminológicos en una Agresión	14
2. Cómo prevenir la Agresión	18
2.1. La importancia de la formación del profesional sanitario como medida de prevención y en el afrontamiento de una situación en la que se produce una Agresión	19
2.2. Habilidades de comunicación y en la gestión de un conflicto	20
2.2.1. Habilidades y técnicas de comunicación en consulta	20
2.2.2. Habilidades y técnicas para la comunicación de malas noticias	24
2.2.3. Técnicas de resolución de conflictos	31
2.3. Habilidades en el manejo del paciente con un cuadro de agitación/agresividad en el Centro Sanitario	36
2.3.1. El/la paciente o su acompañante con actitud violenta sin patología conocida u objetivable	36
2.3.2. El/la paciente con enfermedad mental de base	40
2.3.3. El/la paciente drogodependiente	46
2.4. Habilidades en el manejo del paciente con un cuadro de agitación/agresividad en domicilio/vía pública/local de ocio	50
2.5. Uso de fármacos ante la crisis de agitación/agresividad en una persona	57
2.6. Previsión de medidas de seguridad en los Centros Sanitarios	63
2.7. Detección de señales que indican una posible Agresión.	
Formas de actuar ante las mismas	68
2.8. Técnicas y consejos de autoprotección para profesionales sanitarios	70

3. Actuación ante la Agresión. Recursos para el/la profesional	74
3.1. Procedimiento de actuación de los/las profesionales ante una posible Agresión. La actuación del Sanitario en circunstancias especiales.	
El diagrama de flujo de las actuaciones	75
3.2. La importancia y la forma de denunciar	81
3.3. Recursos en materia de atención al profesional agredido	82
4. El profesional tras la Agresión	88
4.1. La gestión interior de la Agresión. La vivencia de los días después	89
4.2. Patologías comunes asociadas a situaciones de alto estrés emocional	91
5. Anexos	102
1. Tabla de diagnóstico diferencial de la agitación	103
2. Tabla de medicación en pacientes con agitación	104
3. Abordaje Farmacológico de la agitación según el diagnóstico	106
4. Hoja/Modelo de Registro del Incidente/Agresión	107
5. Registro de Incidencia en el lugar de la asistencia por motivo de situación de riesgo para la integridad del Equipo asistencial	110
6. Diagrama de flujo: actuación ante una Agresión Sanitaria	112
7. Modelo de Denuncia ante el Juzgado de Instrucción	113
8. Cartel de Aviso contra Agresiones	114
9. Manifiesto de rechazo de la Agresión hacia profesionales sanitarios	115

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

1.1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA AGRESIÓN A PROFESIONALES SANITARIOS. EL DELITO DE ATENTADO CONTRA LA AUTORIDAD Y FUNCIONARIO PÚBLICO //

Fernando Gutiérrez Creus *Secretario General. Delegación del Gobierno en Extremadura*

Podemos considerar **AGRESIÓN SANITARIA** a:

1. La VIOLENCIA FISICA O CORPORAL de cualquier tipo (golpes, empujones, patadas, así como todos aquellos actos agresivos que contacten físicamente con el/la sanitario/a) con intención de provocar un daño o lesión.

2. La VIOLENCIA NO FISICA, la cual consiste en:

- Los insultos graves, las amenazas, las humillaciones, así como las coacciones.
- Las vejaciones, las descalificaciones en general y en especial aquellas actitudes que tengan por objeto desacreditar, deshonar, menoscabar o menospreciar públicamente la profesionalidad de un/una sanitario, expresadas bien directamente hacia su persona o bien vertidas o manifestadas en Redes Sociales o en cualquier medio público de difusión o transmisión de noticias u opiniones.
- Las injurias y las calumnias.
- La resistencia pasiva grave (una oposición física y material, tenaz y resuelta al mandato o actuación de la autoridad).

Se hace necesario además introducir el concepto de FUERZA/VIOLENCIA EN LAS COSAS: cuando la persona agresora daña voluntariamente el mobiliario (patadas, portazos, puñetazos, ...) con la intención de intimidar al profesional sanitario.

Es preciso referir que, además, para que una acción o conducta tenga la consideración de AGRESIÓN SANITARIA, han de cumplirse tres condiciones necesariamente:

1. Que estas actitudes y conductas hayan de ser realizadas por el/la propio paciente, por su/s acompañante/s o por su/s familiar/es.
2. Que las mismas fueran realizadas tanto dentro del lugar de trabajo (Centro o establecimiento sanitario), como fuera del mismo.
3. Y siempre y cuando estas se efectúen con ocasión del ejercicio de la actividad profesional del personal sanitario o como consecuencia de esta.

Por todo ello, NO se considera AGRESIÓN SANITARIA como tal:

1. Las Agresiones que se produzcan como consecuencia de un acto ilícito (robo, atraco...)
2. Los conflictos y las Agresiones entre personal sanitario.
3. Los eventos sin intencionalidad de daños (no existe violencia verbal y el daño físico no es consecuencia de una intencionalidad de hacer daño).
4. La mera utilización de las hojas de reclamaciones siempre que en estas no se incluyan insultos o descalificaciones graves.

Debe referirse asimismo que, desde la óptica penal, las injurias, las calumnias y las vejaciones, salvo que estemos ante los supuestos de los artículos 205 y 208 del Código Penal, NO son constitutivos de infracción penal.

No obstante, se distinguen una serie de casos especiales:

- a) Las personas con problemas psiquiátricos, las desorientadas y las que transitoriamente no tengan el control de sus facultades mentales: en ellas, se considera como Agresión Sanitaria todo lo descrito anteriormente, pero recibiendo un trato diferenciado en función del perfil del paciente, especialmente los incidentes de tipo verbal, los cuales en la práctica difícilmente podrán ser considerados como Agresión Sanitaria.
- b) Las personas bajo los efectos del alcohol o las drogas: se consideran como Agresión Sanitaria, todo lo considerado anteriormente y ante cualquier caso.
- c) Las faltas de respeto: los gritos continuados, las desconsideraciones, las exigencias continuas... Se consideran como Agresión Sanitaria, siempre que lleven asociadas intencionalidad y gravedad en las mismas.

Debe referirse asimismo que, desde la óptica penal, las injurias, las calumnias y las vejaciones, salvo que estemos ante los supuestos de los artículos 205 y 208 del Código Penal, NO son constitutivos de infracción penal.

EL DELITO DE ATENTADO CONTRA LA AUTORIDAD Y LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS EN EL CASO DE LOS/LAS PROFESIONALES SANITARIOS

El Código Penal, desde su modificación en el año 2015, otorga mayor relevancia a la necesidad de protección del personal sanitario, reflejando en su artículo 550 que las Agresiones, resistencias graves con intimidación grave o violencia, o los acometimientos

al personal funcionario sanitario en el ejercicio de su función pública, incluso cuando la Agresión se produjese fuera de su lugar de trabajo, y motivado por su condición de personal funcionario sanitario, pueden ser consideradas delito de atentado contra la autoridad o los funcionarios públicos, de conformidad con lo dispuesto en el referido artículo.

Los atentados, según el apartado 2 de dicho precepto, serán castigados con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de tres a seis meses si el atentado fuera contra autoridad, y de prisión de seis meses a tres años en los demás casos.

El Código Penal, en su artículo 24.1 establece que a los efectos penales se reputará autoridad al que por sí solo o como miembro de alguna corporación, tribunal u órgano colegiado tenga mando o ejerza jurisdicción propia.

Asimismo, el Código Penal, en su artículo 24.2 considera funcionarios públicos, a efectos del Derecho Penal, a aquellas personas que, por disposición legal, elección o nombramiento de autoridad, participan en el ejercicio de funciones públicas.

Por su parte, la Ley 11/2015 de Autoridad de profesionales del Sistema Sanitario Público y Centros Sociosanitarios de Extremadura en su artículo 7.1 define que se considera Autoridad Pública a los/las profesionales que presten sus servicios en el Sistema Público Sanitario y Centros Sociosanitarios de Extremadura, cuando se encuentren en el desempeño de las funciones que tengan asignadas y pertenezcan a los siguientes grupos:

- Los/las profesionales determinados en los artículos 2, 3, 6 y 7 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- El Personal de gestión y servicios incluido en el ámbito de aplicación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.
- El Personal funcionario y laboral que preste servicios en los Centros Sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Se consolida de esta forma el cambio de la concepción tradicional del bien jurídico tutelado en el delito de atentado, sustituyéndose el principio de autoridad como atribución personal, por un concepto de protección de las funciones públicas realizadas por las personas a las que ampara.

Así, el bien jurídico protegido en el delito de atentado es la garantía del buen funcionamiento de los servicios y funciones públicas.

De este modo, para que una Agresión Sanitaria sea considerada como atentado contra la autoridad o funcionario público, es necesario que el/la profesional sanitario esté ejerciendo su actividad dentro de la Sanidad Pública, siendo indiferente el tipo de contrato que una al profesional con la Administración Sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Martínez Jarreta B. Las agresiones en el ámbito sanitario. En: Gascón Abellán M, Cantero Martínez J, González Carrasco C, coordinadoras. Derecho Sanitario y Bioética. Cuestiones actuales. Valencia: Tirant lo Blanch; 2011: 641- 680.
- 2.- Consulta 1/2017, de 14 de junio, de la Fiscalía General del Estado sobre las acciones típicas en el delito de atentado.
- 3.- Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre, del Código Penal. BOE nº 281; 24 - 11 - 1995.
- 4.- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 77, (31 - 03 - 2015).

1.2. CONCEPTOS GUÍA TERMINOLÓGICOS EN UNA AGRESIÓN //

María Jesús Pascual Ruiz *Interlocutor Policial Sanitario. Guardia Civil.*
Provincia de Cáceres

AMENAZA

Cuando una persona usuaria, un familiar de esta, o un/a acompañante manifiesta la intención de causar al profesional sanitario o a su familia un mal real e injusto, con la finalidad de causar inquietud en la persona amenazada, produciéndole ello un estado o un ánimo de miedo.

Distinguiremos dos tipos de amenazas. Por un lado, las amenazas condicionadas, es decir, en las que se manifiesta la intención de causar el mal como alternativa a la realización o no de una determinada acción y por otro lado, las amenazas no condicionadas, aquellas en las que no hay que cumplir ninguna condición para que se lleven a cabo.

COACCIÓN

Cuando una persona usuaria, su familiar o su acompañante, emplea una presión, fuerza física o bien habilidades psicológicas para impedir al profesional sanitario actuar libremente conforme a su voluntad (siempre que esta actuación esté amparada por la Ley). El/la facultativo víctima de coacciones sabe que corre un peligro inminente, de modo que obedece a quien en ese momento le está coaccionando.

Debe incorporarse aquí, el concepto anteriormente referido de fuerza/violencia en las cosas.

INJURIAS

Imputación de hechos o manifestación de opiniones que atenten contra la dignidad del profesional sanitario, lesionando su fama, su honor o su propia estima con la clara intención de causar daños morales a la persona afectada. Esta desacreditación o acusación, puede emitirse por cualquier tipo de medio (de forma verbal, por escrito o en forma de gráfico) y no importa si son verdaderas o no.

Para considerarse delito, su contenido ha de ser objetivo y tenido en el concepto público como gravemente ofensivo.

VEJACIONES

Infligir al profesional sanitario un trato degradante (molestando, irritando, maltratando, humillando o haciéndole sufrir padecimientos) menoscabando gravemente su integridad moral, habitualmente de forma verbal pero no se descarta que puedan ser físicas.

VIOLENCIA FÍSICA

Acción y efecto de ejercer la fuerza física (con o sin armas) sobre el/la profesional sanitario por parte de la persona agresora, con el ánimo de provocarle daño, dolor, heridas o incluso la privación de la vida, (aunque finalmente el resultado no comporte daño físico o lesión) y así alcanzar un propósito.

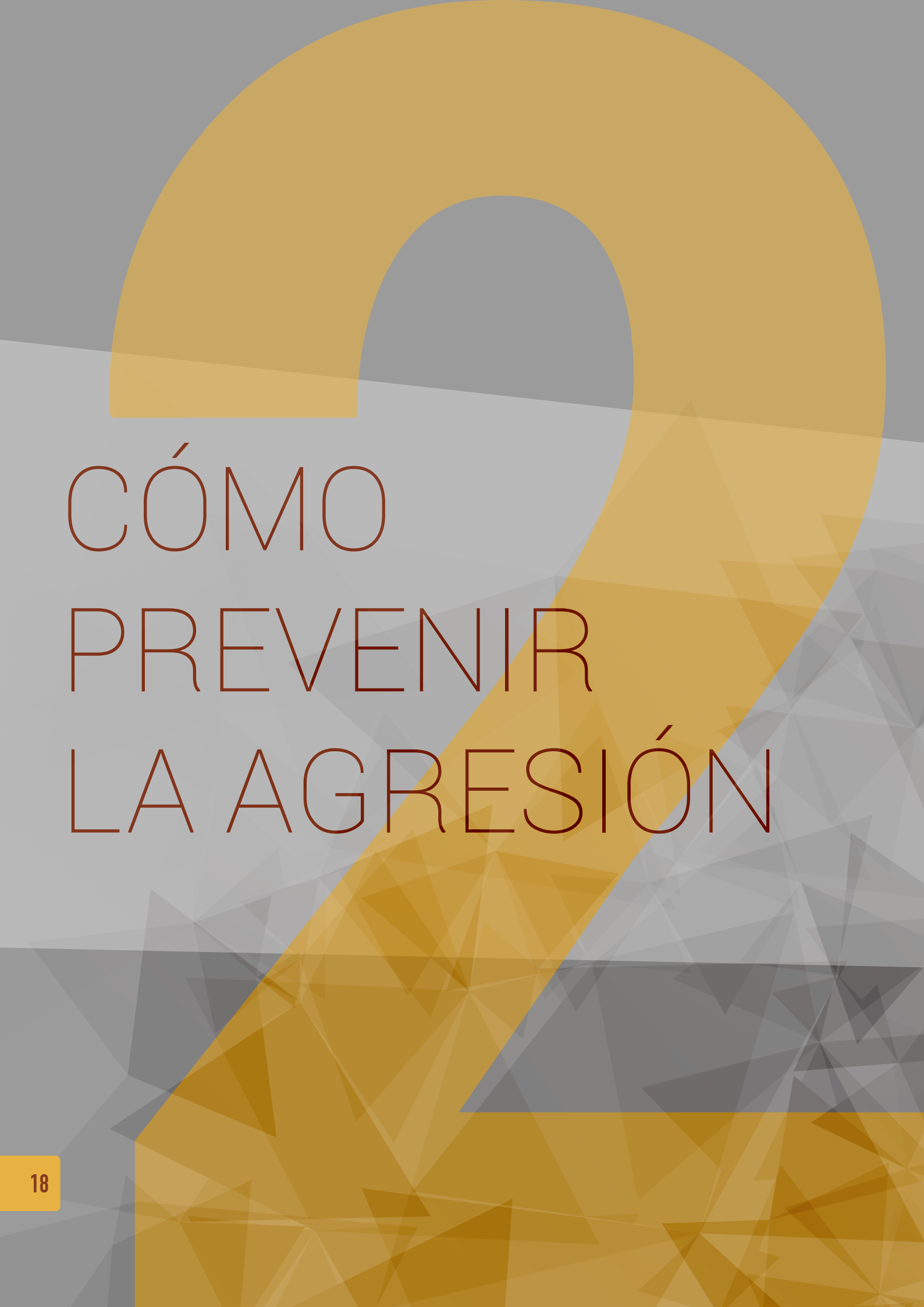
VIOLENCIA VERBAL

Emitir insultos graves, amenazas, críticas degradantes, dar órdenes agresivas, realizar gestos desagradables y cualquiera otra manifestación verbal que tenga la intención de humillar, dañar, menospreciar o criticar al profesional sanitario con un mensaje o un discurso hiriente. En cualquier caso, debe excederse de la discrepancia, la mala educación o la ordinariez en el lenguaje.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre, el Código Penal. BOE nº 281; 224 - 11 - 1995.
- 2.- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE nº 77; 31 - 03 - 2015.
- 3.- Campos Pardillos MA, Alcaraz Varó E, Hughes B. Diccionario de Términos Jurídicos. Madrid: Ed. Ariel; 2012.
- 4.- Marinas Sanz R, Martínez Jarreta B, Casalod Y, Bolea M. Las agresiones a profesionales sanitarios en España: "análisis tras la reciente modificación del Código Penal". Rev. Medicina Clínica. 2016 (3); 147 (1).





CÓMO PREVENIR LA AGRESIÓN

2.1. LA IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN Y EN EL AFRONTAMIENTO DE UNA SITUACIÓN EN LA QUE SE PRODUCE UNA AGRESIÓN //

José Luis Vicente Torrecilla *Médico de Familia. Director General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Junta de Extremadura.*

Los/las profesionales sanitarios, a lo largo de todo nuestro periodo formativo, tanto si este es de pregrado como si es de postgrado, nunca recibimos capacitación alguna para defendernos de nuestros/as pacientes, pues en realidad no es nuestra razón de ser y no forma parte del ADN vocacional de una persona que dedica su vida a cuidar de los demás, ya que nuestra vocación está en especial vinculada a la protección de la vida y de la salud de la persona.

Resulta por lo tanto esencial la formación específica de los y las profesionales sanitarios en esta materia, con el fin de poder actuar para evitar el riesgo de una Agresión, y en el caso de que esta se materialice ser capaces de reducir o mitigar sus consecuencias.

El/la profesional sanitario debe entender que esto es algo que puede ocurrirle a cualquiera en algún momento de su trayectoria y ejercicio profesional, y que por lo tanto debe implicarse activamente en la adquisición de los conocimientos y las habilidades precisas que le permiten, llegado el caso, afrontar la situación en las mejores condiciones posibles procurando evitar que el acto agresivo se materialice.

Esta formación ha de ser responsabilidad de la propia Administración Sanitaria, y para ello esta, podrá contar con la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FFCCSE) así como de los Colegios Profesionales correspondientes.

El contenido formativo ha de incluir la adquisición de capacidades que se consideran básicas y que están relacionadas con la comunicación y la gestión del conflicto, las habilidades necesarias para manejar personas agitadas/agresivas con o sin patología de base relacionada con la esfera mental, los procedimientos adecuados de actuación, así como con los recursos disponibles tanto en materia de prevención como en la atención al profesional que ha resultado agredido.

Es recomendable que los conocimientos adquiridos desde el plano teórico se complementen posteriormente en acciones formativas específicas con la realización de **talleres teórico-prácticos** dirigidos por equipos multidisciplinares en donde se plasmen y se practiquen los conceptos y las habilidades básicas que se adquieren.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cervantes G, Blanch JM, Nogareda C, Fidalgo M. Modelo operativo para la gestión de la violencia ocupacional de origen externo (MOV0E2). Barcelona: Societat Catalana de Salut Laboral (SCSL); 2016.
- 2.- Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Guía para prevenir y gestionar la violencia en el lugar de trabajo contra los médicos. Cuadernos de la Buena Praxis. 2004; 17.
- 3.- Comisión de Recursos Humanos del SNS. Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
- 4.- Martínez León M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. Rev. Bioética; 2010. 18 (2).
- 5.- Protocolo de Actuación ante agresiones para profesionales médicos. Colegio oficial de Médicos de Toledo; 2018.
- 6.- Ferro Veiga JM. Violencia al personal sanitario. 1ª ed. Jaén: Formación Alcalá; 2012.

2.2. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y EN LA GESTIÓN DE UN CONFLICTO //

2.2.1. HABILIDADES Y TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN EN CONSULTA

Reyes López Martínez *Psicóloga Interna Residente. UDM de Salud Mental. Badajoz*
José Antonio Gómez Tena *Psicólogo Interno Residente. UDM de Salud Mental. Badajoz*

La comunicación entre profesionales de la salud y sus pacientes es considerada como una herramienta sanitaria esencial, ya que afecta directamente a la eficiencia de las intervenciones de los/las profesionales sanitarios. La falta de comunicación efectiva es uno de los problemas más frecuentes en la relación profesional-paciente.

La comunicación efectiva en el ámbito sanitario conlleva el aumento de la satisfacción del paciente y a la mejora de la adherencia al tratamiento. Además, ayuda a reducir la solicitud de pruebas diagnósticas, a disminuir las quejas y conflictos con los pacientes y a reducir el número de reclamaciones. Sin embargo, la comunicación en el ámbito de la salud exige tiempo, esfuerzo y manejo de habilidades que se pueden llevar a cabo de manera adecuada si se recibe una formación previa.

Para que la comunicación sea efectiva es necesario que los y las profesionales sanitarios realicen una escucha activa, que muestren empatía con sus pacientes y que comuniquen de manera asertiva.

Por **asertividad** entendemos a la capacidad de expresar de manera honesta y adecuada las ideas, opiniones o derechos personales. Se trata de defender los intereses personales mediante habilidades que nos permitan ser respetuosos con los demás. Nos ayuda a mejorar la comunicación interpersonal, a desenvolvernó en los conflictos y nos permite defendernos ante críticas o peticiones excesivas. Podemos considerarla como un componente primordial de las habilidades sociales. Las habilidades sociales son una serie de conductas que nos ayudan a mantener relaciones personales satisfactorias.

Por ese motivo, se abordan a continuación algunas habilidades sociales que nos pueden ser útiles en la práctica clínica diaria, así como otras habilidades o técnicas asertivas más concretas que pueden ser igualmente útiles ante determinadas circunstancias.

ESCUCHA ACTIVA

Consiste en escuchar atentamente a cada paciente, con un lenguaje corporal adecuado (por ejemplo, mirar a los ojos o asentir), haciéndole preguntas y comentarios que muestren que nuestro interés por lo que cuenta es auténtico. Implica frenar nuestra tendencia a hablar más de la cuenta, emitir juicios o tratar de aconsejar antes de haberle escuchado suficientemente. Una forma de facilitar la escucha activa es que, mientras escuchamos al paciente, nos preguntemos: «¿Qué es lo que trata de decirme?», «¿Cómo se está sintiendo?».

REFORMULACIÓN

Consiste en resumir con nuestras palabras el contenido del mensaje de cada paciente, y después pedirle que nos confirme si hemos reflejado bien lo que nos quería decir. Sirve para ayudarnos a captar el mensaje de la otra persona, corregir cualquier error en nuestra percepción y transmitir que le estamos comprendiendo. Una forma de expresar la reformulación sería: «Me da la impresión de que... ¿Es así?»

HACER PREGUNTAS

Esta habilidad se utiliza con diversas finalidades: recoger información, mantener

conversaciones, generar dudas o invitar a la reflexión a nuestro interlocutor/a. Se pueden hacer dos tipos de preguntas:

las preguntas abiertas, que animan al paciente a hablar más detenidamente de sus sentimientos y pensamientos, y las cerradas, que sirven para obtener información específica. Para mejorar la comunicación es necesario aumentar el número de preguntas abiertas, limitando el uso de preguntas cerradas a las ocasiones en que existe la necesidad de concretar algo.

EXPRESAR OPINIONES O CRITERIOS DIFERENTES

Se basa en el derecho a mantener la propia opinión, a cambiar de parecer si lo consideramos conveniente y a que las otras personas respeten nuestras opiniones.

Cuando queremos expresar opiniones contrarias, haciéndolo de manera asertiva, podemos dar inicialmente a la persona parte de razón sobre la opinión expresada, para a continuación dar nuestra opinión. Resultan muy útiles frases como: «No dudo de que tendrás razones suficientes para..., pero...»; «Es verdad lo que dices.... pero aun así deseo...».

FORMULAR UNA CRÍTICA

Uno de los aspectos más importantes a la hora de formular una crítica es describir operativamente el comportamiento objeto de crítica, pero sin juzgarlo y sin generalizarlo a otras situaciones. Antes de formular una crítica hay que tener en cuenta una serie de componentes previos, como elegir el momento y el lugar adecuado. Es importante seleccionar una situación en la que nuestro/a interlocutor/a no esté alterado/a y se encuentre disponible. También debemos evitar formular críticas en estados de tensión o de enfado, ya que corremos el riesgo de que nuestro comportamiento sea agresivo y no asertivo. Es preferible que no haya pasado demasiado tiempo desde que se produjo la conducta objeto de crítica y hacer sólo una crítica a la vez.

LIBRE INFORMACIÓN

Se trata de aportar información personal (pensamientos, sentimientos u opiniones) con el objetivo de incitar a los demás a que nos hablen de sí mismos. Facilita que la comunicación con el/la paciente sea bidireccional.

SOLICITAR CAMBIOS O REALIZACIÓN DE TAREAS

Para realizar este tipo de comunicaciones, resulta útil emplear una estructura de

«bocadillo o sándwich», es decir, formular el comentario negativo entre dos comentarios positivos. Para ello, comenzamos por hacer referencia a un comportamiento positivo que haya hecho la persona, reforzándola por ello, y después introducimos la propuesta de cambio, crítica o sugerencia. Para terminar, aludimos a otro comportamiento adecuado o al mismo al que hicimos referencia al principio. Por ejemplo: «Ha seguido muy bien las recomendaciones que le di. Sin embargo, ha descuidado el ejercicio físico, sería bueno que saliera a caminar todos los días, pero ha realizado muy bien todo lo demás, se está tomando muy en serio el cuidado de su salud».

DISCO RAYADO

Consiste en emitir el mensaje de manera persistente, repitiendo lo que queremos decir una y otra vez, sin alterarnos ni irritarnos, acabando las frases siempre con el objetivo planteado en la conversación. El aspecto fundamental de esta Técnica es repetir lo que se desea con voz tranquila. Tiene una doble utilidad: sirve para hacer peticiones o para rechazar aquellas que nos parecen poco razonables o que no queremos acceder. Podemos responder a los argumentos de la siguiente manera: «Sí, pero...» o «..., pero el hecho es que...».

BANCO DE NIEBLA

Se utiliza para enfrentarse a las críticas que no se ajustan a hechos reales, sino a hechos opinables. Con esta Técnica creamos una especie de distracción en la que respondemos sin ceder en nuestra postura inicial y reconociendo los argumentos y quejas de lo demás. Consiste en dar la razón en parte, manteniendo a la vez la integridad y el punto de vista propio. Así, nuestra intervención no es considerada como un ataque directo.

Imaginemos que Pedro, uno de nuestros pacientes nos echa en cara que no le atendemos con tanta frecuencia como él espera. Ante esta acusación frenaríamos nuestros impulsos y le diríamos: «Entiendo que esté enfadado porque cree que no le atiende lo suficiente. Sin embargo, intento verlo con tanta frecuencia como me es posible». No estamos diciendo que estemos de acuerdo, reconocemos una parte de verdad, pero no cedemos en nuestra postura, lo que al menos calmará un poco los ánimos.

ASERCIÓN NEGATIVA

Se emplea cuando estamos siendo criticados y realmente nos hemos equivocado. Consiste en responder a la crítica admitiendo parte de su contenido, aceptando

nuestros errores mediante el reconocimiento claro y honesto de la misma. Implica admitir nuestro error y cambiar inmediatamente a verbalizaciones positivas. Se responde de forma serena, sin adoptar actitudes defensivas o ansiosas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Agencia valenciana de salud. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Valencia: Generalitat Valenciana. Consejería de Sanidad; 2006.
- 2.- Arroba M L, Dago R. Técnicas de comunicación en la consulta; abordaje de situaciones difíciles. Actualización en pediatría. Madrid: Comisión de Formación Continuada; 2005.
- 3.- Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Rev. Médica de Chile. 2010; Vol. 138: 1047 - 1054.
- 4.- Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Habilidades de comunicación eficaz. Junta de Andalucía; 2018.
- 5.- Roca E. Cómo mejorar tus habilidades sociales. Valencia: ACDE Cooperación y Desarrollo; 2007.
- 6.- Rodríguez A M. Técnicas asertivas. Bilbao: Universidad de Deusto. AR Formación; 2020.
- 7.- Vázquez M E, Núñez C. Habilidades de comunicación en la consulta de pediatría. Boletín Pediatría. 2020; Vol. 60, (251): 20 - 34.

2.2.2. HABILIDADES Y TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

María José Mendoza Lanceta, María Nieto Compán, Reyes López Martínez

Psicólogas Internas Residentes. UDM de Salud Mental. Badajoz

José Antonio Gómez Tena *Psicólogo Interno Residente. UDM de Salud Mental. Badajoz*

“Lo importante es saber cuándo hablar y cuando quedarse callado”

Séneca

En el ejercicio de nuestra labor, tarde o temprano, a los y las profesionales de la salud nos llega el momento de dar un diagnóstico difícil o de explicar al paciente o a su familia que la enfermedad que padece no va a mejorar o bien que va a fallecer.

Esta experiencia es desagradable y estresante para el/la profesional, para su paciente y también para sus familiares. Además, si se realiza de modo poco hábil, se puede generar sufrimiento añadido al paciente y a la familia, pudiéndose también deteriorar la posterior relación con el/la propio/a profesional.

La formación de los y las profesionales, así como la existencia de Guías que puedan dar soporte y estructura a esta tarea se convierte en un elemento de primera necesidad, cuyo principal objetivo es reducir el coste personal y la carga emocional asociada tanto para pacientes como para familiares, pero también para el personal sanitario implicado.

EL CONCEPTO DE “MALA NOTICIA”

Una mala noticia es cualquier información que afecta negativamente las expectativas que tiene el/la paciente de sí mismo/a y de su futuro.

En esta siempre hay un “componente objetivo” (la “severidad” de la mala noticia a la que hacemos referencia cuando informamos de enfermedades “graves”, por ejemplo) y otro “subjetivo” que depende del propio paciente y de lo interferente que resulte en su plan de vida esa noticia.

De ahí surge la importancia de la flexibilidad y de la comunicación individualizada en cada caso.

LA IMPORTANCIA DE DAR MALAS NOTICIAS

A veces puede ocurrir que familiares (CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO) y profesionales de la salud, guiados por un deseo de protección, traten de ocultar información dolorosa al paciente. No obstante, es necesario recordar que toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del profesional sanitario acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando así proceda. Lógicamente, esto deberá hacerse de acuerdo con la edad y condición personal y emocional de cada paciente. Es decir, el eje que ha de guiar el proceso de comunicación de malas noticias será el/la paciente, su estado, su capacidad y la disposición que tenga para recibir información.

Teniendo en cuenta lo anterior, existen ciertos elementos que pueden guiarnos en este proceso:

- La información clara y honesta dan la oportunidad a cada paciente de tomar las decisiones sobre su asistencia más acorde con sus valores personales.
- Conocer esta información le permitirá, si lo desea o necesita, solucionar asuntos de índole personal, familiar, ...
- Informar permite que paciente y familiares puedan compartir y vivir este periodo de forma más significativa, ...
- Ocultar información al paciente se ha relacionado con el posterior desarrollo de duelo complicado en familiares.
- Ocultar información daña la confianza entre profesional y paciente.
- La cuestión no es tanto si dar información o no, sino el cómo darla. Tener una actitud de apertura y de disponibilidad permanente para ofrecer información no es lo mismo que imponer a un/a paciente tener que escuchar. Se trata de un proceso de acompañamiento donde se comparte información con el/la paciente sobre sí mismo/a (en la medida en que este/a desee conocer) para crear conjuntamente un curso de acción.

HABILIDADES BÁSICAS DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Al plantearnos cómo ejercerla tendremos en cuenta los siguientes aspectos y recomendaciones:

Comunicación verbal

- Uso de lenguaje cuidadoso evitando palabras que puedan generar mayor impacto; mejor decir “no es bueno” que “es malo”.
- Utilizar pocos conceptos cada vez.
- Lenguaje adaptado al nivel del paciente.
- No usar tecnicismos ni anglicismos.

Comunicación no verbal

- Contacto ocular cálido y sereno.
- Sentados.
- Posición corporal cercana.
- Voz pausada y en tono suave.
- Transmitir tranquilidad y seguridad.
- Adecuada expresión facial.

- **Mostrar Empatía:** percibir y comprender la emoción que siente la otra persona, y expresar de forma sincera. Solidaridad emocional con palabras, silencios, calidez y contacto físico si procede. “Es una situación difícil”, “Noto su dolor”, “Me llega su dolor”, “Es una reacción comprensible”.

Cuidar que el lenguaje verbal y el no verbal sean concordantes.

Escucha activa

Escuchar lo que dice, pero también lo que expresa de modo diferente. Implica prepararse interiormente para escuchar, observar a la otra persona y expresarle lo que se están escuchando (verbal y posturalmente). Asentir con la cabeza, pedir “siga”.

Resumir

“Me está usted queriendo decir que...”

Prestar atención

Concentrarnos en lo que estamos haciendo.

Baja reactividad

No interrumpir, mantener los silencios (recuerde, si no sabe qué decir, a veces es mejor callar).

Parafrasear

Explicar con palabras propias los conceptos que sean menos inteligibles.

Pedir aclaraciones

“¿a qué se refiere cuando dice...?”

En este punto merece la pena destacar el tema de los silencios. Emplear el silencio en la comunicación clínica resulta complicado, sobre todo porque nos han preparado para la acción y, más concretamente, para la acción de curar. Por esto es tan importante la práctica de callarse, pues hará que poco a poco se convierta en una parte más de nuestra forma de comunicarnos con el/la paciente.

El mensaje comunicacional básico (espontáneo, inconsciente, intangible) podría quedar como sigue:

“aun siendo esto muy doloroso, si el/la profesional está aquí y puede sostenerlo, pensarlo, verbalizarlo; entonces es que es sostenible, pensable, verbalizable. Por el contrario, si el/la profesional evade y no puede pensar ni hablar de lo que ocurre, comunica o transmite que lo que ocurre es impensable o insostenible”.

EL MODELO ESTRATÉGICO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Se propone el Protocolo de Buckman y colaboradores, un modelo práctico y dinámico que permite flexibilizar y adaptar a cada caso concreto.

Consta de 6 Etapas:

ETAPA 1 ANTES DE EMPEZAR: en esta etapa, nos centramos en prepararnos emocionalmente a nosotros/as mismos/as, cuidando nuestra actitud. Asegurarnos de no ser interrumpidos, buscar un lugar privado, donde solo estén presentes el/la paciente y sus familiares y los miembros del Equipo asistencial, y disponer de tiempo suficiente para poder responder a las preguntas que puedan surgir.

ETAPA 2 DESCUBRIENDO QUÉ SABE EL/LA PACIENTE: aquí nuestra intención es obtener una impresión de cuánto sabe el/la paciente. Nos puede ayudar:

- Preguntar: “¿Recuerda usted para qué hicimos la prueba?”
- Observar su nivel cultural, ¿qué vocabulario usa?
- Buscar pistas emocionales: tanto en su expresión verbal como en su postura, gestos o movimientos.

ETAPA 3 RECONOCIENDO QUÉ QUIERE SABER: esta etapa resulta muy explícita. Se plantean preguntas como “¿Es usted del tipo de personas a las que les gusta saber todos los detalles o prefiere que hablemos únicamente de aspectos del tratamiento?”. También recomiendan informar a los/las pacientes sobre los posibles resultados que se puedan esperar antes de pedir las pruebas. Preguntar al paciente qué quiere saber es inocuo y da la oportunidad de ejercer su preferencia. Si comunica deseo de no conocer información, debemos mostrarnos abiertos y dispuestos para mantener esa conversación más adelante.

ETAPA 4 COMPARTIENDO INFORMACIÓN: tanto si el/la paciente refiere deseo de conocer, como si expresa deseo de no saber, es importante usar el lenguaje de nuestro receptor. Es preferible dar la información en pequeñas porciones, evitar los tecnicismos, y los anglicismos, Pida retroalimentación sobre el

grado de comprensión “¿entiende usted lo que estoy explicando?”. Permita que le interrumpa, ofrezca al paciente que le haga preguntas acerca de las dudas que tenga.

ETAPA 5 RESPONDIENDO A LAS REACCIONES DEL PACIENTE: no podemos “controlar” la reacción del paciente, pero sí podemos manejar nuestras respuestas a esas reacciones y esto puede marcar la diferencia. Es importante responder también a una reacción no aceptable (romper cosas, amenazar al personal). En un caso así nuestra respuesta debe ser calmada pero firme (decirle que esa actitud o conducta es inaceptable, pedir que cese en su ejecución y señalar las consecuencias que puede tener si la mantiene). De continuar la conducta inaceptable, será necesario llamar al personal de seguridad.

En caso opuesto, si la reacción del paciente o familiares no es inaceptable, debemos desplegar nuestra función empática, centrarnos en explorar sus emociones, devolver nuestra solidaridad y comprensión y, finalmente brindar apoyo y/o contención.

ETAPA 6 OFRECIENDO UNA GUÍA, ESTRATEGIA O PLAN DE FUTURO: esta etapa consiste en construir un plan conjunto con los pasos a seguir a partir de ahora. Se debe prestar especial atención a cómo afrontar imprevistos y ofrecer una vía de acceso al Equipo asistencial para los casos que así lo requieran, ya sea para el manejo de síntomas o para abordar preguntas.

Aunque el modelo de Buckman no lo recoge, consideramos muy necesario destacar la existencia de una **ETAPA 7: RECOLOCÁNDONOS DE NUEVO**. Esta última estaría centrada en reconocer el efecto que este proceso tiene en nosotros/as mismos/as para así poder prepararnos de cara a continuar con nuestro trabajo y poder enfrentar nuevas situaciones. Es esencial reconocer que comunicar malas noticias nos enfrenta a nuestro mundo afectivo y a los sentimientos dolorosos de otras personas. Esto es desgastante y estresante, por ello se hace necesario cuidar nuestra propia persona, pues es el instrumento esencial que usamos para poder cuidar y ayudar a los/las demás.

Una situación especial, a la que nos gustaría prestar atención especial es aquella en la que debemos **comunicar una mala noticia solo a los familiares** (por ejemplo: comunicar a la familia el mal pronóstico o la muerte tras un accidente o tras una operación).

En estos casos, los aspectos formales de la **ETAPA 1** serán los mismos, si bien, aquí es fundamental recabar toda la información posible antes de dar la noticia, y es recomendable agrupar a varios familiares (solo los más allegados, entre dos y tres personas). En estas situaciones, es preferible usar la **Técnica de Aclimatación**, que consiste en realizar un encuadre previo, resumiendo brevemente lo ocurrido y, después, dar la información de forma pausada, pero con un mensaje claro y breve (“su hijo ha tenido un accidente de coche, hemos hecho todo lo posible, pero ha fallecido”, “como ya le habíamos informado previamente, la operación era complicada y su estado, delicado, ...hemos hecho todo lo que hemos podido, pero no ha sobrevivido a la intervención”, “el tumor era mayor de lo que las pruebas nos indicaban, está extendido a órganos que no se pueden extraer...hemos extirpado la parte que se podía eliminar”). El devenir de las **ETAPAS 2, 3, 4 y 6** dependerá mucho de cada caso particular, pasando a tomar un papel más relevante las **ETAPAS 5 y 7**, en las que será fundamental mostrarnos flexibles, abiertos y disponibles con la familia y, autocompasivos y pacientes con nosotros/as mismos/as.

CONCLUSIONES

Existe gran evidencia de que la actitud profesional y las habilidades de comunicación desempeñan un papel fundamental y decisivo en el modo en que el/la paciente aborda su problema. Más aún, la manera en que damos las malas noticias afecta la capacidad de afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y su familia, pero también a la satisfacción con la atención sanitaria (especialmente con el/la médico/a).

Distintas investigaciones muestran que, si se comunican las malas noticias de forma inadecuada, pueden causar confusión, sufrimiento y resentimiento; si se notifican bien, pueden ayudar a la comprensión, la aceptación y la conciliación.

Entendiendo que la comunicación de malas noticias es un proceso de acompañamiento del paciente y sus familiares durante el tiempo en el cual se reflexiona en conjunto sobre las decisiones a tomar, se propone en este capítulo el Protocolo de Buckman para ayudar a mejorar la relación paciente-profesional y disminuir la angustia del paciente. Aunque este Protocolo no requiere mucho tiempo, no deja de conllevar una destreza básica relativamente complicada que precisa de entrenamiento para poder ser realizada con soltura.

Por último, hay que señalar que este proceso comunicativo debe darse en el contexto de una relación de ayuda íntima y personal con el/la paciente, donde se comparte no solamente la información, sino también angustias, incertidumbres y temores. El proceso comunicativo siempre tiene como eje al paciente: su percepción de la situación, sus intereses, necesidades y emociones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lima D. Miembro titular SAC, Jefe de la Unidad Coronaria y Director de Capacitación del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? Rev. Argentina de Cardiología. 2003; 71 (3).
- 2.- Bascuñán ML. Departamento de Bioética y Humanidades Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Comunicación de malas noticias en salud. Rev. Médica Clínica Las Condes. 2013; 244 (4): 685 - 693.
- 3.- Núñez S, Marco T, Burillo Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. Rev. de Medicina Clínica. 2006; 127 (15): 580 - 583.
- 4.- Moreno Molina S. Taller sobre cómo dar malas noticias en emergencias médicas. Marzo de 2012. Grupo Comunicación y Salud, SExMFyC. Unidad de Emergencias de Badajoz, Sesiones Clínicas; 2012.
- 5.- Montés Germán M, Jiménez Pietropaolo J, Jiménez Jiménez A. El duelo, estrategias terapéuticas. Apoyo e intervención en duelo por suicidio. Focad; 2019. ISBN: 1989 - 3906.

2.2.3. TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Marina Cayero Aguilera, María José Balseiro Gómez

Psicólogas Internas Residentes. UDM de Salud Mental. Badajoz

CONFLICTOS, TIPOS Y CICLO DEL CONFLICTO

Definición de conflicto

La palabra “conflicto” deriva del latín *conflictus* que significa “para atacar juntos”. En este capítulo vamos a entender la palabra conflicto como “una oposición, discusión,

desacuerdo, un problema o una situación complicada”, que requiere de algún tipo de esfuerzo, ya sea para evitarlo o para afrontarlo y que atañe a las necesidades e intereses de las personas implicadas. También lo concebimos como un proceso que se va desarrollando, y su desarrollo depende de estas mismas personas; es flexible y relativo, es decir, no existe una solución perfecta que tengamos que descubrir o averiguar y además puede ser una oportunidad de aprendizaje en valores y habilidades sociales.

Tipos de conflictos

Existen tres tipos principales de conflictos:

- Conflictos de intereses o necesidades materiales: son aquellos en los que se presenta un desacuerdo en cuanto a un tema concreto y tangible, como la gestión de citas, listas de espera, pruebas médicas... Suelen ser los más sencillos de resolver, y pueden afrontarse a través de técnicas de negociación; aunque en algunas ocasiones encierran otro tipo de conflictos de valores o de necesidades psicológicas.
- Conflictos sobre necesidades psicológicas: son los conflictos en los que están en juego aspectos emocionales y psicológicos, por ejemplo, la confianza, el poder, las relaciones interpersonales... Lo más difícil en este tipo de conflictos es llegar a entender cuáles son las verdaderas necesidades que están en juego. Para ello necesitaremos estrategias activas de comprensión, escucha y diálogo.
- Conflictos relacionados con valores y creencias: son aquellos en los que se contraponen valores personales, como la igualdad, la justicia, las creencias religiosas, la ideología política, etc. Son difíciles de resolver, y la mayoría de las veces el objetivo es trabajar el respeto mutuo, aunque no haya acuerdo.

El Ciclo del conflicto

Según Alzate, el inicio del ciclo está definido por las creencias y actitudes previas que tienen las personas respecto a los conflictos, y son las que determinarán la manera de responder ante ellos. Estas respuestas pueden ir desde la evitación de los conflictos, hasta la Agresión verbal o física al otro, pasando por un afrontamiento proactivo.

Algunas de estas respuestas favorecen la escalada del conflicto, aumentando su intensidad y propiciando el enfrentamiento. Esto sucede cuando no se muestra interés

en el otro, no se reconocen sus intereses y necesidades, se invalidan sus argumentos, o se adopta una actitud hostil o agresiva.

Por otra parte, encontramos formas de responder que favorecen la desescalada del conflicto y facilitan una resolución satisfactoria. Este tipo de respuestas incluyen actitudes proactivas como mostrar respeto e interés por la postura del otro, comunicar emociones sin dejarse llevar por ellas, o utilizar la escucha activa en el diálogo.

Si ante un conflicto siempre actuamos de la misma manera el resultado será parecido y probablemente esto refuerce el sistema de creencias y actitudes que ya teníamos previamente. No obstante, podemos aprender formas de responder ante un conflicto que faciliten el diálogo y reduzcan la intensidad del conflicto. En el próximo punto profundizaremos en ello.

EL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: HABILIDADES Y TÉCNICAS

Lo primero que tenemos que pensar cuando se presenta un conflicto interpersonal en cualquier ámbito es si estamos dispuestos a poner en marcha esfuerzos para resolverlo. Es lo que llamamos tener una actitud proactiva ante el conflicto.

Una de las habilidades más importantes para mostrar a la otra persona es que nuestra actitud proactiva ante el conflicto será la escucha activa. Con este concepto nos referimos a una posición de atención ante nuestro/a interlocutor/a, con interés ante lo que dice y sus emociones al respecto. Mostraremos esta actitud tanto con mensajes verbales: parafrasear lo que dice, resumir, hacer preguntas aclaratorias... como con la comunicación no verbal: mirar a la cara cuando habla, asentir, situarnos relativamente cerca de la otra persona y a la misma altura, adoptar una posición corporal distendida y abierta...

La escucha activa, así como las mencionadas **habilidades de comunicación** son fundamentales para lograr la resolución del conflicto y deben mantenerse durante todo el proceso. Ambas tienen un doble objetivo: por una parte, demostrar comprensión, interés y valoración hacia el/la interlocutor/a; y por otra parte, comprender su posición, intereses y necesidades.

Una vez puestas en marcha estas habilidades avanzaremos en el proceso de resolución de conflictos indagando en las necesidades y motivaciones del otro. Mediante el diálogo con nuestro/a interlocutor/a pretendemos avanzar desde su posición inicial (lo que dice que quiere) hasta sus intereses (lo que quiere realmente).

Pero, además, si queremos comprender y afrontar el conflicto en su totalidad, debemos profundizar en sus necesidades (qué necesita realmente).

EJEMPLO: Una persona exige que se le adelante una cita (posición: lo que dice que quiere). A través de la conversación llegamos a lo que quiere realmente: ser atendida lo más pronto posible para descartar la recurrencia de una enfermedad ahora mismo en remisión total (intereses). Poniendo en marcha habilidades de escucha y comprensión empática, así como preguntas indagatorias, llegamos hasta sus necesidades: seguridad, confianza, calmar su preocupación...

Una vez que hemos dedicado tiempo y esfuerzos a comprender las necesidades de la otra persona, es necesario identificar si dichas necesidades son complementarias o compatibles con las propias, o si, por el contrario, son incompatibles. En este punto del proceso estaremos en condiciones de definir un planteamiento del problema compartido por ambas partes. Para ello, debemos tener en cuenta los puntos comunes en lo referido a emociones, necesidades o motivaciones. En muchos casos es posible llegar a un acuerdo respecto al problema y su manera de resolverlo al identificar alguna necesidad común o compatible y hacerla presente.

Para continuar con el proceso de resolución del conflicto es necesario adoptar una **actitud de compromiso**. Esta actitud supondría para el/la profesional plantearse qué está a su alcance y qué podría hacer para responder a las necesidades de la otra persona a la vez que respetar las suyas propias. En este sentido, es importante tener claro el concepto de **empatía** y, sobre todo, sus límites. Sobrepasar estos límites en el compromiso y en la implicación emocional con la otra persona puede llevar a situaciones indeseables, en las que se vean afectados nuestros propios intereses, emociones y necesidades. Por ello es de vital importancia que el/la profesional conozca sus propios límites, con el fin de valorar hasta qué punto está dispuesto a ceder en ellos. En este aspecto, cabe destacar la utilidad de los llamados “mensajes yo”, en los que la persona habla desde sí misma, expresando sus necesidades, intereses, emociones y motivaciones con una actitud asertiva.

En el ejemplo anterior, podríamos transmitirle al paciente nuestro interés sincero porque la enfermedad no recurra, aclarar los criterios médicos que justifican la programación de la siguiente cita y ofrecerle la posibilidad de adelantarla ante nuevos indicios de enfermedad. De esta manera estamos respondiendo a su necesidad de seguridad y confianza y con mucha probabilidad evitando que el conflicto se mantenga o escale a niveles no deseados. Así mismo, estamos dando información

de nuestra decisión médica y respetando los límites que nos planteamos en primera instancia.

En otras ocasiones en las que, aun logrando un planteamiento del problema compartido, las necesidades sean incompatibles, habremos de recurrir a técnicas de negociación. Se trata de proponer entre las personas interlocutoras, varias alternativas posibles de solución al problema y negociar qué alternativa supone alguna ventaja e inconvenientes tolerables para ambas partes; es decir llegar a un acuerdo.

Cabe señalar que, en caso de que la negociación entre las partes no sea posible, ya sea por situaciones en las que se han visto sobrepasados los propios límites, no se llega a un acuerdo, o incluso han existido conductas hostiles y agresivas, debe tenerse en cuenta la estrategia de mediación como método de solución del conflicto. De esta forma, una tercera persona entraría en acción, acompañando a ambas partes en este proceso de afrontamiento y resolución del conflicto.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lahib Dabaj A. Gestión de los conflictos en ámbito sanitario. Ed. Rey Ali; 2020.
- 2.- Alzate Sáez de Heredia R, Merino Ortiz C, Fernández Villanueva I, Ruiz García MJ. La intervención en conflictos mediante procesos adaptativos. En: Anuario de mediación y solución de conflictos; 2015 (3): 37 - 53. ISSN 2340 - 9681.
- 3.- Alzate Sáez de Heredia R. Importancia de la educación en resolución de conflictos. Rev. de mediación; 2010: Vol 6: 7 - 9. ISSN 1888 - 6485.
- 4.- Alzate Sáez de Heredia R. Resolución del conflicto; 2000. ISBN 978 - 84 - 271 - 2347 - 2.
- 5.- Redorta J. Manual para la Gestión y Resolución de conflictos. 2000. ISBN: 978 - 84 - 180 - 8915 - 2.

2.3. HABILIDADES EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON UN CUADRO DE AGITACIÓN/AGRESIVIDAD EN EL CENTRO SANITARIO //

2.3.1. EL/LA PACIENTE O SU ACOMPAÑANTE CON ACTITUD VIOLENTA SIN PATOLOGÍA CONOCIDA U OBJETIVABLE

Moisés Bolívar Perálvarez *Facultativo Especialista de Área. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve. Hospital Universitario de Badajoz*

La palabra agresividad viene del latín *aggredio* que significa ir contra otro. Entendemos por conductas agresivas aquellas que tienen como propósito causar daño a otra persona. Aunque la agresividad va con frecuencia acompañada de agitación psicomotriz, no debe confundirse con ella.

La **agitación psicomotriz** es la forma extrema de la inquietud psicomotriz o hiperactividad. Está caracterizada por el aumento de los movimientos no dirigidos a la consecución de un fin determinado. Sus causas pueden ser de origen orgánico o psiquiátrico. Dentro de las orgánicas incluimos las patologías neurológicas que afectan al funcionamiento cerebral o provocan un daño en él. Se incluyen los síndromes confusionales, las demencias, determinadas epilepsias y los estados de intoxicación o abstinencias a sustancias psicoactivas (drogas o psicofármacos). Así mismo, pueden provocar agitación infecciones, hemorragias o tumores cerebrales; y otras muchas patologías de origen neurológico y metabólico. Dentro de las etiologías de origen psiquiátrico se incluyen los episodios maniacos, las crisis de ansiedad intensas, las descompensaciones psicóticas y los trastornos de la personalidad, sobre el histriónico y el antisocial.

El hipotálamo, la testosterona y la serotonina han protagonizado durante años las principales vías de investigación en relación a la Agresión, pero a día de hoy diferentes trabajos han mostrado cómo la estimulación ejercida sobre la amígdala activa reacciones emocionales agresivas en la persona, así como inhibición de las mismas cuando se actúa sobre la corteza prefrontal.

A nivel ontológico, la maduración de la corteza prefrontal es posterior a la de la amígdala, lo que conlleva a que el individuo adquiera de manera más tardía las debidas competencias para el razonamiento abstracto, para realizar cambios en el foco atencional o incluso para desarrollar la capacidad de inhibición de respuestas poco apropiadas, como el control de la Agresión, entre otras.

Los cambios socioculturales como la pérdida de valores éticos, morales y religiosos han traído consigo la minusvaloración de las figuras de autoridad y la ausencia de respeto a las normas sociales. Estas dos circunstancias ayudan a entender el aumento de las Agresiones hacia el personal sanitario.

Podemos simplificar las Agresiones en dos tipos:

- **Las planificadas**, que van acompañadas de escasa o nula carga emocional, propias de las conductas antisociales psicopáticas, en las que suele existir un motivo previo. Este motivo puede ser más o menos real, pero para el sujeto agresor totalmente cierto e injusto. Son muy poco habituales y difíciles de prevenir.
- **Las impulsivas** o con escasa planificación, acompañadas de carga emocional y sentimientos de injusticia, impotencia, frustración, menosprecio, odio, etc. Existe un punto en la que la carga emocional, en personas con determinados rasgos temperamentales, lleva a la Agresión. Este tipo de conductas, en la mayoría de las situaciones puede manejarse o preverse, siempre que se esté alerta y se piense en la posibilidad de que se produzca.

Las personas usuarias del Sistema Sanitario entienden que tienen derecho a una sanidad pública gratuita y universal porque lo han escuchado muchas veces, pero además tienden a pensar que debe ser inmediata y según sus propias necesidades. Desconocen la situación actual derivada de varios factores como la pandemia, las dificultades económicas y la escasez de profesionales sanitarios. No entienden la demora en la Atención de Primaria y Especializada y cuando tienen un problema de salud exigen ser vistos cuanto antes. Estas circunstancias favorecen la aparición de conductas violentas en personas de determinadas características. El miedo a la enfermedad, los sentimientos de no ser bien atendidos/as y pensar que los/las profesionales sanitarios puedan no estar lo suficientemente disponibles o implicados/as llevan a la aparición de sentimientos de frustración e injusticia. Si se suma a estas circunstancias que en su atención se produzca algún contratiempo, la carga emocional aumenta, aparecen la rabia y las actitudes agresivas o violentas hacia los/las sanitarios/as, que ya han sido considerados culpables de toda la situación.

Los factores que desencadenan estas conductas violentas pueden ser muchos, entre ellos, las diferencias o errores diagnósticos previos, exigencias por parte del paciente de determinados tratamientos, informes o bajas laborales, sentirse mal tratado, largas esperas para entrar a consulta, etc. Es decir, cualquier cosa que frustre las expectativas de un/una paciente que va a consulta. Solo es violento el/la que es incapaz de controlar su

frustración y tiene la predisposición a serlo. Y lo es, si no hemos podido hacerle entender la situación, siendo conscientes que en determinados casos es imposible evitar estas actitudes violentas por mucho que hayamos hecho todo lo posible.

NORMAS BÁSICAS PARA PREVENIR LAS AGRESIONES A SANITARIOS/AS

La conducta violenta de una persona usuaria o bien de su familiar o acompañante en un Centro Sanitario es hoy una posibilidad real y que está aumentando en frecuencia. Debe estar en nuestra mente y debemos estar pendientes de las personas usuarias que acceden al Centro Sanitario, desde el personal Celador o Administrativo hasta el/la Coordinador/a o Responsable del mismo. Sería aconsejable hablarlo en el Equipo previamente y que algún miembro del mismo estuviera pendiente de ver si entra alguien vociferando o insultando al personal sanitario, o si en la sala de espera ocurre algún incidente u otro factor que nos pueda alertar de que un paciente o su acompañante pueda reaccionar con violencia. Si existe personal de Seguridad sería uno de sus cometidos.

Si se detecta alguien con actitud o conducta violenta, hay que acercarse a él/ella y **preguntarle si necesita ayuda**, pedirle por favor que hable más bajo (por ejemplo) y que respete las normas del Centro y al resto de usuarios/as de este. Puede hacerlo el personal de seguridad o si no existiera, podría hacerlo una figura de autoridad del Centro, con capacidad para ofrecerle respuestas.

Podemos conseguir que se calme, si no lo hace y presenta una demanda **concreta** que se le puede resolver lo haremos en lo posible sin saltarnos las normas que afectan a todas las personas usuarias. Lo más frecuente suele ser el ver a su médico/a inmediatamente. Se le puede explicar que su médico/a está viendo a otro/a paciente y que será atendido/a cuanto antes. Surge la duda si pasarlo o no antes a consulta. Si fuera un episodio puntual y no es una conducta frecuente en esta persona, se podría plantear si percibimos una actitud más colaboradora que pudiera evitar una escalada violenta.

Si no hemos conseguido calmarlo/a y la actitud es claramente agresiva, nos tenemos que **replantear invitarle/a a salir del Centro** si no respeta las normas o bien directamente llamar a las **Fuerzas de Orden Público**. No debemos olvidar que tenemos que preservar la seguridad de los/las demás pacientes aparte de la nuestra.

Si hemos conseguido calmarlo/a, al entrar en consulta puede volver a reactivarse. Siempre es conveniente **ver al paciente en compañía de otro/a compañero/a** más. La sola presencia de otra persona hace que la persona usuaria se controle en muchas ocasiones. Ante cualquier signo de violencia inminente tenemos que abandonar

la consulta con la mayor calma posible, con alguna excusa urgente (ej. “perdone tengo que salir un momento...”) y/o solicitar más ayuda de cualquier forma.

En todo este proceso se puede saber si la persona usuaria del Centro es conocida por haber protagonizado episodios similares y cómo se han resuelto los mismos, si hay familiares cercanos y nos pueden dar información. También se puede valorar si es una conducta violenta en sí, o puede ser una agitación de origen orgánico o psiquiátrico. Toda esta información nos puede ayudar a manejar la situación.

En pacientes violentos/as que no se pueden manejar, hay que **dejar actuar al personal de Seguridad y llamar a las Fuerzas de Orden Público** cuyo deber es auxiliarnos.

En otros capítulos hemos visto de forma más detallada la prevención de conductas violentas, con el manejo de la información, de técnicas de resolución de conflictos, de habilidades en la entrevista y comunicación, de la transmisión de malas noticias y por último del acercamiento y tratamiento del paciente que sufre un episodio de agitación psicomotriz.

Cualquier tipo de Agresión debe denunciarse. Puede plantearse no hacerlo si se trata de un episodio de agitación psicomotriz de origen orgánico o psiquiátrico, siempre que la Agresión sea leve y entendamos que no existía intencionalidad de agredir o que sus facultades mentales estaban disminuidas; pero aun así hay que notificarlo. Las Agresiones de personas usuarias con diagnóstico psiquiátrico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas o trastornos de personalidad, por regla general tienen sus capacidades intelectuales y volitivas conservadas y saben que están agrediendo.

Es necesaria formación continuada en este tema, el tener trabajado o previsto que pueda darse una situación de esta índole en el Centro Sanitario y hablado en el Equipo, y por último es necesario un programa de ayuda a las víctimas. El miedo y la sensación de indefensión puede ser tan intenso que produzcan trastornos por estrés agudo, trastornos por estrés postraumático u otros trastornos adaptativos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2ª ed. Editorial Elsevier Masson; 2010. ISBN: 978 - 84 - 458 - 2024 - 7.
- 2.- Eguiluz I, Segarra R. Introducción a la Psicopatología. 3ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2013. ISBN: 978 - 84 - 9110 - 013 - 3.

2.3.2. EL/LA PACIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL DE BASE

Francisco Barquero Paz *Facultativo Especialista de Área. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve. Hospital Universitario de Badajoz*

La valoración de pacientes con agitación o comportamiento violento puede ser complicada, debido a la ausencia de una historia clínica completa y a la falta de cooperación del paciente.

Es de vital importancia la orientación diagnóstica de la etiología del cuadro, y debe descartarse la posible organicidad que aparece con tanta frecuencia como causa de los cuadros de agitación.

Como pauta general, debemos considerar que una agitación psicomotriz tiene **origen psiquiátrico** cuando presenta psicopatología propia de una agitación psiquiátrica, y no cuando en un cuadro de agitación las determinaciones analíticas básicas y la tomografía computarizada de urgencias sean normales, es decir, deben realizarse diagnósticos positivos.

La agitación psiquiátrica se caracteriza por presentar psicopatología propia de alguna entidad psiquiátrica. La conciencia está clara y limpia, pueden existir alucinaciones auditivas (muy raramente visuales), ideación delirante de perjuicio (esquizofrenia o trastornos delirantes) o megalomaníaca (manía); alteraciones de la afectividad (disforia, euforia), hostilidad o agresividad. El discurso suele ser en tono elevado, en ocasiones vociferante, verborreico, disgregado, y en casos extremos del episodio maníaco, con la clásica fuga de ideas. No suele existir desorientación temporo-espacial y la fluctuación es escasa. Suelen tener antecedentes psiquiátricos, incluidos ingresos previos. (**ANEXO 1: Tabla de diagnóstico diferencial de la agitación**).

MANEJO DE LA AGITACIÓN O AGRESIVIDAD

El abordaje y tratamiento es específico del síndrome de agitación, no es el tratamiento específico de la causa que lo ha producido. El tratamiento de la persona agitada o violenta irá dirigido a la contención, con una serie de **medidas de seguridad** que deben estar presentes, y puede dividirse en tres partes: **verbal, farmacológica y mecánica**.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

La primera actuación en urgencias ante un/una paciente agitado/a es frenar su escalada de agitación y violencia con la máxima seguridad para todas las personas

implicadas. Para ello deben tenerse en cuenta una serie de medidas encaminadas a extremar las medidas de protección:

1. Lo primero es salvaguardar la propia integridad y la de los miembros del Equipo.
2. Jamás entrevistar a un/a paciente potencialmente violento/a solo/a o, en una consulta, con la puerta cerrada. Mantener una vía de salida abierta, quedándonos de pie si es necesario.
3. No sentarse cerca de un/a paciente paranoide que pueda sentirse amenazado/a. Mantenerse, como mínimo, a una distancia equivalente a la longitud del miembro superior, si el/la paciente parece violento/a. No discutir ni enfrentarse a una persona psicótica. No dar la espalda al paciente.
4. Si el/la paciente es llevado/a al Servicio de Urgencias por la Policía con un tipo de dispositivo de contención (p. ej. esposas), no retirarlas de inmediato.
5. Solicitar la ayuda de quien se disponga... personal Celador, miembros de Seguridad o policías según la intensidad del cuadro y desde el primer momento (no esperar a sufrir la Agresión para llamarles). Las Fuerzas de Seguridad del Estado tienen la obligación de socorrer al personal sanitario en su función y, si se niegan a ello, cometerían un delito de denegación de auxilio y omisión de socorro. La sola presencia de los miembros de Seguridad suele contener bastante al paciente y comienzan a colaborar, sin que sea necesario habitualmente que lleguen a actuar.
6. La sala debe ser de suficiente amplitud, libre de objetos contundentes salvo los imprescindibles, a ser posible con dos salidas y sin cerrojo interior. Sería conveniente poseer un timbre en la mesa o en su defecto en la proximidad de la silla del médico para avisar al personal Celador y/o de Seguridad. Se debe evitar el abordaje del paciente en pasillos, rincones o lugares apartados, utilizando siempre una sala como la descrita para disminuir la estimulación sensorial y evitar la observación de curiosos.
7. En caso de que durante la intervención el/la paciente muestre un arma, debe interrumpirse la entrevista, y manejar la situación con suma cautela. En ningún caso discutir y en cuanto sea posible avisar al personal de Seguridad o a la Policía.
8. Hacer caso a las sensaciones propias: si se experimenta aprensión o miedo, se debe interrumpir la entrevista.

Contención verbal

La contención verbal sería el **primer paso dentro de todo el proceso**. Sirve además para recoger información y filiar el cuadro observando el discurso, la presencia de alucinaciones o delirios, la lucidez de la conciencia, el grado de comprensión, la presencia de signos de intoxicación, etc.

Antes de iniciar la entrevista se debe intentar recabar la mayor información posible, hablando con familiares, si existen, y con quien lo haya trasladado (policía, personal de emergencia, etc.). Ocurre con frecuencia que, tras un episodio de agitación, la propia contención realizada para el traslado ha hecho desaparecer el cuadro y la persona se muestra tranquila y colaboradora, y responde con evasivas a las preguntas sobre lo ocurrido. Una vez con el/la paciente, se pone en marcha la técnica de desescalada. Para desarrollar la **Técnica de desescalada** debemos seguir las diez recomendaciones de L. Scott Zeller:

1. Respetar el **espacio personal**: un brazo entre el/la profesional y la persona agitada, aumentándolo a dos si se perciben signos de violencia.
2. **Evitar las provocaciones**: acercarnos en postura abierta, sin cruzar los brazos, sin llevar cosas en las manos, mirada dirigida a los ojos sin ser invasiva ni huidiza, expresión facial calmada sin tensión muscular. Permitir cierta movilidad a la persona agitada si no quiere permanecer sentada.
3. **Establecer contacto verbal**: sólo un/a profesional interactuará con la persona agitada. Tratar de dirigirse a la persona por su nombre de forma amable y cordial.
4. **Ser conciso/a**: deben evitarse las palabras técnicas y buscar el vocabulario más acorde a la persona que se tenga delante, utilizando frases cortas y mensajes claros. Se repetirán los mismos conceptos cuantas veces sea necesario.
5. **Identificar las demandas y sentimientos**: utilizar el reflejo empático para captar las necesidades del paciente. Es útil preguntar cómo podemos ayudarle, y así guiarle a identificar su demanda, prestando mucha atención a su lenguaje no verbal. Es eficaz preguntar si ha sufrido episodios similares con anterioridad y cómo se resolvieron. Deben establecerse las consecuencias que podrían tener los comportamientos alterados y reforzar positivamente las conductas que esperamos y deseamos que tenga la persona.

6. Escuchar atentamente al paciente: se debe escuchar con atención, sin interrumpir cuando nos habla y dejar que se exprese con comodidad. Se debe dejar claro que se entiende su mensaje al parafrasear sus propias palabras. Las preguntas de clarificación y abiertas suelen ser útiles para recoger información. Se evitarán los temas de conflicto.

7. Mostrar acuerdo o acuerdo en el desacuerdo: intentar buscar un punto de partida de acuerdo con la persona agitada. En ocasiones pedir disculpas ante un hecho del que la persona se queja puede ser suficiente para entablar una conversación colaborativa.

8. Establecer de forma clara los límites: hay que dejar claro qué conductas son aceptables y qué conductas no podemos aceptar y cuáles serán sus consecuencias.

9. Ofrecer alternativas optimistas: desde el marco de la seguridad. Las alternativas que se ofrecen deben ser realistas y honestas. En el caso de la negativa a la toma de medicación, debemos ser persuasivos y ofrecerla de forma paulatina.

10. Reconciliar: una vez pasada la crisis, cuando la persona se encuentra tranquila, debemos reconciliarnos con ella para evitar situaciones similares, especialmente, si la situación hizo necesaria la contención mecánica. Se explorarán alternativas de intervención para evitar agitaciones futuras.

En general, la contención verbal suele ser insuficiente para controlar un cuadro de agitación, sobre todo en casos de agitación orgánica en los que está alterada la comprensión y debe utilizarse la contención farmacológica y muchas veces la mecánica.

Contención farmacológica

El tratamiento farmacológico **suele utilizarse en la mayor parte de los casos**, tanto psiquiátricos como orgánicos. En general, cualquier paciente que requiera contención mecánica por el grado de agitación que presenta es susceptible de tratamiento farmacológico, primero, para conseguir la descontención lo antes posible y, segundo, para disminuir la percepción subjetiva negativa que genera la contención.

Es importante señalar que el **tratamiento oral debería considerarse y ofrecerse siempre en primer lugar** para construir una alianza terapéutica con el/la paciente y

evocar un locus de control interno en lugar de externo. En la agitación psiquiátrica tenemos un mayor margen de seguridad con respecto a la orgánica, pues se trata de pacientes que en principio no presentan enfermedad médica que complique el tratamiento.

Si se presenta agitación leve a moderada y si el/la paciente acepta medicación oral, puede ser suficiente la administración de **Benzodiazepinas** (BZD) como 2.5 mg. de Lorazepam, sobre todo cuando la etiología de la agitación no es psicótica (angustia, crisis conversiva, reacción aguda, etc). Las BZD vía intramuscular tienen una absorción errática, y si nos es posible, siempre es preferible su administración oral. En principio, la utilización de BZD por vía intravenosa queda restringida a circunstancias muy especiales y al campo de la medicina intensiva y la anestesia.

En casos de agitación más importante, y sobre todo si es de origen psicótico o maniaco, deben emplearse **Antipsicóticos** (APS) a dosis elevadas (por ejemplo, 2 ampollas de Haloperidol como dosis de inicio) acompañados de BZD (10 mg. de Diazepam o 50 mg. de Clorazepato Dipotásico) y en función de la intensidad añadir 25 mg. de Levomepromacina o de Clorpromacina. Hay que tener en cuenta que el efecto máximo de estos últimos se alcanza a las 4-5 horas, por lo que no debemos repetir dosis de estos. Sí se puede repetir la dosis de Haloperidol a los 45 minutos si no se ha conseguido la contención conductual, ya que el efecto máximo de este se alcanza en 30-40 minutos, aproximadamente.

Al igual que en el caso anterior, también puede optarse por APS atípicos y administrar 20 mg. de Olanzapina, 6-8 mg. de Risperidona o 200 mg. de Quetiapina en dosis inicial para conseguir una tranquilización rápida. De hecho, hoy en día se considera que los APS atípicos como la Olanzapina, la Risperidona, la Quetiapina o el Aripiprazol serían tan efectivos como el Haloperidol en el tratamiento de la agitación psicótica aguda y, además, mejor tolerados.

Contención mecánica

Se trata de un procedimiento consistente en restringir los movimientos del paciente y que va encaminado, en el caso de una persona agitada, a disminuir los riesgos de autoagresividad o heteroagresividad. Su indicación puede realizarla cualquier médico/a. El personal de enfermería puede indicar una sujeción en una situación de urgencia; en tal caso, deberá avisar inmediatamente al médico/a para que ratifique o no, por escrito, su decisión. Puede aplicarse **tanto en pacientes orgánicos como en psiquiátricos**. En los casos de agitación psiquiátrica, en general

suele utilizarse durante períodos cortos de tiempo hasta que la contención farmacológica sea eficaz.

La contención mecánica debe ser realizada por todo el personal sanitario disponible. Es una técnica compleja, por tanto, debe estar familiarizado con ella no sólo la enfermería de psiquiatría, sino todo aquel enfermero o enfermera que trabaje en un Hospital, o Centro de Salud, quienes recibirán la ayuda de auxiliares y personal celador, médicos/as y personal de seguridad si se precisara, en caso de pacientes con agresividad o actitudes violentas.

En general, suelen ser necesarias entre cuatro y cinco personas para llevar a cabo el proceso de contención. Se necesitan cursos de formación específica para realizarla correctamente y sería recomendable que los/las profesionales sanitarios pudieran realizarlos a través de su formación continuada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cuevas J, Serrano A, Rodriguez MJ, Baladón L. Hospitalización Psiquiátrica Breve, Manual clínico. Madrid, España: Ed Médica Panamericana; 2020. ISBN: 978 - 84 - 9110 - 667 - 8.
- 2.- Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2ª Ed. España: Ed. Elsevier-Masson; 2010. ISBN: 978 - 84 - 4582 - 024 - 7.
- 3.- Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West Emerg Med; 2012; 13 (1):17 - 25.
- 4.- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings.

2.3.3. EL/LA PACIENTE DROGODEPENDIENTE

Francisco Javier Zamora Rodríguez *Facultativo Especialista de Área. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve. Hospital Universitario de Badajoz*

La agresividad es una pulsión innata del ser humano, que se manifiesta como violencia cuando las capacidades de inhibición del sujeto disminuyen. La agresividad por tanto es posible en cualquier persona, y será más frecuente cuando las capacidades de inhibición estén alteradas. Una de las principales causas de agresividad o violencia será por lo tanto el **consumo de sustancias**, ya que alterará dichas capacidades.

Hay que considerar que las conductas violentas en los/las pacientes drogodependientes pueden ocurrir **tanto por síntomas de intoxicación como por síntomas de abstinencia**.

Las conductas violentas o agresivas en los/las pacientes drogodependientes serán más frecuentes en los servicios de urgencias, tanto por síntomas relacionados con la intoxicación como por otros relacionados con la abstinencia. También pueden ser esperables observarlas en cualquier unidad de hospitalización, aunque en este caso serían por síntomas relacionados con la abstinencia al cesar el consumo del paciente por su ingreso hospitalario por otro motivo (intervención quirúrgica, patología médica o psiquiátrica, etc.). Es por ello, que es muy necesaria una **correcta evaluación médica con una minuciosa historia clínica**, tanto en urgencias como al ingreso en planta, de todos los pacientes en general, incidiendo especialmente en el consumo de alcohol y de otras sustancias, para evitar problemas derivados de una posible abstinencia a las mismas.

Como hemos señalado uno de los factores precipitantes más frecuentes de la respuesta agresiva es el consumo de sustancias, especialmente de **alcohol**. Tanto cuadros de intoxicación como de abstinencia de sustancias pueden ser predictores de conductas agresivas o violentas. Es por ello, que es de vital importancia recoger en la historia clínica datos relacionados con los **hábitos tóxicos**:

- Consumo de alcohol y otros tóxicos: cocaína, heroína, cannabis, anfetaminas, etc.
- Abuso de fármacos, especialmente psicofármacos. Es muy importante recoger la existencia de un abuso de Benzodiacepinas y otros hipnótico-sedantes no

benzodiazepínicos. Es muy frecuente en el mercado ilegal el abuso de Alprazolam (Trankimazin®), y no es infrecuente la asistencia de pacientes consumidores/as de esta sustancia a los servicios de urgencias o de atención primaria para conseguir una prescripción de este fármaco, pudiendo responder de manera agresiva o violenta a nuestra negativa, condicionado no sólo por encontrarse bajo un cuadro de abstinencia a citada sustancia sino también por la personalidad previa del paciente (rasgos límites-impulsivos-antisociales).

- Determinar el patrón de consumo: dosis, frecuencia, edad de inicio.
- Preguntar por antecedentes de conductas violentas en situaciones de intoxicación.
- Es recomendable emplear preguntas directas que no transmitan juicios de valor.
- Si no hay intoxicación y se sospecha que el/la paciente abusa de alcohol u otros tóxicos, se debe obtener información indirecta de sus patrones de consumo habituales.

El éxito en la obtención de información fiable estará en que el/la profesional logre un adecuado clima de confianza. Es recomendable prestar atención a las reacciones de familiares y acompañantes a este tipo de preguntas. Es frecuente que el/la paciente minimice la importancia del problema y que su entorno sea más consciente de su magnitud.

INTOXICACIONES ETÍLICAS

Se trata de un cuadro frecuente y no de escasa importancia en un Servicio de Urgencias. Representa un cuadro potencialmente letal, no sólo por sí mismo sino también por las consecuencias que de él se derivan (accidentes de tráfico, caídas, auto y heteroagresiones, etc.).

Pueden presentar agitación psicomotriz, que ocasionalmente se acompaña de una importante hostilidad y agresividad. Suele tratarse de pacientes que han realizado una ingesta importante y que acuden derivados por la Policía y/o ambulancias de los Servicios de Urgencias tras haber producido un altercado en la vía pública. Pueden ser peligrosos y existir sintomatología delirante.

Hay que tener siempre en cuenta el potencial violento del paciente. Pueden ser de utilidad ciertas **medidas conductuales**:

- Antes de hacer intento alguno de entrevistarse con el/la paciente debería, siempre que sea posible, estar presente el personal de Seguridad, aún sin hacer otra cosa que estar a un lado. La actitud de este personal debe ser vigilante, distante y no amenazante. Una exhibición de fuerza puede resultar tranquilizadora.
- Debemos extremar las medidas de autoprotección, manteniendo en todo momento una distancia mínima y unas vías de salida abierta.
- Desarrollar la entrevista de forma no amenazante. Hay que mantener la corrección y dirigirse al paciente por su nombre. Hablar lentamente, en tono bajo y no censurar conductas. Hay que explicarle la situación, la necesidad de observación e intentar convencerlo para que se acueste en la cama por propia voluntad.
- El ofrecimiento de comida y un entorno tranquilo y confortable suelen ser útiles para calmar al paciente.
- Si el/la paciente se pone violento/a serán necesarias una contención mecánica y una sedación. En cuanto a la **sedación farmacológica** debemos mantener la cautela ya que se trata de pacientes intoxicados por un depresor del sistema nervioso central (SNC) y a los que vamos a administrar otro sedante. Las Benzodiazepinas pueden disminuir la respuesta al centro respiratorio, mientras que los neurolépticos pueden disminuir el umbral convulsivo y elevar el riesgo de crisis cuando disminuyan los niveles de alcohol. Se deben evitar las Benzodiazepinas de alta potencia (por ejemplo, Midazolam o Flunitrazepam). Una pauta recomendable es el Haloperidol intramuscular (IM) 5 mg., acompañado si es preciso de 10 mg. de Diazepam IM. Si no es efectiva una primera dosis, puede repetirse una segunda dosis a los 30 minutos.
- Posteriormente, se debe mantener al **paciente en observación** durante varias horas, controlando las constantes vitales y la respuesta a estímulos, hasta que despierte.
- Desde el punto de vista médico-legal, **no se debe conceder el alta voluntaria** ya que una intoxicación sintomática por alcohol provoca una alteración del juicio y el razonamiento; además de poder tener consecuencias conductuales.
- Cuando despiertan habitualmente muestran confusión, desorientación, con amnesia del episodio y sorpresa por lo ocurrido.

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

El Síndrome de Abstinencia suele aparecer a las 8-12 horas de la última ingesta. Para predecir su aparición es necesario como se ha señalado una correcta evaluación de la cantidad de alcohol ingerida habitualmente, el tiempo de abstinencia, antecedentes de aparición de cuadros similares, la existencia de patologías médicas pre-disponentes, etc. Es importante contar con información de algún familiar.

Para su tratamiento y prevención de complicaciones se usan una serie de fármacos como Benzodiazepinas, Clometiazol, Tiapride, Tiamina, etc. además de una correcta hidratación. Si apareciese un cuadro de agitación, que podría ser extremo, podría ser necesaria la contención mecánica además de la sedación, preferiblemente con Benzodiazepinas a dosis elevadas (Diacepam, Loracepam), por vía IM e incluso intravenoso (IV) con una adecuada monitorización.

INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS

Son frecuentes los cuadros de agitación-violentos en la intoxicación por cocaína, cannabis, anfetaminas y alucinógenos, aunque en estos últimos suelen predominar los síntomas alucinatorios.

Las medidas generales de actuación ya referidas son aplicables en estos cuadros, extremando aún más si cabe las medidas de autoprotección ya que pueden ser cuadros que se manifiesten con una intensa violencia, siendo en muchas ocasiones totalmente imposible mantener ningún tipo de entrevista y siendo inútil la contención verbal, teniendo que recurrir a la contención mecánica y farmacológica. Pueden usarse Benzodiazepinas (Diacepam, Loracepam, Cloracepato) e incluso Antipsicóticos (Olanzapina, Haloperidol) si aparecen síntomas psicóticos.

ABSTINENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS

Tanto con los cuadros de abstinencia de Heroína como con los de Benzodiazepinas (especialmente el Alprazolam) hay que tener cuidado con las manipulaciones y engaños de los pacientes para conseguir o bien Metadona o bien la Benzodiazepina referida, y prestar especial atención a la conducta agresiva o violenta tras nuestra negativa a prescribirle citada sustancia. Habrá que confirmar la información si es posible con su centro de tratamiento o con algún familiar y mantenernos firmes en nuestra decisión de no prescribir la citada sustancia si así lo estimamos necesario, siendo en ocasiones necesario recurrir al personal de seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2ª ed. España: Ed Elsevier-Masson; 2010. ISBN: 978 - 84 - 4582 - 024 - 7.
- 2.- Hyman SE, Tesar GE. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 3ª ed. España: Ed. Masson - Little - Brown; 1996. ISBN: 84 - 8227 - 004 - 4.
- 3.- Fornés J, Sánchez MM. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Valoración y Cuidados. 3ª ed. Ed. Médica Panamericana; 2022. ISBN: 978 - 84 - 9110 - 919 - 8.

2.4. HABILIDADES EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON UN CUADRO DE AGITACIÓN/AGRESIVIDAD EN DOMICILIO/VÍA PÚBLICA/LOCAL DE OCIO //

M^a Dolores Santander Barrios *Enfermera 112 ESEX-Extremadura. Cáceres*
 Inmaculada Molina Naranjo *Enfermera 112 ESEX-Extremadura. Badajoz*
 Pablo Galván Núñez *Médico 112 ESEX-Extremadura. Badajoz*

Podemos definir la agitación psicomotriz como un **estado de hiperactividad** psíquica y motora, en grado variable, pudiéndose observar desde una leve inquietud hasta movimientos descoordinados sin intencionalidad aparente. De este modo, puede observarse cómo la actividad que realiza el/la paciente, de forma general, es repetitiva, no productiva y con un comportamiento desorganizado.

Debido a estas características y por la falta de cooperación por parte del paciente, se trata de un síndrome de difícil abordaje inicial, representando un grave problema para familiares, personal sanitario, para el/la propio/a paciente (autoagresión) y para el entorno en general (tanto bienes personales como materiales).

No debe confundirse al paciente agitado con el violento; **agitación no es sinónimo de violencia** (aunque la línea entre uno y otro, a veces, es difícil de establecer). El paciente violento genera problemas de seguridad y orden público, que deberán ser atendidos por personal de Seguridad.

La agitación psicomotriz puede ser causada por trastornos orgánicos o somáticos, psiquiátricos o de tipo reactivo:

- **Agitación psicomotriz de origen orgánico:** conformando lo que se conoce como síndrome confusional agudo o delirium; suele ser la causa más frecuente de agitación que presentan las personas hospitalizadas (afecta a un 20-25% de las mismas),

mostrando un estado de conciencia alterado junto a fluctuaciones en la atención, pensamiento, emociones. Presenta una alta morbilidad y su incidencia aumenta con la edad.

Entre sus causas están las demencias, los trastornos neurológicos, la ingesta de fármacos (Neurolépticos, Antidepresivos, Ansiolíticos, Antiepilépticos...) o de tóxicos, alteraciones metabólicas o endocrinas (fiebre, hipertiroidismo, hipo o hiperglucemia, deshidratación...)

- **Agitación psicomotriz de origen psicótico:** el estado de conciencia no está alterado en las psicosis funcionales. Esta forma de presentación es la que normalmente se observa en los Servicios de Urgencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios, asociándose frecuentemente al consumo de tóxicos.

- Trastorno esquizofrénico, por descompensaciones o reagudizaciones (los cuadros de agitación se observan con mayor frecuencia en los que son de tipo paranoide).
- Trastornos bipolares (en la fase maníaca).

- **Agitación de origen no orgánico y no psicótico:**

- Agitación reactiva o situacional (por trastorno adaptativo).
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno de personalidad.
- Abuso sexual o maltrato en niños/as (sin patologías previas ni consumo de tóxicos) con actitudes agresivas y cambios bruscos de comportamiento.
- Privación sensorial (pacientes ingresados en Cuidados Intensivos, cirugías con privación de la visión...). La incidencia aumenta con la edad y la gravedad de los/las pacientes.

Las medidas a tomar ante un/una paciente agitado, con independencia del medio en el que se realice su atención (Centro Sanitario, vivienda, vía pública....) tiene unas características estructuradas y deben de llevar este orden: **primero intentar el control de la conducta, segundo realizar una aproximación diagnóstica y en tercer lugar decidir el tratamiento**, y todo ello contextualizando que la atención a estas personas fuera de un Centro Sanitario tiene unas características especiales (familiares, vecinos, público....) que es necesario saber manejar de forma adicional, pero en primera instancia y a efectos prácticos debemos recordar que el manejo del paciente con agitación en estas circunstancias debe basarse **primero en una contención psíquica, a través de un abordaje verbal** (si la persona es colaboradora), o si es imposible o ineficaz, un **abordaje farmacológico** y en última instancia si no quedara otro remedio, mediante la **contención mecánica**.

RECORDAR

- La exploración del paciente debe hacerse en un lugar libre de objetos que puedan ser usados como armas; si no es posible, retirar esos objetos.
- Si no colabora, está agresivo/a o porta un arma requeriremos ayuda a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FFCCSE).
- Si los familiares tranquilizan al paciente se les permitirá estar con él/ella, pero si le generan nerviosismo es mejor mantenerlos alejados o que esperen fuera.
- Mantener siempre una vía de salida abierta libre de obstáculos.
- Mantener una distancia de seguridad.
- No dar la espalda al paciente.
- Reducir factores estresantes como el ruido, exceso de luz, interrupciones.
- Nunca intervenir solos/as con personas agitadas/agresivas que porten un arma. Esperar siempre a la llegada de las FFCCSE.
- Estar atentos/as a cualquier signo de agresividad.

CONTENCIÓN PSÍQUICA

EL ABORDAJE VERBAL: la American Association for Emergency Psychiatry De-escalation Workgroup incide en diez puntos clave en la contención del paciente con agitación:

1. Respetar el espacio personal: mantener una distancia de dos brazos.
2. Evitar actitudes provocadoras: postura relajada, manos visibles, no mirar fijamente.
3. Establecer contacto verbal: identificarse como personal sanitario y explicar que deseamos ayudarle.
4. Usar lenguaje sencillo, frases cortas y comprensibles.
5. Averiguar los deseos y sentimientos del paciente.
6. Escuchar de forma activa.
7. Resaltar los puntos de acuerdo con el/la paciente y si existen desacuerdos admitirlos.
8. Fijar límites claros: no se tolerará la violencia.

9. Intentar la participación del paciente en pequeñas tomas de decisiones. Realizar ofertas (bebida, mantas). Reforzar los puntos positivos que se vayan alcanzando.
10. Reflexionar (debriefing) finalmente sobre todo el proceso junto al resto del personal sanitario y con el/la paciente si es posible.

LENGUAJE NO VERBAL: recomendaciones:

1. Evitar contacto ocular directo prolongado, pero no evitar la mirada.
2. Evitar posturas que puedan ser interpretadas como de reto o amenaza (brazos cruzados, manos a la espalda).
3. Sentarse frente al paciente a la misma altura.

EL ABORDAJE FARMACOLÓGICO

Se preferirán las Benzodiacepinas (BZD) si el/la paciente no presenta síntomas psicóticos, y los Neurolépticos (NRL) si están presentes. En caso de pacientes con agitación muy intensa y refractarios a monoterapia, se recomienda la combinación de Haloperidol y Midazolam. (ANEXO 2: Tabla de medicación en pacientes con agitación).

PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y TRASLADO DE LA URGENCIA EN SALUD MENTAL

El Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental de la Junta de Extremadura identifica siete posibles situaciones de urgencia y plantea su abordaje. Se recomienda su lectura, pero a modo de esquema la actitud terapéutica inicial podría resumirse:

- Paciente COLABORADOR/A sin AGITACIÓN psicomotriz; prioritario descartar presencia de riesgo suicida.
- Paciente IRRITABLE (sin agitación actual, pero con riesgo de ella), paciente AGRESIVO/A sin AGITACIÓN y paciente con RIESGO SUICIDA: contención psíquica inicial.
- Paciente AGITADO/A sin AUTO NI HETEROAGRESIVIDAD: contención farmacológica y/o mecánica.
- RIESGO VITAL: contención mecánica.

CONTENCIÓN MECÁNICA

Basándonos en el Consenso Español sobre buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación, extremaremos la observación de los siguientes aspectos en su realización:

- Debe verificarse que la medida de contención **puede evitar el daño**, que no existe un medio menos restrictivo para conseguirlo, y que se esperan más beneficios que perjuicios de la aplicación de la medida.
- Debe llevarse a cabo la contención mecánica de **forma protocolizada**, con personal específicamente entrenado, con material adecuado y con una actitud respetuosa y empática para la situación del paciente. Esto implica la existencia de un protocolo detallado que debe ser conocido por todo el personal asistencial susceptible de participar en el procedimiento. El procedimiento aplicado debe revisarse inmediatamente tras su aplicación para corregir cualquier inadecuación y para atender las vivencias del personal que participa en la medida.
- El/la paciente en quien se aplica una contención mecánica debe recibir una atención continuada, protocolizada, **que garantice su seguridad**, así como el cuidado y la atención a sus necesidades psicofísicas. La restricción, puesto que vulnera la autonomía y la libertad de los/las pacientes, debe durar el tiempo imprescindible para conseguir sus objetivos.
- Para minimizar la vulneración de la autonomía, el/la paciente debe, en la medida de lo posible, **recibir información** relativa al procedimiento, antes, durante y después de su aplicación y tener la oportunidad de manifestar sus vivencias y deseos, y que estos sean tenidos en cuenta. Esto mismo se aplica a la familia del paciente en caso de incapacidad de hecho.
- Durante el periodo de contención debe extremarse el cuidado a las necesidades de la persona en contención, a fin de **minimizar la dependencia y vulnerabilidad**, con especial atención al cuidado de su intimidad (ropa, higiene, exposición a terceros) y necesidades, y la información que le concierne confidencialidad).
- Deben **registrarse en la Historia clínica** tanto la indicación motivada como la aplicación y seguimiento de la medida, así como cualquier eventualidad que implique riesgos o la prolongación de esta.

Tiene unas indicaciones y unas contraindicaciones precisas y que son:

INDICACIONES

- Prevención o cese de **conductas disruptivas o inadecuadas** que puedan significar algún daño para el paciente o terceras personas y que no cedan ante otras medidas terapéuticas.

- **Riesgo de autolesión y suicidio** que no cedan con otras medidas.

CONTRAINDICACIONES

- Cuando se puedan usar otras medidas terapéuticas.
- Por orden de el/la médico/a de no contención mecánica.

Debe verificarse que la medida de contención puede evitar el daño, que no existe un medio menos restrictivo para conseguirlo, y que se esperan más beneficios que perjuicios de la aplicación de la medida.

Debe llevarse a cabo la contención mecánica de forma protocolizada, con personal específicamente entrenado, con material adecuado y con una actitud respetuosa y empática para la situación del paciente. Esto implica la existencia de un protocolo detallado que debe ser conocido por todo el personal asistencial susceptible de participar en el procedimiento. El procedimiento aplicado debe revisarse inmediatamente tras su aplicación para corregir cualquier inadecuación y para atender las vivencias del personal que participa en la medida.

El/la paciente en quien se aplica una contención mecánica debe recibir una atención continuada, protocolizada, que garantice su seguridad, así como el cuidado y la atención a sus necesidades psicofísicas. La restricción, puesto que vulnera la autonomía y la libertad de los/las pacientes, debe durar el tiempo imprescindible para conseguir sus objetivos.

Para minimizar la vulneración de la autonomía, el/la paciente debe, en la medida de lo posible, recibir información relativa al procedimiento, antes, durante y después de su aplicación y tener la oportunidad de manifestar sus vivencias y deseos, y que estos sean tenidos en cuenta. Esto mismo se aplica a la familia del paciente en caso de incapacidad de hecho.

Durante el periodo de contención debe extremarse el cuidado a las necesidades de la persona en contención, a fin de minimizar la dependencia y vulnerabilidad, con especial atención al cuidado de su intimidad (ropa, higiene, exposición a terceros) y necesidades, y la información que le concierne (confidencialidad).

Deben registrarse en la historia clínica tanto la indicación motivada como la aplicación y seguimiento de la medida, así como cualquier eventualidad que implique riesgos o la prolongación de esta.

Deben establecerse estrategias de supervisión (interna y externa) de los procedimientos, de revisión programada del protocolo y de formación continuada del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ardura Rodríguez P. El paciente agresivo y la conducta médica en el servicio de urgencias. Rev. NPunto; 2019. Vol. 2 (12).
- 2.- Gerencia de Emergencias Sanitarias, SACYL. Manual de actuación clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencias. En: Paciente agitado. Junta de Castilla y León; 2019. Vol.1: 470 - 471.
- 3.- Fund. Signo. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Abordaje de la agitación psicomotriz. Doc. de consenso; 2018. Vol 18 (1): 7.
- 4.- Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J et al. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias; 2009. 21: 121 - 132.
- 5.- Molina Nieto T, Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J et al. Agitación psicomotriz. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6ª ed. Elsevier; 2018: 400 - 402.
- 6.- Gallego Gómez JI, Fernández García N, Simonelli Muñoz AJ et al. Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias: revisión sistemática. An. Sist. Sanit Navar; 2021. Vol. 44 (1).
- 7.- Jiménez Murillo L, Montero Pérez J. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos. 6ª ed. Elsevier; 2018.
- 8.- Medimecum. Guía de terapia farmacológica. 25ªed. Ed. Springer Healthcare Ibérica; 2020.
- 9.- AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios); 2022.
- 10.- Servicio Extremeño de Salud. Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2005.
- 11.- García-Portilla González MP, Grande Fullana I. Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación. Doc. de consenso español. Fund. Esp. de Psiquiatría y Salud Mental. 1ª Ed; 2020.

2.5. USO DE FÁRMACOS ANTE LA CRISIS DE AGITACIÓN/AGRESIVIDAD EN UNA PERSONA //

María del Carmen Hernández Sáez *Médico de Familia. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*

El tratamiento farmacológico de una persona agresiva debe ser utilizado cuando las medidas previas no farmacológicas no han sido eficaces. Durante el tratamiento farmacológico, se deben continuar aplicando dichas medidas (contención verbal, adaptación ambiental...), reevaluando continuamente la situación.

El objetivo del tratamiento es tranquilizar al paciente y disminuir el riesgo de Agresión. Se le debe informar de la acción que se pretende llevar a cabo e intentar recabar su consentimiento. Este tratamiento debe ser **individualizado**, basado en las características de cada paciente (edad, antecedentes físicos y psíquicos, enfermedades y medicación actual, posible consumo de sustancias...), y el grado de agresividad que muestre.

Suele ser una situación urgente, por lo que el tratamiento debe de ser **rápido y efectivo** en un corto periodo de tiempo, consiguiendo tranquilizar al paciente con las **dosis más bajas posibles** de los fármacos que estén indicados en esa persona en concreto, y sin causarle daño.

Se recomienda comenzar el tratamiento con medicación por **vía oral (VO)** si el/la paciente colabora. Si no es posible, la vía intramuscular (IM) es empleada con más frecuencia debido a su rapidez de administración o también la vía endovenosa (IV), que es la más fiable en términos de absorción y rapidez de acción, pero con más riesgos cardiovasculares y respiratorios.

Actualmente sigue siendo tema de debate qué fármacos o combinación usar, o qué vía o dosis es la más efectiva. El fármaco ideal es el que consigue una rápida acción tranquilizante sin provocar una sedación excesiva, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con bajo riesgo de reacciones adversas e interacciones medicamentosas.

Los fármacos que han demostrado efectividad en mayor o menor medida son:

- **Antipsicóticos clásicos** administrados por vía oral o parenteral: Haloperidol, Droperidol, Clorpromazina y Zuclopentixol.
- **Antipsicóticos atípicos** orales o parenterales. Hay pruebas de efectividad de Olanzapina, Risperidona, Quetiapina, Aripiprazol y Ziprasidona.
- **Benzodiacepinas (BZD)**. Las más evaluadas son Lorazepam y Midazolam. Las BZD por vía IM tienen una absorción errática, y siempre es preferible su administración oral.

- **Tratamientos combinados** (p.ej. la combinación de BZD - Loracepam, Clorazepato o Midazolam - con Haloperidol ha demostrado ser más eficaz que cualquier fármaco en monoterapia en la agitación aguda grave o psicótica).

En el tratamiento farmacológico de la agitación aguda, debemos siempre tener en cuenta que:

- Debe evitarse la combinación de dos fármacos del mismo grupo. En cambio, es muy útil la utilización conjunta de fármacos de distinta clase.
- En personas de mucha edad, reducir las dosis (generalmente a la mitad).
- La experiencia con Antipsicóticos de segunda generación es más limitada.
- Considerar causas orgánicas subyacentes (a veces pasan desapercibidas).
- Evaluar la relación riesgo/beneficio antes de administrar cualquier fármaco (potenciales efectos adversos frente a eficacia traducida en disminución de la agresividad).
- Intentar obtener toda la información clínica posible antes de decidir el fármaco a utilizar (generalmente es difícil obtenerla del paciente, intentar conseguir la información a través de familiares o documentos clínicos).
- Intentar obtener parámetros vitales del paciente antes y durante el tratamiento (TA, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria...). En las frecuentes situaciones en que esto no es posible, se debe maximizar la observación clínica del paciente.

RELACIÓN DE FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS HABITUALMENTE

PACIENTE COLABORADOR: VÍA ORAL

		Nombre comercial	Dosis habitual	Inicio acción min.
ANTIPSIKÓTICOS	Haloperidol	Haloperidol®	10 - 30 gotas	20'
	Olanzapina	Zyprexa®	5 - 10 mg.	
	Risperidona	Risperdal®	2 - 4 mg.	días
BENZODIACEPINAS	Diazepam	Valium®	2 - 10 mg.	
	Lorazepam	Orfidal®	0.5 - 2 mg.	15' - 20'
	Clorazepato	Tranxilium®	15 - 50 mg.	15' - 20'
	Alprazolam	Trankimazin®	0,25 - 2mg.	45' - 90'
	Clonazepam	Rivotril®	2 - 4 mg.	

PACIENTE NO COLABORADOR: VÍA IM

		Nombre comercial	Dosis habitual	Dosis diaria máx.	Inicio acción min.	Observaciones
NLP (¹)	Haloperidol	Haloperidol®	2,5 - 5 mg. (½ - 1 amp.)	30 mg.	20'	Repetible cada 30', Extrapiramidalismo, acatisia, distonias
	Olanzapina	Zyprexa®	5 - 10mg. (1 amp.)	20 mg.	15' - 45'	Repetible a las 2 - 4 h. No combinar con BZD. No usar en intoxicación por sedantes ni etílica
	Ziprasidona	Zeldox®	10 - 20 mg. (½ - 1 amp.)	60 mg.	30'	Repetible a las 2 - 4 h. Puede ser necesaria monitorización ECG
	Aripiprazol	Abilify®	9,75 mg. (1 amp.)	30 mg.		Repetible a las 2 h.
	Clorpromazina	Largactil®	25 - 50 mg.		60'	Hipotensión, Extrapiramidalismo
	Levomepro- mazina	Sinogan®	20 mg.		60'	Control de TA a los 15' - 30'
BZD	Diazepam	Valium®	10 - 20 mg.		15' - 45'	
	Midazolam	Dormicum®	2,5 - 5 mg.		1' - 5'	Depresión respiratoria y cardíaca
	Clonazepam	Rivotril®	2 - 4 mg.			

Ver ANEXO 2. Tabla de medicación en pacientes con agitación. (¹) NLP: Neuroléptico

SEGURIDAD

Respecto a la seguridad del uso de los Antipsicóticos típicos en pacientes con agitación aguda, hay que destacar el riesgo de efectos extrapiramidales de todos ellos (especialmente con Haloperidol).

Los neurolépticos clásicos de baja potencia, como Levomepromacina y Clorpromacina (Sinogan® y Largactil®) son extraordinariamente sedantes. Presentan riesgo de hipotensión, disminución del umbral convulsivo, aspiración, efectos anticolinérgicos, alteraciones cardíacas y aumento de la confusión.

Los Neurolépticos atípicos como Olanzapina, la Risperidona o la Quetiapina inducen menos efectos extrapiramidales (útiles en la enfermedad de Parkinson), producen hipotensión (en menor medida con la Risperidona), ortostatismo (Quetiapina)...

Las BZD presentan más riesgo de somnolencia, amnesia, ataxia, desinhibición paradójica y, como efecto adverso grave, la posibilidad de producir depresión respiratoria sobre todo administradas por vía parenteral, por lo que solo se recomienda su uso cuando existan medidas que permitan el control de este potencial efecto. Contraindicadas en miastenia gravis e insuficiencia respiratoria o hepática severas. Antídoto: Flumazenil.

TRATAMIENTO SEGÚN LA CONDICIÓN SUBYACENTE A LA AGITACIÓN O A LA AGRESIVIDAD

A) En la agitación desencadenada por cuestiones situacionales, un agente estresante agudo, así como en las crisis de angustia, la administración de BZD por VO suele resolver el cuadro en las formas leves o moderadas.

B) En pacientes en los que la agitación pueda estar causada o agravada por consumo de tóxicos (abstinencia alcohol, opiáceos, intoxicaciones por estimulantes como Cocaína o Anfetaminas...) y formas mixtas, se deben utilizar BZD. Evitar, en estos casos, Neurolépticos que disminuyan el umbral convulsivo como el Haloperidol.

C) En pacientes agresivos/as en los que no podamos descartar un componente orgánico, el Haloperidol se considera por muchos autores el Neuroléptico de elección por su alta potencia, seguridad y eficacia. Las BZD, en general, deberán evitarse (aunque son de elección si sospechamos síndrome de abstinencia a opiáceos, a BZD o abstinencia alcohólica y en intoxicaciones por estimulantes o cuadros comiciales). En caso de que sea imprescindible su utilización, deben evitarse las de semivida ultracorta (excesivamente potentes) y larga (riesgo de acumulación y mayor confusión), debiéndose elegir, por tanto, las de vida media intermedia como el Loracepam (VO 1 ó 2 mg.).

La vía de administración se establecerá en función de la colaboración del paciente y la intensidad/urgencia del efecto. La dosis se ajustará según la edad del paciente, su patología de base y el grado de agitación que muestre. En general, en agitaciones moderadas que no acepten medicación oral, puede administrarse una ampolla de Haloperidol de 5 mg. y repetir cada 30 - 45 minutos hasta que se consiga la contención. El Haloperidol es un Neuroléptico potente pero escasamente sedante, por lo que puede ser más lento que si se utilizan BZD o Neurolépticos sedantes, pero es mucho más seguro.

D) En la agitación psicótica, hay gran variabilidad de recomendaciones en distintas guías y autores. En general, la vía de administración más recomendable para agitaciones leves o moderadas con una persona colaboradora es la vía oral. En principio puede usarse el mismo Neuroléptico que está tomando, pero conviene seleccionar el más adecuado en cada caso y en ocasiones es necesario añadir una BZD oral. En la práctica, ante casos severos, tanto la vía Oral como la IV son difíciles de aplicar por las características de estos/as pacientes. La vía IV, además, presenta más riesgos cardiorrespiratorios. La vía IM, aunque menos rápida y fiable que las anteriores, es la más segura. Se pueden emplear Neurolépticos clásicos incisivos (Haloperidol) en monoterapia o asociados a BZD. Y podemos añadir a estos Levopromacina (Neuroléptico sedante) en casos de más difícil control. La dosis de Haloperidol se puede repetir cada 30 - 45 min.

En la actualidad existen Neurolépticos atípicos con presentación para uso IM que disminuyen los efectos secundarios de los clásicos (Olanzapina, Ziprasidona, Aripripazol).

TRATAMIENTO SEGÚN LA INTENSIDAD DE LA AGITACIÓN Y EL GRADO DE COLABORACIÓN

1. Si se presenta agitación leve/moderada y el/la paciente acepta medicación oral, puede ser suficiente la administración de BZD como 2 - 5 mg. de Loracepam (2 comprimidos de Orfidal® o 1 comprimido de Idalprem® 5 mg.), sobre todo cuando la etiología de la agitación no es psicótica (angustia, histeria, reacción aguda, etc.) y no se sospecha consumo de alcohol.

2. Si la agitación es de origen psicótico y acepta la vía oral, pueden usarse:

- a. Olanzapina 10 - 20 mg. (existe presentación bucodispersable: Zyprexa velotab®).
- b. Risperidona 6 - 8 mg. (Risperdal solución®).
- c. Quetiapina 100 - 200 mg.
- d. Haloperidol (50 - 70 gotas)

3. En casos de agitación grave, y sobre todo si es de origen psicótico o maniaco, deben emplearse Neurolépticos a dosis elevadas (p. ej., 2 ampollas de Haloperidol como dosis de inicio) acompañados de BZD (10 mg. de Diacepam o 50 mg. de Cloracepato) y en función de la intensidad añadir 25 mg. de Levomepromacina (1 amp. de Sinogan®) o de Clorpromacina (1 amp. de Largactil®). Hay que tener en cuenta que el efecto

máximo de estos últimos se alcanza a las 4 ó 5 horas por lo que no debemos repetir dosis de estos. Sí puede repetirse la dosis de Haloperidol a los 45 minutos, ya que el efecto máximo de este se alcanza a los 30 - 40 minutos.

Actualmente se considera que los Antipsicóticos atípicos: Olanzapina, Risperidona, Quetiapina o Aripiprazol, serían tan efectivos como el Haloperidol en el tratamiento de la agitación psicótica aguda y, además, mejor tolerados.

4. En caso de pacientes que presenten una agresividad y hostilidad persistentes puede recurrirse a las presentaciones como Zuclopentixol acufase: Neuroléptico sedante, que con una dosis de 50 - 100 mg. IM (1 ó 2 ampollas de Clopixol Acufase®), inicia su acción en 2 horas y asegura la presencia de niveles plasmáticos durante unos 3 días.

Actualmente se dispone de formulaciones intramusculares de acción rápida de tres Antipsicóticos atípicos: Ziprasidona, Olanzapina y Aripiprazol, indicados para el tratamiento de la agitación aguda en este tipo de pacientes.

ABORDAJE FARMACOLÓGICO DE LA AGITACIÓN SEGÚN SU DIAGNÓSTICO

Ver ANEXO 3.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Correas Lauffer J, Ramírez García A, Chinchilla Moreno A. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Masson; 2003.
- 2.- Correas Lauffer J, Villoria Borrego L. El paciente agitado o violento. En: Manual de urgencias psiquiátricas. Elsevier. 2ª ed; 2010: 151 - 163.
- 3.- Chamorro García L. Guía de Manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2004.
- 4.- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Elsevier. 6ª ed; 2018.
- 5.- Machío Paloma C, Mata Sáenz B, Gómez Soler MR, Gordillo Urbano RM. Atención en urgencias de la agitación psicomotriz. En: Manual de urgencias en psiquiatría. SEDUP. 1ª ed; 2018: 191 - 205.

2.6. PREVISIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS SANITARIOS //

Sergio Manuel Garrido Cidoncha *Subdirector de Obras, Instalaciones y Equipamiento del SES*

Abordar por parte de la Administración Pública de una forma integral el problema de las Agresiones a los y las profesionales sanitarios, obliga a que se considere la realización de acciones dirigidas a la planificación desarrollo e implementación de medidas preventivas que eviten la aparición de estas. Entre los diferentes aspectos que ello conlleva, cobra una especial importancia la previsión de una serie de medidas a nivel de los propios Centros Sanitarios que ayuden a que los mismos se conviertan en espacios seguros en los que profesionales sanitarios y las personas usuarias del Sistema Sanitario puedan interactuar con mayor seguridad.

Estas medidas se articulan en tres niveles:

1. A nivel de la introducción de elementos y dispositivos intrínsecos de seguridad:

1.a. Medidas de seguridad pasivas.

1.b. Medidas de seguridad activas.

2. A nivel de la estructura del mismo Centro Sanitario.

3. A nivel de la dinámica de funcionamiento y desarrollo de la propia consulta.

1. MEDIDAS A NIVEL DE LA INTRODUCCIÓN DE ELEMENTOS Y DISPOSITIVOS INTRÍNSECOS DE SEGURIDAD

Se considera fundamental por parte de la Administración Sanitaria el disponer de determinados elementos y dispositivos de seguridad en los Centros Sanitarios, en función del análisis efectuado y la determinación del riesgo obtenido. Así distinguimos la consideración, en general, de dos tipos de medidas de seguridad:

1.a. MEDIDAS DE SEGURIDAD PASIVAS

• Botón Antipánico

Es un dispositivo situado al alcance de los/las profesionales sanitarios/as en su puesto de trabajo.

Existen diferentes posibilidades técnicas en este sentido, pero en general se acciona bien por contacto o bien a través de la pantalla del ordenador.

Su finalidad fundamental y principal es provocar la activación de una señal que

active la reacción de otros profesionales, Vigilante de Seguridad y FFCCSE, según se tenga previamente planificado.

- Software antipánico en los ordenadores

Es una versión específica de Botón Antipánico. Consiste en la combinación de una serie de teclas que activan una alarma silenciosa. La misma alerta puede desactivarse mediante otra combinación de teclas. Al activarse la alerta se provoca la reacción y la actuación de otros/as profesionales previamente planificada.

- Sistema de alerta móvil

Se procurará que aquel personal sanitario en aviso de urgencias en domicilio o vía pública en los casos que así se determinen, y en los Centros que tengan la clasificación de riesgo alto o muy alto, cuenten con un dispositivo de alerta que les brinde protección. En general se realizará a través de la Pulsera Antipánico.

- Pulsera Antipánico

Se trata de un geolocalizador y comunicador móvil en formato pulsera. Este dispositivo permite la geolocalización del profesional sanitario en cualquier momento y del mismo modo realizar llamadas/comunicaciones para informar de cualquier emergencia y solicitar ayuda.

- El Sistema ALERTCOPS

Es un servicio de alertas de seguridad ciudadana que las FFCCSE ponen a disposición de la ciudadanía para atenderle en situaciones de riesgo o peligro.

Es gratuita, para dispositivos móviles, y permite enviar alertas con videos e imágenes al Centro Policial más cercano, así como comunicarse vía chat de forma directa. También realiza llamadas y alertas geoposicionadas.

Se trata de un canal directo, discreto y muy eficaz para poder comunicarse con las FFCCSE. Posee un “botón SOS” al que suele tener acceso dos colectivos:

- a) profesionales sanitarios.
- b) víctimas de violencia de género.

De esta forma ante una situación de necesidad, si la víctima **pulsa de forma repetida el botón SOS (cinco veces en menos de seis segundos)**, el sistema remitirá una alerta de forma automática al Centro Policial más cercano. De forma adicional se

grabarán diez segundos de audio que se envían de forma anexa a la alerta. Todo ello sin acceder a la app ya que este botón estará accesible desde la pantalla de inicio de su móvil.

Para poder utilizar el botón SOS el/la profesional sanitario deberá estar registrado en el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

- Cámaras de vigilancia

Se dispondrán especialmente en los puntos críticos detectados en el Centro Sanitario.

- Carteles de Aviso

Se situarán en la entrada del Centro y en los lugares comunes, recordando que, ante cualquier actuación ilícita contra los/las profesionales de un Centro o establecimiento sanitario, se cursará la pertinente denuncia por la vía penal haciendo hincapié en las consecuencias que conlleva para quien la comete la Agresión a un/a profesional sanitario (ANEXO 8).

1.b. MEDIDAS DE SEGURIDAD ACTIVAS

- Vigilantes de Seguridad

Su disposición debe ser indicada de forma individual según la clasificación de riesgo obtenida por el Centro Sanitario.

En cualquier caso, en los Hospitales deberá garantizarse un personal mínimo de Seguridad.

- FFCCSE

Policía Nacional y Guardia Civil según su distribución competencial definida.

Se debe garantizar el disponer del número de contacto inmediato con los mismos, así como la colaboración estrecha entre los Interlocutores Policiales.

2. MEDIDAS A NIVEL DE LA ESTRUCTURA DEL CENTRO SANITARIO

- Detectar los puntos “críticos” en los Centros, especialmente aquellos en que por su actividad concurren un mayor número de personas.

- Mantener condiciones adecuadas de iluminación, climatización y nivel de ruido en el interior del Centro.

- Procurar que las salas de espera contengan un número de **asientos suficientes**.
- Disponer de una **señalización visible y comprensible** que favorezca la orientación de las personas usuarias en el interior del Centro.
- Disponer en la medida de lo posible, y al menos en todo caso en aquellos Centros y Consultorios que sean de nueva creación, de **consultas que estén interconectadas entre sí**.
- aconsejar **distribuir el mobiliario de la consulta** de manera que se permita la salida del personal sanitario, y que pudiera ofrecer un obstáculo entre el mismo y el/la potencial agresor/a.
- Disponer la **puerta de salida lo más próxima al profesional**, o en su defecto, establecer una posible vía de emergencia ante la situación crítica.
- Eliminar de la consulta los **elementos contundentes** que pudieran ser un arma de ataque en determinadas circunstancias.
- **Limitar el acceso de las personas usuarias** a determinados espacios, en especial a los destinados al personal.

La responsabilidad en la implementación de estas medidas en el Centro Sanitario será de la Subdirección del SES que tenga atribuida la seguridad en los Centros Sanitarios, junto a la propia Dirección del Centro, quienes determinarán en cada momento las acciones y personal que las realizará.

3. MEDIDAS A NIVEL DE LA DINÁMICA DE FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO DE LA PROPIA CONSULTA

- Planificar horarios de consulta **evitando trabajar de forma aislada**, procurando la presencia y suficiencia de profesionales en todas las franjas horarias.
- Establecer **criterios de actuación comunes** entre profesionales del Centro ante situaciones de especial complejidad. Lo idóneo sería dar siempre la misma respuesta ante la formulación de la misma petición por parte del usuario/a y en todos los niveles (Administración, derivación a especialidades médicas, emisión de bajas laborales, dispensación de fármacos...)
- Unificar los **criterios de llamada** a la consulta.
- Gestionar adecuadamente las **visitas domiciliarias** en especial ante la previsión de

conflictividad (pacientes con problemas psiquiátricos, antecedentes de agresividad, retraso en el tiempo de respuesta, pacientes drogodependientes...)

- **Coordinación con FFCCSE:** si está prevista una visita o un desplazamiento que pudiera resultar conflictivo en su ejecución, se recomienda avisar del mismo previamente a su realización.
- En el caso de pacientes ingresados/as o bien en Urgencias Hospitalarias (que permanezcan ingresados en Observación), establecer claramente **el lugar y la periodicidad** con la que se va a transmitir la **información a la familia**.

La responsabilidad en la implementación de estas medidas en el Centro Sanitario será de **los/las profesionales sanitarios** bajo la supervisión de la Dirección del Centro quien determinará en cada momento las acciones y personal que las realizará.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Servicio Andaluz de Salud. Guía de diseño de Centros de Atención Primaria. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía; 2009.
- 2.- León Santiago F, Torres León AB. Recomendaciones técnicas para la prevención de agresiones al personal sanitario; 2021.
- 3.- Servicio Andaluz de Salud. Plan de Prevención y Atención frente a Agresiones a Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía; 2021.
- 4.- Servicio de Salud de la Islas Baleares. Plan Integral de prevención de las Agresiones en el ámbito sanitario público de las Islas Baleares; 2020.
- 5.- Servicio Canario de Salud. Plan de Prevención de las agresiones a los trabajadores del Sistema Canario de Salud. Gobierno de Canarias; 2017.
- 6.- Alonso Gómez M, Alonso Quintana MA, Armona Aquerreta JM, Cardeñoso Herrero R, Cayón de las Cuevas J, Cobo Castro T. et als. Plan de Prevención y Atención ante incidentes violentos en el ámbito sanitario público de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria; 2014.
- 7.- Servicio Murciano de Salud. Plan de Prevención de las Agresiones a los profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia. Protocolo Marco de Actuación en Centros de Atención primaria. Consejería de Sanidad. Región de Murcia; 2008.
- 8.- Instrucción nº4/2018 de la Directora General de Osakidetza por la que se establece el Protocolo de Actuación ante situaciones de violencia en el trabajo y se crea la comisión Corporativa para la Resolución de Conflictos. Osakidetza. Departamento de Salud. Gobierno Vasco; 2018.
- 9.- Protocolo de Actuación frente a la violencia en el trabajo en los Centros dependientes del INGESA, en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla y Centro Nacional de Dosimetría en Valencia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018.

2.7. DETECCIÓN DE SEÑALES QUE INDICAN UNA POSIBLE AGRESIÓN.

FORMAS DE ACTUAR ANTE LAS MISMAS //

José Antonio Borrallo González *Interlocutor Policial Sanitario C.N.P. Provincia de Badajoz*

Ángel Gutiérrez Estébanez *Interlocutor Policial Sanitario C.N.P. Provincia de Cáceres*

“Si las situaciones de conflicto y de riesgo de Agresión no se reconocen, no es posible reconducirlas y actuar anticipadamente”.

El personal sanitario no ha sido entrenado para defenderse o responder ante una situación potencialmente agresiva hacia su persona, pues esto no responde a su naturaleza ni a su razón de ser. Con carácter general, llegado el caso de asistir a una situación violenta, el/la profesional debe saber observar **la comunicación no verbal del individuo**, pues existen algunos signos y manifestaciones corporales que indican que la Agresión puede producirse en cualquier momento, como son:

- Los cambios del tono de voz.
- La actitud contenida.
- La situación de sus manos.
- La mirada fija sin parpadeo con fijación de la cabeza.
- La presencia de palidez, sudoración, inquietud motora.
- La repetición de frases ...

En esas condiciones, la atención y la precaución del profesional sanitario que se ve en este contexto, deben ser máximas por lo que se han de tomar siempre las medidas preventivas necesarias para que la Agresión no suceda.

El/la profesional sanitario debe, en todo caso, al advertir la presentación de las mimas:

- **Mantener el equilibrio emocional** y no responder a la provocación: evitar el choque directo con el paciente.
- **Contestar con corrección**, en tono afable y empático en la medida de lo posible.
- **No mostrar temor en ningún momento**, pero tampoco adoptar una actitud desafiante.
- **Dejar hablar y reconocer las posibles deficiencias personales** y/o de la Organización, sin minimizar la crítica ni rechazar de entrada la petición del paciente/acompañante en actitud agresiva, pero sin proponer acciones o pactos que no se puedan cumplir.

- **Evitar el contacto físico** y el exceso de proximidad.

Pueden emplearse en ese sentido, dos técnicas:

- **La Empatía**, que es la capacidad para comprender emociones o sentimientos de otra persona. Es una prevención eficaz de situaciones enojosas y es posible emplearla incluso cuando estas se producen. No significa en absoluto aceptar la agresividad del paciente.
- **El Señalamiento**, que consiste en hacer evidente al consultante su actitud o conducta incorrectas.

Lo correcto sería comenzar empleando la primera de las técnicas para que, en el momento que sea posible, comenzar con el empleo de la segunda. Del empleo simultáneo de estas técnicas, junto con el autocontrol del propio profesional, dependerá su habilidad para no responder con agresividad a la agresividad que recibe.

El/la profesional sanitario debe saber dirigirse al paciente con serenidad, adoptando una postura más de tipo proteccionista que no de tipo autoritaria, siempre sin provocar, ni caer en la provocación y desde luego sabiendo escuchar, porque lo habitual es que el/la paciente o la persona que genera la situación violenta suela responder a un contacto interpersonal no provocativo, reconduciéndose así la situación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Redorta J. Manual para la Gestión y Resolución de conflictos. 2000. ISBN: 978 - 84 - 18 - 08915 - 2.
- 2.- Munduate L, Medina Díaz F. Gestión del conflicto: Negociación y Mediación; 2005. ISBN: 84-368-1924-1. 2005.
- 3.- Alzate Sáez de Heredia R. Análisis y Resolución de Conflictos. Una perspectiva Psicológica. Bilbao: Serv. Ed. Universidad del País Vasco; 1998.
- 4.- Lederach JP. El Proceso de Mediación. Métodos Prácticos para la Resolución de Conflictos; 1992.
- 5.- Moore C. Enredos, Pleitos y Problemas. Una guía práctica para ayudar a resolver conflictos. Guatemala; 2010.

2.8. TÉCNICAS Y CONSEJOS DE AUTOPROTECCIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS //

José Antonio Borrallo González *Interlocutor Policial Sanitario C.N.P. Provincia de Badajoz*

Ángel Gutiérrez Estébanez *Interlocutor Policial Sanitario C.N.P. Provincia de Cáceres*

Se hace imprescindible contar con un **Plan prediseñado para afrontar eventuales situaciones violentas**, lo cual contribuirá a que el personal sanitario no se vea desbordado cuando se produzcan. También minimizará los riesgos de Agresión. Por todo ello te recomendamos:

1. Configures tu lugar de trabajo.

- **Disponer de vías de salida abiertas**, pues así se facilitará la huida durante un incidente violento.
- Establecer una **distribución del mobiliario** basada en la seguridad.
- Retirar del alcance de pacientes y otras personas usuarias los **objetos arrojadizos** y/o susceptibles de ser utilizados como arma improvisada por el agresor/a.

2. Conozcas e interiorices los métodos para pedir auxilio.

- Tener operativas y a mano las **herramientas de petición de ayuda**: teléfono del Servicio de Seguridad, sistemas de aviso discreto (Botón Antipánico), la aplicación ALERTCOPS y el teléfono 091 de la Policía Nacional. Esta sencilla medida aumentará la capacidad de reacción cuando se tenga que pedir ayuda.

CONSEJOS Y FORMA DE ACTUAR DEL PROFESIONAL ANTES DE LA LLEGADA DE LOS FFCCSE AL CENTRO SANITARIO

Si se inicia la Agresión, **nunca te enfrentes a personas armadas**. No te dejes arrinconar, **huye del foco de la Agresión**, grita, pide ayuda, llama o pide que llamen al Vigilante de Seguridad y a las FFCCSE.

Después de la Agresión, si aún no llamaste a las **FFCCSE, hazlo sin demora**. La patrulla más cercana acudirá al lugar de la Agresión en pocos minutos, y te atenderán de forma discreta y reservada, informándote de los pasos a seguir. Hablarán con los testigos, que aportarán su testimonio y recogerán posibles pruebas. Identificarán a la/s persona/s autora/s, y en su caso, procederán a su detención. Dejarán una nota informativa sobre lo ocurrido en la Comisaría/Puesto de la Guardia Civil, donde quedarán a la espera para atenderte personalmente cuando presentes tu denuncia.

Es importante denunciar. Sé consciente de la importancia que tiene el hecho de denunciar. La denuncia es fundamental como primer medio para persuadir a aquellas

personas que consideran que su derecho a recibir un servicio sanitario de calidad les ampara en la trasgresión de normas penales.

Las conductas violentas, aunque no lleguen a la Agresión física, **no deben permitirse en ningún caso** puesto que rompen algo tan básico como es el vínculo de confianza que siempre debe existir en la relación sanitario-paciente, fundamental para la consecución de los objetivos de la relación clínica. Además, esa conducta agresiva, si no es sancionada como se merece, puede influir en que el/la médico ceda ante el/la paciente, cayendo en el pacto de silencio lo cual es una actitud inaceptable pues constituye una mala praxis de la medicina y un perjuicio para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

El objetivo de las denuncias es **visibilizar una situación que se vive en las consultas**, y que no se debe normalizar por parte de los/las profesionales, sino que ha de ser denunciada a través de los canales reglamentarios con el fin de poder atajarla.

La importancia de denunciar cualquier caso de Agresión que sufran los/las profesionales sanitarios, radica en que va a servir, además, **para tener un Registro** con los datos contabilizados y, en base a ello, y a través de exhaustivos análisis de los casos denunciados, elaborar unas sencillas pautas preventivas que ayudaran a los/las profesionales a minimizar riesgos en su entorno laboral y a reconducir situaciones violentas, salvaguardando su integridad. Recuerda además que, desde la modificación del Código Penal en el año 2015, el/la sanitario en el ejercicio de su función pública, y motivado por su condición de sanitario, **está considerado como AUTORIDAD**, por lo que las Agresiones al personal sanitario conllevan sanciones económicas, así como penas de prisión de entre seis meses y tres años. En este escenario nos encontramos además con delitos que, si bien son públicos, el testimonio, la afectación y la posterior ratificación de la víctima va a ser fundamental para poder proceder a su persecución.

Como en cualquier otro ámbito de la convivencia en sociedad, para garantizar el cumplimiento de la norma es imprescindible el respeto a la misma, y para que esto se dé, hay quienes solo se ven persuadidos a no transgredir la misma por las consecuencias negativas de sus acciones. Es así fundamental que se tenga conocimiento en la sociedad de lo que conlleva la realización de este tipo de Agresiones, y **para poder llegar a una sanción**, bien sea por vía administrativa o judicial, el primer paso fundamental es el de la denuncia.

También recuerda que, a la hora de interponer la correspondiente denuncia, es recomendable que el/la profesional agredido/a no indique su dirección particular y en cambio

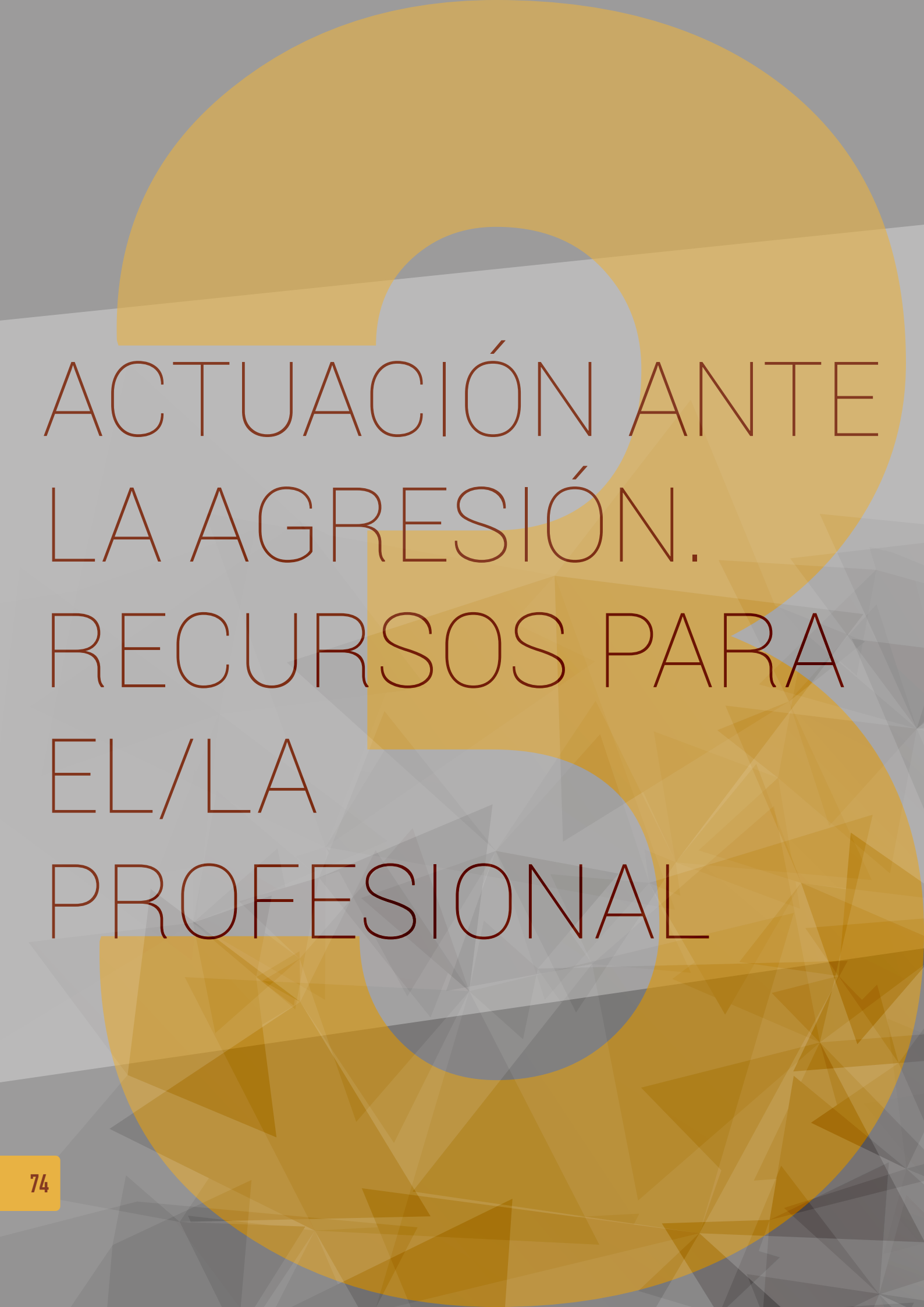
consigne como domicilio a efectos de notificaciones, la Dirección del Centro Sanitario al que pertenezca. En caso de estar colegiado/a también puede optar por indicar la dirección de su Colegio Profesional.

“La solución a este problema no está en una sola actuación, sino en un conjunto global de acciones y medidas, dando a todas ellas el respaldo jurídico necesario.”

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Munduate L, Medina Díaz F. Gestión del conflicto: Negociación y Mediación; 2005. ISBN: 84 - 368 - 1924 - 1. 2005.
- 2.- Alzate Sáez de Heredia R. Análisis y Resolución de Conflictos. Una perspectiva Psicológica. Bilbao: Serv. Ed. Universidad del País Vasco; 1998.
- 3.- Martínez León M, Queipo Burón D, Martínez León C, Torres Martín H. Aspectos médico-legales de las agresiones al personal sanitario y su consideración como delito de atentado. Rev. Sideme; 2010 (5).





ACTUACIÓN ANTE LA AGRESIÓN. RECURSOS PARA EL/LA PROFESIONAL

3.1. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE LOS/LAS PROFESIONALES ANTE UNA POSIBLE AGRESIÓN. LA ACTUACIÓN DEL SANITARIO EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.

EL DIAGRAMA DE FLUJO DE LAS ACTUACIONES //

José Luis Vicente Torrecilla *Médico de Familia. Director General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales*

Con carácter general, ante una posible situación de Agresión inminente **lo primero que tiene que hacer el/la profesional sanitario es PEDIR AYUDA**, bien de otros/as profesionales que le ayuden a controlar la situación y que pueda servir de testigo de lo que está ocurriendo, o bien del personal Vigilante de Seguridad en el caso de que se disponga de este en el Centro.

Preferiblemente lo hará **discretamente**, si es posible, haciendo uso de los sistemas de seguridad a su alcance (bien mediante Botón Antipánico o bien mediante combinación alfanumérica del teclado del ordenador), o si no fuera posible, actuará primero amparándose en elementos mobiliarios que sirvan de barrera alejándolo de la persona agresora y en el momento que le sea posible, abandonar la sala en que se encuentran, gritando si es preciso para pedir ayuda.

Si el incidente ocurre durante la atención domiciliaria, el/la sanitario debe comunicar su situación a la Sala del CCU-112, valorarán la situación, y garantizando el principio superior de la salud inmediata y la vida del paciente y si no se le indica lo contrario saldrá del domicilio, volviendo a su Centro Sanitario y comunicando el incidente sufrido al responsable del Centro al que pertenece, quien se encargará junto a la Sala del CCU-112 de garantizar tanto la asistencia solicitada como la protección del profesional.

Ante la identificación de una posible situación conflictiva en la interacción del profesional sanitario y su paciente, o bien familiar o acompañante del mismo, el personal sanitario ha de valorar el riesgo o peligro para él/ella percibido aplicando en su manejo, los conceptos y las habilidades contenidas en esta Guía para profesionales, y en cualquier caso mantener como **líneas maestras en su respuesta los siguientes aspectos:**

- Mantener el equilibrio emocional y **no responder a la provocación**.
- Contestar con corrección, en **tono afable y empático** en la medida de lo posible.
- **Dejar hablar y reconocer las posibles deficiencias** personales y/o de la Organización, sin minimizar la crítica ni rechazar de entrada la petición del paciente/acompañante en actitud agresiva, pero sin proponer acciones o pactos que no se puedan cumplir.
- **Evitar el contacto físico** y el exceso de proximidad.

Si la persona agresora tuviera un **arma blanca o de fuego**, se deberán seguir las indicaciones de esta hasta que se pueda recibir ayuda por parte de otros profesionales, que darán aviso urgentemente a las FFCCSE. En todos los casos:

- Se alertará a las **FFCCSE** y se les solicitará que se personen en el Centro/Servicio donde ocurren los hechos.
- Se comunicará inmediatamente lo ocurrido a la **Dirección/Coordinación del Centro** quien en función del hecho valorará la gravedad del mismo y decidirá si se persona en el Centro Sanitario, en el caso de que este/a no estuviera en el mismo.

No obstante, **el/la profesional responsable del Centro Sanitario se personará** en todos los casos en los que se produzcan lesiones físicas, en incidentes graves o cuando el/la profesional sanitario agredido/a requiera asistencia sanitaria. Este/a garantizará mediante las medidas oportunas, la continuidad en la actividad asistencial que se venía desarrollando a la vez que se ocupará de la atención y la asistencia inmediata del profesional agredido, contactando asimismo con el **Profesional Guía de la Gerencia de Área**.

- De violencia física o no física ejercida por una persona usuaria contra un profesional sanitario, se efectuará un **Parte de Lesiones** que se remitirá **al Juzgado** competente.
- Salvo que el/la profesional sanitario decida personalmente no realizar más acciones ulteriores, se indicará la **interposición de una denuncia**, ante la Guardia Civil, Policía o Juzgado.
- Se facilitará a las FFCCSE toda **evidencia o prueba** admisible en Derecho, que acredite los hechos acontecidos a efectos de que las FFCCSE puedan valorar la presencia de posibles infracciones de la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo de Protección de Seguridad Ciudadana.

En este orden, se hace importante recoger datos provenientes de testigos presenciales en relación a lo acontecido, al igual que recoger imágenes gráficas de posibles desperfectos y de utensilios utilizados en la Agresión, imagen de lesión física etc.

Si las FFCCSE, bien mediante su presencia al haber sido requerida la misma, o bien a través de los medios de prueba admitidos en Derecho que se les faciliten, advirtieran posibles infracciones de la Ley Orgánica 4/2015 de 30 de marzo, de Protección de la Seguridad Ciudadana, **cursarán la correspondiente denuncia** a los efectos de tramitación de los procedimientos sancionadores que en su caso correspondieran.

Asimismo, según lo dispuesto en el artículo 61 de la Ley 39/2015, a través de una petición razonada por parte de la Gerencia del Área correspondiente a las FFCCSE, se podrá solicitar a las mismas la apertura de una investigación de los hechos y de aquellas conductas acaecidas que pudieran constituir una infracción administrativa.

- En cualquier caso, **se deberá cumplimentar la Hoja/Modelo de Registro del Incidente/Agresión (ANEXO 4)** la cual se remitirá por la persona responsable del Centro Sanitario a la Gerencia del Área correspondiente para su conocimiento y registro, y desde donde a su vez, el responsable designado por la Gerencia de Área (Profesional Guía), la enviará al Observatorio Extremeño para la Prevención y Vigilancia de las Agresiones sanitarias, a efectos de estudio análisis y planificación de futuras medidas preventivas y de actuación.
- Todo el procedimiento se desarrollará salvaguardando en cada momento los principios básicos de **intimidad y confidencialidad** del profesional que ha recibido la Agresión.
- En caso de requerir asistencia sanitaria inmediata, el/la profesional sanitario que ha recibido la Agresión será trasladado/a a un Servicio de Urgencias para su atención, realizándose el **Parte de Lesiones** que se adjuntará a la correspondiente denuncia. Será acompañado por el/la Profesional Guía designado en el Área o en su defecto por el/la responsable del Centro.
- El Profesional Guía deberá contactar y responsabilizarse del **acompañamiento del profesional sanitario en las primeras 24 horas** tras la Agresión, responsabilizándose de todos los aspectos referidos en el presente Plan en su apartado correspondiente.
- En función de lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 11/2015 de Autoridad de profesionales del Sistema Sanitario Público (SSP) y Centros Sociosanitarios de Extremadura, ante los casos de Agresión en el SSP donde quede constatada una alteración de la relación profesional sanitario-paciente, **la Inspección de Servicios Sanitarios** intervendrá haciendo uso de la facultad de cambio del ciudadano/a de cupo médico, en los términos establecidos en la legislación vigente.

ACTUACION DE LOS/LAS PROFESIONALES SANITARIOS EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Las intervenciones y actuaciones del personal sanitario en la **vía pública, establecimientos o lugares de ocio y en algunos avisos a domicilio** de pacientes, implican o conllevan en algunas ocasiones un mayor riesgo en cuanto a la posibilidad de asistir a una situación que ponga en compromiso la integridad o la seguridad del Equipo Sanitario.

De esta manera ante:

- Intervenciones en **locales o zonas de ocio** que se prevean conflictivas: discotecas, áreas de diversión nocturna o con consumo de alcohol.
- Intervenciones en **domicilios, en la vía pública o en lugares públicos** con posible situación de riesgo: atención a intoxicados por drogas o alcohol, intentos de autolección, situaciones de violencia entre personas, atención a pacientes psiquiátricos.
- **Avisos de asistencia efectuados en tono amenazante** o agresivo, demandando asistencia inmediata a un domicilio o lugar determinado.
- **Avisos donde se prevea un posible retraso** en la asistencia secundario a una demanda coincidente de atención sanitaria por el mismo Equipo asistencial.

En estas circunstancias, sin demorar la asistencia y siempre que ante todo esté salvaguardado el principio superior de la salud inmediata y la vida del paciente, el/la responsable de la guardia en el Centro Sanitario junto al personal sanitario de guardia en la Sala del CCU-112, **realizarán a la mayor brevedad posible la valoración inicial del riesgo**, activándose de inmediato el Equipo Sanitario a la vez que se indica, si así lo estiman, la presencia de FFCCSE en el lugar determinado.

En caso de gestión inicial del aviso de asistencia por parte de la Sala del CCU-112, será el personal sanitario de guardia en el mismo quien realice una primera valoración del riesgo de Agresión y a continuación contacte con el Equipo Sanitario implicado actuando de forma idéntica a lo referido en el párrafo anterior.

Ante la sospecha o la confirmación de riesgo o peligro físico grave para el/la profesional sanitario, y en caso de que las FFCCSE no estuvieran presentes en el lugar tras haber sido solicitadas, el /la sanitario o en su caso los integrantes del Equipo Sanitario (ES) comunicarán el hecho a la Sala del CCU-112 y seguirán sus instrucciones.

Si llegado el caso, en función del riesgo grave, objetivo y evidente contra la integridad física de los y las profesionales del Equipo Sanitario, estos se vieran forzados a abandonar el lugar en el que se encuentren, se hará garantizando la salud y la vida del paciente, comunicando dicho hecho al CCU-112 y cumplimentando el **Modelo de Registro de Incidencia en el lugar de la asistencia por motivo de situación de riesgo para la integridad del Equipo asistencial (ANEXO 5)**.

ACTUACIÓN EN CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TRASLADOS SANITARIOS

1. Si durante el traslado de un/a paciente en ambulancia, esta persona manifestara la intención de salir del vehículo, y, por lo tanto, de no llegar al destino programado, los/las profesionales sanitarios actuarán de la siguiente manera:

- a) Los/las sanitarios **valorarán la situación clínica y el riesgo para la salud** del paciente que rechaza ser trasladado/a, intentando mediante el **diálogo** convencerle sobre la importancia de llegar al destino sanitario decidido.
- b) Si el/la paciente, tras las explicaciones recibidas, persistiera en la negativa a ser trasladado/a, el Equipo Sanitario **se pondrá en contacto con la sala del CCU-112 y comunicarán el hecho**. Se respetará su voluntad procurando que la salida del vehículo no suponga un riesgo para su integridad (evitar su salida en una carretera, autovía...) buscando un espacio donde puedan circular peatones.
- c) En cualquier caso, se realizará un **informe de asistencia** reflejando la circunstancia sobrevenida y firmando el paciente el **Alta Voluntaria** en el mismo.
- d) Por parte del profesional sanitario del Equipo, responsable del traslado, se realizará la notificación del hecho al Juzgado de Guardia.

2. Ante la posibilidad de tener que realizar por parte del Equipo Sanitario el traslado involuntario de una **persona NO colaboradora**, agitada o bien que no esté agitada, pero con riesgo de agitación durante dicho traslado, el mismo se realizará **previa coordinación con la sala CCU-112** y en cualquier caso **acompañados de FFCCSE** y siempre según lo dispuesto en el **Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental** vigente. En cualquier caso, se realizará **notificación al Juzgado de Guardia**.

ACTUACIÓN ANTE EL SUPUESTO DE QUE EL/LA PACIENTE Y/O SU ACOMPAÑANTE IRRUMPA EN EL CENTRO SANITARIO Y SE NIEGUE A ABANDONARLO

En este caso, se avisará con carácter inmediato a las FFCCSE en el conocimiento de que en el **art. 203 del Código Penal** - Ley Orgánica 10/95 de 23 de noviembre - se regula el allanamiento de morada en domicilios de personas jurídicas, y concretamente en su apartado tercero, se señala que “será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, el que con violencia o intimidación entrare o se mantuviere contra la voluntad de su titular en el domicilio de una persona jurídica pública o privada, despacho profesional u oficina, o en establecimiento mercantil o local abierto al público.”

Ha de indicarse en lo que a la actividad sanitaria se refiere, y pensando en el supuesto genérico de una consulta médica en la que el/la paciente y sus acompañantes irrumpen en la misma o se niegan a abandonarla, que **han de existir los siguientes requisitos para que se pueda considerar la concurrencia de delito**:

- **Entrar sin autorización, o negarse a abandonar**: Es el caso cuando no se tiene cita previa o cuando teniéndola no se accede a abandonar el Centro o la consulta hasta que no se le prescriba, atienda o realicen pruebas en la forma que el paciente considera adecuada.

- **Violencia o intimidación:** El ejercicio de la fuerza física o la concurrencia de una amenaza que produzca en el sanitario temor a sufrir un mal. Se requiere una actividad, no siendo suficiente la mera actitud pasiva o de resistencia para abandonar la consulta ante la cual se aplicaría la Ley Orgánica 4/2015, art. 37. 7.
- **Despacho profesional en horas de apertura al público:** la entrada al establecimiento sanitario o a la consulta debe producirse en su horario de apertura al público. Fuera de estos horarios se estaría a lo previsto en los apartados 1 y 2 del citado artículo 203 del Código Penal.

EL DIAGRAMA DE FLUJO DE LA ACTUACIÓN EN LAS AGRESIONES SANITARIAS

Con carácter general las actuaciones a realizar ante una Agresión Sanitaria seguirán la sistemática referida en el **ANEXO 6**.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Altemira M, Arteaga A. Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. Enfermería Clínica; 2017.
- 2.- García-Herrera Pérez-Bryan JM, Nogueras Morillas EV. Guías de Autoayuda. Aprenda a controlar la irritabilidad. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. 2011.
- 3.- Ruiz Pérez I, Agüera Urbano C, Pastor Moreno G, Pérez Corral O, Suess Schwend A. Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2020.
- 4.- Ferro Veiga JM. Violencia al personal sanitario. 1ª ed. Jaén: Formación Alcalá; 2012.
- 5.- Sanidad de Castilla y León. Protocolo de actuación frente a las agresiones para los profesionales del SACYL. Junta de Castilla y León; 2017.

3.2. LA IMPORTANCIA Y LA FORMA DE DENUNCIAR //

Francisco Méndez Espinosa *Interlocutor Policial Sanitario. Guardia Civil. Provincia de Badajoz*

Es importante denunciar.

Se debe ser consciente por parte de los y las profesionales sanitarios de la importancia que tiene el hecho de denunciar. **La denuncia es fundamental como primer medio para persuadir a aquellas personas que consideran que su derecho a recibir un servicio sanitario de calidad les ampara en la trasgresión de normas penales.**

La interposición de la denuncia se configura como el elemento decisivo para la erradicación de los episodios violentos en el desempeño profesional de los/as profesionales sanitarios/as. El objetivo de la misma es visibilizar una situación que se vive en las consultas, y que no se debe normalizar por parte de los profesionales, sino que ha de ser denunciada a través de los canales reglamentarios con el fin de poder atajarla.

Se debe procurar presentar esa denuncia, siendo para ello importante que el/la profesional pueda contar con el **debido asesoramiento y orientación jurídica** a los efectos de afrontar un acto para el que ningún profesional sanitario recibe formación previa.

La presentación de denuncia, bien ante las FFCCSE, o bien ante el Juzgado de Guardia que corresponda, **dará el inicio a la instrucción de un procedimiento judicial** encaminado a esclarecer los hechos y si estos pueden enmarcarse dentro de alguno de los tipos previstos en el Código Penal.

El contenido que deberá figurar en la denuncia que se interponga, deberá consistir en el **relato detallado de los hechos, la fecha y el lugar del incidente**, haciendo constar con literalidad las expresiones amenazantes, vejatorias o injuriosas, describiendo la situación violenta que se ha sufrido, así como en su caso las lesiones, aportando el Parte de Lesiones o la documentación que se considere que apoya los hechos que se describen.

De igual forma, **deberá identificarse a la persona agresora** si se conoce o bien facilitar los datos de que se disponga y que ayuden a su identificación. Asimismo, si los hubiere, se indicará en la denuncia la identificación de testigos **(ANEXO 7)**.

En el **Plan de Prevención, Actuación y Atención a profesionales del Sistema Sanitario Público (SSP) de Extremadura frente a las Agresiones**, se indica que el SSP prestará asesoramiento, orientación y asistencia jurídica a los/las profesionales que así lo demanden y que el Profesional Guía será la figura responsable de la implementación adecuada

de esta actuación coordinando las acciones necesarias entre el/la profesional y el Órgano gestor sanitario. Así mismo se indica que el/la profesional sanitario colegiado/a podrá recibir por parte de su Colegio Profesional respectivo la misma prestación de asistencia jurídica, incluyendo la personación en los procedimientos correspondientes como acusación particular. En esta labor de apoyo al profesional que ha sufrido la Agresión, el **Interlocutor Policial Sanitario** realizará labores y tareas de enlace, asesoramiento y apoyo de cara a la interposición de la denuncia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Marinas Sanz R, Martínez Jarreta B, Casalod Y, Bolea M. Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis tras la reciente modificación del Código Penal. Rev. Medicina Clínica; 2016. 147 (1).

3.3. RECURSOS EN MATERIA DE ATENCIÓN AL PROFESIONAL AGREDIDO //

Julio Vázquez Mateos Médico de Familia Jefe de Servicio de Planificación, Ordenación y Coordinación. Dirección General de Planificación Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Junta de Extremadura

El **compromiso del Sistema Sanitario Público** con aquel personal del mismo que ha sufrido una Agresión por parte de una persona usuaria de este Sistema ha de expresarse de forma clara, estar previsto y estructurado de forma sistemática y ser visualizable por la persona agredida desde el mismo momento en el que esta acción se produce.

El/la profesional que sufre una Agresión, debe sentir el acompañamiento y el apoyo de la Organización Sanitaria a la vez de conocer las líneas de atención que se le ofrecen, así como la forma de acceso a las mismas.

De esta manera los recursos que se estiman adecuados en materia de atención al profesional sanitario en estas circunstancias se basan fundamentalmente en:

1. La creación de la figura del **Profesional Guía**.
2. Su **atención sanitaria**.
3. Su **atención psicológica y emocional**.
4. Su **atención laboral**.
5. Su **atención jurídica**.

EL PROFESIONAL GUÍA FRENTE A LAS AGRESIONES

Se contempla la **creación de la figura del PROFESIONAL GUÍA**, el cual, es un/a profesional de la Gerencia del Área Sanitaria, que será designado/a por el/la Gerente de esta de entre los miembros de su equipo de trabajo. Para el caso de los y las profesionales sanitarios incluidos en este Plan, pero con dependencia orgánica laboral de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales o del Servicio Autonómico de Protección a la Dependencia la persona que se considere como Profesional Guía será designada por la Secretaría General de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. La función de este/a profesional es la de **procurar el acompañamiento y el apoyo necesario** al profesional sanitario que ha sufrido una Agresión, ofreciéndole **asesoramiento sobre el procedimiento y los trámites** relacionados con la Agresión y facilitándole a su vez en caso necesario:

- Ayuda en la **tramitación con la Inspección Médica de su Baja Laboral** si se requiere.
- **Consultas médicas** de valoración/revisión.
- **Apoyo psicológico.**
- Ayuda en la tramitación de la **notificación y el registro** del Incidente.
- Ayuda en la **conformación de la denuncia** y en la solicitud de la asistencia jurídica.

En el ejercicio de sus funciones, el Profesional Guía procurará mantener una comunicación permanente con los Interlocutores Policiales Sanitarios.

En caso de denuncia formal, el Profesional Guía se encargará de que esta sea comunicada en las primeras 48 horas a través de la Gerencia del Área pertinente al **Servicio Jurídico** correspondiente, que se hará cargo de la **representación del profesional sanitario que ha sufrido la Agresión**.

Asimismo, si el/la profesional agredido/a lo considera, el Profesional Guía comunicará el incidente al **Colegio Profesional** relacionado con la persona agredida, a los efectos que esta estime convenientes.

Debe recordarse que la función fundamental del Profesional Guía es la de velar por el **acompañamiento del profesional sanitario que ha sufrido la Agresión**, entendiéndose que su actuación debe ser una combinación de apoyo emocional, información y ayuda práctica.

LA ATENCIÓN SANITARIA

Desde el mismo momento en que se produce el hecho de la Agresión, se valorará si el/la profesional que ha sufrido la Agresión, requiere atención sanitaria inmediata, para lo cual

se tomarán las medidas oportunas por parte de la **Dirección del Centro**, para que esta atención se realice con **carácter urgente**.

Se actuará de la forma descrita en el apartado 7.1 del Plan de Prevención, Actuación y atención a profesionales del Sistema Sanitario Público frente las Agresiones y posteriormente, en caso de que las lesiones que pudiera tener el/la profesional precisaran seguimiento posterior o consultas específicas de revisión a nivel de Atención Hospitalaria o de valoración en Centro de Especialidades, estas serán facilitadas en lo posible **a través del Profesional Guía** en colaboración con la Dirección Médica del Área correspondiente.

Corresponderá al **Servicio de Prevención de Riesgos Laborales** en colaboración con el/la médico de familia correspondiente, el seguimiento en relación a este aspecto de la persona agredida.

LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Desde el punto de vista psicológico y emocional, las principales consecuencias para un/a profesional sanitario que ha sufrido una Agresión son la **aparición de estrés postraumático** (el cual se da en el 50% de los casos tras las Agresiones de tipo físico y en el 45,5% de las verbales), así como las **neurosis y la ansiedad** (que aparecen en un 36,4% de los casos).

Por este motivo el **Profesional Guía** de la Gerencia del Área, en colaboración con el/la médico de familia correspondiente, intervendrá desde el primer momento ofreciendo al profesional sanitario en cuestión, **apoyo de tipo psicológico por parte del Servicio de Salud**, efectuando ambas las gestiones necesarias, con la colaboración de la Dirección Médica del Área correspondiente si fuese necesario, para que este pueda realizarse con carácter preferente.

El/la profesional decidirá voluntariamente si aceptar la atención, o bien si el incidente no ha supuesto un daño para el/la mismo/a, y rechazar dicho ofrecimiento.

Corresponderá al **Servicio de Prevención de Riesgos Laborales** en colaboración con el/la médico de familia correspondiente, el seguimiento en este aspecto de la persona agredida.

LA ATENCIÓN LABORAL

En caso de que se requiriera, por causa de las lesiones ocurridas, el/la profesional sanitario que haya sufrido una Agresión cursará baja laboral. El **Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y el Servicio de Inspección** del Área Sanitaria correspondiente, supervisarán la misma y realizarán el seguimiento del profesional.

Si así fuese posible, y como prevención de incidentes ulteriores, se podrá proceder al **cambio de cupo de la persona usuaria implicada** en un accidente violento. Para ello, el/la profesional sanitario efectuará la solicitud pertinente ante la Gerencia del Área, quien tendrá la responsabilidad de resolver en dicho aspecto.

Del mismo modo, desde la Gerencia del Área correspondiente se enviará a la persona agresora un **Manifiesto de rechazo de la Agresión hacia profesionales sanitarios (ANEXO 9)**.

El/la Profesional Guía de la Gerencia de Área correspondiente, mantendrá informados a los/las responsables de esta en lo relativo al estado y la evolución del profesional sanitario que ha sufrido la Agresión, comunicándoles su Alta Laboral en el momento que aquella se produzca.

LA ATENCIÓN JURÍDICA

Cualquier profesional del Sistema Sanitario Público de Extremadura que haya sido objeto de violencia por parte de una persona usuaria de dicho servicio, o bien de su familiar/acompañante, puede iniciar por ese motivo acciones legales que pueden dirigirse tanto por la vía administrativa como por la vía judicial.

Así, la consulta 2/2008 de la Fiscalía General del Estado sobre la calificación jurídico-penal de las Agresiones a funcionarios públicos en el ámbito sanitario, establece la calificación de delito de atentado para las Agresiones graves contra funcionarios públicos, dejando la puerta abierta en el caso de que se traten de conductas leves, para su consideración como infracciones de carácter administrativo.

De esta forma la **vía administrativa puede seguirse ante conductas leves** de agresividad verbal producidas por las personas usuarias de la Sanidad Pública contra los/las profesionales sanitarios que se encuentren en el ejercicio de sus funciones, y siempre que hayan provocado una alteración del orden con perturbación del Servicio Público, pues podrían ser constitutivas de una infracción grave contra la seguridad ciudadana tipificada en el artículo 36 de la Ley Orgánica 4/2015 sobre la protección de la seguridad ciudadana. En este caso, tras producirse el incidente se requerirá la presencia en el Centro de una dotación de las FFCCSE para que levanten un acta de denuncia a partir de la cual pueda tramitarse el expediente administrativo, y si procediera, imponerse la sanción administrativa que corresponda.

Por otro lado, el/la profesional que sufre una Agresión, puede seguir la **vía judicial** y denunciar los hechos ante la Guardia Civil/Policía, la Fiscalía o el Juzgado. Para seguir

esta vía, el/la profesional sanitario necesita asistencia jurídica para lo cual el Profesional Guía que se designe por la Gerencia de Área correspondiente, intermediará al nivel indicado para que a dicho profesional se le ofrezca el asesoramiento y la orientación oportuna en materia legal ante el hecho vivido. El/la profesional sanitario que ha sufrido la Agresión realizará la **solicitud de asistencia letrada por parte del Servicio Jurídico** correspondiente (SES/Consejería de Sanidad) con independencia de que el/la profesional que lo desee pueda recibir asistencia letrada a través de los Colegios Profesionales correspondientes.

La asistencia jurídica consistirá en el conocimiento del hecho que hubiese ocurrido, así como de la pretensión de la persona agredida, dando a su vez información sobre los cauces procesales, y en especial orientando al profesional si su caso tuviera características y entidad suficiente para ser judicializado, en cuyo caso se le prestaría apoyo y asistencia jurídica durante el proceso judicial si este se llevara a cabo.

En cualquiera de los casos de solicitud de atención tanto sanitaria como psicológica, jurídica o laboral, **la Administración Sanitaria velará porque se actúe de manera que en todo momento se salvaguarden los principios de intimidad y de confidencialidad** del profesional sanitario que haya sido agredido/a.

En aras a conseguir la mejor atención posible a la persona que haya sido objeto de una Agresión Sanitaria, el correspondiente **Colegio Profesional** al que esta pertenezca, **colaborará** con la Administración Sanitaria en ofrecer al profesional el recurso más adecuado a tal fin.

BIBLIOGRAFÍA

Ferro Veiga JM. Violencia al personal sanitario. 1ª ed. Jaén: Formación Alcalá; 2012.

- 1.- Martínez León M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que
- 2.- sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. Rev. Bioética; 2010. 18 (2).

- 3.- Servicio Andaluz de Salud. Plan de Prevención y Atención frente a Agresiones a Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía; 2021.



EL PROFESIONAL TRAS LA AGRESIÓN

4.1. LA GESTIÓN INTERIOR DE LA AGRESIÓN. LA VIVENCIA DE LOS DÍAS DESPUÉS //

José Alejandro Pinto Nazar *Médico de Familia. Coordinador de Centro de Salud de Navalmoral de la Mata. Navalmoral de la Mata. Cáceres*

La Agresión a un/a profesional sanitario constituye un ataque frontal y directo a su dignidad como persona pues menoscaba sus derechos inherentes y pisotea valores, bienes y principios protegidos por nuestra Constitución tales como son el Derecho a la integridad física y moral, a no ser sometido a tratos degradantes, al honor, a la propia imagen y por supuesto a la vida.

Permitidme así comenzar este capítulo compartiendo con vosotros/as una historia que se vivió hace un tiempo en un Centro de Salud cerca del mío, historia que tuvo que sufrir **uno de nuestros compañeros**, al cual conozco y es amigo mío personal desde hace muchos años:

Este compañero, médico de familia, llevaba ejerciendo en su puesto de trabajo algo más de un año, en una consulta de Atención Primaria similar a la que podéis tener cada uno de los/las que en este momento leéis estas líneas. En su ejercicio diario, no había tenido anteriormente roce significativo con alguna persona a o paciente más allá que lo que podamos haber tenido cualquiera de nosotros/as fruto del devenir del día a día.

Una mañana entró en su consulta una persona que se identificó como el padre de un joven que había sido atendido por este profesional, y en un tono airado le recriminaba por la atención dispensada a su hijo, algo que le llamó profundamente la atención al sanitario pues este familiar no había estado presente en dicha atención, y la misma no había tenido consecuencia negativa alguna en la salud de su hijo. Tras su esfuerzo por intentar razonar con él dándole todo tipo de explicaciones, esta persona salió airadamente de la consulta quedándose a esperar en el pasillo de entrada del Centro de Salud. Minutos después, aprovechando la salida de la consulta de este compañero, el usuario referido se abalanzó sobre él derribándolo al suelo de un puñetazo, comenzándole a patear hasta que recibió el único auxilio de otra persona usuaria del Centro de Salud, en concreto una persona mayor jubilada, que, interponiéndose entre la persona agresora y el médico, defendiéndole con su bastón, logró que el agresor detuviera su ataque.

Las lesiones físicas que le había ocasionado, le obligaron a tener que recibir asistencia sanitaria. Tras ello, al día siguiente y aún convaleciente, nuestro compañero buscó amparo en la Administración Sanitaria, y la respuesta que encontró por parte de los responsables de Recursos Humanos del Área Sanitaria, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y el mismo Colegio de Médicos fue según contó, deprimente. Refería

que tan solo se sintió atendido por el propio Gerente del Área quien tuvo que mediar personalmente para que se le atendiera en condiciones humanas y profesionales de forma correcta.

Mi amigo y compañero tardó en curar de las lesiones físicas, pero aun hoy no se ha repuesto de las lesiones psíquicas.

Los días inmediatamente posteriores fueron los más duros para él, sensación de rabia, ira, temor, desasosiego, llanto, temor...tantas sensaciones contrapuestas que compartía con aquellos que le visitábamos. El apoyo por parte de sus compañeros y compañeras de trabajo en el Centro de Salud y de aquellos otros de Centros próximos y que conocimos el caso fue unánime, así como lo fueron las llamadas y muestras de afecto que recibió de profesionales sanitarios de toda la Provincia y de la Región, pero en alguna ocasión que le acompañábamos y recibía alguna de estas llamadas, se le notaba el sentimiento de soledad y de falta de apoyo que había tenido y así él nos lo manifestaba.

Para intentar superar esto se apoyó en los más cercanos: su pareja, sus padres y aquellos que le acompañábamos frecuentemente.

Se focalizó en intentar mantener un pensamiento optimista, colaborador, pero sobre todo empático intentando entender ambas partes del hecho sucedido. La alegría es una emoción que es controlada por tus pensamientos y si tienes pensamientos sanos y un optimismo importante, la alegría se acaba manifestando. No podemos cambiar el mundo, ni a aquellos que lo habitan, pero sí podemos intentar mejorar el lugar en donde hacemos nuestra vida y por extensión en donde trabajamos. Fijarnos metas y objetivos positivos y anteponerlos a los problemas, es lo que nos hace levantarnos cuando uno cae de esa manera.

Mi compañero y amigo se sintió solo y desprotegido por parte de quien tenía que haber estado a su lado desde el primer momento, y esto es lo que más le dolió, pero sí sintió el apoyo y la solidaridad de los compañeros y compañeras, personal sanitario como él. Se refugió en los más cercanos y en un pensamiento abierto y positivo para salir de la tristeza y el pesar que tenía y así un día volvió a incorporarse a su puesto de trabajo.

Cuando escuchamos hablar de un/a profesional sanitario al que alguien ha agredido, estamos hablando de personas que, dependiendo de lo que haya ocurrido, sentirán **ansiedad, humillación, miedo y estrés**, así como sentimientos de tristeza y depresión. Estos requerirán de tiempo para recuperarse, un tiempo que a buen seguro coincidirá con el transcurso de un procedimiento judicial que en algún momento le obligará a rememorar los hechos acontecidos y para lo que debe estar preparado.

Desde el mismo momento que se reincorpora de nuevo a su actividad, a buen seguro que permanecen parte de las lesiones emocionales causadas, lo cual podría repercutir en la atención a otras personas usuarias aunque el/la profesional sanitario se esfuerce en que no, pero estos recuerdos permanecerán durante largo tiempo. La única forma de poder evitar o al menos paliar en todo lo posible esto es sentir desde el primer momento el **apoyo y la solidaridad inmediata por parte de la Administración Sanitaria**, ejercida desde los diferentes planos de su atención sanitaria, laboral, psicológica y jurídica, de manera que este/a profesional sanitario se sienta apoyado/a, acompañado/a y protegido/a desde el mismo momento en el que la Agresión se produce.

Más allá quedan los esfuerzos y las acciones deseables y necesarias en materia de formación de profesionales, la dotación de medios preventivos y de actuación ..., todo ello para que los/las profesionales sanitarios podamos afrontar con garantías estas situaciones críticas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gascón S, Goicoechea J, Martínez Jarreta B, Santed MA. Análisis médico legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. Escuela Profesional de Medicina del Trabajo. Universidad de Zaragoza; 2006.

4.2. PATOLOGÍAS COMUNES ASOCIADAS A SITUACIONES DE ALTO ESTRÉS EMOCIONAL //

Marta García Lozano Técnico. Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Junta de Extremadura

Manuela Estefanía Molina Alén Jefa de Sección del Plan de Salud. Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Junta de Extremadura

1. TIPOS DE ESTRÉS, ORIGEN, CONSECUENCIAS Y TÉCNICAS PARA MITIGARLO

El estrés puede definirse como **la respuesta del organismo a nivel físico, cognitivo y conductual, a las demandas del contexto que le rodea**. Esta respuesta está influida por la valoración que el individuo efectúa de esas demandas externas. Si percibe que puede hacer frente a las mismas, con los recursos con los que cuenta, el nivel de estrés será el adecuado para manejar la situación correctamente (generar un nivel de activación óptimo para una respuesta adecuada, sin que dicha energía supere o afecte las capacidades de la persona. (Es el conocido como **“Eu-Stress o estrés bueno”**).

Sin embargo, si las demandas externas superan los recursos con los que se cuenta, y/o estos recursos son insuficientes para resolverlas, comienza a generarse un tipo de estrés disfuncional, negativo, que genera en la persona una serie de sintomatología que afectará a diferentes áreas de su desarrollo personal y profesional, el llamado **Distrés**.

Actualmente, los/las profesionales sanitarios se enfrentan a un contexto con una alta carga de trabajo, soportando una ratio de atención de pacientes muy elevada (muchos pacientes y pocos profesionales), con escasos recursos, metodología de difícil cumplimiento (tiempo de atención por paciente) y pacientes con niveles de exigencia elevados (autobúsquedas en internet).

Un porcentaje elevado de las Agresiones a profesionales surge a causa de la **discrepancia entre lo que el/la paciente cree que el/la profesional debería ofrecerle y hacer, y lo que finalmente valora y realiza el/la profesional**.

Consecuencias:

El estrés laboral no solo genera una serie de consecuencias negativas en el/la **profesional** de la salud que lo padece, sino también en la **red asistencial** general, en los/las pacientes que atiende (mermándose la calidad de la intervención), en el **clima laboral** con los compañeros/as con quienes comparte funciones, produce cierta despersonalización en las interacciones que lleva a cabo, etc.

Otras consecuencias que el estrés puede generar también, son una **baja productividad** y/o **errores en el trabajo**, generando a su vez un alto absentismo, aumento en la rotación de plantilla (solicitud de cambios de puesto de trabajo), incremento de las actividades laborales poco seguras, aumento de incidentes y accidentes, resistencia al cambio, etc.

Los síntomas derivados del estrés deben ser afrontados de forma más saludable, a través de las **pautas de autocuidado**, entre otras, el entrenamiento en relajación. Generalmente, encontrar una forma de expresar las emociones, compartirlas, obtener otras perspectivas, etc. es adaptativa. La inhibición y el bloqueo emocional dañan a la persona que las padece, aumentando la probabilidad de desembocar en el padecimiento de una enfermedad mental y su vida personal y profesional queden afectadas.

Tras la detección de los síntomas anteriores, compatibles con la vivencia de estrés (Existen escalas y cuestionarios para la evaluación de estrés laboral), es necesario establecer una serie de **medidas y pautas a seguir, para reducir el grado de afectación** y mejorar la situación de la persona que los padece.

Las Agresiones físicas y verbales suelen producir secuelas graves en los/las profesionales que las sufren.

Algunas de las **Secuelas Graves en profesionales sanitarios** son las siguientes:

1. **Sentimientos Negativos:** culpa, vergüenza, humillación, desesperanza o desesperación.
2. Sensación de falta de control o **bloqueo** (“quedarse paralizado”).
3. Reducción de **la confianza personal**.
4. Afectación de la **autoestima** y autoconcepto personal.
5. Sentirse tenso/a y/o **con miedo** gran parte del tiempo.
6. Sufre sobresaltos, se siente **confuso/a**, percepción del “nudo en la garganta”.
7. No poder dejar de pensar en lo sucedido.
8. **“Embotamiento emocional”**, incapacidad de sentir nada, como si no pudiera expresar. A veces la intensidad de la emoción es tan alta, que se produce un bloqueo con esta consecuencia. Puede incluso llegar a olvidar parte del suceso (amnesia disociativa, psicógena o funcional, por la vivencia del suceso traumático/ estresante).
9. Comportamiento de forma distinta a como se hacía antes del suceso, percibiéndose irritabilidad en su conducta y mostrándose alterado/a con las personas de su entorno con facilidad.
10. **Malestar físico y psicológico** (tristeza, apatía, sentimientos de impotencia, etc.)
11. Le cuesta concentrarse en su trabajo y mantener un nivel adecuado de atención.
12. Cambio en el sistema de creencias, valores y **pérdida de confianza general** con los sistemas implicados (medidas de seguridad, organización del trabajo, etc.)
13. **Pérdida de interés** por actividades que antes resultaban placenteras (aficiones, hábitos de ocio y tiempo libre, etc.).
14. **Cambios en estilos de vida** para evitar encontrarse con la persona agresora, por miedo a sufrir otra Agresión o represalias.

Vivir una situación de crisis, puede producir algunas de las respuestas mencionadas, todas ellas son normales, teniendo en cuenta que la situación a la que el/la profesional se enfrenta es una situación no esperada, forma parte de su entrenamiento profesional, si bien no debe ser común durante el ejercicio de su trabajo.

Los síntomas descritos surgen como un **intento de respuesta del organismo a la vivencia**, un intento de asegurar la supervivencia. La persona busca, entre otros factores, protegerse del peligro. El miedo no es más que una respuesta del organismo a la adversidad, actuando para alertar de un posible riesgo y prevenir que nos acerquemos a ella.

En estos casos no se debe juzgar. Es muy común pensar otras formas de responder una vez ha pasado el suceso. Es posible pensar que su actuación no haya cumplido con sus expectativas o la de otros. Sin embargo, actuamos tal y como el momento nos permite, para proteger nuestra integridad y/o la de otros y el estrés puede bloquear el rendimiento intelectual y los movimientos complejos.

Es normal experimentar reacciones los días siguientes al suceso adverso. Es parte del proceso de recuperación y de asimilación del conflicto. No obstante, si los síntomas se intensifican o se alargan en el tiempo, es recomendable acudir a un/a profesional especialista para recibir apoyo en la superación del episodio traumático.

La presencia de estos síntomas nos alerta de que, con los recursos con los que se cuenta, no es posible recuperarse de las consecuencias que el suceso ha supuesto para nosotros. Cuando esto es así, obtener recursos de apoyo y recibir asesoramiento, es importante para que los síntomas no se cronifiquen y puedan agravarse, obteniendo un resultado más negativo.

PRINCIPALES SÍNTOMAS

FÍSICOS	PSICOLÓGICOS	SOCIALES	CONDUCTUALES
• HTA • Cefalea • Bruxismo • Problemas musculares • Enfermedades: - psicósomáticas - cardiovasculares - metabólicas - dermatológicas	• Ansiedad • Irritabilidad • Frustración • Baja estima • Enfermedades: • Tristeza • Fatiga • Transtornos de sueño • Astenia	• Conflictos: - familiares - de pareja • Aislamiento • Dependencia emocional • Deterioro de relaciones: - laborales - personales	• Olvidos • Bloqueos • Falta de iniciativa • Bajo rendimiento • Disfunción sexual • Conducta impulsiva • Alteraciones en la alimentación

1.1. Trastorno de Estrés Agudo (TEA)

El trastorno por estrés agudo surge **tras la vivencia de un evento traumático** que conlleva para la persona que lo vive, la percepción de un grave riesgo para su integridad física o psicológica. El desarrollo de los síntomas surge en un período comprendido entre tres días y un mes después de la exposición al evento traumático. Aunque los síntomas pueden variar de una persona a otra, un TEA, cumple con ciertos requisitos.

Requisitos para considerar un TEA:

1. **Exposición** a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza (puede ser por experiencia directa, presencia directa, conocimiento de que ha ocurrido a una persona cercana o exposición repetida a detalles de alto impacto sobre el suceso traumático).

2. Presencia de **nueve o más síntomas**, entre los que se emplazan:

- Síntomas de intrusión: recuerdos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso, sueños angustiosos relacionados, reacciones disociativas, malestar psicológico intenso y prolongado.
- Estado de ánimo negativo.
- Síntomas disociativos.
- Síntomas de evitación.
- Síntomas de alerta.

3. Duración del trastorno (síntomas referidos en el punto 2) de **tres días a un mes** después de la exposición al trauma.

4. La alteración causa **malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas** del funcionamiento.

5. La alteración **no se puede atribuir a los efectos de una sustancia u otra afección médica**, y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve. La intensidad de la afectación variará en función del tipo de estresor, la proximidad al mismo durante el evento traumático, las atribuciones causales de culpa o control, la probabilidad de repetición, el apoyo social real o percibido, etc. Los síntomas pueden presentarse hasta tres días después del evento, siendo consecuencias normales de la experimentación de este. Si se prolonga más de tres días, supondría la valoración de este trastorno.

Así mismo, puede progresar hasta convertirse en Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), una vez se extienda más de un mes tras la vivencia del evento. El 50% de las personas que desarrollan TEPT, inicialmente presentaron TEA.

1.2. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Los diferentes estudios sobre las consecuencias que conllevan las Agresiones para las víctimas que lo sufren, concretamente para el personal sanitario, han obtenido una correlación estadísticamente significativa entre la violencia no física, la ansiedad y los síntomas de TEPT.

Para considerar el TEPT, han de cumplirse los siguientes requisitos:

1. **Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual**, ya sea real o amenaza (puede ser por experiencia directa, presencia directa, conocimiento de que ha ocurrido a una persona cercana o exposición repetida a detalles de alto impacto sobre el suceso traumático).
2. **Presencia de uno o más síntomas intrusivos**, que comienzan tras el suceso traumático (recuerdos/ sueños angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático, reacciones disociativas en las que el sujeto siente como si repitiera el suceso, malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas).
3. **Evitación de estímulos asociados al evento** (para evitar recuerdos o sentimientos angustiosos).
4. **Alteraciones cognitivas negativas** y del estado de ánimo, asociadas al evento traumático (creencias o expectativas negativas, incapacidad de recordar aspectos de la situación, estado emocional negativo, disminución del interés por realizar actividades gratificantes, etc.).
5. **Alteración importante de la reactividad y la alerta** asociada al evento traumático (hipervigilancia, irritabilidad, alteraciones de sueño, etc.).
6. **Duración de la alteración (puntos 2,3,4 y 5) superiores a un mes.**
7. **Malestar clínicamente significativo.** Afectación en las áreas social, laboral y otras importantes de funcionamiento.
8. Las alteraciones **no se pueden explicar por el efecto de alguna sustancia o por otra afectación médica.**

Destacar que el TEPT se asocia con **ideación suicida e intentos de suicidio**, así como a altos niveles de afectación en las áreas social, ocupacional y física. El tratamiento del TEPT incluye terapia conductual, psicoterapia y pauta farmacológica.

2. SÍNDROME DE BURNOUT (ESTAR QUEMADO)

El síndrome de estar quemado, “burnout”, también conocido como “Síndrome de desgaste profesional”, se encuentra enmarcado en la CIE-10 Z 73.0, como un **“Síndrome psicológico causado por un cúmulo de circunstancias, como el estrés crónico, la sobrecarga profesional, los horarios excesivos, el agotamiento emocional y una insoportable sensación de falta de realización personal”**.

Este síndrome está reconocido por la OMS como enfermedad laboral, y se traduce en un estado de agotamiento físico, mental y emocional, provocado por una situación de estrés laboral sostenido en el tiempo. Las profesiones que se encuentran en contacto directo con personas, que implican una gran dedicación, compromiso y entrega personal, tienen un alto riesgo de generar este tipo de afectación.

Algunas causas de la aparición del Burnout pueden ser:

1. **Sobrecarga emocional:** exposición continuada a la problemática y el malestar de otras personas. Están rodeados de emociones negativas: desesperanza, dolor, angustia. La larga exposición puede producir una percepción de pérdida de sensibilidad, etc.
2. **Largas jornadas de trabajo:** si se añaden a un clima de trabajo deteriorado y con alta crispación.
3. **Alto esfuerzo y escasos recursos.** La percepción de que no se cuenta con las herramientas necesarias para disminuir la carga de trabajo y que a pesar del esfuerzo del profesional, no hay previsión de mejoras a medio/largo plazo.
4. **Elevado nivel de exigencia** en el ejercicio de sus funciones: Se trata de trabajos que conllevan una alta responsabilidad y tienen que lidiar a menudo con una alta exigencia, no solo en los resultados, sino en el tiempo de atención, en los tratamientos, por parte de otros profesionales, superiores y de los propios pacientes y familiares.
5. **Vivencia de situaciones de alto estrés emocional:** estar expuesto/a a situaciones de agresividad y tensión, aumenta la probabilidad de aparición de este síndrome. Por tanto, en el tema que nos ocupa de las Agresiones a personal sanitario, aumentan en gran medida el nivel de malestar, que puede desembocar en esta problemática.

Algunos síntomas que alertan de la aparición del Síndrome de Burnout:

1. Agotamiento físico y mental. Falta de energía. Sensación de desbordamiento.
2. Insatisfacción. Sentimientos de frustración y fracaso.
3. Irritabilidad, impaciencia, negatividad.
4. Tristeza y sintomatología depresiva.
5. Actitud cínica, suspicaz, soberbia, malhumorada, irónica, distante.
6. Molestias físicas: cefalea, problemas digestivos, insomnio, trastornos respiratorios y circulatorios, dolores musculares, afecciones de la piel, etc.
7. Dificultad para concentrarse.
8. Problemas para la desconexión tras la jornada laboral.

Recomendaciones para actuar ante Síndrome de Burnout:

1. **Respetar las pausas** y los descansos en el trabajo. Permitirse el tiempo necesario para poder desconectar en los momentos destinados para ello. No excederse de manera continuada en el tiempo de jornada laboral.
2. **Organizar y planificar las tareas** a realizar y aprender a poner límites cuando estas sobrepasen la situación. Es importante delegar aquellas funciones que podamos destinar a otros, en aras de mejorar la calidad de nuestra atención y nuestro propio autocuidado. Para poder cuidar, primero hay que cuidarse.
3. Conocer nuestro cuerpo y aprender a traducir las señales que nos envía. Antes de llegar a un punto de no retorno, nuestro organismo nos informa (física o psicológicamente) del malestar que está sintiendo. Si aprendemos a dilucidar cuáles son esas señales, podremos trabajar sobre la raíz y prevenir su aparición. Los síntomas son adaptativos y tienen una función, surgen para informarnos de algo. En la medida en que captemos el mensaje y trabajemos sobre el origen, podremos reducir su aparición.
4. Propiciar un **buen clima de trabajo**. Promover la colaboración, el trabajo en equipo y la armonía en el desempeño diario.
5. Cultivar la red de **apoyo social**, facilitar el contacto con nuestros seres queridos y permitirse un espacio para expresarse y generar momentos de bienestar.
6. Separar el ámbito personal del profesional para no incluir tensiones de cada esfera, que puedan sobrecargar el desempeño del rol en cada una de ellas.

3. RIESGO DE SUICIDIO

El suicidio se ha convertido en uno de los principales problemas sociales en la actualidad, **siendo la principal causa violenta de defunción en España**, por encima de los accidentes de tráfico. Actualmente se está detectando un aumento y se estima que continúe elevándose en años sucesivos. La formación de los/las profesionales resulta ser una potente medida preventiva para reducir el riesgo suicida y ofrecer a la persona que se encuentra inmersa en un proceso vital de alto sufrimiento, una alternativa que le permita encontrar soluciones lejanas a esta conducta.

Entre los/las profesionales sanitarios, se han detectado especiales dificultades para recibir asistencia sanitaria y asumir el “rol de enfermo” y cuando finalmente se acude

para recibir atención especializada, en muchas ocasiones generan **peor pronóstico** por la cronicidad del trastorno (solicitan atención muy tarde). Solicitar asistencia especializada y recibir tratamiento para los padecimientos que se sufren, es un acto responsable, generoso, y ético consigo mismo y con los/las pacientes a quienes se asiste.

Se han determinado una serie de **factores de riesgo** asociados a la ideación y conducta suicida. Entre ellos, se encuentran algunos de carácter laboral que pueden explicar los altos índices de suicidio existentes en profesionales sanitarios frente a la población general. Según la Teoría interpersonal del suicidio de Joiner (2009), hay tres factores que aumentan el riesgo de suicidio: **sentirse una carga para otros, sentir que no forma parte de un grupo (tendencia al aislamiento), y sentir un alto dolor emocional** que propicie la consumación del acto como alternativa para acabar con el sufrimiento. (Posiblemente grupo de riesgo que además puede padecer algún trastorno mental: depresión, trastorno de ansiedad, etc.).

Algunos de los factores que pueden estar relacionados son:

1. Elevada carga mental en el trabajo, estrés y alta responsabilidad en la toma de decisiones. (sobrecarga de trabajo, déficit de recursos necesarios para la atención, problemas con compañeros/as y superiores jerárquicos).
2. Estrés acumulado a lo largo de la trayectoria laboral. Gran desequilibrio entre el esfuerzo empleado en el trabajo y el refuerzo obtenido como resultado de él. Suele acrecentarse conforme van pasando los años en el desempeño de la profesión.
3. Dificultades en la conciliación de la vida familiar (personal y social) y la laboral.
4. Tendencia a no compartir el malestar continuado con otros compañeros/as de profesión por temor a que se cuestione su capacidad para continuar el desempeño y/o su criterio profesional. Hay una alta tendencia a recurrir al autodiagnóstico y autotratamiento.
5. Locus de **control externo** (Teoría del aprendizaje social de Rotter, 1966): sitúa la responsabilidad de lo que les sucede a fuerzas externas. No creen que puedan cambiar su situación con el esfuerzo y los éxitos suelen ser explicados como resultado de la suerte. Presentan dificultades para solventar situaciones complejas.
6. Problemas familiares, económicos, legales, etc.

7. Desempleo, retiro o jubilación. Un estudio de Rosta y sus colaboradores realizado en Noruega en 2013, refleja que un alto estrés psicosocial en el trabajo está relacionado con un mayor riesgo de ideación suicida.

Señales que alertan de un posible riesgo suicida:

1. Cambios bruscos en el estado de ánimo.
2. Apatía y anhedonia. Poco interés en el trabajo y en la vida personal y social. Desinterés por aficiones que antes realizaba y le resultaban satisfactorias.
3. Niveles elevados de ansiedad, falta de energía y fatiga, rumiaciones obsesivas
4. Desesperanza, ideas de suicidio.
5. Dificultades para la conciliación/ mantenimiento del sueño y cambios en los hábitos alimenticios.
6. Pérdidas importantes (vivencia de un duelo de cualquier tipo) recientes.
7. Comportamiento autoagresivo.
8. Reparto de objetos queridos.
9. Elaboración de notas, cartas de despedida.
10. Cerrar asuntos pendientes (llamadas a personas para despedirse, por ejemplo).
11. Búsqueda de medios para realizarlo (por ejemplo, acumulación de fármacos).
12. Aumento de consumo de sustancias perjudiciales: tabaco, alcohol, drogas.
13. Hablar con los demás como si se despidiese.
14. Amenazas suicidas (es un mito más que explicado que las personas que verbalizan ideación autolítica no consuman finalmente el acto. De hecho, se ha comprobado que muchas de las personas que comparten este pensamiento, lo hacen con la esperanza de que les ayuden a derribarlo. La persona que se suicida no quiere morir, lo que desea es acabar con el sufrimiento).
15. Antecedentes de intentos anteriores. Los intentos previos son un alto predictor del riesgo de consumación o posteriores intentos.
16. Tendencia al aislamiento profesional, falta de apoyo en su vida personal (familiar y social).

Factores de Protección para reducir el riesgo suicida:

1. Buena red de apoyo social, tanto en el ámbito personal como en el ámbito laboral. Trabajar en un contexto en el que exista apoyo entre compañeros/as, escucha activa, acompañamiento en el manejo de situaciones críticas, sentido de trabajo en equipo e identidad de grupo, etc. Según la Técnica de ayuda mutua o "Buddy System", poder contar con un equipo con el que colaborar, contrastar opiniones, etc. reduce el estrés

de la tarea a realizar, disminuye el tiempo dedicado a la tarea y los actos inseguros, aumenta la productividad, se comparte la responsabilidad de la atención y se refuerza la confianza en la decisión tomada.

2. Autogestión de los horarios y/o la carga de trabajo.

3. Locus de control interno: según la referida Teoría del aprendizaje social de Rotter en 1966, las personas con locus de control interno sitúan la responsabilidad de lo que les sucede en gran medida en sí mismos, ofreciendo por tanto, control sobre el resultado de ello en el futuro. Es decir, son conscientes de que pueden modificar la situación, por lo que no se genera una situación de “indefensión aprendida”, en la que predomine la idea de que haga lo que haga no conseguiré cambiar lo que me ocurre, dado que sucede derivado del exterior, sin control ni posible modificación por uno/a mismo/a). Suelen asumir la responsabilidad de sus acciones, suelen trabajar para conseguir lo que quieren, se sienten más seguros/as, etc.

4. Creencias religiosas o espirituales: existen estudios que sostienen que aquellas personas que cuentan con una red de creencias, y el acceso a una comunidad socialmente cohesionada, obtienen el apoyo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento que previenen el riesgo suicida.

5. Estabilidad emocional, optimismo, estrategias de afrontamiento ante situaciones de alto estrés emocional, adecuada autoestima, habilidades sociales y de resolución de problemas, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-** Megias Lizancos F, Castro Molina FJ. Manejo del Estrés en Profesionales Sanitarios. Ed. DAE; 2018. ISBN: 978 - 84 - 949391 - 1 - 2.
- 2.-** Recomendaciones Técnicas para la prevención de Agresiones al personal Sanitario. Colegio Oficial de Médicos de Cádiz; 2021.
- 3.-** Martínez León M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. Rev. Bioética; 2010. 18 (2).

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla de diagnóstico diferencial de la agitación

	ORGÁNICA	PSIQUIÁTRICA
Antecedentes	En la historia clínica pueden existir antecedentes de enfermedad neurológica metabólica u oncológica	En la historia clínica suelen existir antecedentes psiquiátricos pero, ojo, su no existencia no los descarta
Nivel de conciencia	• Fluctuante • Alteración de conciencia (obnubilación, sobre todo nocturna)	• No suele fluctuar
Estado cognitivo	• Desorientación témporoespacial • Amnesia del episodio	Por lo general no existe desorientación témporoespacial ni tampoco la amnesia del episodio
Forma de hablar	Discurso incoherente	Verborrea, habla en tono alto. Los esquizofrénicos, tienen un discurso disgregado mientras que los maníacos, presentan fuga de ideas por lo general
Signos y síntomas asociados	Suele existir taquicardia, taquipnea, diaforesis e incluso fiebre	
Estado de ánimo	Lábil o fluctuante	Euforia o disforia

ANEXO 2

Tabla de medicación en pacientes con agitación

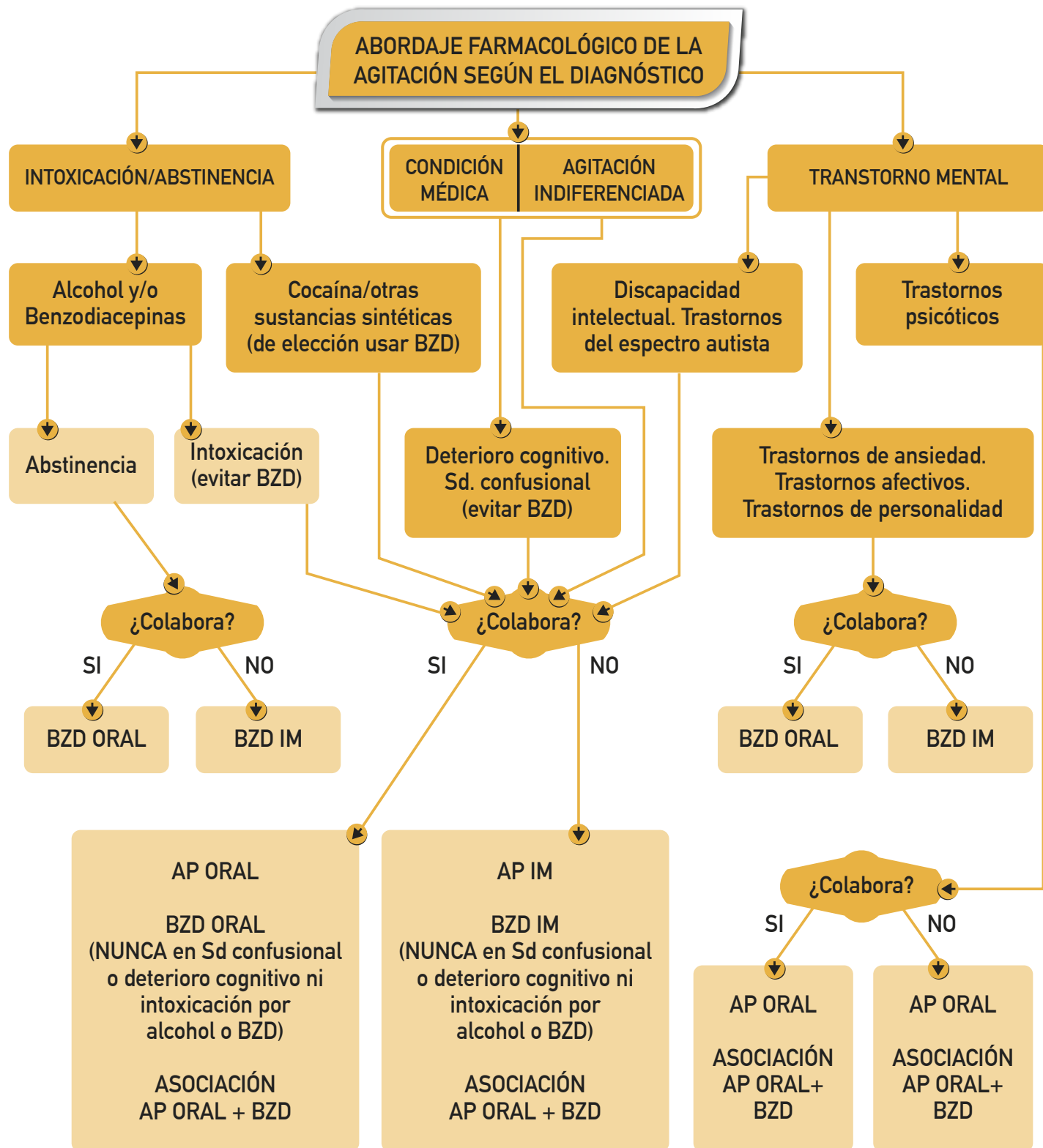
	FÁRMACO	DOSIS	VÍA ADMINISTRACIÓN	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
BZD	Midazolam	• 0,1 mg/Kg. IV • 0,2 mg/Kg. IM • 0,2 - 0,3 mg/kg. la mitad en cada fosa nasal • 10 mg. BUCCO-LAM en adultos, la mitad en cada mejilla	• IV • IM • Intranasal • Mucosa bucal	• Alergia o hipersensibilidad • Insuficiencia respiratoria grave o depresión respiratoria aguda	• Depresión respiratoria y cardíaca
	Diazepam	• 2 - 10 mg. IV o IM	• IV • IM • MO	• Alergia o hipersensibilidad • Insuficiencia respiratoria severa • Miastenia gravis • Síndrome de apnea del sueño	• Depresión respiratoria, debilidad muscular y somnolencia
	Lorazepam	• 0,5 - 2 mg.	• Oral		• Sedación, somnolencia, fatiga
	Clorazepato Dipotásico	• 50 mg.	• IM	• Alergia o hipersensibilidad • Miastenia gravis • Insuficiencia respiratoria descompensada o severa • Insuficiencia hepática severa • Sd. Apnea de sueño	• Somnolencia, mareo
NRL TÍPICOS	Haloperidol	• 5 - 10 mg.	• IM • IV (diluida en 100 ml de SSF en 20 - 30') • VO	• Alergia o hipersensibilidad • Depresión del SNC por alcohol o medicamentos • Enfermedad de Parkinson • Lesión de los ganglios basales	• Somnolencia, mareo

(Continúa en página siguiente)

	FÁRMACO	DOSIS	VÍA ADMINISTRACIÓN	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS
NRL TÍPICOS	Clorpromazina	• 25 mg.	• IV (diluida en 100 mL. SSF en 20 - 30') • IM • VO	• Alergia o hipersensibilidad • Depresión del SNC por alcohol o medicamentos	• Prolongación del QT • Hipotensión • Extrapiramidalismo • Sedación y somnolencia • Disminuye umbral convulsivo
	LevomEPROMAZINA	• 25 mg.	• Solo IM	• Alergia o hipersensibilidad al ppio. activo o a algún excipiente • Enfermedad de Parkinson • Antecedentes de porfiria	• Extrapiramidalismo • Sedación más intensa que los otros NRL típicos
NRL ATÍPICOS	Risperidona	• 2 mg. • 0,5 mg. en ancianos • No recomendada en menores de 18 años	• VO	• Alergia o hipersensibilidad al ppio. activo o a algún excipiente • Enfermedad de Parkinson y Demencia de cuerpos de Lewy	• ACV • Hipotensión • Menos extrapiramidalismo que NRL típicos • Sedación y somnolencia • Taquicardia e hipertensión
	Olanzapina	• 10 mg. IM • 2,5-5 mg. IM en pacientes mayores de 65 años • 10 mg. VO comprimidos bucodispersables • No recomendada en menores de 18 años vía IM	• IM • VO	• Alergia o hipersensibilidad • Glaucoma de ángulo cerrado • Pacientes mayores de 65 años con trastornos de conducta o psicosis asociada a demencia • No recomendada en pacientes con demencia ni enfermedad de Parkinson	• Somnolencia • Mareos e hipotensión • Menos extrapiramidalismo que NRL típicos • Hipotensión, bradiarritmia e hipoventilación administrada por vía IM
	Quetiapina	• 25 mg.	• VO	• Alergia o hipersensibilidad • Contraindicado si uso concomitante de inhibidores del CYP3A4	• Somnolencia • Mareos • Astenia • Hipotensión ortostática y síncope • Menos extrapiramidalismo que NRL típicos

ANEXO 3

Abordaje Farmacológico de la agitación según el diagnóstico



AP: Antipsicótico BZD: Benzodiacepina IM: Intramuscular

Tomado de Manual Clínico de Urgencias. Hospital Virgen del Rocío.

ANEXO 4

Hoja/Modelo de Registro del Incidente/Agresión

Independientemente de que se hayan producido o no lesiones, ante un Incidente o Agresión, el/la profesional, cumplimentará la Hoja/Modelo de Registro del Incidente/Agresión, pudiéndola realizar en su nombre el/la Responsable del Centro, y dirigiéndola a la Gerencia del Área desde donde se remitirá, tras su registro, al Observatorio de Agresiones Sanitarias, salvaguardando en todo momento los principios básicos de intimidad y confidencialidad del profesional agredido.

El/la Responsable del Centro garantizará que la Hoja/Modelo de Registro, se encuentre disponible en la Unidad Administrativa del mismo. También se encontrará disponible en la Web Institucional.

La Hoja/Modelo de Registro del Incidente/Agresión en personal sanitario ha de incluir:

1 DATOS DEL CENTRO SANITARIO AL QUE PERTENECE EL/LA SANITARIO/A			
Área Sanitaria			
Centro			
Dirección			
Teléfono			
Responsable			

2 DATOS DEL PROFESIONAL	
Nombre y Apellidos	
Nivel asistencial	☐ Atención hospitalaria ☐ Atención extrahospitalaria ☐ Atención primaria
Cat. profesional	☐ Médico/médica ☐ Enfermero/enfermera ☐ Celador/celadora ☐ Grupo función administrativa ☐ TCAE o Técnico Emergencias Sanitarias ☐ Otros

3 DATOS DEL INCIDENTE/AGRESIÓN			
Fecha		Hora	
Tipo	☐ Incidente/Agresión no física ☐ Agresión física		
Lugar Agresión	☐ En Centro Sanitario ☐ En calle o vía pública ☐ En domicilio		

3A INCIDENTE/AGRESIÓN NO FÍSICA	
☐ Verbal/directa ☐ Telefónica ☐ Escrita ☐ Redes Sociales	
☐ Insultos/vejeciones ☐ Amenazas/coacciones	
Describir cómo sucedió y causa probable si se conoce:	

3B AGRESIÓN FÍSICA

Describir si se acompañó de ☐ Insultos/vejaciones ☐ Amenazas/coacciones

Describir cómo sucedió y causa probable si se conoce:

4 DATOS SOBRE LOS TESTIGOS

A) Testigos del Centro de Trabajo: Nombre e información del Contacto

B) Otros testigos: Nombre e información del Contacto

5 DATOS SOBRE EL/LA AGRESOR/A

☐ Usuario/Paciente ☐ Acompañante/familiar de Usuario

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario

Rango de edad ☐ < 18 ☐ 18-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-65 ☐ >65

¿Conocía al agresor previamente? ☐ Sí ☐ No

Síntomas que presenta ☐ Drogadicción/Alcoholismo ☐ Deterioro Cognitivo

☐ Trastorno Psiquiátrico ☐ Ninguno de los anteriores ☐ Otros

Datos identificativos si se conocen

--

6 DATOS RELACIONADOS

¿Intervinieron FFCCSE? ☐ Sí ☐ No

☐ Policía Nacional ☐ Guardia Civil ☐ Policía Local

¿Intervino Vigilancia de Seguridad del Centro? ☐ Sí ☐ No ☐ No existe

¿Se realiza parte de lesiones? ☐ Sí ☐ No

¿Causa baja laboral? ☐ Sí ☐ No

¿Se realiza denuncia? ☐ Sí ☐ No

☐ Policía Nacional ☐ Guardia Civil ☐ Juzgado

¿Ha requerido asistencia sanitaria? ☐ Sí ☐ No

(Continúa en página siguiente)

¿Se han producido daños materiales?	☐ Sí	☐ No
Describir los daños producidos en elementos estructurales, mobiliario o equipamiento del Centro:		
¿Se utilizaron los medios de seguridad previstos?	☐ Sí	☐ No
En caso negativo, describir el motivo:		

ANEXO 5

Registro de Incidencia en el lugar de la asistencia por motivo de situación de riesgo para la integridad del Equipo asistencial

Nombre y apellidos			
Cat. Profesional			
Fecha del incidente		Hora recepción del aviso:	Hora de llegada:
Lugar (calle/localidad)			
Motivo del aviso de asistencia			

¿Se avisó previamente a FFCCSE?	☐ Sí	☐ No	
¿Estaban presentes FFCCSE a la llegada?	☐ Sí	☐ No	
Tras la llegada, ¿se avisó a FFCCSE?	☐ Sí	☐ No	
Si no estaban presentes, ¿cual fue la hora de llegada de FFCCSE?:			

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO OBSERVADO PARA LA INTEGRIDAD DEL PERSONAL SANITARIO/EQUIPO ASISTENCIAL Y MOTIVO DE LA DECISIÓN DE ABANDONO DEL LUGAR SI ESTE SE PRODUCE

TESTIGOS

¿Se vio obligado el sanitario/equipo a abandonar el lugar del incidente?	☐ Sí	☐ No	
Si previamente se produjo el abandono: ¿regresó el/la sanitario/a del Equipo al lugar del incidente? ☐ Sí ☐ No			
Hora:			

(Continúa en página siguiente)

Motivo de abandono del lugar del incidente:
¿Se produjo Agresión verbal o física? ☐ Sí (cumplimentar la Hoja/Modelo de Registro del Incidente/Agresión)
☐ No

OBSERVACIONES

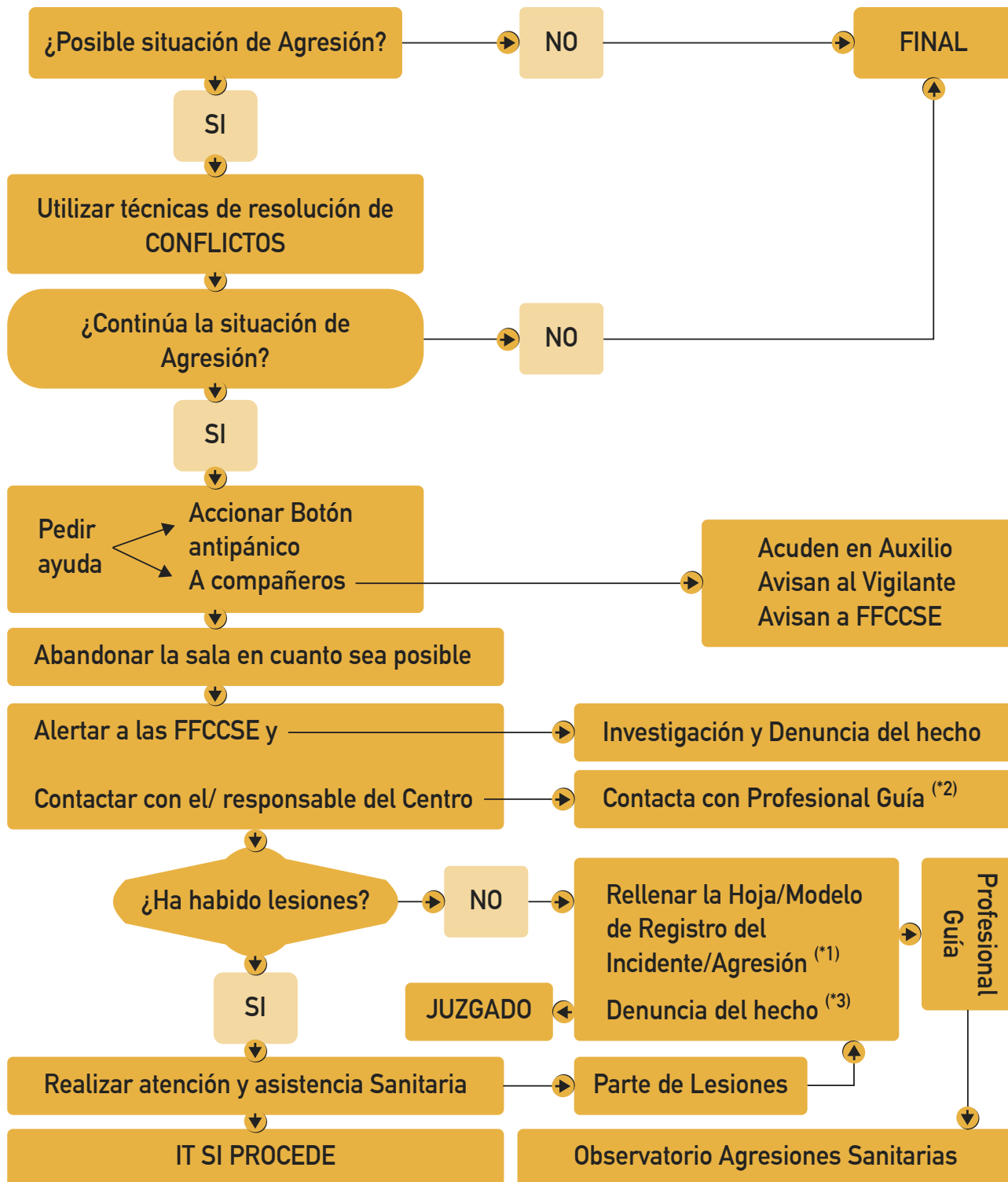
En _____ a _____ de _____ de _____

Firma

Fdo.: _____

ANEXO 6

Diagrama de flujo: actuación ante una Agresión Sanitaria



- 1) En cualquier caso se cumplimentará la Hoja/Modelo de Registro del Incidente, la cual se remitirá a la Gerencia de Área (Profesional Guía) quien la registrará y la enviará al Observatorio de Agresiones Sanitarias.
- 2) Apoya, atiende, acompaña y asesora al profesional agredido en todo momento y hasta su recuperación.
- 3) Se procurará que el hecho se denuncie siempre y en todos los casos.

ANEXO 7

Modelo de Denuncia ante el Juzgado de Instrucción

Al Juzgado de: _____
Don/Doña _____ con DNI nº _____ y con
domicilio a efectos de notificaciones en _____
al amparo de lo dispuesto en el artículo 259 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, comparezco y
digo:

Que por medio del presente escrito formulo Denuncia por los siguientes
HECHOS

Sobre las _____ horas del día _____, quien suscribe fue insultado/a, amenazado/a,
golpeado/a (incluir lo que proceda), por

Don/Doña _____
Dicha acción ocurrió en _____ (lugar
de los hechos) transcurriendo de la siguiente manera: (describir los hechos tal y como ocurrieron)

Estos hechos fueron presenciados por Don/Doña _____

(Identificar testigos)

Por todo ello y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 774 de la Ley de Enjuiciamiento Crimi-
nal, se interesa de ese Juzgado la práctica de las diligencias oportunas a los efectos que esa autori-
dad judicial determine.

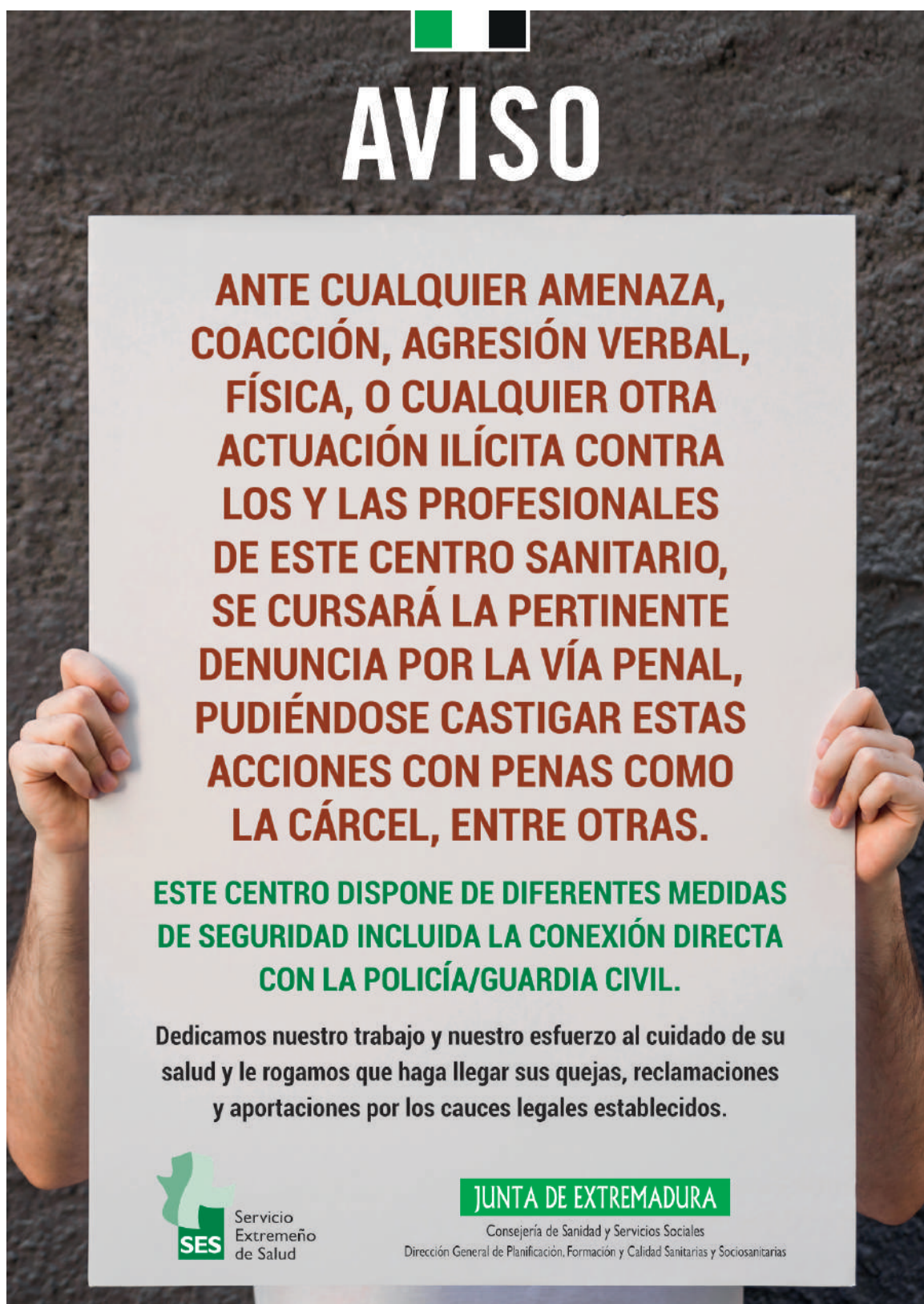
En _____ a _____ de _____ de _____

Firma

Fdo.: _____

ANEXO 8

Cartel de Aviso contra Agresiones



AVISO

ANTE CUALQUIER AMENAZA, COACCIÓN, AGRESIÓN VERBAL, FÍSICA, O CUALQUIER OTRA ACTUACIÓN ILÍCITA CONTRA LOS Y LAS PROFESIONALES DE ESTE CENTRO SANITARIO, SE CURSARÁ LA PERTINENTE DENUNCIA POR LA VÍA PENAL, PUDIÉNDOSE CASTIGAR ESTAS ACCIONES CON PENAS COMO LA CÁRCEL, ENTRE OTRAS.

ESTE CENTRO DISPONE DE DIFERENTES MEDIDAS DE SEGURIDAD INCLUIDA LA CONEXIÓN DIRECTA CON LA POLICÍA/GUARDIA CIVIL.

Dedicamos nuestro trabajo y nuestro esfuerzo al cuidado de su salud y le rogamos que haga llegar sus quejas, reclamaciones y aportaciones por los cauces legales establecidos.

 **Servicio Extremeño de Salud**

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias

ANEXO 9

Manifiesto de rechazo de la Agresión hacia profesionales sanitarios

Estimado Sr/Sra:

Nos ponemos en contacto con usted, para indicarle que ejercer la profesión sanitaria, lleva implícito un fuerte componente de servicio y de trabajo hacia los demás, y que por este motivo, la aparición o el ejercicio de la violencia en cualquiera de sus posibles manifestaciones (Agresión física, verbal, amenazas o insultos...) por parte de una persona usuaria del Sistema Sanitario Público, de un/una familiar o de un/una acompañante, dirigida contra cualquiera de nuestros/as profesionales sanitarios, es una lacra que afecta directamente a la actividad sanitaria, a la salud física y psíquica de estas personas y a la indispensable relación de mutua confianza que debe existir entre un/una profesional sanitario y su paciente.

Aquella persona que ejerce una Agresión contra un/una profesional sanitario podrá encontrar explicaciones para procurar justificar tal hecho, pero lo cierto es que en ningún caso existen motivos ni justificación alguna para tal acción, pues la violencia nunca es el camino.

Por ello, le recordamos que cualquier diferencia, queja o malestar que usted pueda tener como persona usuaria del Servicio Extremeño de Salud, tiene sus adecuadas formas de expresión y manifestación, las cuales son oportunamente atendidas y respondidas a quien las formula, por parte de la Administración Sanitaria Pública a través de los/las responsables del Centro Sanitario al que pertenece, por lo que con independencia de las repercusiones y consecuencias que desde el punto de vista legal pueda tener una acción agresiva, le instamos a que siempre acuda a estas vías legales y nunca a la realización de un acto violento contra un/una profesional sanitario.

Dirección Gerencia del Área Sanitaria de _____



Guía
PARA PROFESIONALES ANTE LAS
AGRESIONES
EN EL SISTEMA SANITARIO
PÚBLICO DE EXTREMADURA

CLÁUSULA DE GÉNERO

En la redacción de esta Guía se ha tenido en cuenta lo establecido en la "Guía de lenguaje no sexista en la Administración Pública en Extremadura". En todo caso, cuando se alude a legislación, normativa establecida o bibliografía, se transcribe el literal referenciado.

<https://saludextremadura.ses.es/web/estrategias-y-planos-de-salud>

Guía
PARA PROFESIONALES ANTE LAS
AGRESIONES
EN EL SISTEMA SANITARIO
PÚBLICO DE EXTREMADURA



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Guía
PARA PROFESIONALES ANTE LAS
AGRESIONES
EN EL SISTEMA SANITARIO
PÚBLICO DE EXTREMADURA



ISBN 978-84-09-46677-1



9 788409 466771

Vito Cano
2022