

## **Grado de Enfermería**

### **Facultad de Ciencias de la Salud**

#### **Trabajo Fin de Grado**

# **AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO**

## ***ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LA CONDUCTA AGRESIVA DEL PACIENTE.***

**Autora: María Altemir Cortés**

**Directora: María Nelia Soto Ruiz**

**Pamplona, 25 de Junio de 2014**

## RESUMEN

La violencia contra profesionales sanitarios ha adquirido una enorme importancia en los últimos años, especialmente en los servicios de urgencias. Solo una pequeña porción de las agresiones al personal sanitario sale a la luz, pero todavía hay un gran volumen de incidentes violentos sumergidos que no lo hacen.

Las características de los servicios de urgencias (escaso tiempo asistencial, necesidad de decisiones rápidas, desconocimiento profundo del paciente, dificultad para organizar el trabajo, frecuente tensión emocional, etc.) hacen que los conflictos asistenciales sean comunes y relevantes, y en muchos casos, son protagonizados por pacientes conflictivos.

Partiendo del hecho de que la agresividad es siempre más fácil de producir que de detener una vez establecida, es conveniente, en primer lugar, aprender a prevenirla y luego a afrontarla.

**PALABRAS CLAVE:** agresión, violencia laboral, enfermería, paciente difícil y urgencias.

## ABSTRACT

Violence against healthcare professionals has gained enormous importance in recent years, especially in the emergency department. Only a small portion of health staff assaults came to light, but there is still a high volume of violent incidents that do not submerged.

The characteristics of the emergency services (poor care time, the need for quick decisions, profound ignorance of the patient, difficulty organizing work, often emotional stress, etc.) make healthcare conflicts are common and relevant, and in many cases, and in many cases are featuring conflicting patients.

Given the fact that aggression is always easier to produce than to stop once established, it is appropriate, first, learn to prevent it and deal with it then.

**KEYWORDS:** aggression, workplace violence, nursing, difficult patient and emergency department.

## ÍNDICE.

|  |    |
|--|----|
| RESUMEN Y PALABRAS CLAVE   |    |
| ÍNDICE   |    |
| 1. MARCO CONCEPTUAL .....  | 5  |
| 1.1. Violencia en el ámbito sanitario .....  | 6  |
| 1.1.1. Situaciones de riesgo especiales .....  | 9  |
| 1.1.2. Factores causantes de violencia .....   | 9  |
| ▪ Factores del paciente.   |    |
| ▪ Factores del profesional sanitario.  |    |
| ▪ Factores del entorno.  |    |
| 1.1.3. Repercusión de la violencia en el sector sanitario .....                          | 11 |
| ▪ Organización.  |    |
| ▪ Profesional sanitario.   |    |
| 1.2. Paciente conflictivo .....  | 12 |
| 1.2.1. Tipos: clasificación .....  | 13 |
| 1.3. Conducta conflictiva .....  | 14 |
| 1.3.1. Fases de la hostilidad .....  | 14 |
| 1.3.2. Errores más comunes que pueden desencadenar una conducta<br>conflictiva .....     | 15 |
| 1.3.3. Actuación ante un paciente conflictivo: habilidades de comunicación .....         | 15 |
| ▪ Normas generales de actuación ante paciente conflictivo                                |    |
| ▪ Normas específicas de actuación ante paciente: agresivo, desmotivado y<br>dependiente. |    |
| 2. OBJETIVOS .....   | 21 |
| 2.1. Principal.  |    |
| 2.2. Secundario.   |    |
| 3. METODOLOGÍA .....   | 22 |
| 4. PROPUESTA DE MEJORA .....   | 24 |
| 5. DISCUSIÓN .....   | 28 |
| 6. CONCLUSIONES .....  | 30 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA .....  | 31 |

## **INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.**

### **1. TABLAS:**

- Número 1: Clasificación y distribución de los pacientes conflictivos según su tipología ..... 13
- Número 2: Estrategias de búsqueda en las bases de datos utilizadas ..... 22

### **2. FIGURAS:**

- Número 1: Causas de la agresión ..... 7
- Número 2: Lugar donde tienen lugar las agresiones ..... 8
- Número 3: Curva de la hostilidad ..... 14
- Número 4: Estrategias para afrontar la agresividad del paciente ..... 27

## 1.- MARCO CONCEPTUAL.

La violencia en el lugar de trabajo, sea física o psicológica, se ha convertido en un problema mundial que atraviesa las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales. A lo largo de los últimos años, ha pasado a ser una preocupación prioritaria para los más diversos organismos internacionales que están interesados en la calidad de vida y del bienestar humano. De esta manera, la violencia en el lugar de trabajo es presentada como un importante factor de riesgo psicosocial, un problema de derechos humanos y una cuestión socialmente urgente que afecta a la dignidad de millones de personas en el mundo. Se trata de una importante fuente de desigualdad, discriminación, estigmatización y conflicto en el trabajo y cada vez más, un problema de derechos humanos. (1)

Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, el sector de la atención sanitaria corre un grave riesgo. (1)

El trabajo diario de los profesionales de la salud obliga a interrelacionarse con todo tipo de personas, lo que lleva implícito un alto contenido emocional y un componente subjetivo, que aflora cuando menos se desea, y que dependiendo del manejo que se sea capaz de realizar provoca más de un disgusto o más de una satisfacción. (2)

Un comunicado de prensa de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T) en 2002 revelaba el siguiente dato: cerca del 25% de los incidentes violentos en el trabajo se producen en el sector de la salud y más del 50% de los profesionales de la atención sanitaria han experimentado incidentes de este tipo debido al estrecho contacto que mantienen con los pacientes (3). Por ello, el Consejo General de Enfermería ha elaborado un Estudio sobre Agresiones (4) en el que se muestra que un 33% de los enfermeros españoles ha sufrido una agresión física o verbal en los últimos 12 meses de los cuales el 3,7% han sido agredidos físicamente y el 29,3% verbalmente.

Atendiendo a la alta frecuencia de este tipo de incidencias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OIT advierten del riesgo de considerar la violencia como una parte inevitable del trabajo, lo que se refleja en unas tasas de denuncia alarmantemente bajas (5). La frecuencia de las agresiones es tal que un altísimo porcentaje de los enfermeros que la sufren opta por no presentar denuncia alguna. De los enfermeros que han sufrido agresiones físicas sólo entre un 4% y un 5% ha presentado denuncias. Además, los que han sufrido agresiones verbales ninguno ha presentado denuncias.

Fue durante mi periodo de prácticas en el servicio de urgencias del Hospital de Navarra cuando viví momentos y experiencias desagradables en torno a la relación que se establece en determinadas situaciones entre la enfermera y el paciente. Ante situaciones de tensión, tanto el paciente como sus acompañantes eran capaces de poner en cuestión el trabajo desempeñado por el profesional de enfermería durante su atención y en determinadas ocasiones dejaban en evidencia su profesionalidad, provocando así repercusiones tanto en el ámbito profesional como de la organización del Servicio.

### **1.1.- Violencia en el ámbito sanitario.**

La violencia en el lugar de trabajo, en cualquiera de sus manifestaciones, es un problema general que no entiende de fronteras políticas ni culturales, ni de sectores económicos y categorías profesionales que actualmente se ha convertido en un importante factor de riesgo psicosocial en el trabajo.

La OMS (6) define “violencia” como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de los desarrollos o privaciones.

Una definición adaptada de “violencia en el lugar de trabajo” de la Comisión Europea (7) indica que la violencia laboral está constituida por incidentes en los cuales el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, que ponen en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar y su salud.

Finalmente, la Real Academia Española (RAE) define “agresión” (8) como: 1. f. Acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño. 2. f. Acto contrario al derecho de otra persona.

En los últimos años se han provocado cambios en ciertos valores sociales como son el respeto y la tolerancia, el deseo de inmediatez ante todo y la mejora en los derechos de los pacientes.

El paciente tiene el derecho a ser tratado correctamente, de forma diligente y prudente, con técnicas y protocolos actualizados; del mismo modo, el paciente tiene derecho a exigir responsabilidad por los errores que se cometan, que deben compensarse adecuadamente de acuerdo con las normas generales del derecho en vigor. Por otro lado, el profesional sanitario tiene el derecho a ejercer su profesión con seguridad jurídica, imprescindible para la práctica de cualquier actividad (9).

Como resultado de la estimulación que se ha recibido de los medios de comunicación de manera masiva y los debates políticos, la población se informa y preocupa cada vez más de la atención y prácticas para cuidar y fomentar la salud. La sociedad tiene mayor conciencia acerca de la salud y, en general, ya comienza a suscribir de manera decidida la opinión de que la salud y su asistencia son derechos fundamentales y no privilegio de unos cuantos elegidos (10).

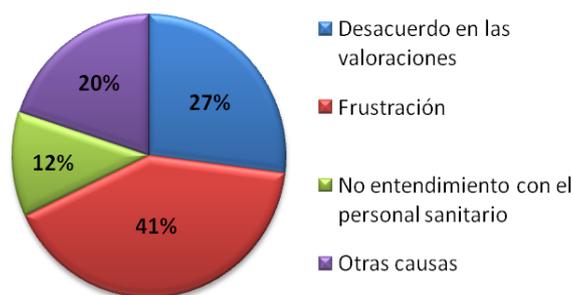
Esto ha conllevado a cambios en la situación de la atención sanitaria de nuestro país: los profesionales se sienten más indefensos, con más deberes laborales y menos derechos, con un incremento de los cupos de atención de las listas de espera que provocan situaciones incómodas, decisiones complicadas e incluso negligencias, y por último, la realización de la llamada medicina defensiva: obedecer las peticiones de los pacientes ante el temor de demandas y consecuencias jurídicas (11).

Una de las razones del aumento de la violencia en el sistema sanitario es el cambio producido en la relación sanitaria y en el contexto social. La evolución social global, y en particular, los avances científicos aplicados al campo de la medicina, han

modificado en los últimos años las relaciones médico-paciente y medicina-sociedad. Los cambios ejecutados en el ejercicio profesional y en la concepción del médico se asocian con la desaparición progresiva del médico como figura casi paternal que había imperado en las últimas décadas; además, la enorme confianza que existía entre médicos y pacientes. Se debe tener en cuenta también el progreso técnico alcanzado por la medicina, provocando el aumento del consumo de actos médicos, con el consiguiente incremento de la posibilidad de que se produzcan errores. Esto conlleva a que algunos pacientes y sus familiares han ido desarrollando una actitud reivindicativa basada en una falsa creencia de que todo se puede solucionar, por lo que interpretan que si algo no sale conforme a lo previsto es por un fallo personal o institucional. Incluso existen algunos malentendidos en lo referente a los derechos del ciudadano, de tal modo que el derecho básico a la salud (a ser tratado adecuadamente en caso necesario) se confunde con el derecho a ser curado, que obviamente nadie puede garantizar (9).

En la Figura 1 se puede observar que el 41% de las agresiones se produce debido a la frustración que los pacientes sienten por no ver satisfechas sus expectativas de atención del personal sanitario en cuanto a tiempos y pruebas diagnósticas. Le sigue con un 27% el desacuerdo en valoraciones o diagnósticos, la no aceptación por parte del personal sanitario de demandas específicas de otros pacientes es la causa del 12% de las agresiones y otras causas forman un 20%.

**Figura 1.** Causas de la agresión.



**Fuente:** (4)

El aumento de la población ha provocado que el número de personas que acceden a los recursos de la red sanitaria sea mayor. Debido a esto, los ratios de atención también se han visto aumentados (servicios sociales, cupos sanitarios, etc.). Acudir angustiosamente a un Servicio de Urgencias, por un problema que todo enfermo siente como absolutamente individual y singular, y encontrarse con un ambiente multitudinario, sobresaturado, es, ya de por sí, una sorpresa desagradable. Broggi Trias (1995) (12) expone que es “penoso” tener que reconocer que la Administración de nuestro país dota y mantiene los servicios de urgencia con un desprecio inconcebible: falta de espacio, ambiente sórdido, plantillas reducidas y mal pagadas, nula planificación racional y, por encima de todo, sin que se haya pensado en la comodidad e intimidad del enfermo y de su familia. Una lacra particularmente grave, por lo habitual y por su potencialidad en la génesis de conflictos, es la espera excesiva. Para el enfermo y su familia, es sorprendente e incomprensible, ya que destruye bruscamente su esperanza de encontrar una atención cuidadosa e inmediata a su

importantísima situación – para ellos, la más importante del universo en ese momento – y provoca indignación por la imprevisión que evidencia, y finalmente, agresividad: “el paciente” se torna a “im-paciente” (12,13).

Según el Consejo General de Enfermería, las acciones violentas de los usuarios del Sistema Sanitario, o de sus familiares y acompañantes, van en aumento en todos los países industrializados en los últimos años (4). En primer lugar se sitúan los familiares y acompañantes (49.8%), seguido de agresiones por parte del propio paciente (47.3%) y por último, otros responsables sin identificar (2.9%).

Como muestra el Estudio sobre Agresiones al Profesional de Enfermería ya citado anteriormente, los servicios de urgencias hospitalarias son los que mayor riesgo presentan con un 51% de los incidentes, seguido de Atención Primaria (33.5%), plantas hospitalarias (15%) y otros servicios (0.5%) (4) (Figura 2)

**Figura 2.** Lugar donde tienen lugar las agresiones.



**Fuente:** (4)

Si bien todas las instituciones del sector salud están expuestas a la violencia laboral, unas corren riesgos mayores que otras. Los profesionales de enfermería y el personal de ambulancias son la primera categoría en tener un riesgo muy elevado de sufrir agresiones. Le siguen los médicos, auxiliares y personal técnico quienes también se exponen a la violencia laboral. Pese a estar en tercer lugar, el resto de profesionales de la salud también corren ese riesgo. (1)

Además, existe un grupo de personas que ve incrementada su vulnerabilidad ya sea de manera real o percibida. Puede aplicarse a miembros de minorías, personas en formación o que están sustituyendo a otras, jóvenes y finalmente, mujeres. (1)

Según la OIT, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), OMS y la Internacional de Servicios Públicos (ISP), el personal de enfermería es el grupo que más riesgo presenta durante su jornada laboral. Los enfermeros tienen una influencia directa acerca de cómo los pacientes resuelven las crisis vitales. Además, tienen un acceso fácil a los pacientes y sus familias que están batallando con las reacciones de crisis asociadas con las heridas físicas y la enfermedad. Como miembros del equipo de salud, están en contacto continuo con los pacientes durante el curso de una enfermedad y están, por tanto, en una posición única para rastrear el proceso de la resolución de la crisis y para hacer importantes intervenciones en la misma (14). Pese a esto, las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar a deterioro de la calidad de los

cuidados dispensados y a decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención de salud. Esto, a su vez, puede ser causa de que se reduzcan los servicios de salud disponibles para la población en general y aumenten los costos de la salud (1).

### **1.1.1.- Situaciones de riesgos especiales.**

Varias son las situaciones que se han calificado como situaciones con riesgos especiales de violencia en el trabajo (1). Los trabajadores en el sector salud están expuestos a toda una gama de situaciones que para esta categoría laboral tienen una importancia especial por la gravedad y la frecuencia de la violencia laboral.

- *Trabajo individual:* el personal de enfermería que trabaja de noche o a domicilio, o hace su trabajo en soledad o en relativo aislamiento corren un mayor riesgo de violencia.
- *Trabajo en contacto con el público*
- *Trabajo con objetos de valor:* siempre que los objetos de valor (medicamentos, jeringuillas, agujas, equipos de valor) están o parecen estar “fácilmente accesibles” hay un riesgo de que se cometan delitos, y cada vez más, de tipo violento.
- *Trabajo con personas necesitadas:* la frustración y la ira que provienen de la enfermedad y el dolor, los desordenes psiquiátricos y el abuso de alcohol y de las sustancias psicotrópicas pueden influir en el comportamiento y hacer que las personas sean violentas de palabra o físicamente. La incidencia de la violencia a que se enfrentan los trabajadores que están en contacto con personas necesitadas es tan común que a menudo se considera parte del trabajo.
- *Trabajo en un entorno cada vez más “abierto” a la violencia:* la violencia en los contextos de atención de salud, que tradicionalmente se concentraba en unos pocos sectores, como los servicios de urgencias, se extiende cada vez más a todos los sectores de trabajo.
- *Trabajo en condiciones de especial vulnerabilidad:* los procesos generalizados de reforma y los recortes de personal en el sector salud son causa de que un número cada vez mayor de trabajadores se vean en empleos ocasionales y precarios, expuestos al riesgo de unas condiciones de trabajo deficientes y pérdidas de empleo, con los riesgos de violencia que ello conlleva.

### **1.1.2.- Factores causantes de violencia.**

Se han identificado múltiples factores que originan esta clase de violencia. Éstos se pueden clasificar en tres grandes grupos: el primero sería los que dependen del propio paciente, el segundo los que dependen del profesional y el tercero los que dependen del entorno.

- Factores derivados del paciente (2)
  1. Patología que presenta:
    - Puede ser una enfermedad complicada por su gravedad o por otros problemas añadidos: SIDA, cáncer, afectación emocional, intensa y/o pérdida de autonomía del paciente.
    - Síntomas confusos difíciles de catalogar o difíciles de expresar por el paciente, bien sea por miedo a un padecimiento grave o por miedo a tratamientos agresivos o simplemente por miedo a no saber expresarse.

- Problema mental no identificado o mal manejado.
2. Personalidad del paciente:
    - Habitualmente no la podremos cambiar, deberemos aceptarla.
    - Alteraciones psicológicas transitorias o permanentes que pueden complicar el trato e incluso molestar al profesional.
    - Características físicas (higiene, vestido, etc.).
    - Barreras comunicacionales o socioculturales.
    - Opiniones o creencias contrapuestas con las nuestras.
  3. Circunstancias en que se desenvuelve el paciente:
    - Situación socioeconómica deficiente que impide el cumplimiento de opciones terapéuticas.
    - Nivel cultural y profesional elevado.
    - Entorno íntimo, social y/o familiar problemático.
    - Experiencias previas negativas con el sistema sanitario.
- Factores relacionados con el profesional sanitario (2)
    1. Personalidad y profesional:
      - Alteraciones de la propia salud. Problemas familiares.
      - Múltiples quehaceres que llevan a manifestar prisa.
      - Temperamento o carácter difícil.
      - Actitudes profesionales disfuncionales.
      - Barreras comunicacionales o socioculturales.
    2. Circunstancias en las que se desenvuelve:
      - Estrés e insatisfacción laboral.
      - Experiencias negativas en relación con pacientes.
      - Discontinuidad de la atención.
      - Dificultad en el abordaje de contenidos psicosociales.
      - Falta de actitud positiva hacia salud mental.
  - Factores relacionados con el entorno (2)
    1. Características físicas y organizativas del centro:
      - Áreas de recepción y circuitos inapropiados, no centrados en el usuario.
      - Tiempos excesivos de espera.
      - Interrupciones frecuentes en la consulta.
      - Fallos reiterados en cuestiones burocráticas.
      - Problemas en la socio demografía de la comunidad atendida.

### 1.1.3.- Repercusión de la violencia en el sector sanitario.

Según un estudio realizado por Cantera (15) el 22% de los incidentes registrados en sus encuestas ha tenido alguna repercusión psicológica declarada en la persona agredida. El 3% ha derivado una baja laboral y en otro 3% de los casos de ha producido una interrupción de la jornada por causa física 2% o psicológica 1%. Prácticamente ninguna persona agredida valora el incidente como una experiencia positiva o enriquecedora para ella desde un punto de vista profesional. Por el contrario, la mayoría considera que influirá negativamente en su práctica asistencial, mientras que una minoría piensa que el incidente no repercutirá significativamente en su trabajo.

A continuación se exponen los efectos de la violencia verbal y física en el ámbito de la organización y del profesional sanitario: (15-17)

- Organización:
  - Descenso significativo:
    - Cantidad de las horas de trabajo.
    - Cantidad y calidad de los servicios prestados.
    - Calidad de la vida laboral y del clima social.
    - Imagen institucional.
    - Productividad, eficiencia, competitividad y excelencia organizacionales.
  - Aumento significativo:
    - Costes de los servicios sanitarios, por adopción de estrategias de *medicina defensiva*, que suele traducirse en el aumento de solicitudes de pruebas complementarias innecesarias, la derivación sistemática a urgencias hospitalarias o a especialistas, el desarrollo de visitas rápidas, superficiales y poco comprometidas, la prescripción injustificada de fármacos, la autorización automática del uso de ambulancias o la prolongación de bajas laborales por la simple petición de pacientes exigentes percibidos como peligrosos.
    - Insatisfacción de usuarios, clientes y profesionales.
    - Interacciones sociales negativas profesionales-pacientes.
    - Crispación y conflictividad laborales.
  
- Profesional:
  - Descenso significativo:
    - Motivación para el trabajo.
    - Implicación con la organización.
    - Autoestima profesional.
    - Rendimiento laboral.
    - Empatía en la relación asistencial.
    - Disponibilidad para atención a pacientes potencialmente conflictivos.
    - Duración de ciertas visitas medicas.
  - Aumento significativo de síntomas:
    - Fisiológicos: disfunciones gastrointestinales, respiratorias, insomnio, cefaleas, fatiga, etc.

- Emocionales: malestar, insatisfacción, ansiedad, estrés, irritabilidad, sentimientos de inseguridad, indefensión, impotencia, frustración, miedo, culpabilidad, vergüenza, desconfianza, depresión, etc.
- Cognitivos: perplejidad, confusión, injusticia percibida, pesimismo profesional, dificultades de atención, memoria, concentración en la tarea, planificación y ejecución de actividades, etc.
- Conductuales: actitudes de absentismo laboral y bajas efectivas por enfermedad, retrasos, peticiones de permiso, de traslado, de rotación, de excedencia, cambio de trabajo, jubilación anticipada, abandono de la organización, del trabajo o de la profesión, recurso a psicofármacos, etc.
- Psicosociales: retraimiento, incomunicación, trato despersonalizado a pacientes, abdicación de responsabilidades profesionales, etc.

Todas estas consecuencias pueden desencadenar en la aparición del “Síndrome de Burnout” (18). El síndrome del “quemado” se presenta como una respuesta a corto plazo que vive el individuo cuando tiene que enfrentarse a sus propios límites y a los de los otros (pacientes, organización, compañeros, etc.). Esta dificultad lleva al agotamiento en un intento fracasado de esforzarse constantemente en corregir un cierto desequilibrio, sobre todo cuando el profesional no es el único responsable de esta realidad. Está integrado por tres dimensiones básicas:

- Agotamiento emocional: caracterizado por un sentimiento de que los profesionales tienen mermados sus recursos emocionales y no pueden ofrecer apoyo o ayuda a los demás pues han ido perdiendo su energía en su trabajo cotidiano.
- Despersonalización: implicaría la aparición de actitudes negativas como distanciamiento en el trato con los pacientes y sus familias, insensibilidad hacia los problemas que presentan, responsabilizándoles de los mismos, llegando a una visión y trato deshumanizado, como consecuencia del endurecimiento afectivo.
- Falta de realización personal

## **1.2.- Paciente conflictivo.**

Existen diversas definiciones sobre los pacientes conflictivos. Por ejemplo, O’Dowd (19) lo define como un grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir distres en el médico y el equipo que los atienden. Según Ellis (2), el paciente conflictivo simplemente es aquel que consigue hacerte sentir ese desagradable nudo en el estomago cada vez que lees su nombre en el listado de pacientes del día. Y Martin (19) lo define como una persona que provoca de forma habitual una sensación de angustia o rechazo en el profesional.

En la tabla 1 se puede observar la clasificación de los pacientes según las características que les definen.

**Tabla 1.** Clasificación y distribución de los pacientes conflictivos según su tipología (2, 10, 15, 20).

| GRUPO                               | CARACTERISTICAS PRINCIPALES  |
|-------------------------------------|--|
| <b>PASIVO-DEPENDIENTE (43%)</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grandes frecuentadores (necesidades sin límite) debido a su visión sin límites de las posibilidades profesionales del médico.</li> <li>▪ Baja autoestima y capacidad de toma de decisiones.</li> <li>▪ Ingenuo en cuanto a su actitud seductora y aduladora y su autopercepción de necesitar ayudas sin límite.</li> <li>▪ Agradecido a pesar de lo poco que se avanza.</li> <li>▪ Provocan: cansancio y aversión.</li> </ul>   |
| <b>EXIGENTE-AGRESIVO (19%)</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grandes demandantes. No son conscientes de la gran dependencia que hay detrás de su actitud (“terror al abandono”).</li> <li>▪ Utilizan con frecuencia la intimidación, la devaluación profesional y la inducción de culpa.</li> <li>▪ Actitud hostil y de superioridad.</li> <li>▪ Provocan: miedo, inseguridad y hasta depresión.</li> <li>▪ Presentan: una mirada directa, mantenida más tiempo del habitual y con cierto tono desafiante.</li> <li>▪ El ceño aparece fruncido, con labios y mejillas apretados y cabeza hacia adelante (“como embistiendo”).</li> <li>▪ Predominan posturas cerradas, con puños apretados y gran tensión muscular.</li> <li>▪ El habla es rápida, a menudo en tono elevado y en forma de ráfagas.</li> </ul>  |
| <b>MANIPULADOR-MASOQUISTA (19%)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No es ingenuo, ni seductor, tampoco especialmente agradecido ni hostil.</li> <li>▪ Frecuentemente rechaza ayuda mediante la fórmula “<i>no hay nada que hacer</i>”, pero sin embargo, puede consultar infinidad de ocasiones por el mismo motivo.</li> <li>▪ Si un motivo de consulta se resuelve, aparece otro inmediatamente a continuación.</li> <li>▪ Suele tener siempre una justificación para incumplir las indicaciones del médico (frecuentemente efectos adversos a la medicación).</li> <li>▪ A menudo presenta síntomas depresivos y parece buscar ganancias secundarias a su estado.</li> <li>▪ Provocan: sentimiento de culpa.</li> </ul>   |
| <b>NEGADOR-AUTODESTRUCTIVO (2%)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existen tres características básicas dentro de este grupo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aquellos que incumplen por falta de auto susceptibilidad o de información sobre su problema.</li> <li>- Aquellos quienes, a pesar de sentirse susceptibles de estar bien informados, no desean seguir las prescripciones médicas simplemente porque se sienten seres autónomos y creen poseer valores personales suficientes para resolver sus problemas por sí mismos.</li> <li>- Aquellos a los que a su incumplimiento se asocia un carácter claramente autodestructivo.</li> </ul> </li> <li>▪ Provocan: aversión, miedo, culpa y hasta sentimiento secreto de “ganar de que se muera el paciente”.</li> <li>▪ Lo más característico: postura indolente, como “apoltronado”. El contacto ocular es disperso, el tiempo de respuesta alargado, con tendencia a silencios y respuestas mediante emblemas como el encogimiento de hombros</li> </ul> |
| <b>SOMATIZADOR (17%)</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paciente plurisintomático, con padecimientos de difícil explicación biomédica.</li> <li>▪ Generan gran número de interconsultas y exploraciones complementarias</li> </ul>  |

Fuente: Elaboración propia

### 1.3.- Conducta conflictiva.

La conducta conflictiva es el resultado de la interacción entre factores individuales y situacionales donde el agente causal es el individuo.

#### 1.3.1.- Fases de la hostilidad.

La conducta típicamente agresividad se intensifica en 3 etapas: ansiedad, agresión verbal y agresión física. La etapa determina el nivel de intervención del profesional de enfermería (16). La reacción del paciente en forma de agresividad y hostilidad sigue un patrón determinado que se conoce como la curva de la hostilidad. Esta curva tiene forma de "U" invertida (Figura 3). Para un adecuado manejo se deben conocer las fases de dicha curva, identificando los momentos en los que es más útil intervenir para conseguir que el paciente vuelva a un estado emocional normal (21).

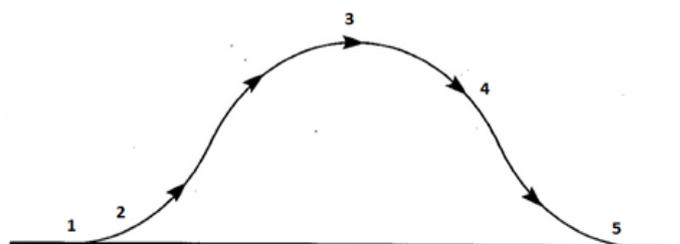
A continuación se exponen las cinco fases del estado de hostilidad que un paciente puede mostrar (3, 11):

1. Estado basal de racionalidad: nivel emocional adecuado para poder discutir cualquier problema.
2. Inicio del "disparo" de sentimientos agresivos: el paciente da rienda suelta a sus emociones, llegando incluso a la grosería y a la hostilidad. Se muestra poco receptivo por lo que solo debemos escuchar.
3. Grado máximo de sentimientos: se muestra un impacto emocional en el interlocutor. Existe poca receptividad por parte del paciente por lo que solo se aconseja la escucha activa.

Cualquier intervención que se realicen en las fases 2 y 3, ya sea verbal y/o no verbal, será motivo para que se renueven los sentimientos de hostilidad. Una actitud de escucha e interés junto con un "contrabalanceo" emocional (actitud contraria a la emocional) constituyen las mejores acciones que se pueden llevar a cabo para afrontar estos momentos, que general una importante angustia y tienen un gran impacto emocional para el profesional. (22)

4. Descenso de la hostilidad: comienza el momento de ir afrontando la situación. Debemos poner en práctica la empatía reconociendo su estado emocional.
5. Estado basal de racionalidad: momento más adecuado para intervenir y afrontar el problema existente.

Figura 3. Curva de la hostilidad.



Fuente: Clèries Costa X. El paciente tiene la palabra. La comunicación con los profesionales de la salud. Viguera; 2009

### **1.3.2.- Errores más comunes que pueden desencadenar una conducta conflictiva.**

Muchos de los errores que el personal de enfermería comete en la comunicación con los pacientes transmiten que no le tenemos en cuenta, que tenemos prisa, sus sentimientos no son aceptables, que le juzgamos o que le queremos ayudar con nuestros consejos (18).

Muchas de estas faltas están producidas porque no somos capaces de identificar que los momentos en que la persona lo único que espera de nosotros es comprensión.

Entre los fallos más habituales cometidos por las enfermeras son los siguientes (18):

- Interrumpir al paciente sin poder esperar a que termine su intervención.
- Escuchar sólo la comunicación verbal pero no “escuchar” la no verbal.
- Adelantarnos a la información que nos dan y dar por supuesto lo que nos van a decir.
- Sentirse muy impactado por algo que el paciente dice.
- Cambiar de tema bruscamente.
- Llegar a conclusiones con poca información rellenando la que nos falta por no pedir más información.
- Atender exclusivamente a los datos objetivos.
- Evitar cuestiones difíciles.
- No diferenciar las ideas importantes de las que no lo son, quedándose con lo anecdótico o lo que más nos impacta aunque no sea lo más importante.
- Intentar coincidir la información del paciente con la que ya sabemos.
- Fingir atención hacia el paciente para finalmente imponer los propios criterios.
- No comprobar la asimilación de la información que nos han dado, dando por supuesto que hemos entendido.
- Cuando una persona está intentando compartir sus sentimientos y recibe una de estas respuestas, es muy probable que se ponga a la defensiva y responda a nuestro nivel generando conflicto o justificándose o dando explicaciones del por qué se siente así. En este caso, el paciente pierde la confianza en el profesional y la comunicación se interrumpe.

A raíz de estos errores a continuación se exponen una serie de estrategias de comunicación verbal y no verbal que permitirán al personal de enfermería manejar de manera más eficaz la relación con el paciente y evitar desencadenar una conducta agresiva.

### **1.3.3.- Actuación ante un paciente conflictivo: habilidades de comunicación.**

Las habilidades de comunicación y de relación con el paciente suponen una de las bases fundamentales de la práctica de los profesionales sanitarios y constituyen uno de los factores más importantes que determinan la calidad de los cuidados de salud. Una adecuada comunicación con el paciente es considerada, por la mayoría de los profesionales, independientemente de su especialidad, como la habilidad clínica fundamental que caracteriza a un profesional competente y una de las mayores fuentes de satisfacción personal (18).

La contención verbal es la primera pauta de actuación siempre que sea posible ante un paciente conflictivo, en la cual será necesario fomentar la verbalización, para evitar el paso a la acción física. Se trata de una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total y cuyos objetivos son: lograr una alianza terapéutica con el paciente, negociar soluciones terapéuticas, disminuir la hostilidad y la agresividad e informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar el autocontrol del paciente (23).

Una de las funciones de la palabra es la correcta información por parte del profesional sanitario. Es muy habitual que enfermos y familiares se quejen de no estar informados, ante la sorpresa del sanitario que creía haberlo hecho correctamente. No hay que limitarse a un simple y escueto monólogo, sino también saber escuchar las preguntas que pueden suscitarse, a veces, no inmediatamente (12).

Así, a través de la palabra, nace y se fortalece una relación que será fundamental para que luego el enfermo acepte la realidad de su enfermedad, el tratamiento que se le proponga, incluso, las posibles complicaciones, y valore la ayuda del equipo sanitario (12).

A continuación se exponen una serie de estrategias verbales a tener en cuenta ante un paciente conflictivo (24):

- Usar un lenguaje apropiado a la persona que escucha, evitando palabras o conceptos que para el emisor pueden ser elementales pero que no todo el mundo tiene porqué conocer o comprender.
- Se debe tener en cuenta algo tan importante como es el tono de voz: los cambios en el tono de voz se asocian a variaciones en el significado emocional que tienen para el individuo los diferentes temas. El habla rápida y espasmódica se asocia a ansiedad, mientras que el habla excesivamente lenta indica preocupación. Los tartamudeos, dudas y errores van a mostrar que sentimos ansiedad intensa y por último, los silencios en el curso de la conversación suelen ser una de las posibles respuestas a temas que provocan angustia.
- A la hora de dar indicaciones o prescripciones debe hacerse de manera clara, concisa y completa, evitando siempre la ambigüedad y la polisemia. Por otro lado, no se debe escatimar obviedades que pudieran darse por supuestas, pues hacerlo puede tener como consecuencia un empobrecimiento de la comunicación eficaz en contextos formales.
- Dejar hablar al interlocutor y no interrumpirle de manera gratuita. Interrumpir solo en el caso de que no se entienda algo importante, cuando se pierda el hilo de la información, o cuando el interlocutor divague de manera exagerada. Puede ocurrir que el paciente esté muy ansioso, hable sin parar y se pueda avanzar, en este caso será necesario acotar la respuesta del paciente, interrumpiéndole con frases como: *“Espere un momento”, “escúcheme un momento e intente contestarme de la manera más concreta, ¿de acuerdo?”*. Evitar cortar sus frases, ni tampoco acabarlas por cuenta propia. Dejar expresarse es la mejor manera de alcanzar un conocimiento completo de la persona con quien se comparte la interacción comunicativa, además de ser la mejor manera de ganarse su respeto y confianza.
- Hacer preguntas siempre que se necesite conocer un dato relevante o entenderlo mejor, así como cuando se desee animar a la otra persona a expresarse.

- Puede ser útil utilizar la técnica comunicativa de la paráfrasis: repetir el mensaje recibido para contrastar si es exacto lo que se ha entendido o si falta información adicional o se ha entendido erróneamente. Este procedimiento facilitará al profesional la comprensión completa de aquello que exprese el paciente, especialmente si éste aporta la información de manera poco clara.
- Verificar si el paciente ha comprendido, realmente, aquello que se le ha dicho. La verificación debe incluir preguntas simples.
- Manifestar en todo momento una elevada motivación por el propio trabajo. La desmotivación es fácilmente captada por quien recibe el servicio, produciendo así, un descenso de la credibilidad otorgada al sanitario, al tratamiento y por tanto, la adhesión al mismo.

Sin embargo, a veces, contenidos muy adecuados no consiguen su objetivo de comunicación porque el lenguaje no verbal que acompaña al contenido verbal lo contradice o matiza. Teniendo en cuenta, además, que el 50% de la comunicación que establecemos los humanos es comunicación no verbal, resulta fundamental cuidar los aspectos no verbales que acompañen los contenidos verbales. Seguidamente, se exponen una serie de elementos clave en la comunicación no verbal:

- Ayudar al interlocutor a que se sienta cómodo y libre en aquello que quiera expresar. Para ello será necesario propiciar un clima de cordialidad no intrusista y manifestar una actitud de respeto absoluto e incondicional (18).
- Demostrar interés hacia lo que se está escuchando, a través del feedback no verbal y mediante acciones tales como:
  - Contacto ocular: expresa deseo de comunicarse e interés.
  - Postura del cuerpo: inclinada hacia adelante, en posición sentado, se asocia a la apertura a la comunicación y atención al tema. Las posturas corporales abiertas, cómodas, relajadas indican apertura hacia la relación. Debemos establecer una distancia mínima interpersonal entre 1,25 y 3,5 metros, adecuada en las relaciones de comunicación sanitarias.
  - Movimientos corporales: la frecuencia de gesticulación implica relajación y apertura hacia la comunicación.
  - Tacto expresivo al paciente: la función que tiene es exclusivamente comunicativa. El tacto puede servir para expresar confianza, empatía y apertura hacia la comunicación. Tocar al paciente acompañado de comunicación verbal permite que los pacientes entiendan mejor los mensajes y consigue que perciban al profesional como más empático. Pese a esto, ciertas personas rechazan el contacto físico porque les produce rechazo e incluso hostilidad. No es recomendable usar este tipo de comunicación en individuos que presentan suspicacia, psicóticos descompensados o en estados confusionales (24).
- Escuchar siempre para comprender al paciente y no estar pensando qué es lo que se va a decir cuando éste acabe de hablar. Escuchar significa prestar atención y demostrar que se hace (24).
- Evitar, en la relación interactiva con el paciente, las interferencias físicas (interrupciones, ruido ambiental, espacios físicos inapropiados, etc.), las interferencias psicológicas (distracciones, preocupaciones, etc.) que pudiera tener el profesional en el momento de la interacción y las interferencias actitudinales

(prejuicios sociales, estereotipos negativos, juicios prematuros sobre individuos, afectos negativos experimentados hacia un paciente, etc.) (25).

- Ser siempre empático. La empatía consiste en la capacidad para ponerse en el lugar del otro y, por un momento, posicionarse desde la perspectiva ajena y no desde la propia, con la finalidad de comprender los sentimientos y situaciones de la otra persona. Ser empático no significa compartir obligatoriamente, ni disculpar lo que no es adecuado, sino comprender que las circunstancias de cada persona condicionan enormemente su comportamiento particular (24).
- Mantener una actitud y un comportamiento pacientes, dejar tiempo para que el paciente se exprese de manera completa. Esto es especialmente relevante en el marco de la comunicación terapéutica, pues ésta suele incluir la expresión de sentimientos, preocupaciones, dudas o datos íntimos, que no siempre resultan fáciles de comunicar (18).
- Evitar juicios de valor sobre el paciente o acompañante. A la hora de analizar hechos problemáticos, es conveniente hacerlo desde la concreción objetiva de los comportamientos, los momentos y las consecuencias, más que generalizar y emitir juicios de valor sobre el paciente (26).
- Ser conscientes de que todas las personas tenemos necesidades físicas, psicológicas y sociales, pero que tanto éstas como la manera de satisfacerlas pueden ser muy distintas entre personas (21).
- Atender no sólo al contenido del mensaje sino también a los sentimientos y necesidades de la persona. Las personas actúan en función de sus pensamientos, opiniones, expectativas, temores, creencias, etc. (26).

En base a las citadas habilidades de comunicación se establecen unas normas generales de actuación ante la conducta agresiva de un paciente conflictivo.

- Normas generales de actuación ante una conducta agresiva (24):
  1. Identificar al “paciente conflictivo” y distinguirlo de aquel paciente genérico que, ocasionalmente, pudiera manifestar algún comportamiento inapropiado o disruptivo. El paciente llamado “conflictivo” muestra este tipo de conductas de manera sistemática y característica. No estamos hablando de un paciente genérico que en un momento determinado manifestará enfado, temor, ansiedad, desmotivación o un comportamiento similar. Es muy importante saber distinguir entre ambos y evitar calificar toda actitud poco colaboradora con esta etiqueta.
  2. Verificar si el comportamiento manifestado por el “paciente conflictivo” se debe a algún problema psicológico (depresión, trastorno de la personalidad, etc.) o a algún problema de origen físico (daño cerebral, síntomas de abstinencia, efectos secundarios de un fármaco, etc.). En estos casos, será necesario iniciar el tratamiento adecuado al trastorno que se hubiera detectado.
  3. Evitar, por norma general, la irritación y el enfado como respuesta ante el comportamiento de este tipo de pacientes, pues ello sólo favorecería el mantenimiento de su conducta disruptiva.

4. No interpretar, en ningún caso, el comportamiento inapropiado del paciente como una reacción personal hacia el profesional. Esto permitirá al sanitario mantenerse en una posición objetiva y realista, además de reducir la probabilidad de experimentar estrés laboral y sentimientos de frustración en el desempeño del propio rol.

- Normas específicas de actuación en función del tipo de paciente:

Tal y como se expone en la tabla 1, la tipología de pacientes agresivos, desmotivados y dependientes es la más habitual en los hospitales. A continuación se expone la manera de actuar que se debe poner en práctica ante ellos (24):

Pacientes agresivos:

El ataque directo a un profesional que intenta ayudar puede resultar muy frustrante para éste. En ningún momento el profesional de enfermería debe responder con ira o agresividad; antes de ello, debería considerarse la posibilidad de poner el caso en manos de otro profesional, pero tampoco debe tolerarse el comportamiento airado del paciente. La situación debe tratarse de manera inmediata, con firmeza, asertividad y objetividad, pero también con serenidad y sin emotividad. Habría que recurrir a preguntas abiertas que aclararán los motivos de tal reacción. El objetivo es restablecer una relación terapéutica con los límites apropiados, lo cual resultará complicado si el profesional opta por ponerse a la defensiva o entrar en disputas. En este caso es especialmente relevante informar serenamente al paciente de que como profesionales nunca comenzaremos a discutir. También es adecuado reforzar cualquier manifestación de cordialidad que pudiera expresar el paciente en sus momentos más calmados.

Pacientes desmotivados:

Presentan algunos ademanes típicos de la conducta evitativa pero la emoción que predomina no es la ansiedad sino el desinterés. A diferencia del agresivo, el paciente desmotivado es apático y no colérico. En este tipo de comportamiento suele existir de fondo un trastorno depresivo o de la personalidad, que debería ser tratado adecuadamente. De cualquier modo, el personal de enfermería debe adoptar una actitud de comprensión incondicional ante este paciente que, recordemos, no es colaborador pero tampoco agresivo. No debe pensarse que el enfermo es vago o que no quiere curarse; sí que va a desear curarse, pero, en estos momentos, carece de la motivación suficiente para seguir con constancia aquello que se le prescribe. El profesional debe evitar la obstinación en continuar el tratamiento si, durante un tiempo relativamente largo, lo ha intentado sin éxito. Si el diagnóstico lo permitiera, es más efectivo suprimir el tratamiento e intervenir sobre las causas que mantienen la actitud apática y desmotivada.

Pacientes dependientes:

Se trata de personas que reclaman una atención constante. Son exigentes con los servicios sanitarios, no se conforman con la atención corriente que se les dispensa y suelen desear habitualmente que alguien cuide de ellos. El profesional de enfermería se ocupa, precisamente, de cuidar a otras personas, de ahí que este tipo de personas

se adhiera con facilidad a ellos. Es importante que el sanitario sepa establecer límites razonables y firmes en la relación con los pacientes y que no vaya más allá de lo que corresponde a su rol. Si el paciente dependiente exige más, el profesional debe estar dispuesto a romper la relación terapéutica o, eventualmente, ponerla en manos de otro profesional. Ante la posibilidad de quedarse sin ayuda, muchos pacientes de este tipo aceptarán los límites razonables que se les propone.

La violencia en el lugar de trabajo atenta contra la dignidad y los derechos de los trabajadores pero además, es una amenaza para la eficacia y el éxito de los servicios sanitarios. Se debe aplicar tolerancia cero ante las agresiones externas en el sector sanitario y apoyarnos en el pilar fundamental para la prevención: la formación.

## **2.- OBJETIVOS.**

### **2.1.- Objetivo principal:**

1. Elaborar un documento gráfico que incluya estrategias de afrontamiento para la conducta agresiva de un paciente dirigido al personal de enfermería del servicio de urgencias.

### **2.2.- Objetivos secundarios:**

1. Describir al paciente difícil: realizar una clasificación con las principales características que muestran y describir las fases de hostilidad que desarrollan.
2. Especificar la repercusión que tiene la violencia en el personal sanitario y en la organización.
3. Describir las principales estrategias de comunicación verbal y no verbal convenientes y a evitar para una correcta comunicación y prevención: pautas generales y específicas para llevar a cabo ante una amenaza de agresión.

### 3.- METODOLOGÍA.

En primer lugar, para la elaboración de este Trabajo Fin de Grado (TFG) se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para conocer qué se ha publicado sobre este tema en concreto. Para ello he contado con un grupo heterogéneo de material bibliográfico compuesto por bases de datos (PubMed y Scielo), libros, revistas, páginas web, protocolos y manuales.

Para la realización de la revisión bibliográfica se han utilizado los Descriptores de la Salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH). Con éstos he obtenido una serie de palabras clave: “agresión”, “violencia laboral”, “enfermero”, “paciente difícil” y “urgencias” en castellano, y en inglés: “agresion”, “workplace violence”, “nursing”, “difficult patient” y “emergency department”.

Todos estos términos los he combinado con los operadores booleanos (AND y OR) y he realizado truncamiento para obtener información en las siguientes bases de datos con las siguientes estrategias de búsqueda tal y como se muestra en la tabla 2.

**Tabla 2.** Estrategias de búsqueda en las bases de datos utilizadas.

| BASES DE DATOS | ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA   |
|----------------|--|
| <b>PUBMED</b>  | <p>Una estrategia de búsqueda ha sido “violence AND nurs*” en el apartado de PubMed Health para obtener otra de las palabras clave: “emergency department” [MeSH]. Con este truncamiento he obtenido 212 documentos, 2 de ellos de utilidad.</p> <p>Otra estrategia de búsqueda ha sido: “workplace violence” [MeSH] AND nurs* AND “emergency department [MeSH]. Con esta unión he obtenido 86 documentos de los cuales he seleccionado 2.</p> <p>La búsqueda en PubMed del término “heartsink patient” ha derivado en 24 documentos de los cuales he seleccionado 2.</p> <p>Por último, “heartsink patient” OR “difficult patient” AND “workplace violence” [MeSH] ha dado como resultado 35 documentos, seleccionando 2.</p> |
| <b>SCIELO</b>  | <p>Realizando la búsqueda con los términos “agresividad AND urgencias” he obtenido 1 documento.</p> <p>Buscando los términos “Urgencias AND agresiones AND violencia” he obtenido 7 documentos de los cuales he seleccionado 1.</p>  |

**Fuente:** Elaboración propia

- Páginas web: Google Académico, SNS – O, Sociedad Española de Enfermería en Urgencias, Consejo General de Enfermería y Organización Mundial de la Salud entre otros.
- Revista: Elsevier.
- Libros de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra en los apartados de: psicología, comunicación y urgencias.

Además, he contado con la colaboración de Alfonso Arteaga Olleta, profesor del Departamento de Psicología y Pedagogía de la Universidad Pública de Navarra y Asunción Asenjo Gorricho, enfermera del servicio de urgencias del Hospital de Navarra.

#### 4.- PROPUESTA DE MEJORA

La formación es uno de los pilares fundamentales para prevenir y afrontar una agresión externa durante un turno laboral. En la actualidad, el Sistema Navarro de Salud – Osasunbidea dispone desde 2009 de un Manual de Actuación frente a Agresiones Externas (3) hacia el Personal Sanitario con el que pretende ayudar a los trabajadores y a la organización a saber actuar ante una agresión. En él se describen las principales actuaciones a seguir en caso de que el personal adscrito al Servicio Navarro de Salud sea objeto de una agresión externa durante su trabajo por parte de usuarios, pacientes o de sus familiares o acompañantes. El protocolo incluye: asistencia sanitaria y apoyo psicológico disponible para el agredido, comunicación del suceso, asesoramiento legal, denuncia de los hechos ante el órgano competente y actuación con respecto a daños materiales que pudieran derivarse de comportamientos violentos.

Además, se imparte a los trabajadores un curso-taller acerca de las técnicas conductuales y de comunicación para el manejo del paciente difícil o agresivo de la mano del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (11)

A pesar de la existencia de este manual monográfico, se ha decidido crear un documento gráfico (Figura 4) que permita al personal de enfermería del Servicio de Urgencias conocer las principales estrategias y pautas de actuación a desarrollar para afrontar una agresión por parte de pacientes o familiares. Se ha elegido este formato ya que un documento es un medio de transporte de información y un gráfico una representación esquemática de algo y puede resultar ser la mejor forma de reforzar la enseñanza del modo de actuación ante este tipo de conductas. De esta forma, se pretende llegar al personal de enfermería de manera fácil y rápida y puede permitir ser colocado en espacios comunes y controles de unidades debido a su tamaño, presentación y acceso rápido.

Tal y como se expone en la pirámide del aprendizaje (22), el porcentaje de datos que retenemos en la transmisión de la información varía dependiendo de la manera que lo llevemos a cabo. La principal acción que ayuda a memorizar la información es educar, con un 80%, muy lejos de ver (20%) y leer (10%).

Por eso, con este plan de mejora se pretende reforzar la educación que imparte la publicación del SNS-O ante un tema tan importante, a la vez que preocupante, como son las agresiones externas.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (8) “afrontar” se define como 3. Hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida. Éste es el principal objetivo del documento creado. No obstante, previamente a la situación de afrontamiento debemos saber que si las situaciones de conflicto y de riesgo de agresión no se reconocen, no es posible reconducirlas y actuar anticipadamente. La identificación y la anticipación son fundamentales para evitar o minimizar una situación violenta y en con este plan de mejora se quieren consolidar estos aspectos (7).

La situación que lleva a los pacientes al servicio de urgencias muchas veces ataca de manera repentina e inesperada, y con frecuencia en situación de vida o muerte. La crisis psicológica relacionada con el estado de salud trae consigo sentimientos de conmoción, ira, histeria y hasta el punto de violencia física. La actitud que se tome en las salas de urgencia para manejar estas circunstancias varía de manera amplia (14). En la medida que el profesional de enfermería sea capaz de interactuar de manera apropiada y satisfactoria con el paciente, mejorará su función profesional y obtendrá el máximo rendimiento de las competencias que posee (24). Pese al esfuerzo mostrado por el personal de enfermería, muchas veces afloran sentimientos que incluso aparecen en boca de los profesionales: irritabilidad (*“me pongo nervioso, me acelero, sin querer veo que les hablo más alto de lo normal”*) y la frustración. Frases como: *“son como una lapa, se enganchan a todos”, “el día que vienen te dejan hecho polvo, a pesar de tus años de experiencia puede que te lleguen incluso a producir inseguridad al no solucionarles el problema”* generan en el profesional de enfermería síntomas de cansancio e inseguridad (27).

Hay factores de riesgo en los que no se puede incidir (pacientes con abuso de sustancias, enfermos psiquiátricos, violencia intrínseca de la persona, etc.) pero sí se puede modificar la manera afrontar estas situaciones tan conflictivas e incómodas que se repiten cada vez más.

Se debe partir del hecho de que la agresividad es siempre más fácil de producir que de detener una vez establecida. Por ello primero se debe aprender a prevenirla, identificarla y luego a manejarla.

En primer lugar, parece evidente que lo primero que se deba hacer sea detectarla. Muchas veces la agresividad puede estar latente y si no nos damos cuenta de su existencia podemos evitar que se manifieste. De esta manera, son muy importantes los aspectos de comunicación no verbal que puedan dar indicios (28).

Es muy importante adquirir un dominio del clima y de la situación. Si nosotros sabemos mejorar nuestra empatía y nuestra cordialidad, la agresividad será más difícil que aparezca. Para ello debemos conocer las respuestas que despiertan en nosotros determinados pacientes y situaciones. Hay pacientes que a lo largo de una jornada laboral nos generan variedad de emociones: rechazo (pacientes somatizadores), hostilidad (pacientes “negadores-autodestructivos”), aversión (pacientes del tipo “emotivo-seductor”), defensa (“pacientes demandantes”), etc. (28). Por ello es muy importante conseguir un autocontrol emocional que será una herramienta primordial para prevenir la agresividad de nuestros pacientes.

Otra de las principales actividades que es trascendental realizar es una entrevista semiestructurada que va a posibilitar delimitar el motivo de consulta del paciente y crear un clima de negociación para rebajar el clima de tensión creado entre el profesional de enfermería y el paciente (28). Aunque parezca una paradoja, es la enfermera quien debe facilitar que el paciente exprese su desacuerdo, estando atento a cualquier señal que nos indique sin pasarla por alto. A continuación se exponen una serie técnicas de negociación (18) con el objetivo de intercambiar opiniones, reconvertir las ideas erróneas y llegar a acuerdos. Unas veces se utilizará una sola y otras se usarán varias en cascada, según lo requiera la situación:

- Cesión: negociar es convencer, pero también aceptar ser convencido. Ceder es aceptar lo que el paciente nos propone, y es conveniente ser capaces de involucrarnos en la decisión. Además, si se va a ceder es mejor hacerlo al principio, ya que en caso contrario (si cedemos tras discutir) queda para el paciente la sensación de vencedor.
- Paréntesis: retrasar una decisión hasta que se tengan los elementos necesarios para tomarla.
- Doble pacto: en ella, se acepta ceder en la demanda de un paciente, a cambio de que él ceda en otro aspecto.
- Exploración de creencias. Reconversión de ideas: es la base de la respuesta evaluativa. Muchas veces el paciente se resiste porque tiene una creencia errónea sobre la situación o su información es incorrecta. Consiste en conocer las creencias en que se sustentan las opiniones del paciente y reconvertir las creencias erróneas de éste, resaltando incoherencias, contradicciones, etc., mediante el aporte de la información adecuada.
- “Disco rayado”: en realidad no es una técnica de negociación, ya que se acepta ser convencido. En ella se repite siempre lo mismo para evitar que aumente la agresividad del paciente y que sea consciente de que no va a convencer al profesional. Se debe utilizar siempre el mismo tono y evitar un paralenguaje agresivo o sumiso.

Se debe reconocer que ante una persona que manifiesta su agresividad es sumamente difícil mantenerse en un estado emocional neutro. No obstante, la manera como se asuma el “ataque agresivo” permitirá mantener un estado emocional adecuado (24), además, en muchos casos, el reconocimiento de un error puede desactivar de inmediato a un paciente agresivo (28).

# ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LA CONDUCTA AGRESIVA

## Relacionadas con el SERVICIO

1º IDENTIFIQUE

Factores que aumentan el riesgo de agresividad → URGENCIAS

- Acumulo de pacientes en pasillos
- Falta de personal
- Aumento de tiempos de espera
- Interrupciones en consultas
- Tensión emocional
- Situaciones de gravedad

## Relacionadas con el PACIENTE

2º DETECTE LA AGRESIVIDAD

3º DOMINE EL CLIMA

4º ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL

Mirada directa y mantenida.

Mirar a los ojos sin fijar la mirada (Evitar la intimidación)

Ceño fruncido, labios y mejillas apretadas y cabeza hacia adelante.

Evitar gestos amenazantes y defensivos

Posturas cerradas

Posición inclinada y sentada. Movimientos corporales que muestren relajación.

Tono elevado y habla rápida

Hablar con tono suave y tranquilo. No gritar. Hablar sin tecnicismos. No responder con ira y/o agresividad. Dejar hablar al paciente.



- No quedarnos solos con el paciente.
- Conocer su situación clínica y sus AP.
- Actuar con tranquilidad
- No hacer movimientos bruscos.
- Guardar distancias (+1 metro y no dar la espalda).



## RECUERDE

Formule **preguntas abiertas**: "¿Qué le preocupa?, ¿qué cree que deberíamos hacer y no estamos haciendo?, ¿qué deberíamos hacer para afrontar el problema?".

**Utilice estrategias de control**: "no se le va a atender si persiste esa actitud", buscar apoyo en compañeros, llamar a seguridad y/o policía si riesgo físico o no razona (última instancia).

**Evite**: "¿Me va a decir usted cómo debo hacer mi trabajo?", "tranquilo, no te pongas nervioso, no es para ponerse así".  
**NO ATENDER A UN PACIENTE ARMADO.**

## 5.- DISCUSIÓN

Los actos violentos pueden ser impredecibles pero las situaciones en las que es probable que brote una conducta agresiva no lo es (29). Por ello, la principal medida para el afrontamiento de la violencia laboral es la formación a los profesionales sanitarios: enseñarles a reconocer y manejar las agresiones y resolver conflictos.

Por ello, a pesar de la existencia de materiales formativos, se ha decidido crear un documento gráfico de acceso sencillo y rápido para que el personal de enfermería disponga de él como un elemento de ayuda y apoyo para posibles situaciones conflictivas con los pacientes, en este caso en el Servicio de Urgencias.

Existen variedad de diagramas de flujo y protocolos creados por diferentes organizaciones pero la mayoría de ellos se basan en cómo actuar cuando ya se ha sufrido la agresión. Son los casos del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (30), Colegio de Médicos de Burgos (31), Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón (32) o de la Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios (ANSICH) (33) entre otros.

En el servicio de urgencias existen una serie de factores que hacen de este servicio el lugar más favorable para la aparición conductas conflictivas y agresiones. Pero se ha demostrado que no es el único servicio (4). Por eso, en líneas futuras, sería un beneficio que este documento se pudiera implementar en otro tipo de unidades, no sólo en el Servicio de Urgencias, también en Consultas Especializadas o Atención Primaria entre otros. Los Servicios Hospitalarios de la Red de Salud Mental disponen, en la mayoría de los casos, de protocolos de actuación ante agresiones de pacientes, además de timbres en los diferentes departamentos para avisar en caso de violencia. Pero se debe tener en cuenta que muchos de los pacientes conflictivos que agreden a personal sanitario no sufren trastornos psíquicos y por eso, el personal de enfermería debe saber afrontar esas situaciones.

Otro de las fortalezas de este plan de mejora es que está basado en una bibliografía actualizada y heterogénea, donde se puede encontrar que todas las fuentes consultadas para la realización del documento gráfico apoyan las pautas de afrontamiento expuestas.

A pesar de que el título principal del plan de mejora vaya dirigido a la conducta agresiva del paciente, también podría encaminarse hacia el comportamiento de los familiares y acompañantes.

Quizás, la principal debilidad que se ha encontrado a la hora de desarrollar este plan de mejora ha sido el desconocimiento de cómo realizar el documento gráfico. Ha resultado complejo plasmar toda la información recogida en un esquema ameno y sencillo.

En primer lugar se ha comenzado por los factores propicios para una conducta agresiva relacionados con el servicio. En muchos casos, los elevados tiempos de espera son la causa que puede favorecerla. Muchos de estos tiempos se ven incrementados cuando al paciente se le extraen analíticas sanguíneas y/o de orina. Estas pruebas exigen un tiempo de análisis medio de una a dos horas si se trata de un laboratorio central y en

muchos casos, los pacientes no comprenden que se necesite tanto tiempo, lo que aumenta su desesperación y frustración. Además, pruebas complementarias como ecografías, resonancias y escáneres precisan la existencia de médicos especializados que, si se trata de días festivos o turnos nocturnos, no siempre se dispone del número de profesionales adecuado para la demanda.

El profesional ha de prestar atención a los indicadores de agresividad que puede mostrar un paciente (11, 34): mirada directa y mantenida, ceño fruncido, labios y mejillas apretadas, posturas cerradas y un tono de voz rápido y elevado, entre muchos otros. En estas condiciones, la agresión física puede surgir en cualquier momento por lo cual se tienen que tomar siempre las medidas preventivas necesarias por lo que pueda suceder.

Una de las acciones que se debe ejecutar continuamente es el dominio del clima (28). En primer lugar se debe conocer la situación clínica del paciente y revisar sus antecedentes personales. No quedarnos solos con el paciente es uno de las principales a llevar a cabo. Mantener la calma y actuar con tranquilidad favorecerá la evitación de provocaciones al paciente.

Todo esto seguido de la puesta en escena de una serie de pautas de comunicación verbal y no verbal ante la aparición de los indicadores de agresividad ya nombrados favorecerá que en muchos casos la conducta agresiva disminuya.

## 6.- CONCLUSIONES

El estrés y la violencia se han generalizado en el sector de la salud. Médicos, enfermeros y trabajadores sociales están en lo alto de la lista de trabajos con niveles de estrés graves mientras que la violencia en el sector de la salud constituye casi una cuarta parte de toda la violencia en el trabajo (35).

Se puede afirmar que la violencia contra los profesionales sanitarios se ha convertido en un problema de salud pública, que afecta de forma creciente a los profesionales sanitarios, al propio sistema asistencial y, por consiguiente, a los pacientes, usuarios de los servicios sanitarios (17).

A pesar de la existencia de protocolos de actuación frente a las agresiones externas se ha demostrado que este problema continúa en crecimiento y no es suficiente con la creación de los mismos. El éxito está en la difusión, en la realización de sesiones informativas y en la divulgación de las pautas de afrontamiento y actuación. Por lo tanto, el plan de mejora creado presenta beneficios tales como fácil acceso debido a su tamaño y posibilidad de colocar en lugares visibles para el personal de enfermería. Además, de una futura implantación en otras unidades hospitalarias.

No es posible cambiar al paciente difícil o conflictivo, ni su enfermedad o sus circunstancias pero sí se puede mejorar el modo de afrontar su conducta (2), ya que debemos partir de la idea de que es más fácil “prevenir que curar” (36). Aprender a desarrollar una adecuada relación y comunicación con el paciente permitirá al profesional protegerse, disminuyendo la carga emocional negativa, el número de pacientes conflictivos y el número de problemas en los servicios hospitalarios.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Internacional del Trabajo OIT, Consejo internacional de enfermeras CIE, Organización Mundial de la Salud OMS, Internacional de Servicios Públicos ISP. Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. [monografía en Internet]. Ginebra. 2002. [acceso el 13 de febrero del 2014]. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_160911.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf)
2. Agreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. An. Sist. Sanit. Navar [revista en Internet] 2001 [acceso el 30 de enero del 2014]; 24 (2). Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5899/4754>
3. Gobierno de Navarra. Manual de prevención de riesgos laborales para los trabajadores del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona; 2009.
4. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermería. [monografía en Internet] 2012. [acceso el 12 de marzo del 2014] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0446.pdf>
5. Gómez Durán E, Gómez Alarcón M y Arimany Manso, J. Las agresiones a profesionales sanitarios. Revista Española de Medicina Legal [revista en Internet] 2012 enero. [acceso el 15 de enero del 2014]; 31(8) Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-medicina-legal-285/las-agresiones-profesionales-sanitarios-90117187-editorial-2012?bd=1>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y Salud. [monografía en Internet] Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002. [acceso el 12 de mayo del 2014] Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
7. Associació d'Entitats Sanitàries y Socials. Guía de prevenció de la violencia y de l'assetjament al centre de treball en el sector sanitari. Barcelona; 2013.
8. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. [acceso el 12 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
9. Lorente Acosta J. Medicina y justicia. Medicina Interna. Elsevier; 2004.
10. Smeltzer S, Bare B. Enfermería médico-quirúrgica. 10ªed. Mexico: McGraw Hill; 2007.
11. Arteaga Olleta A. Curso-Taller: Técnicas conductuales y de comunicación para el manejo de paciente difícil o agresivo. SNS-O. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales; 2013.
12. Broggi Trias M. Aspectos éticos y legales en urgencias. Tratado de urgencias. Barcelona: Marinsa; 1995.
13. Wada K y Suehiro Y. Violence Chain Surrounding Patient-to-Staff Violence in Japanese Hospitals. Archives of Environmental & Occupational Health [revista en Internet] 2013 noviembre. [acceso el 15 de marzo del 2014];69 (2). Disponible en: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19338244.2012.750587#.U4LuP3J\\_tyU](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19338244.2012.750587#.U4LuP3J_tyU)

14. Slaikeu A. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. 2º ed. Manual Moderno; 1996.
15. Cantera L, Cervantes G y Blanch J. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del Psicólogo [monografía en Internet] 2008. [acceso el 28 de enero del 2014];29(1). Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1538.pdf>
16. Flores N. Cómo relacionarse con un paciente furioso. Nursing [revista en Internet] 2009 febrero. [acceso el 12 de febrero del 2014]; 27 (2). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/nursing-20/como-relacionarse-un-paciente-furioso-13132980-emergencia-2009>
17. Miret C y Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. An Sist Sanit Navar [revista en Internet] 2010. [acceso el 14 de enero del 2014]; 33(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200019&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200019&script=sci_arttext)
18. Tazón Ansola M, García Campayo J y Aseguinolaza Chopitea L. Relación y Comunicación. Difusión Avances de Enfermería. 1º ed. Madrid: Ediciones DAE; 2000.
19. Mathers N, Jones N y Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. British Journal of General Practice, 2005; [acceso el 8 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239262/>
20. Vergeles Blanca J. Paciente difícil, una aproximación a la “desazón” del profesional. Atención Primaria [revista en Internet] 2003. [acceso el 30 de enero del 2014]; 31(4). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/comentario-paciente-dificil-una-aproximacion-desazon-profesional-13045293-originales-2003>
21. Gomez-Mascaraque F y Corral Torres E. Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Técnicas de emergencias sanitarias. Madrid: Aran; 2009.
22. Clèries Costa X. El paciente tiene la palabra. La comunicación con los profesionales de la salud. Viguera; 2009
23. Sociedad Española de Enfermería de urgencias y Emergencia. El paciente agitado. [monografía en Internet]. 2009. [acceso el 29 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/anterior/documentos/recomendaciones/AGITADO.pdf>
24. Pons X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. Enfermería Integral [revista en Internet] 2006. [acceso el 30 de enero del 2014]. Disponible en: [http://www.enfervalencia.org/ei/73/articulos-cientificos/ac\\_6.pdf](http://www.enfervalencia.org/ei/73/articulos-cientificos/ac_6.pdf)
25. Junta de Andalucía. Consejería de salud. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2014 [acceso el 12 de mayo del 2014]. Bimbela Pedrola J.L. Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación. 5º edición. Disponible en: <http://www.easp.es/project/cuidando-al-profesional-de-la-salud/>

26. Novel Martí G, LLuch Canut T y Miguel Lopez de Vergara M. Enfermería psicosocial y salud mental. 1º ed. Barcelona: Masson; 1995.
27. Más Garriga X, Cruz Doménech J.M, Fañanas Lanau N, Zamora Casas I y Viñas Vidal R. Difficult patients in primary care: a quantitative and qualitative study. Atención Primaria [revista en Internet] 2003. [acceso el 30 de enero del 2014]; 31 (4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12681159>
28. Redondo Valdeolmillos M y Callejo Giménez E. Situaciones difíciles en la consulta de Atención Primaria. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León [monografía en Internet]. 2009. [acceso el 3 de febrero del 2014]. Disponible en: [http://www.sccalp.org/documents/0000/1488/BolPediatr2009\\_49\\_331-338.pdf](http://www.sccalp.org/documents/0000/1488/BolPediatr2009_49_331-338.pdf)
29. Cárcoba Rubio N, Aizpuru Martínez A, Arancon Vaquero A, Esteban Mata A, González Mata S y Zulueta Gorosabel M. Agresiones a profesionales del Servicio de Urgencias del Hospital de Cruces. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería en Urgencias [revista en Internet] 2010 enero-febrero. [acceso el 14 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina5.html>
30. Gobierno Vasco. Protocolo de Actuación de violencia en el trabajo. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. 2009.
31. Colegio de Médicos de Burgos. Protocolo contra agresiones a profesionales médicos. [monografía en Internet] Burgos; 2009. [acceso el 4 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.combu.es/noticias/Todas/343>
32. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Plan de Prevención contra la Violencia en el Lugar de Trabajo. [monografía en Internet] Zaragoza; 2006. [acceso el 5 de mayo del 2014]. Disponible en: [http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Organismos/ConsortioSalud/AreasTematicas/RecursosHumanos/ci.04\\_Prevencion\\_contra\\_la\\_violencia\\_en\\_el\\_lugar\\_de\\_trabajo.detalleDepartamento?channelSelected=d993977c5401b210VgnVCM100000450a15acRCRD](http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Organismos/ConsortioSalud/AreasTematicas/RecursosHumanos/ci.04_Prevencion_contra_la_violencia_en_el_lugar_de_trabajo.detalleDepartamento?channelSelected=d993977c5401b210VgnVCM100000450a15acRCRD)
33. Gómez Quirós P. Manual de Prevención ante las Agresiones al Personal Sanitario. [monografía en Internet] Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios (ANSICH) [acceso el 4 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.salvadorpostigo.com/enfermeriaaldia/archivos/manual%20anto%20agresiones%20a%20profesionales.pdf>
34. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Violence clinical practice guidelines. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. [monografía en Internet]. London: Royal College of Nursing; 2005 february. [acceso el 1 de junio del 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015416/>
35. Di Martino V. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. [monografía en Internet] Geneva; 2003. [acceso el 13 de febrero del 2014]. Disponible en:

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVstresspaper.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVstresspaper.pdf)

- 36.** Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina Marcos M y Morató Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enferm glob.* [revista en Internet] 2013 abril. [acceso el 29 de marzo del 2014]; 12(30). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000200010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200010&lng=es).