



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



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Dirección General de RR.HH.



Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia

Protocolo Marco de Actuación en Centros de Atención Primaria



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Dirección General de RR.HH.

Edita:

Servicio Murciano de Salud
Dirección General de Recursos Humanos

Diseño y maquetación:

Murcia Multimedia, S.L.

Imprime:

Imprenta Morales, C.B.

D. L.: MU-78-2008

Este Protocolo-Marco fue aprobado el día 26 de Marzo de 2007 en Reunión del Comité de Seguridad y Salud del Servicio Murciano de Salud



Índice

I. Justificación	5
II. Objetivos del Protocolo	7
III. Responsabilidad en la Prevención y Atención de situaciones conflictivas en los Centros de Atención Primaria	9
IV. Procedimiento de actuación	11
1. Identificación del tipo de situación conflictiva	11
2. Actuación ante agresiones	11
2.1. Criterios de valoración de riesgo	12
A. Riesgos organizativos	12
B. Riesgos previos a la asistencia	12
C. Riesgos durante la asistencia	13
D. Alteraciones en la normalidad del proceso asistencial	13
2.2. Manejo de situaciones conflictivas	13
2.3. Líneas generales de actuación	15
A. Recomendaciones preventivas ante situaciones conflictivas	15
B. Atención ante Reclamaciones	16
C. Atención al agredido	16
Flujograma de Actuación	18



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

2.4. Registro de situaciones de conflicto	17
A. Registro Informatizado	17
B. Registro en la Historia Clínica	19
V. Seguimiento del Protocolo de Actuación	21
ANEXOS	
• ANEXO I: Recomendaciones de Actuación ante Situaciones Hostiles	23
• ANEXO II: Habilidades Comunicativas y Sociales para prevenir y/o afrontar situaciones de hostilidad	27
• ANEXO III: Documento de Registro de Comunicación Interna de Agresiones	41
• ANEXO IV: Recomendaciones para Registrar Agresiones	43
• ANEXO V: Guía para elaborar el protocolo de actuación interno frente a las agresiones	45
BIBLIOGRAFÍA	49
GRUPO DE TRABAJO	51



I Justificación

El **Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia** (aprobado en el Comité de Seguridad y Salud del Servicio Murciano de Salud, el 27 de Junio de 2005 y en el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud del 21 de Julio de 2005), recomienda, dentro del Apartado de las Medidas de Seguridad, para la Prevención de las Agresiones (punto 4.2., A.3, pag. 15), que cada Centro o Servicio tenga diseñado un **Protocolo de Actuación Interno** ante situaciones conflictivas y/o violentas.

Este Protocolo-Marco pretende ser un soporte para los profesionales de la salud ante los posibles conflictos y agresiones con los usuarios de los Centros de Atención Primaria del SMS (EAP, PAC, SUAP y Centros de la Gerencia 061).

En el origen de esta problemática psicosocial, - que cada día se nos hace más evidente, por las declaraciones de los agredidos y las reclamaciones de los usuarios -, parecen estar las diferencias existentes entre las expectativas del usuario y las prestaciones ofertadas por el Sistema Público de Salud, sobre todo en cuanto al acceso de los usuarios a los servicios sanitarios, en aspectos relacionados con la comunicación, información administrativa y sanitaria, y con una cierta cultura de uso de los servicios sanitarios, que produce insatisfacción y malestar.

Hay dos líneas de mejora en las que debemos incidir para afrontar este tipo de conflictos: una, por parte de la Administración que debe promover una “**cultura del buen trato**”, mejorando los sistemas de información y los circuitos de asistencia sanitaria, y racionalizando la gestión de los recursos sanitarios; y otra, por parte de los profesionales de la salud que deben ser entrenados en “**competencias y habilidades de comunicación**”, que garanticen el manejo de conflictos con los usuarios, y así evitar caer en actuaciones reactivas que suelen provocar desencuentro y desafección mutuos.

Con la puesta en marcha del **Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia** a finales del 2005, se está dando respuesta a estos riesgos psicosociales. Dicho Plan contempla mejoras organizativas y asistenciales para los



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Dirección General de RR.HH.

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

usuarios, mejoras en medidas de seguridad activa y pasiva de los Centros, y asesoramiento jurídico, asistencia sanitaria y psicológica, para que los profesionales del SMS se encuentren atendidos ante posibles incidentes.

Es imprescindible, que este Protocolo se difunda y se ponga en funcionamiento, adaptándolo a las características propias de cada centro, mediante un consenso previo en cuanto a los criterios básicos de actuación para crear una cultura de responsabilidad colectiva en la prevención de agresiones en los Centros de Atención Primaria y de la Gerencia 061.



II Objetivos del Protocolo

Los Objetivos de este Protocolo son:

- Servir de marco general, para que los Equipos de Atención Primaria y Gerencia 061 elaboren su propio Protocolo específico de Actuación, adecuándolo a sus necesidades y características, y revisándolo periódicamente según criterios de eficacia.
- Implicar de forma activa a los trabajadores de cada Centro en la resolución de estas situaciones de conflicto, para que se facilite el desarrollo normalizado de los servicios asistenciales encomendados a cada Centro.
- Dar una adecuada respuesta a las situaciones conflictivas que se producen en estos Centros, mediante procedimientos que generen seguridad y confianza en el personal del Servicio Murciano de Salud.
- Fomentar el sistema informatizado de registro de las agresiones, a fin de disponer de la información adecuada para poder actuar con medidas correctoras, que permitan tener un Plan de Actuación debidamente actualizado.



III

Responsabilidad en la Prevención y Atención de Situaciones Conflictivas en los Centros de Atención Primaria

En el entorno organizativo del Servicio Murciano de Salud, los responsables institucionales son:

- En los **Equipos de Atención Primaria**: el/la coordinador médico, el/la responsable de enfermería y el/la jefe de grupo administrativo.
- En los **Centros de la Gerencia 061**: los directivos de las guardias y los coordinadores de las UMES.

Tendrán como **misión** promover la difusión del Protocolo de Actuación ante las Agresiones, para que sea conocido por todo el Equipo (profesionales fijos y eventuales), y facilitar los recursos organizativos necesarios para su implementación.

La organización del trabajo en Atención Primaria mediante equipos multidisciplinares hace que, la **responsabilidad de la actuación** tenga un carácter horizontal y colectivo, actuando los miembros del Equipo presentes en el momento del conflicto, e interviniendo quienes decida el Protocolo de Actuación interno del Centro.

El profesional de la salud con más ascendencia sobre el usuario conflictivo, probablemente su médico de familia, su enfermero/a, o en otros casos, el responsable del Equipo, debe hacer un seguimiento de la situación de conflicto, e informar al resto de profesionales del proceso de resolución seguido.

Ante estas situaciones, los Servicios de Atención al Usuario, también tienen protagonismo dando adecuada respuesta a las reclamaciones de los usuarios y facilitando la resolución de las disfunciones administrativas u organizativas.

Son pertinentes, por tanto, las reuniones de Equipo para analizar y abordar las situaciones de conflicto acaecidas, a fin de aprender a afrontar futuras situaciones conflictivas que se puedan producir en el Centro con los usuarios.



IV Procedimiento de Actuación

■ 1. IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE SITUACIÓN CONFLICTIVA

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

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

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

■ 2. ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES

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

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



2.1. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE RIESGO:

A. Riesgos organizativos

Disfunciones en los procesos de las áreas administrativa y asistencial:

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

B. Riesgos previos a la asistencia

Se prevén dificultades para atender la demanda por ser:

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

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

Usuarios hiperfrecuentadores.

Paciente/s conocido/s con patología compleja.



C. Riesgos durante la asistencia

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

D. Alteraciones en la normalidad del proceso asistencial

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

2.2. MANEJO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS:

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

Nivel 1: Situación tensa no deseada con el interlocutor

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



Nivel 2: Aumento de la tensión de forma poco controlable

- Si observamos que el clima de tensión va en aumento, deberemos valorar la presencia de otro profesional del Equipo que pueda ayudarnos a responder a las peticiones del usuario de forma serena y que tenga un efecto disuasorio.
- Aliviar la tensión emocional del usuario, con el fin de romper el clima hostil, invitándole a cambiar de espacio físico y/o de interlocutor, favoreciendo la expresión de sus emociones y tratando de atender sus sugerencias y quejas.
- Favorece el afrontamiento de estas situaciones:

Reconocer las posibles deficiencias propias y/o del Centro, que puedan estar en el origen de la queja y manifestar que se está trabajando en mejorarlas.

Manifestar los propios sentimientos al usuario y hacerle entender con palabras tranquilas que el profesional es merecedor del mismo respeto que él, y que sólo en ese clima de respeto se puede proporcionar una asistencia sanitaria adecuada.
- No obstante, si a pesar de poner en práctica estas recomendaciones, la tensión aumenta, se dará por terminada la entrevista o atención sanitaria y/o administrativa, procurando ofertar el **Procedimiento de resolución de quejas y conflictos**, según el Protocolo establecido en el Centro.

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

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



Nivel 4: Existencia de potencial agresión física

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

2.3. LÍNEAS GENERALES DE ACTUACIÓN:

A. Recomendaciones preventivas ante situaciones conflictivas

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



- Ante los cambios imprevistos que puedan originar desarreglos en el proceso asistencial, el Centro deberá tener circuitos ágiles de información adecuada y puntual a los profesionales y usuarios, con alternativas claras para reducir los riesgos de conflicto.

B. Atención ante Reclamaciones

- El Centro deberá tener establecido un **Protocolo de Atención y Derivación de Reclamaciones**, para aquellos usuarios que deseen presentar alguna queja y que sólo requieran una respuesta del Coordinador o del responsable al que se dirige la queja.

Para ello, la Unidad Administrativa del Centro deberá:

1. Facilitar el **Libro o Documento de Reclamaciones**, donde pueda formular la queja el usuario y/o el familiar, según el Protocolo establecido en el Centro para estas situaciones.
2. Facilitar una **entrevista**, si fuera necesario, con el Coordinador.
3. Es imprescindible **dar respuesta a reclamaciones** formuladas por usuarios en un plazo que no debería de exceder de una semana.

C. Atención al Agredido

- Ante un incidente de agresión, se informará al **Coordinador del Centro**, quien deberá asegurar la **aplicación del Protocolo**, procurando garantizar, pese al incidente, la asistencia sanitaria y/o atención al (los) usuario (s) sin menoscabo de sus derechos, y la seguridad de los profesionales del Centro.
- El Centro deberá tener establecido un cauce fluido de **comunicación con las Fuerzas de Orden Público ó 112**, para facilitar una rápida intervención, cuando se presente una situación especialmente conflictiva y/o grave.
- Deberá facilitársele **asistencia médica y psicológica**, y una sustitución inmediata si el profesional agredido se ve en la necesidad de tener que abandonar el Centro para acudir a la Mutua Laboral, que emitirá un parte de lesiones y cursará la Incapacidad Laboral Transitoria como **accidente de trabajo**. El seguimiento del accidente lo realizará la Mutua Laboral y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS.
- Transcurrido el incidente, independientemente de la naturaleza del mismo, y tras la aplicación de las medidas urgentes establecidas en el Protocolo, se cumplimentará el **Docu-**



mento Informatizado en la página Web de Registro de Agresiones, instalado en todos los ordenadores de los Equipos de Atención Primaria y de los Centros de la Gerencia 061, con el fin de ser conocido por los responsables de las Gerencias correspondientes y por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS. (Ver punto 2.4., apartado A de este documento).

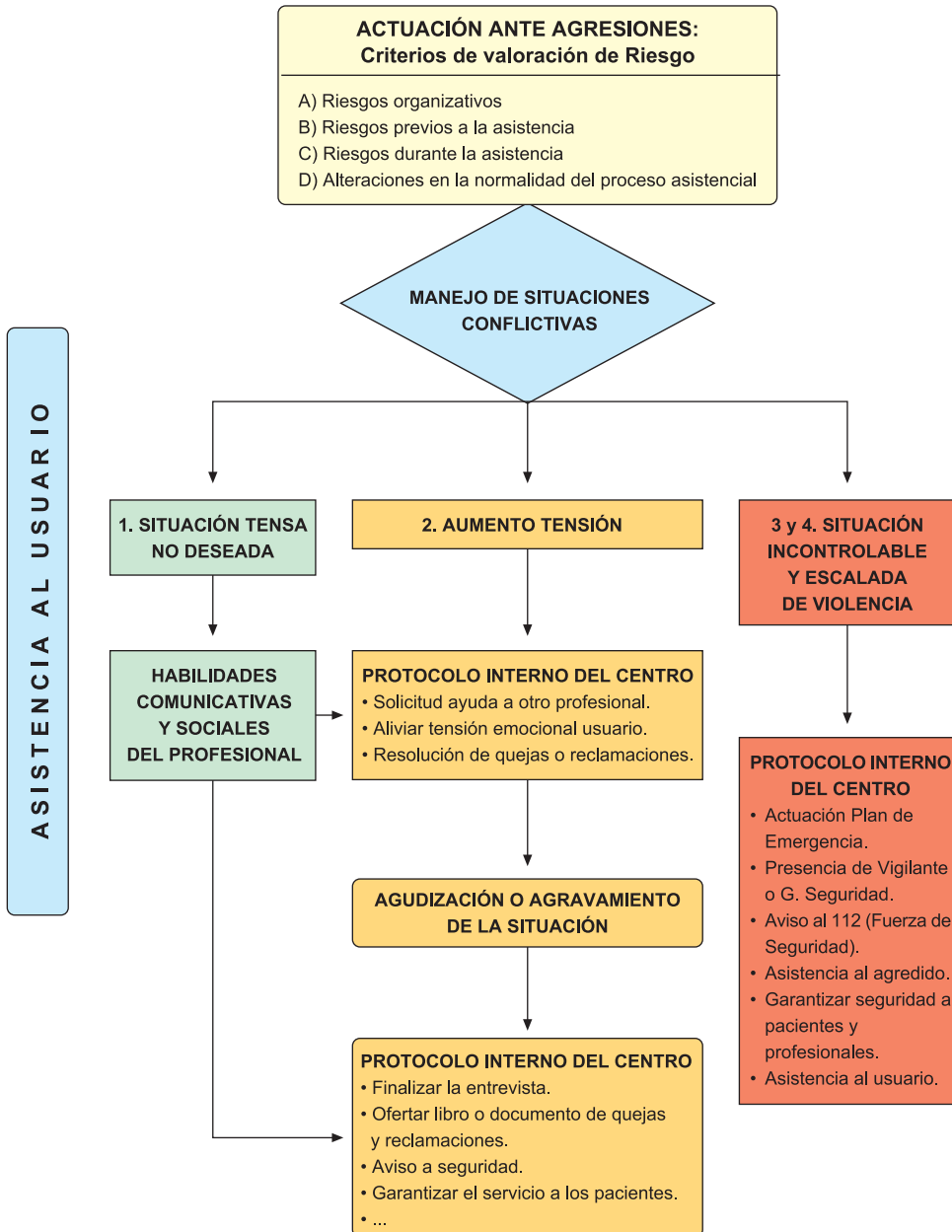
En caso de que no exista Registro Informatizado en el Centro, se cumplimentará en formato papel según el **Anexo III: “Documento de Registro de Comunicación Interna de Agresiones”**, enviando copia a los organismos anteriormente citados.

- El Registro Informatizado o el Anexo III no sustituyen a la **denuncia que se puede interponer ante las Fuerzas de Orden Público**.
- El profesional agredido que decida presentar una denuncia ante las Fuerzas de Orden Público, será **asesorado por el Servicio Jurídico del SMS**.
- * Adjuntamos un **Flejograma de Actuación** ante situaciones conflictivas y de agresión que facilite una visión global del procedimiento a seguir (pág. 18 de este documento).

2.4. REGISTRO DE SITUACIONES DE CONFLICTO:

A. Registro Informatizado de la agresión por parte del trabajador en la página Web de Agresiones.

- El Registro se realizará por el trabajador agredido, o por otro profesional de superior rango en el Centro, a ser posible, el mismo día de la agresión. Ante cualquier dificultad de tipo informático al cumplimentar el Registro, se puede contactar con **CASIUS** (tfno: **900121212**).
- Los datos registrados en la página Web de Agresiones, llegan de forma inmediata a la **Gerencia** correspondiente y al **Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS**.
- El Coordinador de cada Centro debe validar la agresión la misma semana que se produce ésta.
- Se garantizará la confidencialidad y protección de datos registrados en la página Web de Agresiones.





B. Registro en la Historia Clínica de los Incidentes o Agresiones de usuarios (Anexo IV)

- Introducir **Flash de aviso** en **OMI-AP**, en las situaciones en que los conflictos estén vigentes y se hayan valorado como graves o recurrentes.

La **permanencia de un flash** en la Historia del Paciente indicando la existencia del conflicto, no puede ser ilimitada, por tanto, debe actualizarse por el responsable de su activación.

- Introducir un código **CIAP, describiendo la situación** conflictiva ante casos repetidos y para planificar una intervención. **¡Atención!**: siempre que se active el código de “personalidad conflictiva” debe hacerse en área reservada, que sólo será accesible a los profesionales sanitarios responsables de su atención, ya que se trata de una información confidencial.
- Si no se dispone de soporte informático en el Centro, el Equipo debe utilizar los cauces que estime más oportunos.

[La oportunidad de aplicar estas recomendaciones (aviso de flash, código Ciap,...) e introducir las en el Protocolo de Actuación queda al criterio del equipo asistencial de cada Centro]



V Seguimiento del Protocolo de Actuación

El **Protocolo de Actuación Interno** elaborado por cada Centro (EAP, Consultorio, SUAP, PAC y Centro de la Gerencia 061) debe ser dinámico, adaptable a los recursos, necesidades y situaciones que se generan en su ámbito de atención sanitaria. Para su vigencia es necesario realizar un seguimiento adecuado:

- Debe realizarse una **evaluación de la eficacia del Protocolo** tras cada situación de conflicto o agresión, a fin de comprobar que las medidas previstas y adoptadas han sido eficaces; para, en caso contrario, introducir modificaciones de mejora. Evaluación que deberá ser impulsada por el Coordinador y/o los responsables del Centro.
- Mantener **reuniones de Equipo** dos veces al año, para recordar y/o revisar el Protocolo y darlo a conocer a los nuevos trabajadores incorporados al Centro.
- **Verificar las medidas de seguridad:** periódicamente los técnicos del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales evaluarán estas medidas en los Centros, y harán seguimiento de las mismas en el caso de producirse agresiones en dichos Centros, valorando las condiciones de trabajo de los profesionales agredidos, así como el número de reclamaciones puestas por los usuarios en dicho Centro.
- Impulsar la **formación continuada**, realizando seminarios específicos (con películas, grabaciones o simulacros de situaciones críticas) que posibiliten entrenamiento para mejorar las destrezas comunicativas y sociales de cada uno de los miembros del Equipo, haciendo extensible esta formación al personal sustituto, personal en horario de guardias o en atención continuada y al personal de seguridad contratado.

La formación continuada podría estar orientada en el desarrollo de las siguientes competencias:

- Desarrollo de la contención emocional
- Práctica de la negociación en la entrevista
- Habilidades de escucha y empatía
- Afrontamiento en la resolución de conflictos
-



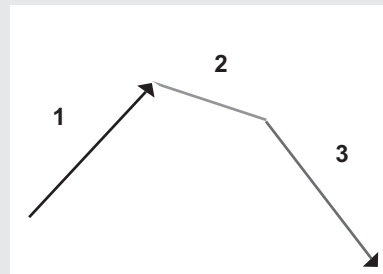
ANEXO I

Recomendaciones de actuación ante situaciones hostiles

PROCESO DE DESARROLLO DE LA IRA U HOSTILIDAD:

La ira, como expresión de la frustración que una persona siente porque sus expectativas y/o necesidades no se cubren, sigue, generalmente, un proceso característico:

1. **Fase de disparo:** explosión emocional, con abandono del autocontrol y del nivel racional.
2. **Fase de enlentecimiento:** disminución del nivel de agresividad.
3. **Fase de normalización:** desaparición del comportamiento hostil y retorno al nivel racional.



Es recomendable no interrumpir este proceso con intervenciones verbales reactivas — aún cuando puedan ser bienintencionadas —, pues la manifestación de ira o enfado **tiende a extinguirse y desaparecer**.

INTERVENCIÓN RECOMENDADA ANTE ESTE TIPO DE PERSONAS Y/O SITUACIONES:

A. En las Fases de Disparo y Enlentecimiento:

- Lo inmediato es **reconocer internamente nuestro fastidio o frustración** originado por la expresión airada del usuario; pasando inmediatamente a **contener emocionalmente nuestra rabia** y nuestro deseo de responder a esa situación.



- **Impulsar la escucha activa y la empatía** ante las quejas y/o manifestaciones del interlocutor, fundamentalmente la escucha no verbal (auto-controlándonos sobre cómo dirigimos la mirada a los ojos de nuestro interlocutor, evitando mostrarle hostilidad, sin actitud desafiante...).
- **Mantenernos en auto-observación** para facilitar nuestro autocontrol, evitando en todo momento «*entrar al trapo*» ante provocaciones;
- **No interrumpir** diciendo cosas “tan razonables” como: «*¡Cálmese!*», «*¡Sea razonable!*», «*Perdone, pero esto no es de mi incumbencia. Lo siento... Vaya Ud. a...*», «*Deje de dar voces o no nos entenderemos*» o «*Es que Vd. no me escucha. Atienda, por favor*»; que resultan totalmente ineficaces en esta fase; (recordemos que dicha fase se caracteriza por la ausencia de autocontrol y de racionalidad del usuario).
- **Evitar elevar el volumen de voz** para hacernos oír; es más adecuado hablar suavemente como expresión de nuestro autocontrol emocional.
- **Recordar nuestros objetivos: no perder el control y dejar que desahogue su ira el usuario** (es pasajera), mientras intentamos respirar con tranquilidad para relajarnos ante la situación adversa...

RECUERDE:

- La **fase de disparo** no es eterna. **Si no aparecen nuevos estímulos provocadores** (respuestas reactivas), entrará en un proceso de extinción y acabará lentamente por ceder.
- Durante la **fase de enlentecimiento** es conveniente **seguir escuchando**, sin replicar.

B. En la Fase de Normalización:

- **Dar muestras verbales de empatía** (intentando comprender las manifestaciones y expresiones del interlocutor por desagradables que sean);
- **Facilitar**, a través de preguntas abiertas, la **expresión de los factores desencadenantes**



de la manifestación hostil, mostrando interés por el punto de vista del usuario: *«Me hago cargo de que lo ocurrido le ha molestado mucho, ¿le parece que intentemos ver qué ha provocado esta situación? Me importa saber qué necesita»;*

- **Valorar con el sujeto** (una vez desaparecido el comportamiento airado y retornado el nivel racional) **la escasa utilidad del comportamiento hostil** y ayudarle a que defina cómo le gustaría reaccionar en la próxima ocasión: *« ¿Considera que es útil para Ud. esta manera de afrontar el problema? Estamos aquí para ayudar y resolver sus problemas»;*
- Intentar encontrar conjuntamente con el interlocutor **posibles alternativas a la situación planteada**. Para ello, es fundamental identificar y priorizar las preocupaciones que están generando la reacción hostil;
- Una vez compartida y entendida la situación, **sugerir cambios** en la forma de expresión de la hostilidad dirigidos al mantenimiento de una comunicación más asertiva: *«Si lo piensa con tranquilidad... estoy seguro que la próxima vez Ud. sabrá encontrar una forma de actuar para que lo entendamos y respondamos mejor a sus demandas, sin necesidad de pasarlo mal, Ud. y nosotros.»*

C. Si no podemos afrontar la situación, será importante reconocer los propios límites y pedir ayuda al equipo.

D. Normas prácticas de actuación ante comportamientos hostiles:

Conviene precisar que **la mayoría de usuarios y/o familiares violentos** no son enfermos mentales, propiamente dichos, sino personas que ante determinadas circunstancias, sienten que no pueden satisfacer sus expectativas o necesidades, y que responden con una conducta violenta. En ciertas personas esta violencia puede estar asociada al consumo de alcohol o de drogas.

Los **comportamientos claves de un sujeto violento** se suelen manifestar en:

- Suele hablar de forma amenazante y vulgar.
- Elevada tensión muscular en brazos y en cuerpo, sentándose en el borde del asiento.
- Dificultad en permanecer quieto o tranquilo, agitando las piernas constantemente.
- Golpeo o apertura y cierre de puertas de forma nerviosa e impulsiva.
- Repiqueteo con los dedos en superficies.
- Actitud irritable con todos los que le rodean, llegando a amenazar a quien se le ponga por delante o le haga frente.



Las **normas de actuación** que podremos seguir ante un usuario violento, pero que en el estado actual no expresa una agresividad manifiesta y está en disposición de recibir ayuda serán:

- Intentar calmarlo hablando con él (haciéndole comprender que podemos ayudarle a controlar sus impulsos, si quiere colaborar)
- Permitirle que elija con quién y dónde quiere hablar (hacerlo sentado, de pie, ...)
- Evitar por todos los medios la presencia de público innecesario.
- Mantener un distanciamiento físico, por tanto, no tocarle ni decirle cosas que le puedan excitar.
- Tener la sensibilidad de no humillarlo, ni hacerle sentirse rechazado.
- Poner límites a su conducta, pero nunca amenazándole o mostrando cólera hacia él.

(P. Arranz, J. J. Barbero, P. Barreto y R. Bayés, 2003).

[Para completar este punto se pueden consultar las “**Recomendaciones para el manejo del paciente conflictivo y/o irritado**” (punto 4.3, Págs. 16-20) del Plan de Prevención de las Agresiones].



ANEXO II

Habilidades comunicativas y sociales para prevenir y/o afrontar situaciones de hostilidad

■ INTRODUCCIÓN

La relación con los pacientes pasa por ser una interacción compleja, porque los pacientes son tan complicados como la vida misma. A pesar de todos los esfuerzos por “educarlos”, será difícil lograr que éstos dejen de expresarse desde la confusión que generan sus dolencias. Adaptarnos a esta complejidad y prepararnos para afrontarla es aprender a disfrutar de ella, no a percibirla y manejarla de manera defensiva.

Hoy en día es difícil imaginar a un profesional sanitario que carezca de habilidades relacionales. No obstante hemos de precisar que los conocimientos, las habilidades y actitudes con relación a la comunicación asistencial se aprenden. No se generan por ciencia infusa, ni exclusivamente con la experiencia. Poseen una metodología propia y todo un bagaje de conocimientos teóricos-prácticos que facilitan su aprendizaje. Es imprescindible entrenarnos en estas habilidades como lo hacemos en las facetas técnico-científicas.

El simple paso de los años no asegura que un profesional tenga más recursos de comunicación. En realidad con los años nos equivocamos de manera más conspicua, más seguros de que nuestra actuación es la correcta... ¡por el simple hecho de que ya la hemos ensayado con anterioridad! (Borrell, F., 2004)

Por otra parte, estudios recientes sobre esta problemática, están revelando que, si se potenciaran las habilidades de comunicación en los sanitarios aumentaría el grado de satisfacción de éstos en su trabajo (Mira, J.). Datos que vienen a coincidir con las soluciones que los mismos sanitarios proponen, y que se basan en conseguir una comunicación más adecuada con los pacientes, así como el desarrollo de valores y actitudes que contribuyan a facilitar su evolución como personas y profesionales y a mejorar la relación profesional (Turabián, J. Pérez Franco, B.)



■ JUSTIFICACIÓN

Las relaciones interpersonales que tienen lugar entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios están moduladas, en ocasiones, por manifestaciones emocionales de enfado, irritación o incluso franca hostilidad.

Algunas de estas manifestaciones están plenamente justificadas, pero otras aparecen como desproporcionadas, aparentemente injustas y suelen interferir en la solución de los problemas que se plantean. Además, pueden ser motivo de sufrimiento personal para todos los interlocutores y de deterioro de las relaciones interpersonales.

Entre los factores etiológicos o desencadenantes de la irritación o agresividad de los pacientes se encuentran:

Factores externos: como la interrupción o ausencia de tratamiento curativo, la reglamentación rígida y despersonalizada, la sobreprotección no deseada, limitación en la funcionalidad habitual y laboral, ingerencias externas como el ordenador, la impresora, llamadas telefónicas, etc.

Factores internos: como temores, incertidumbre, impotencia, frustración, desesperanza, deterioro progresivo, culpa, etc. generados en el enfermo según la sensación personal de amenaza que tenga respecto a su enfermedad.

Factores de aprendizaje: aprendizaje inapropiado en la expresión de las emociones y en el control de los impulsos.

Para **poder afrontar cualquier situación de hostilidad** es imprescindible que el profesional sanitario parta de las siguientes premisas:

1. Evitar interpretar la conducta agresiva como un ataque personal.
2. Actitud abierta, no defensiva, ante el objeto de la crítica, reconociendo — en caso de que existan — los errores cometidos.
3. Respeto por la persona y ausencia de juicio condenatorio a toda persona que se muestra airada.
4. Aceptar el derecho de toda persona a mostrarse airado como una manifestación de su frustración.



Entre las destrezas y/o habilidades recomendadas para prevenir y/o afrontar este tipo de situaciones están:

A. Habilidades de Comunicación. Entre ellas están: 1) la Autorrevelación Asertiva; 2) la Escucha Activa; 3) la Empatía;...

B. Habilidades Sociales. Entre ellas están las **Destrezas Asertivas** - ser capaz de expresar mis deseos, sentimientos, necesidades, derechos u opiniones, pero nunca a expensas de los demás- , frente a las conductas impositivas o inhibidas.

- Entre las **Destrezas Asertivas** están: 1) el “**Disco Rayado**”, para cuando pretendamos conseguir nuestros objetivos, evitando tener que poner excusas falsas; 2) el “**Acuerdo Viable**”, para cuando tengamos que llegar a acuerdos con los usuarios o familiares; 3) el “**Banco de Niebla**”, para afrontar las críticas manipulativas de nuestros interlocutores; 4) la “**Oposición Asertiva**”, para saber **decir No** en situaciones en que nos sentimos presionados por los interlocutores;....

A. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

La Comunicación y sus Dificultades en la relación sanitaria

El aspecto básico que define la atención al usuario, es la relación interpersonal que establecemos con él. Durante cada transacción se lleva a cabo un proceso dinámico e interactivo de comunicación, por lo que cualquier gesto, actitud, palabras... que emitimos, tiene una significación según en el contexto que se realiza dicha interacción.

De aquí, que no debemos olvidar **tres principios o axiomas de comunicación** que están presentes en cualquier interacción:

- **No es posible la no comunicación:** cualquier acto ya sea verbal o no verbal, ejerce una influencia en el usuario al que se está dirigiendo; lo que significa que a esta persona le estamos ofreciendo una imagen de nuestra actitud, de nuestro servicio y de la propia institución.
- **Lo importante no es lo que dice el Emisor, sino lo que entiende el Receptor:** cuando, como emisores, emitimos un mensaje, tenemos la responsabilidad de adaptar nuestro mensaje a la capacidad de entendimiento del interlocutor, para así conseguir, que el receptor comprenda nuestra explicación o planteamiento de la forma más precisa posible. Lo podrá verificar observando su reacción y comprobando lo que ha entendido.



- **En la comunicación existen dos planos: el del contenido y el de la relación:**
 - El **plano del contenido o racional** es el “**qué**” de la comunicación. Información de tipo verbal que puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable. Vgr: cuándo ha de tomar tal medicación, cuándo o cómo ha de pedir cita, o cuándo hacerse una radiografía ...
 - El **plano de la relación o emocional** es el “**cómo**” de la comunicación. Normalmente se detecta mediante códigos no verbales (es el aspecto físico, el tono de voz, la mirada, la actitud que expresamos ante nuestro interlocutor).

Según el tipo de **relación emocional** que logramos establecer con el usuario, estaremos facilitando o condicionando la **aceptación o no** del contenido de nuestro mensaje, aunque lo que estemos comunicándole le afecte de manera significativa.

Las relaciones interpersonales (sobre todo las sanitarias) suelen estar **cargadas de emociones**, que pueden interferir significativamente en la comprensión de lo que comunicamos. Es aquí donde la comunicación adquiere su mayor dificultad.

ENTRE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PARA GENERAR RELACIONES EFICACES Y CONFIANZA EN LOS DEMÁS ESTÁN:

1. LA AUTORREVELACIÓN

El **objetivo de esta destreza** es fomentar mi comunicación sincera, abierta y franca hacia otros interlocutores (compañeros, usuarios, familiares); en otras ocasiones, supone clarificar mi opinión y/o posición para evitar que me manipulen.

No olvidar que la Comunicación es tanto más efectiva, cuanto más estrechamente conectemos nuestros sentimientos con nuestras necesidades, lo que redundará en que los demás nos respondan de una manera más comprensiva.

Con la Autorrevelación se pretende conseguir ser una persona asertiva, significativa y digna de confianza para otros.

2. ESCUCHAR ACTIVAMENTE

Escuchar activamente es poner todos los medios a nuestro alcance para lograr entender lo



que nos quiere decir nuestro interlocutor, mostrando además un interés por tratar de interpretar el correcto significado de su mensaje, a través de la expresión verbal y no verbal que realiza nuestro interlocutor, e indicándole a través de la retroalimentación, lo que creemos que estamos entendiendo.

Importancia de la escucha

- Aumenta la autoestima de la persona que se siente escuchada.
- Estamos dando información al interlocutor de que le estamos escuchando, con lo cual, le estimulamos a continuar hablando de su situación.
- Neutraliza los conflictos y respuestas emocionales intensas.
- Permite llegar al fondo de las necesidades o demandas del usuario – si, en ese momento, nos diéramos permiso para indagar en nuestros sentimientos, descubriríamos cómo queríamos ser tratados en nuestro caso si tuviéramos esas necesidades o demandas que manifiesta el interlocutor -.
- Cuando escuchamos es más probable que, cuando lo necesitemos nosotros, nos escuchen.
- Por tanto, **mientras escuchamos debemos:**

- *No interrumpir al que habla.*
- *No juzgar.*
- *No interpretar.*
- *No ofrecer soluciones prematuras.*
- *No rechazar lo que la otra persona nos dice.*
- *No estar pendiente del ordenador o de cualquier otro estímulo.*
- *No estar “fabricando” la respuesta de aquello con lo que no estamos de acuerdo, aparentando que estamos escuchando.*

Riesgos de la escucha

Es inadecuado practicar la escucha activa cuando no hay tiempo suficiente para tratar una situación. No obstante, hay algunas **señales de la escucha** que permiten que el usuario se sienta acogido con: una mirada, una sonrisa, un saludo, llamarle por su nombre, una invitación a sentarse... y posponer para otro momento, con el acuerdo del usuario, el poder abordar un tema pendiente.



3. LA “CONTENCIÓN EMOCIONAL” EN EL AFRONTAMIENTO DE LA ANSIEDAD. LA AUTO-ESCUCHA

La “**contención emocional**” es la habilidad del sanitario en saber escuchar y contener en sí la descarga emocional de un usuario/paciente sin verse forzado, de manera reactiva, a dar consejos o a proponer acciones y soluciones como respuesta a dicha transacción.

Por ejemplo: una mujer empieza a llorar en la consulta al revivir el fallecimiento de un familiar. El profesional podría decir: “*No se preocupe, ya verá cómo lo superará*”, o bien preguntar: “*¿ya sale a pasear con los amigos?*”, etc. para “**quitar hierro**” o **desviarle la atención; sin embargo**, actuar conteniéndose emocionalmente, será favorecer la expresión de los sentimientos de esta mujer, siendo capaz de escuchar con respeto y empatía lo que para esa persona supone ese desahogo emocional.

4. MOSTRAR EMPATÍA

La Empatía es una actitud que contribuye a fortalecer la relación entre el sanitario y el usuario/paciente y **consiste**:

- En escuchar lo que dice la otra persona, haciendo un esfuerzo mental para darnos cuenta de lo que representa esa experiencia para ella, (**1er momento de la empatía**).
- Comunicarle con claridad nuestra comprensión de su experiencia. (**2º momento de la empatía**), ya sea **a nivel verbal** (expresiones de solidaridad del tipo «*me doy cuenta...*», «*veo lo que está sufriendo con ese dolor...*», etc.) o de tipo **no verbal** (gestos faciales o gestuales equivalentes).

La empatía supone el **reconocimiento y reflejo del estado emocional** del usuario/paciente. Mostrar empatía no significa estar de acuerdo con el usuario/ paciente. Por el contrario, es expresarle nuestra comprensión sobre lo que siente. Por ejemplo: “*Entiendo que para Ud. sea difícil afrontar las limitaciones que lleva consigo esta enfermedad...*”

Es sustancial distinguirla de la **Simpatía**, que supone identificarse con la respuesta emocional de la otra persona, entrar en el mismo círculo emocional del usuario.

Expresiones que podemos utilizar para reflejar la Empatía

- Expresiones **para reflejar** lo escuchado. Por ejemplo: “*Veo que se encuentra Ud. muy deprimido por la persistencia de estas dolencias ...*”



- Expresiones **para facilitar** la conversación. Por ejemplo: *"Me gustaría que me explicase cómo afronta usted tantas dificultades ..."*
- Expresiones **para legitimar** la vivencia del interlocutor. Por ejemplo: *"No me sorprende que con esa experiencia se encuentre tan afectado/a ..."*
- Expresiones **para manifestar respeto** hacia el interlocutor. Por ejemplo: *"Está Ud. llevando con muy buenos ánimos el problema..."*
- Expresiones **para ofrecer colaboración** al interlocutor. Por ejemplo: *"Vamos a ver qué podemos hacer entre todos con esta dichosa enfermedad"...*

La enfermedad, habitualmente, genera distintos tipos de sentimientos como: aislamiento, ansiedad, tristeza, frustración, impotencia, miedo, ira... Una **comunicación** basada en la empatía, contribuye a mitigarlos y por ello es **terapéutica**. No debe sorprendernos, por tanto, que los usuarios/pacientes esperen del sanitario que éste se preocupe **de algo más que de las necesidades meramente biomédicas**.

5. RESULTAR POSITIVO O REFORZANTE

El refuerzo es un término que se refiere a todo aquello que sigue a una conducta y que permite que se mantenga o incremente. Cuando una conducta va seguida de un refuerzo, tiende a realizarse más a menudo.

En el proceso de atención al usuario, una actitud reforzante supone hacerle observaciones del tipo: *"Compruebo por los resultados de los análisis que está Ud. cumpliendo perfectamente con el tratamiento..."* o *"Debo felicitarle, es Ud. muy buen paciente". "Admiro la paciencia con la que se está tomando esta situación..."*

6. OFRECER INFORMACIÓN

A esta Habilidad también se le denomina **Feed-back** o **retroalimentación**. Es adecuado utilizarla para asegurarnos que el mensaje recibido o emitido ha sido comprendido adecuadamente con arreglo a su intencionalidad.

Para lograr sus objetivos, el sanitario no puede dar por finalizada la comunicación con un usuario/paciente, hasta asegurarse de que su mensaje ha sido entendido. Además, **compruebe** que realmente ha comprendido su información e instrucciones.



El alto porcentaje de incumplimiento de tratamientos que se producen en el actual sistema sanitario, se debe a que nuestros usuarios no han entendido adecuadamente nuestras indicaciones, y eso sería un motivo más que suficiente para la utilización de esta destreza.

Desarrollo de la Habilidad

Cuando no entendemos a un usuario:

- Resumir con nuestras palabras lo que hemos entendido y plantear después nuestra duda. Por ejemplo: *“¿Entiendo que lo que usted me pide es...?”*
- Expresar, sin humillarse, lo que no se ha entendido: *“Disculpe pero no acabo de entender lo que desea...”*.

Cuando los usuarios no nos entienden:

- Repetir la idea con otras palabras.
- Hacer preguntas que permitan conocer si ha captado el mensaje.
- Poner algún ejemplo que aclare lo que hemos comunicado.
- Simplificar el mensaje e ir idea por idea.
- Completar la información con gráficos, esquemas y anotaciones.
- Pedirle que nos resuma lo que no ha entendido.

B. HABILIDADES SOCIALES

Es una elección ser hábil en nuestra vida personal; sin embargo, **es una obligación ser lo más hábil y competente posible** en nuestra labor como **profesionales sanitarios**.

Qué se entiende por Habilidades Sociales

Son la **“capacidad aprendida de percibir, entender y responder a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva”**.

- Así, decimos que **alguien es habilidoso** cuando se da cuenta de las necesidades de su interlocutor, se pone en su lugar y responde de un modo satisfactorio para ambos.



Características fundamentales de las HH. SS.

- **Todos podemos aprender habilidades sociales.** Las habilidades sociales son una característica de la conducta, no de la personalidad.
- **Para lograr nuestros objetivos** hemos de tener la capacidad de influir sobre nuestro ambiente social.
- **Distintas situaciones requieren también conductas diferentes.** Lo cual requiere poseer y utilizar un amplio repertorio de conductas y evitar el empleo de patrones rígidos de comportamiento.
- **Poseer habilidades sociales aumentará las probabilidades de obtener resultados y logros** más satisfactorios para todos los participantes en la interacción.

¿Para qué sirven las Habilidades Sociales?

Para:

- **Conseguir algo que usted desea o evitar algo que no desea.** (Por ejemplo, lograr que un paciente siga sus instrucciones respecto al tratamiento que se le ha indicado, o evitar que los usuarios se dirijan a nosotros groseramente).
- **Mantener y/o mejorar sus relaciones con los demás,** logrando así su atención, reconocimiento y muestras de afecto.
- **Reducir el estrés,** dado que le permitirá controlar situaciones interpersonales difíciles y conflictivas.
- **También para:**
 - dar el diagnóstico de una enfermedad grave e incapacitante.
 - manejar estados emocionales de un paciente terminal.
 - relacionarse con los familiares de los pacientes.
 - hacer frente a las críticas de los compañeros.
 - decir NO a determinadas peticiones de éstos o de los usuarios, etc.



Entre las **DESTREZAS ASERTIVAS** están:

1. DISCO RAYADO

¿Cuándo emplear esta destreza? En aquellas situaciones en que un interlocutor nos presenta una petición o demanda, que no se ajusta a lo establecido formal o legalmente, y que lo hace de forma repetitiva e insistente. Si no queremos tener que dar excusas falsas, recurriremos al “Disco Rayado”.

¿En qué consiste? Se trata de repetir nuestro argumento (Vgr: “*Lo siento, pero no le puedo hacer esta receta*”, o “*Sabe Ud que para darle cita con el especialista necesito el volante de su médico de familia*”, etc.) una y otra vez sin alterarnos ni entrar en provocaciones con la otra persona hasta que ésta se dé cuenta que no logrará nada con sus ataques, manipulaciones o provocaciones. Tenemos derecho a insistir en nuestro punto de vista, ante la insistencia del interlocutor por conseguir sus pretensiones.

Es muy importante que si **necesitamos tener que repetir el mensaje**, ante la insistencia del interlocutor por conseguir sus objetivos, lo hagamos **de forma serena y evitando emplear las mismas palabras como si fuéramos un loro**, ya que responder de forma alterada o repetitiva puede ser interpretado más como una conducta agresiva que asertiva.

2. ACUERDO VIABLE

¿Cuándo se emplea esta destreza?

Cuando desee o necesite la colaboración del usuario/paciente, familiar, interlocutor... El acuerdo viable, significa dar a cada persona un espacio de maniobra suficiente, para poder llegar a una solución lo más conveniente posible para ambas partes. Se trata, en ese caso, de lograr **NUESTRA SOLUCIÓN**, en lugar de la mía o la tuya.



Supone tener en cuenta los siguientes pasos:

1. Plantear el problema de forma clara, concisa y directa cada uno de los interlocutores (sanitario/usuario).
2. Escucharse activamente para comprender o entender las razones u objetivos del otro.
3. Saber ponerse cada uno en el lugar del otro.
4. Buscar alternativas.
5. Seleccionar la mejor alternativa para ambos y sugerir una solución.
6. Lograr el compromiso mutuo con la solución elegida.

3. BANCO DE NIEBLA

¿En qué consiste?

- En actuar como un **“banco de niebla”** ante las críticas, las palabras ofensivas, o el comportamiento desconsiderado y aversivo de un usuario, familiar, interlocutor... que buscan hacer impacto en tu persona a fin de que te sientas atacado, desconsiderado o desdichado. El “banco de niebla” pretende, por el contrario, que esas palabras ofensivas, no tengan un efecto destructivo al recibir las, como en una “nube que te protege” y que evita que resuenen en tu interior emociones tan desadaptativas.

¿Cuándo se emplea esta destreza?

- Habitualmente, cuando alguien se muestra de forma agresiva o desconsiderada con otra persona, normalmente pretende transmitirle su enfado, desazón o amargura, llevándole a una confrontación abierta que suele generar en un “bucle de desconsideraciones”, ya que la situación es proclive a hablar sin escuchar a nadie. El **“banco de niebla”** se emplea – si tenemos la habilidad de la contención emocional - para poder frenarnos y frenarle con una respuesta que resulta inesperada para él.
 - no negando lo que haya de verdadero en la crítica que pueda estar haciendo la persona airada,
 - o lo que pueda ser verdad en otras situaciones, que no en ésta, y
 - no contraatacando con otra crítica.



Ejemplo: Interacción con un usuario en Admisión o en Consulta:

Usuario: “¿Otra vez con el “dichoso” teléfono. Aquí no hay forma de entenderse...?” (en tono irónico)

Respuesta: (Uso del Banco de Niebla en lugar de contraatacarle) “Es verdad, tiene usted razón, es difícil que usted se sienta bien atendido si continuamente nos está interfiriendo el teléfono...”

Es una forma de evitar la confrontación directa, dándole la razón en parte y, a la vez, manteniendo la integridad y el punto de vista propio.

¿Qué ventajas tiene aceptar las críticas o ver una parte de razón en el interlocutor?

- La otra persona se calma porque **le das parte de razón** y evitas el modelo de "adversarios enfrentados".
- A la vez, **el otro ve que criticándote no consigues nada**, no logra manipularte, tú decides hacer lo que haces, tienes tu propia opinión. Al fin y al cabo, tú decides si las críticas te importan o no.
- **Pierde fuerza el pensamiento automático "tengo que defenderme"**. Mi valor como persona, o el valor de lo que hago, no depende de lo que los demás opinen, sino de mí mismo.

4. OPOSICIÓN ASERTIVA (Decir NO)

Se suele emplear

Cuando le presionan para que **haga algo que no desea, no debe o no puede hacer**. Se trata esencialmente de **decir NO**, sin que se sienta culpable por no poder complacer tal demanda.

Casos frecuentes en los que decir NO:

- Nos solicitan favores que no deseamos satisfacer, pero...
- NO atender fuera de hora
- NO atender sin cita previa



- Denegar exploraciones complementarias
- No prescribir fármacos no eficaces
- Firmar bajas laborales
- ...

Cómo rechazar una petición de forma asertiva:

- **Preguntar y escuchar** activamente la petición o solicitud del interlocutor.
- **Empatizar** con la petición.
- **Si es oportuno decir “NO”**, hacerlo sin excesivas justificaciones, con firmeza verbal y no verbal.
- **Dar alternativas** y cuantas más, mejor.
- **Si se mantiene la petición**, mostrar de nuevo empatía.
- **No dar excusas**, sí explicaciones precisas.



ANEXO III

Registro Comunicación Interna de Agresiones

A/A SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SMS		
Fax: 968 35 74 81 / 968.20.08.97 e-mail: cuenta de correo electrónico específica		
HOSPITAL/ GERENCIA		
CENTRO / SERVICIO		
TELEFONO		
RESPONSABLE DEL CENTRO / SERVICIO		
FECHA:	Nº AGRESION	

DATOS DEL TRABAJADOR			
NOMBRE			
DIRECCIÓN			
TELEFONO			
DNI			
CATEGORÍA		ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO	
TRABAJO QUE EFECTUABA		TRABAJO HABITUAL	SI NO

DATOS DE LA AGRESION			
LUGAR DEL INCIDENTE:			
TESTIGOS (nombres, datos de identificación y localización)			
AGRESIÓN VERBAL O GESTUAL (palabras textuales)			
AGRESIÓN FÍSICA:		BAJA	SI NO
		DENUNCIA	SI NO
Día de la semana	Hora de trabajo	Probabilidad de Repetición	
		ALTA	MEDIA BAJA
DAÑOS MATERIALES (Indicar equipo, objeto o maquinaria dañada)			



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

PARTE DE LESIONES (adjuntar copia al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS)	SI	NO
DESCRIBIR CLARAMENTE CÓMO SUCEDIÓ		
¿Cuáles cree que han sido las razones, el origen o el por qué de este incidente?		

DATOS DEL AGRESOR
NOMBRE
DOMICILIO
TELÉFONO
DNI / N°SS
OTROS

El objetivo de este registro y comunicación inmediata del suceso es doble:

1º Conocer las circunstancias que se daban en el momento previo al suceso anormal, las cuáles permitieron la materialización de mismo.

2º La adopción de medidas correctoras que eviten su repetición o en el caso de que se repitan, sus consecuencias sean mínimas y sepamos controlar la situación.

Fdo:

NOTA: De este parte enviar una copia a la Gerencia correspondiente y otra al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS.



ANEXO IV

Recomendaciones para registrar agresiones

Se plantea la necesidad de recoger en los registros sanitarios información que identifique estos riesgos y prevenga las agresiones. Esta información permitiría conocer la existencia de situaciones de conflicto o antecedentes de agresión en la atención sanitaria, e iría ligada a la información clínica y/o administrativa disponible en los Centros de Salud.

La **existencia y gestión de esta información “sensible”** obligará a responder a estas preguntas en cada Equipo:

- ¿Cual es el contexto en el que esta información estará disponible?
- ¿Qué utilización se hará de esta información?
- ¿Puede generarse con esta información una estigmatización o un potencial trato discriminatorio hacia el paciente, por parte de los profesionales de la salud que lo atienden?

La información disponible debe utilizarse con enorme discreción, y sólo debe ser usada para que los profesionales puedan manejar más eficazmente situaciones de riesgo potencial, y así poder cumplir su objetivo: prestar al usuario un servicio de mejor calidad, atendiendo a sus necesidades.

Para evitar que la información sea utilizada como generadora de discriminación para el usuario, es necesario fomentar y cultivar, entre los miembros del Equipo, **valores** como el respeto, la empatía con el usuario, el compromiso con la prestación del servicio, y compartir respetuosamente la **confidencialidad** en el manejo de esta información.

Será conveniente hacer una valoración por parte de cada equipo asistencial de **cuándo, qué, dónde y hasta cuándo** está vigente la información relativa a cada conflicto.

La aplicación de estos valores supone, que los **Registros de conflictos activos y/o agresiones**, deben contener información precisa que describa los hechos y circunstancias que



generaron la agresión (expresiones, gestos o actos, etc, utilizados por los implicados) y su resolución, evitando adjetivos, calificaciones despectivas y juicios de valor.

Así mismo, quedará constancia en la historia del usuario si ha dejado de estar adscrito a su facultativo y se ha adscrito a otro nuevo, en el mismo Centro o bien en otro del Area de Salud que le corresponde.

Se recomienda, que si la agresión se ha producido contra un profesional de enfermería, u otras categorías, el Protocolo recoja la posibilidad de no asistencia de dichos profesionales a los agresores, siempre que esta medida no conlleve desatención.

En las **situaciones de conflicto resueltas** se deben señalar: las expectativas manifestadas por el usuario, las necesidades detectadas por el sanitario, las propuestas realizadas mutuamente, y el grado de ajuste realizado mediante la **negociación**.

Alcanzados los objetivos de tal negociación debe desaparecer la **vigencia** de esta situación conflictiva.

En el caso de que el circuito utilizado haya sido **la reclamación**, debe consignarse ésta y su resolución.

Una reclamación formulada a través de los cauces de la institución debe ser considerada por los profesionales, más que como un factor negativo, como una oportunidad de mejorar la organización de los circuitos asistenciales.

Existe la posibilidad de generar un **código CIAP** acerca de la situación de conflicto, por ejemplo: personalidad conflictiva, en pacientes que repiten comportamientos agresivos, debiendo quedar registrado como un problema clínico, susceptible de intervención.

Este código es preciso que tenga carácter reservado y de acceso exclusivo para profesionales sanitarios responsables de la atención sanitaria al usuario indicado.

También es posible generar un **flash en OMI-AP**, que informe a los profesionales sanitarios y no sanitarios que van a prestar un servicio, de los antecedentes conflictivos de dicho paciente, cuando accedan a la historia del mismo.

La permanencia de un flash indicando la existencia del conflicto no puede ser ilimitada, debiendo ser actualizada o retirada por el responsable de su activación, o por un responsable, nombrado al efecto, para el seguimiento de estas situaciones de conflicto: asistenciales o administrativas en cada centro de atención primaria.



ANEXO V

Guía para elaborar el protocolo de actuación interno frente a las agresiones

DATOS DEL CENTRO

- Centro de A. P. del SMS (EAP, PAC, SUAP y UME) de:
- Gerencia:
- Coordinador Médico:
- Coordinador de Enfermería:
- Jefe de Administración:
- Fecha de Implantación del Protocolo:

MEDIDAS DE ACTUACIÓN

- Qué itinerario de intervención realizará el personal del Centro frente a agresiones leves (insultos, amenazas, gritos ...) [Consultar Flujograma de Actuación ante Agresiones, Pág. 14 del Protocolo Marco]**

- 1º
- 2º
- 3º
- 4º

- Qué itinerario de intervención realizará el personal del Centro frente a agresiones graves (insultos, amenazas, destrozos, agresión física ...) [Consultar Flujograma de Actuación ante Agresiones, Pág. 14 del Protocolo Marco]**

- 1º
- 2º
- 3º
- 4º



Persona responsable de acoger al agredido:

-

Deberá proporcionar:

- Acogida emocional y psicológica.
- Elaborar parte de lesiones, si procede.
- Cumplimentar “Solicitud de asistencia por Accidente de trabajo”, si procede asistencia de la Mutua.

Persona responsable de acoger al presunto agresor:

-

Deberá:

- Dar respuesta a prestación sanitaria, si ha lugar, derivándolo a otro profesional, acompañándolo en todo momento.
- Recoger información de sus demandas y pretensiones.
- Facilitarle el Libro de Reclamaciones.
- Facilitarle, si procede, una entrevista con el coordinador del Centro.

Pautas preventivas de actuación en las visitas domiciliarias con historial conflictivo, o en áreas de especial conflictividad

Cumplimentación del registro informático de la agresión en la Página Web de Agresiones, siguiendo las instrucciones del Protocolo Marco (página 15).



EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROTOCOLO

- Revisiones periódicas en Reuniones de Equipo, para evaluar la eficacia de las medidas adoptadas ante las distintas situaciones de agresión, e introducir las mejoras adecuadas.
- Evaluación de las reclamaciones más usuales realizadas por los usuarios del Centro y valoración de las medidas adoptadas para subsanarlas.
- Situaciones de conflicto pendientes de resolución
.....
.....
- Persona encargada de resolverlos:

<input type="checkbox"/> Deficiencias detectadas en la aplicación eficaz del Protocolo:	
• Falta de información a los usuarios.	
• Desconocimiento de medidas preventivas de seguridad.	
• Ineficaces medidas de seguridad.	
• Insuficiente formación del personal sanitario en la resolución de este tipo de conflictos.	
• Inadecuada información y formación del personal de nueva incorporación o eventual sobre el protocolo de actuación ante agresiones.	
• Desconocimiento de notificación informática de las agresiones.	
• Otras:	



Observaciones:

VIGENCIA Y REVISIÓN DEL PROTOCOLO

- Persona responsable de convocar reuniones de equipo tras producirse una agresión grave:
- Persona responsable de preparar y convocar las reuniones semestrales:
- Persona responsable encargada de revisar los Flash que aparecen en OMI-AP:



Bibliografía

- ÁGRED A, J. y YANGUAS, E. *El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra Volumen 24, Suplemento 2. 2001.
- ARRANZ, P., BARBERO, J. J., BARRETO P. y BAYÉS, R. *Intervención Emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos*. Ariel Ciencias Médicas. Barcelona. 2003
- BELLÓN, J. A. *Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra Volumen 24, Suplemento 2. 2001.
- BORRELL Y CARRIÓ, F. *Entrevista Clínica. Manual de Estrategias Prácticas*. Semfyc Ediciones. Barcelona. 2004.
- LEÓN RUBIO J. y cols. *Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario*. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Personal y Servicios. 1ª edición. 1997
- SERVICIO MURCIANO DE SALUD. *PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES a los profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia*. Dirección General de Recursos Humanos. 2005.
- ZOPPI, K. Y EPSTEIN, R. M. *¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Volumen 24, Suplemento 2. 2001.



Grupo de Trabajo

- IGNACIO ANZA AGUIRREZABALA, Médico de Familia. Coordinador Docente Gerencia Atención Primaria de Lorca (Murcia). Area III.
- AMOR GEA SERRANO, Trabajadora Social. Responsable de la Unidad de Trabajo Social y Atención al Usuario de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Áreas I, IV y VI.
- ANTONIO GRANADOS MORENO, Psicólogo del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Murciano de Salud.
- JUAN FCO. MARTINEZ GARCIA, Médico de Familia. Director Médico de la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena (Murcia). Area II.
- ENRIQUE FERNANDO PIRLA GÓMEZ, Médico de Familia. Subdirector Médico del Área Única del Altiplano. Yecla (Murcia). Area V.
- M^a PAZ RAMOS HERNÁNDEZ, Médico de Familia. Responsable del Área de Salud Laboral del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Murciano de Salud.



Dirección General de RR.HH.



