



**MANUAL RECOMENDACIONES TÉCNICAS
PARA LA PREVENCIÓN DE AGRESIONES
AL PERSONAL SANITARIO**

COM Sevilla
Real e Ilustre Colegio
de Médicos de Sevilla

Autores:
D. Fernando Rafael León Santiago
Dña. Ana Belén Torres León

✶AUTORES:

D. Fernando Rafael León Santiago, Criminólogo y Máster Universitario en PRL. Miembro de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Guardia Civil).

Dña. Ana Belén Torres León, Psicóloga Sanitaria. Experta en Crisis, Emergencias y Catástrofes. Miembro del Equipo de Emergencias Sociales del Ayuntamiento de Sevilla.

COLABORADORES:

D. Pedro Gómez Quirós, Presidente de la Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios (ANSICH), Director y Jefe de Seguridad. Profesor de Seguridad Privada acreditado por el Ministerio del Interior.

D. Juan Luis Pérez Perea, Experto Nivel 2 de Krav Maga, Entrenador Nacional en Artes Marciales Israelíes. Cinturón Negro 3 Dan de Artes Marciales Israelíes. Miembro de las FFCCSE.

D. Eduardo José Domínguez Jiménez, Entrenador Nacional Nivel II de Artes Marciales Mixtas. Monitor Nacional de Grappling. Cinturón Negro Brazilian Jiu Jitsu.

D. Juan Antonio Ramírez Lozano, Experto en Protección de Personas, Escolta y Adiestramientos Especiales, Miembro de las FFCCSE.

Gracias a todos aquellos profesionales sanitarios que desinteresadamente, con sus testimonios y experiencias, han hecho posible la creación de este Manual.

Deseamos que el mismo sirva de guía para la lucha y protección de bienes tan preciados como son nuestros profesionales sanitarios.

La sociedad deber responder de forma eficaz y cierta ante toda agresión a sus profesionales de la salud, que dedican su vocación personal al servicio a los demás.

Tolerancia cero a las agresiones a los profesionales sanitarios.

PRÓLOGO

Desde que en Marzo de 2009, una joven médica fue asesinada a tiros en Moratalla (Murcia) por un paciente jubilado, descontento del trato recibido, se han producido en España, más de cuatro mil agresiones de todo tipo, entre físicas o verbales. Y esto es solo la "punta del iceberg"

En 2010 el Consejo General de Colegios Médicos de España, crea el Observatorio de la Sanidad contra las agresiones a médicos, que ha conseguido notables éxitos en la concienciación social del grave problema y en la reforma parcial de algún artículo del vigente Código Penal. A pesar de todas estas iniciativas, las agresiones a médicos y otros personales sanitarios, no han disminuido.

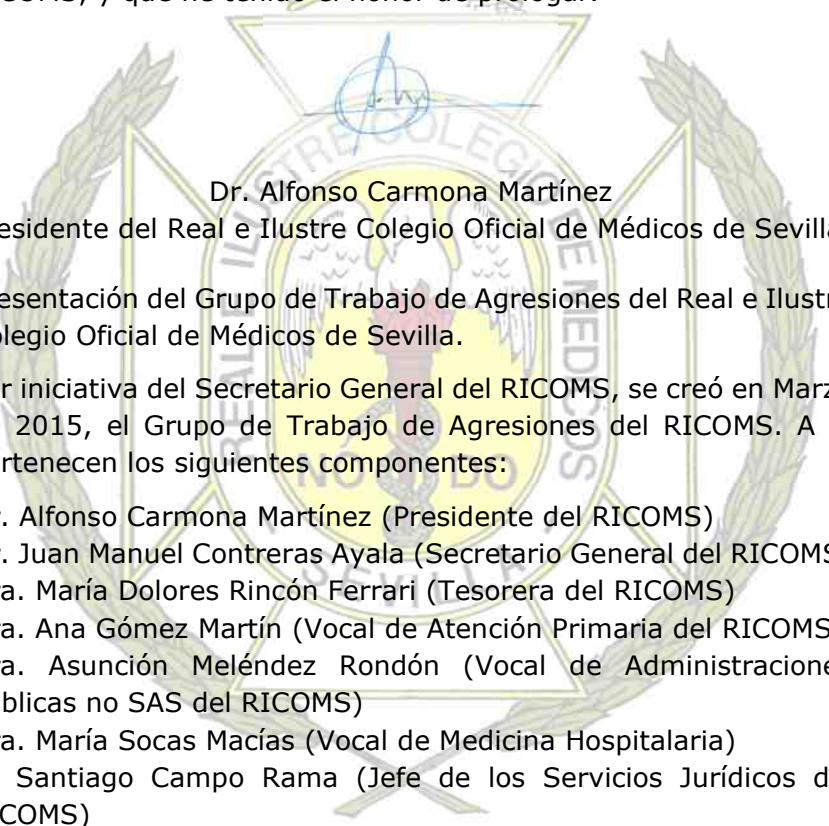
En 2020 las agresiones a médicos españoles han llegado a superar las cuatrocientas, siendo dieciséis las que se han denunciado en este Real e ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla.

Desde nuestro Colegio se han tomado iniciativas como la creación de un Grupo de Trabajo Anti-Agresiones que lleva el registro de las producidas y da aliento y ayuda psicológica a aquellos compañeros agredidos, a la vez que les ofrece un seguro gratuito por baja laboral inducida por una agresión. Igualmente destacamos todas las iniciativas que hemos desarrollado en Cursos, Jornadas y Seminarios, con la participación de Jueces, Fiscales, Defensor del Pueblo, Servicio Andaluz de Salud, Consejo Andaluz de Colegios Médicos y representantes del RICOMS

Por último queremos destacar la iniciativa que ha tenido nuestro Colegio de enviar a la Presidenta del Parlamento Andaluz y a los portavoces parlamentarios una propuesta de estudio para considerar al médico y personal sanitario en el ejercicio de sus funciones, autoridad pública, mediante la correspondiente proposición de Ley. La suma de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, con la figura del Interlocutor Provincial Sanitario en la

lucha contra la lacra social que supone agredir a médicos y sanitarios, ha sido muy bien recibida.

En este contexto expresamos nuestra gratitud a la generosa contribución que han hecho D. Fernando Rafael León Santiago, criminólogo y perteneciente al Benemérito Instituto de la Guardia Civil y a D^a Ana Belén Torres León, psicóloga, autores del presente "Manual de Prevención de Agresiones al personal sanitario", cediendo gratuitamente los permisos para su publicación por el RICOMS, y que he tenido el honor de prologar.



Dr. Alfonso Carmona Martínez

Presidente del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla

Presentación del Grupo de Trabajo de Agresiones del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla.

Por iniciativa del Secretario General del RICOMS, se creó en Marzo de 2015, el Grupo de Trabajo de Agresiones del RICOMS. A él pertenecen los siguientes componentes:

Dr. Alfonso Carmona Martínez (Presidente del RICOMS)

Dr. Juan Manuel Contreras Ayala (Secretario General del RICOMS)

Dra. María Dolores Rincón Ferrari (Tesorera del RICOMS)

Dra. Ana Gómez Martín (Vocal de Atención Primaria del RICOMS)

Dra. Asunción Meléndez Rondón (Vocal de Administraciones Públicas no SAS del RICOMS)

Dra. María Socas Macías (Vocal de Medicina Hospitalaria)

D. Santiago Campo Rama (Jefe de los Servicios Jurídicos del RICOMS)

Actuando de Coordinador del Grupo el Secretario General del RICOMS

La actividad de este Grupo de Trabajo ha sido constante en los últimos cinco años. Además de las Reuniones mensuales en las que se comentan todas las incidencias en relación con las agresiones a médicos, se han organizado Jornadas de Prevención de Agresiones a sanitarios, frecuentes contactos con los Interlocutores Provinciales Sanitarios, Talleres prácticos de adiestramiento ante posibles agresiones y vistas institucionales a Jueces, Fiscales y Cuerpos de Seguridad como Policía Nacional y Guardia Civil.

Queremos destacar la mesa de Trabajo que celebramos en nuestra sede colegial, con la participación de todos los actores que intervienen en los actos de agresión, incluida la Judicatura, el Ministerio Fiscal, los Interlocutores Policiales Sanitarios Provinciales, el Defensor del Pueblo, el Servicio Andaluz de Salud y los propios integrantes del Grupo de Trabajo, elaborándose un Protocolo de Prevención de estas agresiones.

En esta línea se han organizado Campañas de concienciación social en colaboración con el Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, para evitar las agresiones a sanitarios.

Además del seguimiento de los médicos agredidos, el Grupo de Trabajo, con el respaldo de toda la Junta Directiva del RICOMS, ha enviado al Parlamento Andaluz una Proposición de Ley para que el médico sea considerado autoridad ante los Tribunales de Justicia.



Juan Manuel Contreras Ayala
Secretario General del RICOMS
Coordinador del Grupo de Agresiones del RICOMS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO 1: ACTUACIÓN DE LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO EN LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO	5
--	---

1.1 Aplicación de la Instrucción 3/2017 de la Secretaria de Estado.....	5
---	---

1.2. Pilares Básicos De Actuación De Los Cuerpos Policiales.....	6
--	---

1.3. Actuación Policial Frente a Las Agresiones a Sanitarios.....	8
---	---

1.3.1 MEDIDAS PREVENTIVAS MÁS IMPORTANTES PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES EN SITUACIONES CONFLICTIVAS.

9

1.4. Importancia de la identificación del agresor para evitar impunidad del acto.	11
--	----

1.5. Mapa de Riesgos de las agresiones por localización e incidencias de agresiones.....	14
--	----

1.6. Presencia Policial o Seguridad Privada, ¿Reducen la Prevalencia de agresiones?	14
---	----

1.7. La Interlocución Policial Sanitaria. Recomendaciones según los Planes de Prevención en Comunidades Autónomas.....	17
--	----

1.7.1 ¿CUÁNTOS INTERLOCUTORES POLICIALES SANITARIOS HAY POR POBLACIÓN? EN CASO DE AGRESIÓN, ¿SE PUEDE CONTACTAR CON ELLOS MISMOS, O A TRAVÉS DEL CORRESPONDIENTE CUERPO DE SEGURIDAD?	17
--	-----------

CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS DE LAS AGRESIONES, PERFIL DEL AGRESOR Y DE LA VÍCTIMA. TIPO DE DELITO	21
---	----

2.1. Situación actual. ¿Está el profesional sanitario preparado?	21
--	----

2.2. Perfil del agresor y Perfil de la víctima	22
--	----

2.3. Análisis Estadístico Sobre Agresiones a Profesionales de la Salud	28
2.4. Factores que se contemplan para explicar el incremento exponencial de las agresiones.	35
2.5. Tipología del delito en el que se enmarcan las agresiones a profesional sanitario.....	37

CAPÍTULO 3: PAUTAS DE ACTUACIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE UNA AGRESIÓN 43

3.1. Qué hacer si el agresor lanza amenazas, tales como "te voy a matar cuando salgas de tu trabajo"	47
3.2. Ante una agresión inminente, ¿Qué medida es aconsejable?	49
3.3. Consejos de Autoprotección.....	61
3.3.1 ¿CÓMO PROTEGERNOS ANTE UNA LLUVIA DE GOLPES?	79
3.3.2 TÉCNICAS DE ESCAPE ANTE UNA AGRESIÓN FÍSICA	80
3.3.3 ¿CÓMO ACTUAR SI NOS AGARRAN DEL PELO?	84
3.3.4 ¿QUÉ HACER SI NO PODEMOS SALIR DE LA CONSULTA?	89
3.3.5 DETECCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES AGRESIVOS	92
3.3.6 ¿ ESTÁ AUTORIZADO EL PORTE DE UN SPRAY DE AUTODEFENSA?	112
3.4 Importancia de denunciar. ¿Se denuncia en menor proporción por temor a las represalias del agresor?, ¿Es escasa la protección de las instituciones a las víctimas?	114
3.5. Los Carteles informativos sobre las agresiones a sanitarios y sus consecuencias pueden resultar disuasorios a los potenciales agresores.	126
3.6. ¿Cómo actuar hasta que lleguen los Cuerpos de Seguridad al centro sanitario que solicita su presencia?.....	127
3.7. Modificación de las instalaciones de los centros sanitarios para ofrecer más seguridad al profesional.	128
3.8. Pautas de Autocuidado Posterior a la Vivencia del Incidente	130
3.9. La Formación del Profesional como Medida de Prevención Y Afrontamiento de la Situación.....	142

CAPÍTULO 4: ACLARACIONES NORMATIVAS A TENER EN CUENTA EN ACTUACIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO..... 145

- 4.1. ¿Qué dicen los principales Protocolos o Planes de las Comunidades Autónomas-Madrid, Andalucía, Valencia y Canarias?..... 156
- 4.2. El Nuevo Plan de Prevención y Atención frente a Agresiones a Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía..... 180

CAPÍTULO 5: CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN EN EL PROFESIONAL Y LA ATENCIÓN SANITARIA. 193

- 5.1. Repercusión de la agresión en la atención posterior a otros pacientes 193
- 5.2. Patologías Comunes Asociadas al Estrés Acumulativo y la Vivencia de Situaciones de Alta Tensión Emocional 195
 - 5.2.1 TIPOS DE ESTRÉS, ORIGEN, CONSECUENCIAS Y TÉCNICAS PARA MITIGARLO. 195**
 - 5.2.2 SÍNDROME DE BURNOUT (ESTAR QUEMADO) 205**
 - 5.2.3 TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO (TEA)..... 209**
 - 5.2.4 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT). 211**
 - 5.2.5 RIESGO DE SUICIDIO 212
 - 5.2.6 OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS AL TRABAJO EN EMERGENCIAS. 222

CAPÍTULO 6: MEDIOS Y RECURSOS DE UTILIDAD 225

- 6.1.Aplicación AlertCops..... 225
 - 6.1.1 LA NUEVA VERSIÓN DE LA HERRAMIENTA ALERTCOPS PARA EL PROFESIONAL SANITARIO. UN HITO DE VITAL IMPORTANCIA..... 228
- 6.2.Recursos de Asesoramiento y Apoyo Emocional..... 233

Referencias Bibliográficas 243

INTRODUCCIÓN

Este Manual de Prevención está dirigido a todos aquellos profesionales de la sala que puedan ser víctimas de un episodio agresivo o de violencia en su actividad diaria. Lamentablemente, hoy en día, en nuestra sociedad, la violencia verbal o física es la pauta de conducta de muchas personas. Esta falta de educación en valores como el respeto en la dignidad física y moral de la persona, que son derechos fundamentales y reconocidos por nuestra Constitución, hace que cada vez sean más los episodios de violencia en ámbito de la sociedad, afectando de forma muy significativa, desde hace ya muchos años, al ámbito del profesional que desarrolla sus funciones en el sector sanitario público o privado.

Creemos que es importante que se hable de esta problemática, ya que si somos conscientes de la existencia de la misma y de los verdaderos riesgos que afrontan estos profesionales de sufrir una agresión por parte del usuario o paciente, será el primer paso para poder abordar con éxito este reto tan importante.

Nuestros profesionales sanitarios nunca han sido, ni fueron preparados, para defenderse de sus pacientes, ya que el objeto de su formación no es tal, sino que su razón de ser y vocación está siempre orientada a la protección de la salud y la vida de las personas. Este valioso personal orienta su profesión y sino, su tiempo, dedicación e intensos estudios, a la protección de estos valores tan importantes como son la salud y la vida de sus pacientes.

Debemos recordar siempre a la médico residente María Eugenia, que fue tiroteada hasta en cuatro ocasiones por un paciente de 74 años en el centro de salud de Moratalla (Murcia), perdiendo finalmente la vida, transcurriendo el mes de marzo del año 2009,

donde resultó herido de bala el conductor de la ambulancia de dicho centro sanitario.

Pese a que esta noticia nos pueda parecer lejana en el tiempo, siempre ha de estar presente y recordarla siempre, máxime si tenemos en cuenta que cada vez y con mayor frecuencia, los medios de comunicación se hacen eco de un incipiente número de episodios violentos en centros sanitarios o áreas hospitalarias. Creemos a este respecto, que la violencia dirigida a los profesionales sanitarios se debe dar a conocer con el mayor rigor periodístico que sea necesario, no buscando justificación alguna de la agresión (a veces se expresan en la noticia comentarios o supuestas motivaciones irreales que son alegadas por los agresores para tratar de argumentar su actuación agresiva, como si llevaban mucho tiempo de espera o que fueron un número de veces al servicio de urgencias para ser atendidos), no hacen más que justificar al agresor y sus acciones violentas, dando la sensación errónea en el lector o receptor de la noticia que dicha persona se pudo ver avocada a realizar el hecho violento contra el profesional como respuesta a las circunstancias o trato que estaba recibiendo por parte del sector sanitario o el propio profesional.

Creemos que debemos huir de frivolidades, dando una verdadera importancia a toda agresión verbal o física que sufra un profesional sanitario, luchando con todos los medios disponibles contra esta lacra de violencia que amenaza al devenir de esta loable e importante profesión. Es crucial que el relato periodístico no quede solo en la noticia de la agresión, sino que alcance las consecuencias penales y civiles que conllevarán para el agresor, así como los daños causados para el servicio público (por ejemplo, a consecuencia de la agresión se tuvo que interrumpir el servicio a otros usuarios o se quedaron sin atender). Todo ello servirá de elemento didáctico y ejemplarizante para el resto de la sociedad, además de producir el efecto deseado de profundo rechazo por el receptor de la noticia.

Debemos ser conscientes que un ataque a estos profesionales, es un ataque a la sociedad en sí, a servicios tan esenciales como son la vida y la salud. Sírvese de ejemplo, que el ataque o la agresión verbal o física a un médico y/o enfermero en un centro de salud de un pueblo de España, en la mayoría de las ocasiones deja como resultado que se tenga que interrumpir o dejar inoperativo el servicio sanitario en dicha localidad, afectando al resto de vecinos. Sin duda, cualquier agresión o verbal a un profesional sanitario, ocurra donde ocurra, va a dañar al normal desarrollo de la actividad sanitaria y va a afectar al resto de usuarios.

Como hemos dicho anterioridad, toda lesión a la integridad física o moral de un profesional sanitario conlleva una merma de este servicio público esencial. Estos profesionales son ante todo, personas, y no podemos pensar o pretender que alguien que recibe amenazas, insultos o acciones lesivas contra su integridad física o moral, pueda continuar con total normalidad la prestación de este servicio tan esencial para los demás.

Estas acciones violentas, verbales o físicas, conllevan en el profesional una situación de estrés, ansiedad y lesiones psicológicas o físicas que afectarán, sin duda, a su actividad laboral, haciendo que en muchas ocasiones, no puedan continuar prestando su servicio, conllevando un tiempo de recuperación. Los insultos, las injurias, las amenazas o incluso la agresión física, en ningún momento pueden convertirse en una condición más de trabajo de nuestros sanitarios.

Los autores de esta publicación, pretendemos dar herramientas ágiles y sencillas a los profesionales de salud, para eliminar o minimizar los riesgos de la agresión verbal y física, habilidades de comunicación y elevar la protección de este importante colectivo.

Creemos que para abordar esta incipiente problemática es necesaria una respuesta multidisciplinar y actuar en diferentes planos o áreas. Hemos dividido esta publicación en diferentes

capítulos a fin de estructurar convenientemente las distintas medidas de prevención para afrontar eficazmente esta problemática y facilitar igualmente su lectura.



Fotografía extraída de www.pixabay.com

CAPÍTULO 1: ACTUACIÓN DE LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO EN LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO

1.1 APLICACIÓN DE LA INSTRUCCIÓN 3/2017 DE LA SECRETARÍA DE ESTADO

La Secretaría de Estado de Seguridad, el 4 de julio de 2017, aprobó el Protocolo sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud, como herramienta adicional para afrontar la presente problemática, impulsando la respuesta policial. Una de las medidas más importantes de dicha Instrucción es la creación o establecimiento de canales de comunicación entre los colectivos sanitario y policial, mediante la creación de la figura del "Interlocutor Policial Sanitario", que a nivel central y territorial debe impulsar la cooperación y la comunicación entre ambos colectivos.

Como dice la propia Instrucción, el objeto es establecer un Protocolo Común de Actuación por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado ante cualquier tipo de agresión o manifestación de violencia o intimidación a profesionales de la salud.

Debemos reseñar que ya en el año 2013, la Dirección General de la Guardia Civil puso en marcha una Orden de Servicios dedicada a la mejora de la seguridad en centros públicos de atención médica, que tenía como objetivo ser una herramienta eficaz frente a las agresiones sufridas por los profesionales de la salud, así como actuar de forma preventiva y reactiva ante los ilícitos contra la propiedad cometidos en los centros médicos y áreas hospitalarias de competencia territorial del citado Cuerpo Policial.

En el año 2017, a raíz de la Instrucción 3/2017, tanto el Cuerpo Nacional de Policía como la Guardia Civil, establecieron diferentes planes de actuación y servicios con la que se pretenden lograr los objetivos del Gobierno para conseguir que los centros de salud vuelvan a ser un lugar seguro donde el ciudadano y los

profesionales sanitarios puedan interactuar con plenas garantías, colaborando así al mejor funcionamiento del sistema sanitario español.

1.2. PILARES BÁSICOS DE ACTUACIÓN DE LOS CUERPOS POLICIALES

Entre las acciones acometidas por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, conviene señalar 5 pilares básicos de actuación, sobre los que la referida Instrucción 3/2017 hace especial hincapié, y sobre las que los Cuerpos Policiales deben incidir especialmente:

Primero: En la elaboración y actualización permanente de un Catálogo de Centros Médicos, pertenecientes tanto al ámbito público como privado (diferenciando entre aquellos que tienen medidas o medios de seguridad y si la atención es permanente o no). Asimismo se procede a la clasificación por nivel de riesgo a cada uno de los centros médicos, según diferentes parámetros, como son las acciones delictivas que se producen en los mismos, si disponen de servicio o medidas de seguridad privada, si prestan asistencia de manera permanente (PAC's). Como hemos dicho, se tiene en cuenta el historial de episodios delictivos en cada centro y circunstancias específicas del mismo, dejándose constancia de los lugares de ubicación de cada centro sanitario para su correcta integración con los planes de seguridad ciudadana que desarrollan las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. (Así, por ejemplo, los centros médicos son geolocalizados para que las patrullas de policía puedan conocer perfectamente su ubicación).

Segundo: En la permanente obtención de información a través de los canales internos (servicios realizados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado), como externos (fuentes abiertas, contacto con personal sanitario, entrevistas con responsables de los centros sanitarios), sobre los ilícitos cometidos (modus operandi, días, horas y otros parámetros de interés), que permita

realizar previsiones sobre la evolución de la actividad delictiva en este sector sanitario.

Tercero: En la planificación de dispositivos preventivos (por ejemplo con la presencia de patrullas uniformadas en las inmediaciones de los centros sanitarios), o la realización de servicios reactivos (en caso de agresión, por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado se intensifica la investigación del hecho delictivo y se facilita la interposición de la denuncia a la víctima, procediéndose en su caso a la identificación y/o detención del agresor).

Dentro de los dispositivos preventivos están: la vigilancia y protección de los centros médicos mediante la ejecución de servicios preventivos tales como identificaciones de personas, controles operativos en vías públicas, patrullas de seguridad ciudadana, patrullas no uniformadas o de paisano en inmediaciones o en el interior de centros sanitarios, entrevistas con responsables de los Centros Sanitarios, atendiendo especialmente al nivel de riesgo de la acción delictiva y a su evolución, derivada del análisis de los hechos acontecidos.

En el plano de los servicios reactivos: Se produce, a raíz de la referida Instrucción, la implementación de los dispositivos reactivos que sean necesarios tras la ocurrencia de un hecho que así lo requiera y su pertinente investigación, así como un seguimiento individualizado de los hechos delictivos acontecidos.

Cuarto: El establecimiento de canales de comunicación ágiles entre las Unidades Policiales de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y los Departamentos de Seguridad de los centros sanitarios, en el caso de existir, así como el contacto estrecho con los responsables de los Centros médicos resulta fundamental. El mantenimiento de un contacto permanente entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y el personal que trabaja en los centros sanitarios, así como con los miembros de

los Cuerpos de Policía Local donde se encuentren ubicados, resulta igualmente crucial, y tiene la finalidad de adquirir información de interés policial y trasladar la que sea de interés para el sector sanitario, así como el establecimiento y articulación de mecanismos de colaboración y coordinación con los distintos servicios de salud de la Comunidad Autónoma en el ámbito de la prevención, sensibilización y detección de situaciones potenciales de riesgo, a través de la figura del "Interlocutor Policial Territorial Sanitario".

Quinto: Otro plano de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado es la realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de la salud sobre *prevención y autoprotección*, fomentando una cultura de la seguridad sanitaria, e impulsando la interposición de las denuncias de los profesionales víctimas, en aras a conseguir un mejor conocimiento de la problemática y un incremento de la prevención, la sensibilización y la detección de situaciones potenciales de riesgo. Asimismo, los referidos Cuerpos Policiales pueden realizar, a través del Interlocutor Policial, labores de asesoramiento en medidas de seguridad de los centros sanitarios, ya que por ejemplo, la disposición del mobiliario en las consultas puede servir de elemento protector para el profesional sanitario o un obstáculo en caso de tener que huir de una situación agresiva.

1.3. ACTUACIÓN POLICIAL FRENTE A LAS AGRESIONES A SANITARIOS

Con la entrada en vigor de la referida Instrucción 3/2017, por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado se han puesto en marcha diferentes acciones que tienen por objetivo realizar un seguimiento puntual y constante de la problemática delictiva existente entorno a los centros médicos y a los profesionales de la salud.

Reseña la referida Instrucción que es conveniente el establecimiento de servicios preventivos y contactos de las fuerzas policiales con los responsables de los centros ubicados en las respectivas demarcaciones de policía, al objeto de poder concretar con exactitud el nivel de riesgo de que se produzca una agresión contra un profesional sanitario, así como determinar las medidas policiales de prevención y protección que deben ser adoptadas, siempre de manera personalizada e individualizada.

En nuestra opinión, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, deben actuar en caso de una agresión física o verbal, de forma preferente, siendo conocedores de la importancia que supone para la sociedad este sensible colectivo, buscando que la labor de los profesionales sanitarios se desarrolle en un entorno de máxima seguridad y tranquilidad. Para ello, resulta fundamental el contacto permanente entre los responsables de los centros médicos y los responsables policiales, a fin de realizar una adecuada evaluación de la problemática existente y planificar unas medidas preventivas idóneas a cada situación.

1.3.1 MEDIDAS PREVENTIVAS MÁS IMPORTANTES PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES EN SITUACIONES CONFLICTIVAS.

Podemos reseñar diversas piezas claves para conseguir dicho objetivo:

1. El establecimiento de una comunicación fluida y regular entre los responsables de los centros sanitarios y los responsables de la Guardia Civil (Comandantes de Puesto) o del Cuerpo Nacional de Policía (Comisarios o Inspectores Jefes de Comisaría), ya que es primordial un conocimiento de la problemática existente en cada centro de salud, por ejemplo, posibles usuarios o pacientes agresivos, asistencias domiciliaria en las que han existido riesgos físicos para los profesionales de la salud, todo ello, para conseguir

una mayor prevención y actuación integral de estas situaciones conflictivas. La actuación de las Policías Locales de cada municipio es también fundamental, máxime si tenemos en cuenta la proximidad e inmediatez que en muchos casos tienen sus patrullas con respecto a los Centros Sanitarios.

Esto se traduce, por ejemplo, que los responsables de los centros trasladen información sobre aquellas situaciones de riesgo que pueda ser previstas; por ejemplo, la fecha de visita programada de un paciente conflictivo o incluso acompañantes con antecedentes de alteración del orden o agresiones a personal sanitario, etc.

2. La comunicación urgente de incidencias que requieran de la intervención inmediata de una patrulla de la Guardia Civil o de la Policía, lo que ordinariamente se canalizará v través de la Central Operativa Servicios-teléfono 062 para el caso de la Guardia Civil, Sala 091 para el caso de Policía Nacional, o utilizando la aplicación ALERTCOPS. Posteriormente dedicaremos un epígrafe sobre esta Aplicación.

3. La interposición de las denuncias correspondientes por parte del/la profesional agredido/a, para evitar la sensación de impunidad de los agresores y servir de ejemplo para el resto de usuarios. La interposición de la denuncia ha de estar muy relacionada también con esos canales de comunicación entre los responsables de los Centros sanitarios y los Comandantes de Puesto de la Guardia Civil, Jefes de Comisaría del Cuerpo Nacional de Policía, así como los Jefes de las Policías Locales, buscando que no exista una segunda victimización del profesional agredido, y en su caso, con la intervención del propio Interlocutor Policial Sanitario Provincial, que vendrán a facilitar la interposición de la denuncia y agilizar las medidas de protección y seguridad a adoptar con respecto al profesional afectado o su centro de trabajo.

4. *La realización de actividades de información y de formación dirigidas al personal sanitario, para afrontamiento de situaciones de crisis (como técnicas de escucha activa, medidas de comunicación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, conocimiento de la protección penal que poseen, medidas de seguridad activa y pasiva, así como otros consejos de autoprotección).*

1.4. IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL AGRESOR PARA EVITAR IMPUNIDAD DEL ACTO.

Evidentemente si se trata de una agresión física o unas amenazas graves (por ejemplo de muerte), las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, procederían a la detención de dicha persona y a la instrucción de las pertinentes diligencias policiales, así como la puesta en conocimiento de los hechos a la Autoridad Judicial, personando inclusive a dicho agresor ante dicha Autoridad. Debemos tener en cuenta la protección dispensada por la reforma del Código Penal en el año 2015, al considerarse, en este caso, como toda agresión física o la amenaza grave contra el profesional sanitario, como una potencial comisión de un delito de atentado a funcionario público sanitario en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ellas, establecido en el artículo 550 del Código Penal, abriéndose por parte del Juez competente unas Diligencias Previas a dicho efecto, que conllevarán un Juicio Oral posterior, normalmente en el ámbito del Juzgado de lo Penal, consecuentemente con la verdadera importancia y protección jurídica que se les debe dotar a estos profesionales. En otros casos menos lesivos, la práctica hace que sea conocido por el propio Juzgado de Instrucción competente.

La práctica habitual de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, si se trata de unas amenazas de carácter leve, insultos o injurias, será la de instruir las oportunas diligencias y la remisión de las mismas a la autoridad judicial por un delito leve en contra del supuesto

agresor, en calidad de investigado, remitiendo las diligencias a la autoridad judicial mediante el procedimiento de Juicio Inmediato por Delito Leve. Tanto en el caso de delito grave como en el delito leve, resulta aconsejable la personación en la causa, tanto del abogado de la administración sanitaria, como también el del Colegio Profesional de la víctima, a fin de instar medidas cautelares, dinamizar el procedimiento y velar por los intereses y mayor protección del profesional, con independencia de la actuación del Ministerio Fiscal.

Lamentablemente, y de forma errónea el profesional sanitario asume como una condición de trabajo, el hecho de sufrir o poder sufrir violencia verbal (amenazas, insultos, injurias) por parte de su paciente o sus acompañantes, y en algunas ocasiones dichos profesionales sufren verdaderas situaciones de estrés, miedo o pánico hacia dicho paciente, familiares o acompañantes, tolerando comportamientos agresivos, hostigamientos hacia su persona o ataques a su honor o profesionalidad, que si no se denuncian, sirven de caldo de cultivo de nuevas actuaciones por parte de ese paciente o acompañante, que cada vez pueden subir en la escala de agresividad hasta llegar al punto de atentar o acometer contra la integridad física del profesional.

Por tanto, resulta pertinente no tolerar conductas de este tipo, y ante la agresión verbal a modo de amenaza contra la persona del profesional, lo conveniente es interrumpir la asistencia que se esté prestando, pedir auxilio de un compañero y avisar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, interponiendo como fin último la pertinencia denuncia. *“Debemos pensar que hoy me toca a mí sufrir este hecho, pero si no actúo, tal vez en otra ocasión será mi compañero”.* Es lo que podemos definir como *solidaridad preventiva*. La resolución de esta problemática, es una cuestión de todos, desde el profesional que es víctima de este tipo de acciones violentas y las tolera, desde la Administración Sanitaria con su respaldo y protección desde el primer momento, los Colegios

Profesionales en su labor de asesoramiento, protección y mejora en la formación, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad con su actuación, la Fiscalía con su cometido de proteger la legalidad y los propios Jueces en la imposición de unas condenas efectivas.

El profesional sanitario, por su compromiso de servicio a los demás, tiene interiorizada esta violencia como algo innato a su propio servicio sanitario, cuando no podemos dejar de señalar que toda actuación verbal o física violenta contra este profesional, debe llevar aparejada la interrupción de la asistencia sanitaria desde un primer momento, y hasta que no se normalice la situación, no se debe continuar con la misma. En muchas ocasiones, hasta puede que sea otro profesional sanitario el que continúe o finalice la misma, pero siempre que la situación violenta haya desaparecido y los riesgos para cualquier profesional hayan desaparecido.



www.pixabay.com

1.5. MAPA DE RIESGOS DE LAS AGRESIONES POR LOCALIZACIÓN E INCIDENCIAS DE AGRESIONES.

Todas las autoridades sanitarias deberían manejar y hacer público los mapas de riesgos de las zonas donde se producen más agresiones o de especial incidencia para los profesionales sanitarios, tanto en el ámbito autonómico como en el caso de las provincias y localidades más afectadas. Asimismo, los Colegios Profesionales, así como los sindicatos o representantes de los trabajadores sanitarios deberían ser conocedores de dichos Mapas de Riesgo, catalogándose los centros sanitarios con un nivel de riesgo.

Como dijimos con anterioridad, por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, existen catalogaciones de los centros sanitarios por su nivel de riesgo, entre los que analizan diferentes parámetros como son: si disponen de algún sistema de seguridad, si tienen atención permanente, si tienen servicio de urgencias, al que se le añade el número de agresiones y otros ilícitos penales cometidos en dicho lugar, que sirven para la catalogación de los referidos niveles, de ahí la importancia de denunciar todos los hechos delictivos que sufran los profesionales sanitarios.

1.6. PRESENCIA POLICIAL O SEGURIDAD PRIVADA, ¿REDUCEN LA PREVALENCIA DE AGRESIONES?

Debemos ser conscientes que la presencia policial permanente en un centro sanitario es una utopía, por cuanto la seguridad pública que pueden ofrecer las patrullas de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad no es un bien ilimitado, debido a que aquéllas deben atender otras misiones de carácter público como es la protección y seguridad de la población en general. En el sentido de la protección del ámbito sanitario, por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, según la Instrucción 3/2017, se actúa en dos vertientes operativas, tomando como base esencial los niveles de riesgo anteriormente mencionados:

1. Vigilando y protegiendo los centros médicos mediante la realización de servicios preventivos tales como identificaciones de personas, controles policiales en vías públicas e intermediaciones de los centros sanitarios, presencia de patrullas de seguridad ciudadana en las proximidades a dichos centros y presencia de personal de paisano, así como entrevistas con responsables de los Centros Sanitarios.

2. Aumentando los servicios policiales reactivos que sean necesarios tras la ocurrencia de un hecho que así lo requiera y su pertinente investigación, así como un seguimiento individualizado de los hechos delictivos acontecidos.

Es evidente que la presencia de seguridad privada en los centros sanitarios es un elemento tranquilizador para el profesional sanitario, y sin duda, su existencia va a reducir en buena parte, su número, si bien no va a ser motivo de que las mismas desaparezcan totalmente:

-La agresión verbal o física en muchas ocasiones se produce de forma súbita y rápida. Debemos ser capaces de detectar la escalada de violencia y agresividad de la situación y pautas de actuación del agresor, avisando con suficiente tiempo para que el personal de seguridad privada pueda acudir antes de que se produzca la agresión. Por eso siempre será mejor avisar, desde un primer momento, al compañero más próximo. Puede darse la circunstancia, sobre todo en centros sanitarios o áreas hospitalarias de considerable tamaño, que la distancia donde se encuentra el personal de seguridad privada y la consulta no sea lo más cercana, por lo que la actuación preventiva y reactiva del profesional y sus compañeros serán determinantes en los primeros momentos.

-En la actualidad, desde la Administración Sanitaria, en relación a la presencia de seguridad privada en sus instalaciones, por su considerable coste económico, está orientada a aquellas áreas o

centros sanitarios de mayor incidencia o problemática. Resulta muy difícil, casi utópico, en la actualidad, que exista personal de seguridad privada en todos los centros sanitarios, máxime si tenemos en cuenta otras necesidades económicas, si bien, cabría señalar que desde el punto de vista de la prevención y la seguridad de estos profesionales, lo deseable sería que existiese una presencia o seguridad mínima de este personal de seguridad privada en todos los centros sanitarios. Es lo que debería tender la Administración Sanitaria, sobre todo si tenemos en cuenta que está en juego la seguridad física y salud de tan valioso personal como es el sanitario.

Hasta alcanzar dicho objetivo, creo que resultaría recomendable establecer unos parámetros mínimos de presencia de personal de seguridad privada como por ejemplo:



En áreas hospitalarias, debería existir personal de seguridad en número suficiente a la ocupación del centro y estructura del mismo (usuarios o pacientes que lo frecuentan al mismo tiempo, personal existente, posibilidad de acudir a cualquier zona del complejo sanitario en un tiempo de reacción que sea efectivo, etc.)

-En todos los centros sanitarios de asistencia permanente y/o continúa en poblaciones de más de 5.000 habitantes, resulta recomendable la existencia de seguridad privada de forma permanente y en poblaciones de 5.000 a 10.000 habitantes, si se prestase servicio nocturno y cubre a varias poblaciones colindantes.

-En poblaciones de menos de 5.000 habitantes, al menos introducir mejoras en los sistemas de enlace con Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, así como sistemas sonoros de alarma o botones sonoros de agresión o antipánico conectados a una central receptora que comunique automáticamente con la policía.

Cabe señalar que éstas no dejan de ser propuestas basadas en la experiencia policial y el análisis de la casuística de los centros sanitarios donde se da mayor incidencia de este tipo, pero hay que destacar que serán las Unidades de Prevención de Riesgos de la Administración Sanitaria de cada Comunidad (con sus análisis de riesgos), así como los responsables de seguridad de dicha Administración Sanitaria (Consejerías de Salud o Delegaciones Territoriales de Salud), los verdaderos competentes en esta materia.

Resultaría recomendable hacer un estudio de las posibles mejoras en la seguridad de los centros sanitarios por parte de la Administración Sanitaria, y habida cuenta de esa necesidad, dedicamos un capítulo más adelante.

1.7. LA INTERLOCUCIÓN POLICIAL SANITARIA. RECOMENDACIONES SEGÚN LOS PLANES DE PREVENCIÓN EN COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

1.7.1 ¿CUÁNTOS INTERLOCUTORES POLICIALES SANITARIOS HAY POR POBLACIÓN? EN CASO DE AGRESIÓN, ¿SE PUEDE CONTACTAR CON ELLOS MISMOS, O A TRAVÉS DEL CORRESPONDIENTE CUERPO DE SEGURIDAD?

La Instrucción 3/2017, de la Secretaria de Estado de Seguridad, crea la figura del Interlocutor Policial Territorial Sanitario, que son expertos designados por las diferentes Unidades de las Direcciones Generales de la Policía y de la Guardia Civil, tomando en consideración su propia estructura orgánica y territorial, el volumen de la actividad policial concreta en esta materia y sus singularidades. Estos interlocutores asumirán la responsabilidad de la coordinación, cooperación y desarrollo y ejecución de las

actuaciones relacionadas con cualquier manifestación de violencia o intimidación a personal sanitario en el ámbito territorial que les sea propio.

Dentro de las estructuras del Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil, se ha creado la figura de un Interlocutor Sanitario a Nivel Nacional, uno o dos a nivel Autonómico y uno a nivel provincial.

En caso de urgencia, el procedimiento de aviso es a través de la puesta en contacto con la Sala 091 del Cuerpo Nacional de Policía o el Centro Operativo Complejo (Coc) de la Guardia Civil en el teléfono 062, o a través de la aplicación Alertcops. Bien en el teléfono de emergencias 112 que derivará el aviso al Centro de Coordinación Policial, que atenderá este primer requerimiento con el envío de una patrulla en servicio.

Además, en cada ámbito provincial, el responsable del Centro de Salud debería tener la capacidad de contactar con el responsable o director gerente del distrito o área sanitarios, o bien con el responsable o interlocutor en la Delegación Territorial de Salud, el cual, a su vez contactaría con el Interlocutor Policial Sanitario de la Guardia Civil o del Cuerpo Nacional de Policía. Estos canales de comunicación fluida, con respecto a las incidencias, novedades y atención al profesional se viene desarrollando en diferentes provincias de forma muy similar. Por ejemplo, en algunas provincias de Andalucía, este modelo de comunicación paralela a los teléfonos de urgencia está resultando muy satisfactorio entre el profesional sanitario que ha sufrido una agresión, sobre todo en el ámbito de la asistencia y asesoramiento policial a dicho profesional y la facilitación de la interposición de la correspondiente denuncia. Por ello, es necesario y prioritario que exista una comunicación fluida entre los responsables sanitarios y policiales, ya que ese trabajo coordinado en equipo conllevará la consecución de este objetivo común, que es erradicar esta lacra.

La creación de esta figura de Interlocutor Policial Territorial Sanitario, constituye y mejora la labor de comunicación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y el sector sanitario, que establece la propia Instrucción 3/2017, y entre sus objetivos básicos, esta figura pretende ser un enlace de contacto directo y permanente con instituciones y asociaciones profesionales, servir de canal de comunicación eficaz con los distintos responsables territoriales de salud, colegios profesionales, policías locales y empresas de seguridad privada que desarrollan su trabajo en el ámbito sanitario, todo ello desde el ámbito de la prevención primaria, sensibilización, detección y actuación ante situaciones potenciales de riesgo. Igualmente esta figura busca evitar la segunda victimización del profesional agredido, agilizando los cauces de la atención policial, asesoramiento y facilitación de la presentación de las correspondientes denuncias.

Asimismo, en coordinación con los distintos directores de los centros sanitarios y áreas hospitalarias, puede prestar su asesoramiento en medidas de prevención y seguridad, así como servir de impulso en la realización de actividades formativas e informativas en coordinación con los responsables sanitarios territorialmente competentes.

Tal y como recoge la propia Instrucción 3/2017, con carácter general, la mayor incidencia de los comportamientos violentos se da en los centros sanitarios públicos, especialmente en servicios de atención primaria (Puntos de Atención Continuada Sanitaria - PAC), y en servicios de urgencias (ambulatorias u hospitalarias).

Esta afirmación responde en gran parte, a la estadística que poseen las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, si bien, los datos son solo la punta del iceberg de la verdadera situación de agresividad que vienen sufriendo los profesionales de la salud, ya que hay muchos episodios que no se denuncian por parte de éstos.

2.1. SITUACIÓN ACTUAL. ¿ESTÁ EL PROFESIONAL SANITARIO PREPARADO?

Es necesaria una mayor formación del profesional sanitario para poder enfrentarse a una situación de agresión física o verbal, y una de las principales líneas de actuación debe ser la mejora en la capacitación de este personal. Desde la Administración Sanitaria debe existir un compromiso serio en dicha mejora, y resulta muy útil la colaboración de los Colegios Profesionales, Universidades, Centros de Formación continua, así como por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Resultaría muy útil que en el plano docente y universitario, se incluyesen diferentes créditos formativos en materias de escucha activa y asertiva, resolución de conflictos y técnicas de mediación.

Desde nuestra experiencia formativa en este ámbito, podemos señalar que muchos profesionales desconocen la protección penal que le dispensa el Código Penal, los recursos o protocolos establecidos para prevenir las agresiones y en muchos casos, nunca han recibido una formación básica en escucha activa o

resolución de conflictos. Por ejemplo, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, resulta necesario que los profesionales conozcan el Plan de Prevención Atención a Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, por lo que es de gran interés la mayor difusión de estas herramientas tan útiles, para luchar contra este problema. Asimismo, existen otras Comunidades Autónomas que tienen sus planes de prevención y atención (Comunidad Valenciana, Madrid, Canarias...) que veremos a continuación.

Por ejemplo, el Protocolo de Prevención y Actuación frente a la Violencia en el Trabajo contra los Trabajadores de las Instituciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, publicado en el año 2019, señala en su punto duodécimo relativo a Plan de formación que las Gerencias de los centros integrarán en sus planes anuales de formación acciones formativas dirigidas a la difusión del propio protocolo, la mejora de las medidas de protección de los trabajadores, la adquisición de habilidades en materia de comunicación, manejo de situaciones de tensión y duelo, gestión de conflictos, y actuaciones de auxilio y ayuda a los trabajadores que están siendo agredidos, así como sobre la implantación de medidas preventivas de las agresiones.

2.2. PERFIL DEL AGRESOR Y PERFIL DE LA VÍCTIMA

Suelen presentar escasas habilidades personales y sociales, dificultades para el control de impulsos, tendencia a actuar de manera impulsiva (poco reflexiva), bajo nivel de instrucción y conocimiento de la normativa y el funcionamiento de los servicios (así como, en muchas ocasiones, escasas nociones de las consecuencias que conllevan la conducta agresiva). Por otra parte, es posible que generen expectativas mayores sobre la asistencia que van a recibir, las cuales, al no cumplirse, aumentan su nivel de ansiedad. Posiblemente se encuentren con una necesidad urgente y problemática de índole multifactorial. Algunos

profesionales han sufrido agresiones por parte de hombres que ejercen violencia de género sobre sus parejas e hijos, desconfiando del examen y diagnóstico del profesional y/o responsabilizando de una posible ruptura o consecuencia legal tras la atención (comunicación de oficio de las lesiones sufridas). En el perfil del agresor pueden encontrarse personas que consideren que presionando y/o agrediendo al profesional pueden conseguir algún beneficio. Es decir, desarrolla la conducta con el objetivo de que el profesional acceda a sus demandas. Finalmente, otra tipología de agresores se encuentra en las personas que sufren una enfermedad mental grave y se encuentran en estado de descompensación y personas con problemática de consumo de tóxicos. Sin embargo, no todas las personas con estas problemáticas van a llevar a cabo una conducta agresiva. Es más probable que desemboque en ella cuando tengan dificultad para controlar la ansiedad, tendencia a la agresividad y/o alteraciones de la conducta.

En las áreas de salud mental pueden encontrarse profesionales que, sabiendo el perfil de personas que atienden, normalicen las agresiones y las vivan en silencio, sin informar de las mismas. Entender a una persona que se encuentra viviendo esa situación y empatizar con la vivencia de su trastorno, no quiere decir que no se tenga que prestar atención a su situación personal y velar por su seguridad. Puede entenderse que el profesional decida no denunciar en estos casos, sin embargo, deben ser comunicados a los responsables pertinentes, a fin de que fortalezcan las medidas de seguridad en el puesto de trabajo y articulen los medios que sean necesarios, para prevenir que se repitan esas situaciones de desprotección.

Algunos profesionales que se dedican a la interlocución policial sanitaria afirman que no se puede trazar un perfil del agresor físico o verbal que actúa contra el personal sanitario, sin embargo, la experiencia y estadística nos puede indicar todo lo contrario,

permitiendo esbozar un perfil característico del agresor en el ámbito de la salud.

Debemos partir de la base, que salvo casos muy puntuales, el agresor es una persona que habitualmente ejerce o tiene como pauta de conducta la agresividad, es decir, en sus comportamientos externos la muestra como cauce para conseguir sus objetivos. Dicha violencia o agresividad puede ser tanto verbal como física, o mostrar ambas a la vez.

Suele tener escasa formación, ya que aquellas personas con relativa formación van a utilizar otros cauces reglados, como son las presentaciones de quejas escritas o sugerencias o la petición de entrevistarse con una instancia superior (solicitarán dirigirse personalmente con el responsable o superior administrativo del facultativo). En otros casos, incluso presentarán una denuncia ante la administración sanitaria o judicial.

PERFIL DEL AGRESOR



El agresor suele ser varón, paciente sanitario o en menor grado, familiar de aquellos.

www.pixabay.com

El agresor suele ser arrogante y utiliza en muchos casos un lenguaje despectivo e insultante contra el profesional que le está atendiendo, llegando a un grado de exigencia muy elevado en todas sus pretensiones.

En muchos casos, su agresividad innata o aprendida en su etapa educacional, se ve aumentada por la adicción a drogas y/o alcohol. Dicha circunstancia va a ser utilizada por el abogado defensor de este agresor en la causa judicial como circunstancia eximente o modificativa de la responsabilidad penal.

La asistencia sanitaria a personal que presente estos síntomas (alcohol, drogas, comportamiento agitado), siempre se debería prestar y es primordial que se desarrolle con al menos dos personas y nunca la prestaremos solos, al igual que ocurre con personas o pacientes que presenten una patología o enfermedad de carácter psiquiátrico.

El agresor, especialmente el físico, desarrolla también su comportamiento antisocial en otras facetas de su vida. Puede que haya tenido problemas con otros servicios de la sociedad, como en el entorno docente (problemas con profesorado de sus hijos o durante su propio periplo por el sistema educativo, que normalmente será corto y conflictivo). Resulta muy complicado encontrar a una persona con cierta formación cultural o social que sea un agresor de un profesional sanitario.

En muchas de las ocasiones, dicho agresor físico es conocido por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad por tener algún tipo de antecedente delictivo o porque han tenido que intervenir con él en otros episodios violentos dentro de su comportamiento habitualmente antisocial.

Hemos detectado que ante situaciones muy graves de enfermedades o padecimientos críticos, en alguna ocasión puede que el paciente o acompañante y/o familiar, arremeta contra el profesional sanitario por esa misma situación de impotencia o

desavenencia con un diagnóstico no deseado, pero en modo alguno justifica la violencia verbal o física. Como hemos indicado con anterioridad, esta violencia, especialmente la física y/o verbal grave va íntimamente relacionada con el nivel de educación, comportamientos violentos adquiridos y pautas de conductas agresivas.

El agresor con su violencia pretende conseguir uno o diferentes objetivos. Puede pretender ser asistido de forma preferente y a su antojo, en el momento en el que él decida, y en algunas ocasiones, incluso de forma caprichosa querrá entrar en la consulta sin esperar su turno, pues entiende que su situación es más importante que la del resto de personas que se encuentran esperando en la sala de espera. Tal vez se muestre violento o levante la voz en la sala de espera para ver si de esa forma, los profesionales sanitarios le atienden de forma rápida para evitar que continúe en esa actitud y conseguir así su objetivo. Es más, de conseguirlo, cada vez que vuelva al centro sanitario se comportará de igual forma pues entenderá que esa es la forma de actuación para ser prevalente sobre el resto de usuarios. Es por ello, que ante una actitud agresiva, violenta, alteradora del orden o paz del centro de salud, hay que llamar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad desde el primer momento.

Otras veces el agresor pretenderá que el médico le expida una medicación específica (habrá individuos que tengan cierta dependencia a ciertos tipos de fármacos), permitiéndose la atribución de sugerir al facultativo que debe expedirle, y en caso contrario se sentirá contrariado, recurriendo a la agresividad para conseguir este fin. Igual ocurre con aquellos agresores que pretenden conseguir del profesional sanitario una baja médica o incapacidad fingidas.

Se han dado casos de que el agresor afecta a la reputación del profesional mediante comentarios o injurias en redes sociales. Por ejemplo, se puede dar el caso de que el acompañante de un

usuario identifique al profesional sanitario mediante nombre y apellidos, utilizándolos posteriormente para hacer comentarios que afectan a su reputación profesional o personal en diferentes redes sociales. Lamentablemente en muchos sistemas sanitarios autonómicos a los profesionales se le identifica mediante nombre y apellidos, teniendo que llevar visible una tarjeta identificativa sobre su uniforme de trabajo o bata, donde figuran estos datos de forma completa en lugar de identificar al profesional con un número que diese la propia administración sanitaria y ese sirviese de código de identificación en todos los documentos y en dicha tarjeta visible, como se hace con los miembros de la policía desde hace años.

Cabe señalar que según el informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2019, en un porcentaje del **69%** el agresor es el propio usuario o paciente y el resto de las agresiones son producidas por el familiar o acompañante. El **60%** de las personas que agreden a un profesional sanitario son hombres y un **40%** son mujeres.

A este respecto, resulta interesante destacar, por las posibles medidas de prevención que habría que adoptar con dichos agresores, que existe un **11%** de los cuales son reincidentes.

Asimismo, hay que reseñar que existen hechos, donde el agresor no tiene unas características muy definidas y en otros casos presenta características concretas como, trastorno psicológico (estar bajo efectos de drogas, alcohol, combinación de trastorno psicológico más estar bajo efectos de droga y alcohol), deterioro cognitivo, combinación de trastorno psicológico, efectos de droga y alcohol, entre otros factores.

PERFIL DE LA VÍCTIMA



La víctima suele ser preeminentemente mujer. Según señala la instrucción, el mayor número de agresiones físicas se concentra en el horario nocturno.

www.unsplash.com

En cuanto a la víctima, hay que señalar que más del **70%** son mujeres, concretamente en el año 2017 (**78%**) y en 2018 (**73%**), notificaron ser víctimas de una agresión (física o verbal), siendo la mayor incidencia en cuanto a la franja de edad el intervalo entre los 35 y 55 años con un porcentaje entorno al **60%**.

2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO SOBRE AGRESIONES A PROFESIONALES DE LA SALUD

El Grupo de Trabajo de agresiones a los profesionales del Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS, encuadrado en la Dirección General de Ordenación Profesional de la Subdirección General de Recursos Humanos, Alta Inspección y Cohesión del SNS, dependiente del Ministerio de Sanidad, elaboró en el año 2019 el Informe de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud, que tiene entre sus tres objetivos:

Primero: La descripción de la situación actual de las agresiones en el ámbito sanitario a nivel nacional

Segundo: Análisis de las notificaciones de las agresiones según los datos aportados por las Comunidades Autónomas.

Tercero: Describir las medidas de prevención y actuación frente a las agresiones.

<u>COMUNIDADES AUTÓNOMAS: SUMATORIO</u>			<i>AÑO 2017</i>	<i>AÑO 2018</i>
1.IDENTIFICACIÓN DEL AGREDIDO	Sexo	Mujer	4610	5117
		Hombre	1324	1869
	Edad	Menos 35 años	594	886
		Entre 35 y 55 años	2346	2843
		Más de 55 años	896	1299
	Nivel Asistencial	Atención Hospitalaria	3935	4657
		Atención Primaria y Extrahospitalaria	3892	4242
	Categoría profesional	Facultativo	2829	3259
		Enfermería	2484	2939
		TCAE	1337	1651
		Celador	462	507
		Administrativo	934	915
		Otros	280	468
2. LA AGRESIÓN	Agresiones físicas		1557	1803
	Agresiones no físicas		6729	7869
	Lugar de la agresión	Consultas	2444	2903
		Domicilio/Vía Pública	256	301
		Urgencias	1077	1349
		Salud Mental/ Unidades de Psiquiatría	1073	971
		Hospitalización	1457	1612
		Admisión/Punto de Información	1258	1293

3. CAUSAS DE LA AGRESIÓN	Causas relacionadas con las demandas de los usuarios		1080	1258
	Causas relacionadas con la atención recibida por el usuario		1858	2397
	Causas relacionadas con el propio acto sanitario o administrativo realizado		1084	1282
	Causas ajenas a la organización o a la asistencia prestada		775	692
4.PERFIL DEL AGRESOR	Usuario/Paciente		4452	5263
	Familiar/Acompañante		1992	2389
	Sexo	Mujer	2323	2606
		Hombre	3596	3875
	Reincidente		697	853

Fuente: Anexo III. Total datos agresiones 2017/2018. Informe de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud 2019. Subdirección General de Recursos Humanos, Alta Inspección y Cohesión del SNS.

Según el informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2019, antes reseñado, el número de notificaciones de las agresiones en referencia al nivel asistencial se reparten casi al 50 % entre la atención primaria y hospitalaria, si bien, si tenemos en cuenta el número de profesionales que trabaja en cada nivel asistencial, las tasas de notificación de agresiones en Atención Primaria son superiores.

Cabe señalar a este respecto que la mayoría de las agresiones que han sido notificadas en el periodo analizado (2017-2018), son de tipo verbal. Las físicas se establecen en un 19%, con lo cual se puede estimar que existe una agresión física por cada 4,3 o 4,4 agresiones no físicas.

LUGAR DONDE SE PRODUCE LA AGRESIÓN	2017	2018
CONSULTAS.	32%	34%
SALUD MENTAL/UNIDADES DE PSIQUIATRÍA.	14%	12%
HOSPITALIZACIÓN.	19%	19%
URGENCIAS.	14%	16%
ADMISIÓN.	17%	15%
DOMICILIO O VÍA PÚBLICA.	3%	4%

DISTRIBUCIÓN POR CATEGORIAS PROFESIONALES		2017	2018
I.	Facultativo	34%	33%
II.	Enfermería	30%	30%
III.	TCAE	16%	17%
IV.	Celador	6%	5%
V.	Administrativo	11%	9%
VI.	Otros	3%	5%

CAUSAS ALEGADAS DE LA AGRESIÓN	2017	2018
Demandas del usuario	23%	22%
Atención recibida por el usuario	39%	43%
Propio acto sanitario o administrativo realizado	23%	23%
Ajenas a la organización o asistencia prestada	16%	12%

La primera causa de agresión notificada es la percepción del paciente respecto a la atención recibida. No obstante, en ningún modo existen motivos para agredir a un profesional sanitario que precisamente está velando por la salud del agresor o de la persona a quién éste acompaña.

La estadística que se han incluido, a modo de conocimiento, debemos tenerlas siempre en cuenta, si bien, hay que ser conscientes, que las mismas puede que sean solo la punta del iceberg de otra cifra más real, ya que hay numeroso personal

sanitario que no notifica la violencia sufrida por parte de sus pacientes, por miedo a represalias, por desconocimiento de las herramientas de protección, por entender erróneamente que dicha violencia es una condición más de su trabajo, etc. Ante este panorama, es importante dar respuesta a diferentes interrogantes que a continuación se muestran. Las estadísticas, por tanto, es posible que estén infravaloradas, teniendo en cuenta que las agresiones se comunican poco y se denuncian aún en menor proporción.

Del estudio del último Informe de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud, publicado por la Subdirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad en marzo del año 2020, cabe destacar lo siguiente:

-Dicho informe de marzo de 2020 es muy similar al publicado en el año 2019, manejándose igualmente datos correspondientes a los años 2017 y 2018, si bien difieren escasamente algunas cifras estadísticas. Como partes importante del citado informe, conviene destacar las siguientes y que se añaden a continuación:

-Se hace constar que en 2017 se registraron un total de 8.326 notificaciones de agresiones, lo que supone una tasa global de 15,39 agresiones por cada 1.000 profesionales del SNS. En 2018 se registraron un total de 9.506 notificaciones agresiones, lo que supone una tasa de 17,17 agresiones por cada 1.000 profesionales del SNS, en el conjunto de todas las CCAA.

-En cuanto al sexo de la persona agredida: En tres de cada cuatro (76-78%) notificaciones de agresión en el sector sanitario, la víctima es una mujer. Comparando ambos años, se observa un leve incremento porcentual de las notificaciones de agresiones realizadas hacia los hombres en el año 2018. Ajustando los datos mediante tasas por cada mil profesionales del SNS, se mantiene una tasa superior en mujeres 2017 con una tendencia a igualarse en 2018.

-En lo referente a la edad de la personal agredida, este informe de marzo de 2020 señala que la mayoría de los profesionales que notifican una agresión tanto en 2017 como en 2018, se encuentran entre los 35 y los 55 años de edad, con un leve incremento porcentual (3%), tanto en los menores de 35 años como en los mayores de 55 años, en 2018.

-Al igual que se señalaba en el informe sobre agresiones del año 2019, en cuanto al nivel asistencial, según este informe de agresiones de marzo de 2020, el número de notificaciones de las agresiones se reparten casi al 50% entre los niveles asistenciales de atención primaria y hospitalaria. Sin embargo, si se ajustan las tasas teniendo en cuenta el número de profesionales que trabaja en cada nivel asistencial, las tasas de notificación de agresiones en Atención Primaria son entre 2,47- 2,67 veces superiores a las tasas de agresiones en la atención hospitalaria. En 2017 se notificaron 26,68 agresiones por cada 1000 profesionales de Atención Primaria frente las 9,98 agresiones producidas por mil profesionales en Atención Hospitalaria, y en el año 2018 se notificaron 28,51 agresiones por cada 1000 profesionales en Atención primaria, frente a la tasa de 11,53 agresiones por cada 1000 profesionales en Atención Hospitalaria.

-Haciendo referencia a la categoría a la que pertenecen los profesionales que notifican la agresión, señala el referido informe del año 2020 que no se observan diferencias entre ambos años, siendo el personal médico facultativo y el de enfermería los que notifican más agresiones porcentualmente (65% aproximadamente entre ambos). Señala igualmente que al ajustarse a las tasas de notificación de las agresiones por categoría profesional se puede observar tasas semejantes al personal de enfermería, en otras categorías profesionales los TCAE, celadores o personal administrativo.

-En lo relativo al tipo de agresión, se señala que la mayoría de las agresiones notificadas no son físicas, sino de tipo verbal (como

amenazas o insultos), contra el profesional. Sin embargo, existe un alto porcentaje de agresiones físicas notificadas, en su mayoría acompañadas de agresiones verbales. Según los datos recogidos, en el informe se estima que existe una agresión física por cada 4,3 agresiones no físicas en 2017 y una agresión física por cada 4,4 agresiones no físicas en 2018.

-Analizando el lugar donde se ha producido la agresión, se indica que la mayoría de las agresiones notificadas en los años 2017 y 2018, han tenido lugar en diferentes ámbitos de las propias instituciones sanitarias, siendo mayoritarias en las consultas, seguido por la hospitalización, las urgencias y los puntos de admisión/información.

-En cuanto a las causas alegadas de las agresiones notificadas, analizados los años 2017 y 2018, son similares. La primera causa de agresión notificada es la percepción del paciente respecto a la atención recibida, seguida de las demandas injustificadas del usuario (bajas laborales o prescripciones) o, las que se derivan del acto sanitario o administrativo realizado

-Para finalizar, y no menos importante, con respecto al perfil de la personal agresora, según el informe reseñado de marzo de 2020, en un 69% es el propio usuario o paciente, un 60% de los agresores son hombres y un 11% son reincidentes.

Como conclusiones, a modo de resumen de este informe, cabe destacar las siguientes:

-El perfil del profesional agredido en su mayoría es mujer, entre los 35 y los 55 años, personal médico o de enfermería.

-Una de cada tres agresiones notificadas ocurren en la consulta.

-Las tasas de notificación de agresiones en Atención Primaria son entre 2,5 -2,7 veces superiores a las tasas de agresiones en Atención Hospitalaria.

- La mayoría son agresiones verbales y amenazas y se notifica una agresión física por cada 4,3 y/o 4,4 agresiones no físicas.
- La causa alegada más frecuente de agresión es el trato recibido.
- La persona agresora en dos de cada tres casos es el/la paciente, un 60% son hombres y en un 11% de los casos son reincidentes.

2.4. FACTORES QUE SE CONTEMPLAN PARA EXPLICAR EL INCREMENTO EXPONENCIAL DE LAS AGRESIONES.

Según señala la propia Secretaría de Estado de Seguridad, en la mencionada Instrucción, las tipologías penales principales en las que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado han observado incremento están referidas a amenazas, vejaciones, insultos e incluso lesiones dirigidas contra profesionales de la salud, especialmente en horario nocturno, y mayoritariamente en servicios de urgencias y protagonizados por usuarios de estos servicios sanitarios.

El objetivo del *Protocolo sobre Medidas Policiales a adoptar frente a Agresiones a Profesionales de la Salud* que establece la Instrucción 3/2017, es diseñar un marco de actuación operativo adecuado para reforzar las labores de prevención e investigación de la comisión de ilícitos penales a los profesionales sanitarios en los centros médicos o con ocasión de su labor, con la finalidad de reducir la incidencia delictiva, de forma objetiva y mejorar la sensación subjetiva de seguridad del personal que trabaja en los mismos.

Esta problemática no responde a una causa única, sino que van en relación diferentes factores, que en muchas ocasiones están relacionados con cuestiones educativas y de la propia agresividad existente en la sociedad, tipo de violencia externa contra los profesionales de la salud. Debemos tender a la Tolerancia Cero a las Agresiones a Profesionales de la Salud, dándole la verdadera importancia y relevancia que las mismas suponen, sintiendo que

es un verdadero ataque a la sociedad en su conjunto, que debe conllevar el auténtico reproche de todos.

El Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos, de la Organización Médico Colegial (OMC) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, es una fuente muy importante del análisis de la casuística de este verdadero problema. Analizan de forma muy exhaustiva y con puntos de vista criminológicos, muy diversos parámetros sobre número total de agresiones, perfiles de los agresores y profesionales víctimas, ámbito de ejercicio en el que producen, y un largo etcétera que animo a consultar.

A modo de estadística, podemos observar en cuanto al número de agresiones a Médicos, por año, lo siguiente:

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
451	496	416	354	344	361	495	515	490

** Datos Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos*

El Informe de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud, publicado por la Subdirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad en marzo del año 2020, señala que el ligero aumento de las notificaciones de las agresiones podría deberse a varias causas:

Primero: A una mayor concienciación del problema por parte de los profesionales del ámbito sanitario, junto a una mayor receptividad y respaldo por parte de Administración Central y Autonómica, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y las Organizaciones Colegiales, por la que se atreven a denunciar o poner en conocimiento las agresiones que antes pasaban desapercibidas.

Segundo: Las sucesivas modificaciones y actualizaciones realizadas en los sistemas informáticos de cada Comunidad han

logrado recoger de forma más exhaustiva los datos estadísticos sobre agresiones, así como una mayor colaboración y coordinación entre las instituciones sanitarias de cada región para la transferencia de la información desde los diferentes niveles asistenciales a los responsables de cada CCAA cuando ésta se ha solicitado por parte del Ministerio de Sanidad.

Tercero: Un incremento real de agresiones, pese a los esfuerzos en la colaboración, coordinación y actuación entre las CCAA, Ministerio de Sanidad, Ministerio de Interior y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Es destacable que los resultados de este Informe del Ministerio de Sanidad muestran que las profesionales que notifican las agresiones son en su mayoría mujeres (76-78%) según los datos aportados por las CCAA. Con los datos proporcionados por las CCAA sobre la plantilla real de efectivos del SNS, se constata que del total de profesionales, el 75,4% son mujeres y el 24,6% hombres. Si bien se señala en el citado informe, que aunque el volumen de notificaciones es muy superior en mujeres en relación a la plantilla las tasas indican que en 2018 casi se igualan en ambos sexos.

2.5. TIPOLOGÍA DEL DELITO EN EL QUE SE ENMARCAN LAS AGRESIONES A PROFESIONAL SANITARIO

En el ámbito sanitario, son muchos los diferentes tipos de delitos a los que los profesionales se enfrentan.

Para el ciudadano en general y para el profesional de la salud, la diferencia entre hurto y robo puede resultar difícil de discernir, por tanto, consideramos de interés realizar una breve mención explicativa.

Podemos definir el delito de hurto de forma muy genérica y coloquial como la sustracción ilegítima de un bien mueble que es ajena al autor, sin utilizar una fuerza para acceder o huir del lugar

donde se encuentra el efecto sustraído, ni existencia de fuerza o intimidación contra las personas. Así, el artículo 234 del Código Penal, señala con respecto al autor del delito de hurto: *1. El que, con ánimo de lucro, tomare las cosas muebles ajenas sin la voluntad de su dueño será castigado, como reo de hurto, con la pena de prisión de seis a dieciocho meses si la cuantía de lo sustraído excediese de 400 euros. 2. Se impondrá una pena de multa de uno a tres meses si la cuantía de lo sustraído no excediese de 400 euros, salvo si concurriese alguna de las circunstancias del artículo 235. 3. Las penas establecidas en los apartados anteriores se impondrán en su mitad superior cuando en la comisión del hecho se hubieran neutralizado, eliminado o inutilizado, por cualquier medio, los dispositivos de alarma o seguridad instalados en las cosas sustraídas.*

En lo que respecta al delito de robo con fuerza en las cosas, el propio Código Penal en su artículo 237, considera reos del delito de robo los que, con ánimo de lucro, se apoderaren de las cosas muebles ajenas empleando fuerza en las cosas para acceder o abandonar el lugar donde éstas se encuentran o violencia o intimidación en las personas, sea al cometer el delito, para proteger la huida, o sobre los que acudiesen en auxilio de la víctima o que le persiguieren. El artículo 238, define una serie de conductas que se consideran delito de robo, cuando el autor/res ejecute el hecho concurriendo alguna de las circunstancias siguientes:

1. ° Escalamiento.

2. ° Rompimiento de pared, techo o suelo, o fractura de puerta o ventana.

3. ° Fractura de armarios, arcas u otra clase de muebles u objetos cerrados o sellados, o forzamiento de sus cerraduras o descubrimiento de sus claves para sustraer su contenido, sea en el lugar del robo o fuera del mismo.

4.º *Uso de llaves falsas (Las ganzúas u otros instrumentos análogos; Las llaves legítimas perdidas por el propietario u obtenidas por un medio que constituya infracción penal; Cualesquiera otras que no sean las destinadas por el propietario para abrir la cerradura violentada por el reo; A los efectos del presente artículo 239, se consideran llaves las tarjetas, magnéticas o perforadas, los mandos o instrumentos de apertura a distancia y cualquier otro instrumento tecnológico de eficacia similar.*

5.º *Inutilización de sistemas específicos de alarma o guarda.*

Vista las diferencias, entre el hurto y el robo, podemos señalar que con respecto a los hurtos, aquellos se suelen producir en el horario de máxima concurrencia, habitualmente en zonas comunes, cafeterías, habitaciones, y lo sufren principalmente los usuarios y en mucha menor medida el centro sanitario o sus trabajadores.

En esta afirmación conviene detenerse, para precisar que el hecho de que el personal sanitario sufra en menor medida este tipo de acto delictivo, resulta ser porque, lamentablemente, ya ha sido víctima con anterioridad, o alguno de sus compañeros, y han tenido la experiencia negativa de haber sufrido la sustracción de sus pertenencias, al haberlas dejado, en un lugar visible y accesible para el autor de los hechos. Podemos decir que este profesional sanitario, ante estos hechos, ha aprendido y ha tomado otras medidas alternativas (por ejemplo, guardar el bolso o cartera en una taquilla o cajón con llave).

No obstante, no será el primero ni el último que sufra el hurto del móvil, bolso y cartera, al haberlo dejado en lo alto de la mesa o cerca del usuario o paciente. Debemos ser conscientes de que por el centro de salud o nuestra consulta pasan todo tipo de personas, desde ciudadanos que podemos decir "*de orden*" hasta personas que poseen antecedentes delictivos o que sufren una atracción irrefrenable por todo lo ajeno.

Como hemos dicho, los robos con fuerza en las cosas constituyen otros ilícitos contra el patrimonio que se viene padeciendo en el ámbito sanitario. Se dan con mucha frecuencia en consultas y clínicas privadas de apertura limitada y frecuentemente en horario nocturno. Suele perpetrarse por individuos que suelen tener algún tipo de adicción a sustancias estupefacientes, buscando algún tipo de medicación y también por bandas o grupos organizados cuya intención es la de sustraer un material muy específico y valioso para luego venderlo en el mercado negro.

En los centros hospitalarios públicos o privados, los robos con fuerza en las cosas se dan en menor medida, puesto que dichas instalaciones suelen tener presencia permanente física de trabajadores y suelen contar con sistemas de seguridad como alarmas antirrobo. Sin embargo, la figura delictiva del hurto, resulta destacable, sobre todo en habitaciones de personas hospitalizadas (el autor suele aprovechar la noche para llevar a cabo sus hechos).

No obstante, para una mayor seguridad de las instalaciones sanitarias y del material contenido en ellas, resulta muy recomendable el establecimiento de un adecuado sistema de alarma en caso de robo o intrusión en todos los centros sanitarios, tanto en los de apertura permanente como en aquellos otros que se cierran de forma habitual.

Conviene reseñar que los delitos contra las personas son los ilícitos penales que se dan con mayor frecuencia dentro del ámbito sanitario y son los profesionales sanitarios los que los sufren especialmente. Las amenazas, las agresiones, las coacciones y otros delitos contra las personas se enmarcan en lo que podemos llamar la violencia laboral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2002, definió la violencia en el trabajo como todo aquel incidente en el que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en

circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio particular y el trabajo, y que pongan en peligro, explícita o implícitamente, su seguridad, bienestar o salud.

El Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el Entorno Sanitario 2018-2021 de la Generalitat Valenciana, señala que en la definición de violencia en el trabajo se incluye tanto la violencia verbal, como son las amenazas, palabras vejatorias, gritos, gestos, frases menospreciativas, insultos, coacciones e injurias, así como la violencia física. En función de las personas implicadas y el tipo de relación entre ellas, generalmente, la violencia laboral que sufren los profesionales sanitarios estaría dentro de la violencia de tipo 2, que se define como aquella en la que existe una relación entre el autor y la víctima mientras se ofrece un servicio, como por ejemplo, seguridad pública, profesorado o personal sociosanitario.

Los profesionales y los entornos laborales donde desarrollan su trabajo (tanto en el propio centro sanitario, asistencia domiciliarias o servicios de urgencias), se enfrentan a una lista muy amplia de delitos; Atentados contra la autoridad, sus agentes y sus funcionarios públicos, Amenazas, Lesiones, Coacciones, Agresiones Sexuales, Abusos Sexuales, Acoso Sexual, Secuestro (usuario que encierra en una consulta al médico o lo priva de su libertad para conseguir su propósito), Allanamiento de establecimiento abierto al público (por ejemplo, pudiera incardinarse en la acción de un grupo de personas encapuchadas que entran a plena luz del día para liberar a un delincuente detenido que se encontraba hospitalizado, como ocurrió en el hospital de La Línea de la Concepción, en el campo de Algeciras, el día 06 de febrero del año 2018), Calumnias e Injurias, Acusaciones o denuncias falsas (un paciente finge que el médico lo ha agredido o amenazado), Extorsión, Robos, Daños en la propiedad, o Alteraciones del Orden Público.

Ante este crudo panorama, el profesional necesita el respaldo de toda la sociedad para que pueda seguir desarrollando su trabajo con total seguridad, es un derecho y principio fundamental. La actuación integral de todos los llamados a proteger este derecho, Administración Sanitaria, Policía, Judicatura, Fiscalía, Colegios Profesionales y Organización Sindicales y la propia sociedad en su conjunto, es fundamental, y la labor de la concienciación hacia la tolerancia cero en las agresiones a los profesionales de la salud es el objetivo que debe servirnos de guía, y pretender que esa tolerancia cero se extienda no solo a las agresiones físicas o verbales, sino al resto de ilícitos penales que pueden sufrir estos profesionales.

CAPÍTULO 3: PAUTAS DE ACTUACIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE UNA AGRESIÓN

Las medidas preventivas tratarán de eliminar el riesgo de sufrir una agresión física por parte de una persona, o en caso de sufrirla, minimizar sus consecuencias.

En cuestiones de actuación operativa, siempre el profesional sanitario debería tener una actitud de prealerta, que no sea detectada por el resto de usuarios. Es decir, el profesional desde el mismo momento en el que el usuario entra en la consulta debe ser capaz de analizar dicha asistencia y si existe un riesgo de agresión o no, ya sea por antecedentes anteriores del paciente, ya sea porque el paciente evidencia síntomas de estar bajo una intoxicación etílica o de drogas, o porque demuestra que pueda encontrarse en estado de agitación, descompensación de la esfera mental, etc. Es recomendable efectuar una evaluación o valoración del paciente y de la situación, ya que todo el conocimiento del paciente nos podrá conllevar a afrontar con éxito dicha asistencia.

Como hemos señalado con anterioridad, ante pacientes que presenten síntomas de intoxicación o descompensación de la esfera mental, siempre habrá que requerir el auxilio o presencia de un compañero, así como si hemos tenido anteriores episodios de violencia verbal o física (en estos casos procedería a que fuese otro profesional el que lo asistiese) con dicha persona o su acompañante. Luego veremos dónde debe situarse el compañero en caso de que pidamos su auxilio ante una situación conflictiva, explicando el término *triangulación*.

Como primer paso, y como hemos reseñado, se recomienda efectuar una evaluación mental del paciente y de la situación, que servirá para detectar si existe un riesgo de agresión. Es lo que podemos decir coloquialmente, "*Conocer al paciente*". Si es una persona en estado embriaguez o presenta síntomas de estar bajo el consumo de estupefacientes, enfermedad mental o tiene

antecedentes por otros hechos de agresión verbal o física, *la asistencia no se debe hacer solo, sino que debemos requerir la presencia de al menos un compañero.*

Esa actitud de prealerta nos servirá por ejemplo, para saber si el paciente o usuario es diestro o zurdo, pues habrá indicios que denoten cuál es su lado dominante o más fuerte. Debemos fijarnos por ejemplo, con qué mano nos entrega la documentación sanitaria, con qué mano utiliza el móvil o escribe o en el caso que gesticule, bratee o haga aspavientos que brazo o mano utiliza con mayor prevalencia. Una persona que se está alterando empezará a mover las manos y brazos con mayor agitación, pudiendo amenazar con una de sus manos (sirva a modo de ejemplo el dedo índice acusador o amenazador).

Normalmente, si es diestro, a menos que tenga una *lateralidad cruzada*, gesticulará o amenazará con esa mano (*la derecha*). Esto es muy importante, y luego lo veremos en las medidas de autoprotección por qué lado nos atacará o intentará golpearlos el agresor.

También esta actitud de prealerta nos servirá, por ejemplo, en las visitas domiciliarias a tener la puerta de salida expedita o abierta. Es usual en las visitas en domicilio que los familiares tiendan a cerrar la puerta, con aquella idea de preservar la privacidad y que los vecinos no se enteren de lo que está ocurriendo. Esta actitud vigilante y el uso de excusas como, no cierre la puerta del domicilio pues si tengo que coger un equipo de la ambulancia es más rápido, que es bueno que haya ventilación para el paciente (aunque esté dos o tres estancias más adentro), o simplemente decir que estamos esperando que llegue otro equipo o compañero, nos permitirá tener la puerta abierta del domicilio y ante una situación crítica podremos salir o pedir auxilio.

Si de esta situación de prealerta o pre-alarma se deduce que existe un peligro inicial, el primer paso o instancia será (botón antipánico,

aplicación Alertcops, pulsar la tecla Control-F12 del teclado del ordenador o sistema establecido en el centro de salud). Resulta muy útil ir dejando hablar al paciente, para que vaya expresando sus sentimientos y libere su tensión emocional y hacer una escucha activa, prestando atención con empatía, y manteniendo un contacto ocular sin que resulte intimidatorio. Está contraindicado interrumpirlo, es mejor que exprese sus ideas y que la violencia que tenga interiorizada vaya fluyendo a través de la expresión oral. Seguramente, no se esté de acuerdo con lo que está expresando o con sus argumentos, pero es recomendable no entrar en confrontación, manteniendo un tono neutro, afable y profesional, que a la vez intente ser comprensivo pero a la vez convincente en caso de que expresemos alguna idea. Por ejemplo, el reconocimiento y admisión de posibles deficiencias propias y/o de la organización va a hacer que el posible agresor sienta que está siendo comprendido y puede que baje el perfil o escalada amenazante, en tanto que viene un compañero o buscamos una salida a esta situación. Un tono excesivamente frío y distante puede aumentar la agresividad.

El uso del "YO" en lugar del "Usted" resulta muy interesante. Usar frases como: " yo entiendo que lo que me dice, es interesante, yo voy a buscar una solución o entre los dos podemos buscar una solución. " "Quizás tenga razón, yo creo que deberíamos estudiar su caso...". Es muy útil conducirlo a otra idea o pensamiento, pidiéndole que explique algo y que pueda expresar su frustración o necesidad. Intentar reconducir la situación, tratando de encontrar puntos de vista comunes, señalando aquello en lo que estamos de acuerdo con él.

La entrada de un compañero en la consulta puede resultar de gran utilidad para que se pueda reconducir la situación. Sin duda, la escala de agresividad se va a romper siempre que intervenga un elemento externo, ya sea la llegada de un compañero, una llamada telefónica o el ruido de una sirena.

Ante una situación donde la persona se está poniendo agresiva, debemos evitar hacer gestos amenazantes ni defensivos, evitando los gestos bruscos y espontáneos, que puedan conllevar a que el agresor inicie su ataque.

Siempre debemos tomar *la distancia de seguridad y adoptar una posición segura de entrevista*, que veremos más adelante, mientras se desarrolla la conversación. Si el paciente se levanta de la silla, nosotros también debemos levantarnos de forma pausada para estar en el mismo plano o altura.

Si la escala de la violencia va en aumento, ya sea en función de los antecedentes conocidos del paciente o de que la situación inicial se va tornando en mayor o menor medida en una situación más crítica, por supuesto, siempre avisaremos a un compañero si no lo hemos hecho con anterioridad y tendremos una reacción pausada. No debemos perder la mirada a los ojos (su mirada va a buscar si en nuestra ropa, por ejemplo en nuestro bolsillo superior, o mesa de trabajo tenemos algún útil para causar más daño, por ejemplo unas tijeras, una grapadora, bolígrafos, o elementos punzantes que se encuentren a su alcance).

Tampoco debemos perder la mirada a sus manos (los indicios descritos con anterioridad, para poder determinar el lado dominante del agresor, por ejemplo si es diestro o zurdo nos puede indicar por donde se va a iniciar la agresión).

Con la mayor tranquilidad posible, debemos levantarnos con alguna excusa (por ejemplo vamos a coger un aparato para explorarlo o ir a por un material o medicamento para atender sus demandas) y dirigirnos hacia la puerta, con objeto de poder salir.

Ante una situación violenta, debemos ser capaces de salir de la misma, utilizando las medidas preventivas que se recomiendan. Si tenemos que dejar solo al paciente agresivo en la consulta o sus acompañantes, no dudaremos en hacerlo si nuestra seguridad se ve comprometida o tenemos que requerir en auxilio de un

compañero. La actuación posterior ya se hará con otros compañeros presentes, y en la mayoría de los casos, será conveniente la personación de la policía o seguridad privada, máxime si la situación se convierte en más agresiva (por ejemplo, con amenazas al personal sanitario, rotura de algún material, alteración del orden de la sala de espera o del Centro).

Si en último extremo se produce la agresión, o sea, somos atacadas, deberemos seguir pidiendo socorro (con los sistemas de aviso o dando voces) y llevar a cabo las normas o recomendaciones de autoprotección, que venimos señalando y que desarrollamos en el Capítulo sobre Consejos de Autoprotección.



3.1. QUÉ HACER SI EL AGRESOR LANZA AMENAZAS, TALES COMO "TE VOY A MATAR CUANDO SALGAS DE TU TRABAJO"

El primer paso, y como primera medida urgente e inmediata, será poner en conocimiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad el hecho ocurrido, requiriendo la personación de una patrulla en

servicio para constatar todas las circunstancias acaecidas, y que la misma pueda identificar a los posibles testigos o incluso adoptar medidas con respecto al agresor. Posteriormente, será necesaria la interposición de la correspondiente denuncia, para que acto seguido o de forma paralela, el Cuerpo Policial actuante pueda adoptar las medidas de aseguramiento del agresor, que en su caso, conllevaría la detención de dicha persona y su personación ante la autoridad judicial, así como se puedan adoptar las medidas de seguridad con respecto a la víctima o su entorno de trabajo sean necesarias, en función a la valoración que la Fuerza Actuante haga de la situación y peligro real existente.

La patrulla en servicio del Cuerpo Policial actuante, siempre dentro del marco de su competencias, en función de los hechos y de su gravedad, podrá incluso acompañar al profesional sanitario a la interposición de la denuncia en dependencias policiales. Esta situación debe ser valorada oportunamente, salvaguardando la integridad física del profesional, resultando conveniente su acompañamiento si existiera algún tipo de peligro de sufrir una agresión o represalia.

Debemos señalar que la protección penal establecida en el artículo 550 del Código Penal se extiende no solo al ámbito laboral, “el término con ocasión de ellas” recoge la protección del personal sanitario que se encuentra fuera de su jornada laboral y es víctima por un usuario o paciente, con motivo de una asistencia anterior. Ejemplo claro, es la agresión a un profesional que se encuentra en un supermercado y su paciente se le acerca para continuar con una discusión o le agrede sin mediar palabra, o aquella enfermera que sufre durante varias semanas, por no haberlo denunciado desde un primer momento, el hostigamiento de un paciente toxicómano que cada vez que la profesional sanitaria se dirige a coger su vehículo particular en un aparcamiento público, éste la está esperando junto al vehículo y le hace ciertas amenazas contra

su integridad y bienes, debido a que la profesional no le expidió el medicamento que aquél pretendía días antes.

Para estos casos extremos, donde se evidencia un peligro real y cierto, también existe un mecanismo legal de protección que es muy efectivo, como es la orden de alejamiento, que el profesional sanitario con o su representación legal, podrá solicitar a la Autoridad Judicial.

Una medida preventiva eficaz, en relación a la interposición de la denuncia, es que el domicilio que conste en la denuncia de la víctima (profesional de la salud), sea el de su centro de trabajo y no conste el domicilio particular, es decir, es conveniente que cuando se vaya a denunciar, en la comparecencia o denuncia se ponga el domicilio a efectos de notificaciones judiciales el del centro sanitario y no el domicilio particular y/o familiar del profesional.

Si bien la custodia policial en términos de custodia personal o protección permanente personal, existe en el ordenamiento en casos muy señalados (testigos protegidos o en los casos de niveles de "riesgo extremo" referidos a la violencia de género), existen los procedimientos y mecanismos de seguridad mencionados con anterioridad (orden de alejamiento, acompañamiento a la interposición de la denuncia, etc.), que siempre irán orientados a dar la mayor protección al profesional sanitario.

3.2. ANTE UNA AGRESIÓN INMINENTE, ¿QUÉ MEDIDA ES ACONSEJABLE?

Cada situación no es igual, por lo que habrá que adoptar la medida más apropiada en cada momento. Resulta muy útil el procedimiento y contenido de medidas de prevención establecidas en el Plan de Prevención y Atención a Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía del año 2005, así como el recientemente aprobado por Acuerdo de 07 de julio de 2020 del

Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, y que modifica al anterior, *tomándose en consideración las siguientes pautas de prevención que se añaden a continuación, y que pueden servir para cualquier sanitario que desarrolle sus funciones en otros ámbitos autonómicos:*

Paso 1: *Ante una situación potencialmente de riesgo* (por ejemplo insultos, vejaciones o amenazas verbales y/o físicas), o cuando éste perciba un posible riesgo, el primer paso y fundamental es solicitar ayuda del vigilante de seguridad o presencia de un compañero/a u otra persona cercana que le ayude para acabar con la situación de violencia, y que al mismo tiempo, pueda servir como testigo de los hechos. Resulta muy útil establecer un procedimiento de aviso en el Centro de Salud o protocolo de actuación conocido por los profesionales en caso de agresión. En algunos centros sanitarios, existen mecanismos de alarma, como pulsar una tecla en el ordenador y aparece en pantalla la consulta de incidencia. Resultaría recomendable que en cada consulta o zona de atención al usuario o paciente, existiese un botón de alarma, preferentemente sonora, que alertase al resto de compañeros de la incidencia.

Se recomienda que sea sonora, porque el mismo ruido de esa alarma es un elemento distorsionante en la escalada de violencia del agresor, podemos decir que rompe con la sensación de impunidad y esquema violento que tiene proyectado sobre el profesional sanitario. Entre la alarma silenciosa o sonora para usuarios y pacientes agresivos, resulta recomendable la primera por lo reseñado. Distinto sería que quisiéramos efectuar una actuación discreta, con la llegada de personal de seguridad o especializado, para el caso de pacientes con enfermedades psiquiátricas, con el que vamos a tener que emplear con posterioridad la contención mecánica y farmacológica. En este último caso, sería recomendable el uso de una alarma silenciosa en la consulta con dispositivo luminoso y sonoro en aquellos

lugares donde se encuentre el personal de seguridad o especialista en este tipo de intervenciones.

Ante una situación peligrosa o de riesgo, todo el personal del centro de salud debería acudir en apoyo del profesional que se encuentra desprotegido, recomendando incluso la interrupción de la atención o consulta de otros pacientes, si su estado de salud lo permite. Debemos considerar que todo atentado a la integridad del profesional sanitario conlleva un ataque directo al normal desarrollo de la labor sanitaria, por lo que se deben interrumpir las asistencias, ya que una persona que está pegando voces, amenazando en una consulta o sala de espera, es obvio que está impidiendo el normal funcionamiento del sistema sanitario, por lo que procede una actuación conjunta e inequívoca por parte de todo el personal sanitario allí presente, además de avisar desde el primer momento a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Durante el desarrollo de este manual se está destacando la gravedad de la acción agresiva sobre el profesional sanitario. Sin embargo, no se debe obviar la repercusión y afectación negativa que supone también para el resto de profesionales y pacientes que, a pesar de no ser el objeto directo de la conducta, están presenciando una situación violenta que les genera multitud de emociones (ira y el miedo entre otras), así como aumento de la agitación psicomotriz, ansiedad, y otros efectos negativos que pueden perturbar su estado de salud física y emocional. Así mismo, pueden verse directamente inmersos y afectados por las consecuencias de dicha acción (Por ejemplo, mediando con el agresor, recibir un golpe o caer fruto de un empujón accidental durante el altercado). Hay que destacar la vulnerabilidad de muchos de los pacientes que acuden a las consultas (personas enfermas, personas mayores, menores, etc.)



www.pixabay.com

Entre todos los profesionales y usuarios allí presentes se debería producir un profundo rechazo ante esa situación anómala. Llegado el caso, en una situación crítica, podría darse que incluso los mismos usuarios o pacientes que han visto interrumpida su asistencia por la alteración producida en un área del centro de salud por una o varias personas, rechazarán o condenarán estas conductas, y podrían servir de testigos e incluso protegerán al personal sanitario con su sola presencia, ya que los agresores sentirán que sus conductas violentas son observadas por diferentes personas ajenas al ámbito de los profesionales sanitarios. Dichas personas podrán atestiguar los hechos, las violencias ejercidas y/o daños ocasionados. Se han dado casos, que incluso el agresor/res han sido increpados por su actitud negativa, por parte del resto de usuarios del servicio. Es importante reseñar que la sensación de impunidad decrece en el momento en el que hay personas presentes que pueden dar fe de los actos que se cometiesen.

Paso 2: *Alertar a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad:* En el caso de que, a pesar de los intentos de disuadir al agresor, la situación de violencia o agresión persista, se pasará a telefonar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y se les solicitará que se personen en el Centro, Servicio o lugar.

Como hemos dicho anteriormente, ante una situación de posible riesgo, como primera medida, y al mismo tiempo que alertamos a un compañero o personal de seguridad privada, debemos avisar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, puesto que desconocemos hacia donde evolucionará la violencia verbal o física, es decir, la siguiente acción solo el agresor la conoce, y en muchos casos, habrá individuos bajo los efectos de drogas tóxicas o estupefacientes, alcohol o estado de agitación o nerviosismo que entre en su estado de violencia tan extrema que derive en acciones verdaderamente peligrosas para los profesionales sanitarios y el resto de usuarios del servicio sanitario.

Por ello, desde un primer momento, o desde los primeros instantes, habrá que alertar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Resulta llamativo, en nuestra experiencia formativa, que cuando se realiza dicha recomendación, los profesionales sanitarios señalan que entonces estarán las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad todo el día en los centros sanitarios y a este respecto, siempre destacamos que es misión de la policía la protección de los derechos e integridad de todos los ciudadanos, y más aún si cabe, la de los profesionales sanitarios que velan por la salud de toda la sociedad en su conjunto.

Por supuesto, si comienzan a tomarse medidas al respecto, llegará un momento en el que los miembros policiales dejen de ser necesarios para erradicar estas situaciones críticas de violencia contra los profesionales sanitarios, dado que se habrá conseguido informar a toda la población sobre las verdaderas consecuencias que tiene la agresión a un profesional, la importancia de las misma y los perjuicios penales y civiles para el agresor, de manera que no sea necesaria esa intervención policial, simplemente porque haya desaparecido este verdadero problema. El aprendizaje observacional, social o vicario (Aprendizaje que ocurre al observar el comportamiento de otros), definido como el aprendizaje basado en la observación de un modelo o una situación social, permitirá

aprender de las consecuencias sin tener que vivirlas en primera persona.

Siempre existe un eterno interrogante ¿y cuando alerto a la policía? Pues la respuesta es muy sencilla, desde el primer momento que un usuario o paciente comienza a insultar, injuriar, coaccionar o amenazar al profesional sanitario o empieza a alterar la tranquilidad de una sala de espera con voces o gritos, o alienta al resto de usuarios o pacientes a sumarse a sus protestas fuera de los cauces establecidos, pretendiendo ser atendido de forma preferente o caprichosa, cambia radicalmente, con esa actitud agresiva, su estatus de usuario o paciente cargado de derechos, y se convierte en un potencial agresor o transgresor de las normas cívicas de comportamiento y de las propias leyes establecidas. A este respecto, conviene recordar que la legislación protege especialmente a los profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ellas, que detallamos en el capítulo sobre legislación de protección y jurisprudencia.

Como hemos señalado, la figura del usuario o paciente, con su amplísimo elenco de derechos, se ve alterada con la actitud agresiva que muestra hacia el profesional o sistema sanitario, puesto que incumple un deber fundamental, como es el respeto a la dignidad personal y profesional de la persona que le está atendiendo, así como es un ataque al libre ejercicio de la labor sanitaria.

Cabría recordar, que el paciente además de derechos tiene deberes y obligaciones, y entre ellas está no transgredir la ley y no dañar el normal funcionamiento del sistema sanitario. Sin duda, las actitudes amenazantes o violentas descritas anteriormente crean, cuando menos una alteración, daño o disfunción en el normal desarrollo de la actividad sanitaria, además del importantísimo daño a la integridad moral y en muchos casos, física del profesional.

Está claro que esta persona que atenta contra los derechos de otros, y contra sus propios deberes como usuario o paciente, se ha convertido en un agresor potencial que está pasando por encima de los derechos del resto de componentes del sistema sanitario, como son los profesionales y el resto de usuarios. Por tanto, ante una actuación violenta, una alteración del orden público en una sala de espera, son las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad las llamadas a actuar al respecto, sin perjuicio de la primera actuación que señala la legislación de seguridad privada con respecto a este personal.

Resulta fundamental la actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, a fin de que dicha persona sea identificada, y en función de los hechos constatados, se proceda en consecuencia, es decir, de tratarse de hechos constitutivos de una infracción administrativa, tenga conocimiento la autoridad competente, y para el caso de que se trate de un ilícito penal o delito, sea la autoridad judicial la que dirima las responsabilidades oportunas al respecto.

Con respecto a los sistemas de alarma y comunicación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, ya lo hemos mencionado con anterioridad en este manual, recordando nuevamente lo interesante que resulta la aplicación ALERTCOPS, para este tipo de casos, a la que dedicamos un capítulo más adelante.

Paso 3: El Plan de Prevención y Atención a Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía *señala que el tercer paso sería comunicar el incidente al responsable del centro*. Se señala en dicho Plan, que una vez finalizada la situación de agresión, bien porque desista su actitud del presunto agresor, bien por la actuación del propio profesional, compañero, otro usuario o persona, o actuación de miembros FFCCS, se pasará inmediatamente a notificar el hecho al responsable del centro, gerente de Área, director gerente de Hospital, director de Distrito..., quién en función de los hechos se personará en el

centro(en el caso de que estuviera ausente), o al menos, atenderá al profesional de forma telefónica.

El referido Plan de Prevención y Atención a Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, establece cual debe ser la actuación del responsable del Centro Sanitario, señalando una serie de misiones o competencias que debe desarrollar desde un primer momento entre las que se encuentra:

El responsable o gestor sanitario, *realizará el oportuno ofrecimiento de apoyo psicológico*. Ya mencionamos que todo ataque a la integridad física o moral del profesional sanitario, conllevará unas secuelas psicológicas en el que necesitarán de la ayuda de personal especializado, a efectos de reparar y restablecer todo el daño ocasionado y poder capacitarlo para continuar con su importantísima labor. En muchos de los casos, y en función al grado de violencia sufrida, el profesional padecerá verdadero terror o pánico para enfrentarse a una nueva asistencia o atención a otro paciente, pudiendo conllevar incluso una incapacidad permanente o absoluta. Por todo ello, considero que este respaldo psicológico por parte de la administración es fundamental, al igual que el ofrecimiento del asesoramiento jurídico y su prestación en todos los casos resulta igualmente crucial. *De hecho, como paso segundo, entre los cometidos asignados al responsable del centro o área sanitaria está la de ofrecer ese apoyo jurídico.*

A colación de este punto, la reciente reforma del Plan de Prevención y Atención a Profesionales del Sistema Público de Andalucía, ha buscado agilizar este procedimiento de asesoramiento y articular unos cauces más rápidos y sencillos para el profesional afectado, todo ello como fruto a la constitución del Grupo de Trabajo para prevenir las Agresiones a Profesionales de la Salud, creado el 14 de marzo de 2019, bajo el auspicio e impulso de la Presidencia y Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía,

coincidiendo con la celebración del Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario.

Conviene reseñar que dicha mesa o grupo de trabajo para la prevención de agresiones a sanitarios está formada por miembros de la Consejería de Salud y Familias, Servicio Andaluz de Salud (SAS), colegios profesionales, sindicatos, asociaciones de pacientes, interlocutores policiales sanitarios y la asociación de Letrados de la Administración Sanitaria de Andalucía.

El responsable del centro de salud podrá realizar *un manifiesto de rechazo* de la agresión, en el que manifiesta la total repulsa a esta conducta e informa a la parte agresora de las consecuencias penales que tiene su conducta. El paso 3 del Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, señala que el responsable del centro valorará la necesidad de hacer un manifiesto de rechazo de la agresión, denunciando la situación de violencia ocurrida en su centro y lamentando el daño físico y/o psicológico que haya podido sufrir el profesional que desempeña su labor en el centro del cual es responsable.

El referido plan establece que para abordar de una forma integral el problema de las agresiones, se considera prioritario el desarrollar un proceso de formación específico dirigido a todos los profesionales de la salud sobre la forma o el manejo de las situaciones conflictivas, con el fin de obtener unas habilidades que les permitan manejar situaciones de riesgo, manejo del estrés con efectividad y actuaciones de control sobre el ambiente de trabajo.

Este plan de prevención también establece un plan de Formación para la capacitación y competencias profesionales consistente en la realización de talleres de contenido eminentemente práctico, dirigidos a todos los profesionales de la salud.

Se encomienda a que cada Institución del sistema sanitario organice estos talleres para el personal que preste servicios en sus

centros y los mismos tengan el carácter descentralizado, correspondiendo la financiación de esta formación a cada una de los centros que los organicen, incluso pueden hacerla en colaboración con colegios profesionales, asociaciones de consumidores y usuarios, organizaciones sindicales y otras administraciones.

Se recoge cierta autonomía a los efectos del desarrollo de la formación, ya que cada institución organizadora de este tipo de talleres priorizará esta línea de trabajo en sus programas formativos, debiendo cubrir los siguientes objetivos: analizar la relación de los profesionales sanitarios con sus pacientes y familias en situaciones agresivas y de conflicto, debatir sobre estrategias de mejora a desarrollar por los profesionales para ser capaces de dar respuesta ante dichas situaciones y entrenarse en algunas habilidades básicas en la relación profesional sanitario-paciente para conseguir una atención más eficaz en dichas situaciones

Asimismo se plantean como contenidos fundamentales: principios básicos de la comunicación en situaciones difíciles, elementos que facilitan y dificultan la comunicación, la asertividad (diferentes técnicas), la escucha activa, la comunicación no verbal, técnicas y habilidades de negociación y autocontrol emocional y manejo del estrés.

En dicha formación se examinarán contextos complicados en la relación con los usuarios (por ejemplo, la recepción del paciente agresivo, las demoras, cómo actuar ante un error propio, cómo decir NO, qué hacer ante un paciente o familiar agresivo, cómo hacer o cómo recibir una crítica, cómo dar una mala noticia, etc.), que muchos de los cuales ya vienen establecidos en este Manual.

En muchos Planes de Prevención de Agresiones Autonómicos se reseña la posibilidad de efectuar un Manifiesto de Rechazo ante la agresión sufrida por el profesional. Resulta destacable por su simplicidad el modelo que reseñamos a continuación, referido al

Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el Entorno Sanitario 2018-2021, de la Generalitat Valenciana:

Concretamente en la página 75 del referido Plan Integral, que lleva por título ANEXO III-4, se recoge un Modelo de Manifiesto de Rechazo, que puede servir de ejemplo.

MODELO DE MANIFIESTO DE RECHAZO A LA AGRESIÓN

b) MODELO EN AUSENCIA DE PRESENTACIÓN DE QUEJA AL SAIP

Me dirijo a usted, en mi condición de responsable de centro, en relación con los hechos presuntamente constitutivos de delito producidos en fecha

....., sucedidos mientras recibía atención en
**1..... De personal del sector*
sanitario público con la Categoría de

**2.....*
.....

Habiendo sido informado de su presunta participación en los mencionados hechos y de que los mismos consistieron en

**3.....*

....., se manifiesta la total repulsa a esta conducta, no teniendo cabida en el Sistema Valenciano de Salud este tipo de comportamientos.

La Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana, cuyo objeto es garantizar en nuestra comunidad autónoma el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución, refleja el equilibrio necesario en el mutuo respeto que se deben el personal y las personas usuarias del sistema sanitario – entre las que usted se encuentra -, que han de guardar por su parte respeto a las normas establecidas en cada centro sanitario y al personal que trabaja en ellos, según lo que establece la citada Ley de Salud al regular los derechos y deberes en el ámbito de la salud. Así, se le informa de que el único cauce apropiado y legal para canalizar las quejas y sugerencias de las personas usuarias del Sistema Valenciano de Salud es la presentación del correspondiente escrito en el Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP), como manifestación ordinaria y adecuada de un eventual descontento o insatisfacción con la atención recibida, de conformidad con el procedimiento regulado en la Orden de 27 de septiembre de 2007, de la Conselleria de Sanitat, para la presentación de quejas y sugerencias por los usuarios del Sistema Valenciano de Salud.

Desde este departamento velamos porque el trato que dispensa todo nuestro personal sea correcto, pero al mismo tiempo no podemos tolerar que se produzcan contra él presuntos incidentes violentos y estamos obligados, llegado

el caso, a notificar estas circunstancias a los órganos jurisdiccionales competentes, en cumplimiento de lo que establecen el Código Penal y la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Atentamente,

Lugar y fecha

Firma de la persona responsable del centro

PERSONA DESTINATARIA: PRESUNTA PERSONA AGRESORA

Atentamente.

Fecha:

Fdo.: (El responsable del centro)

**1 Determinar el lugar o centro de trabajo donde se produjo la agresión.*

**2 Señalar la categoría profesional del personal agredido.*

**3 Describir la conducta agresiva.*

Paso 4: El Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, señala como *paso 4 la Denuncia por parte del responsable del centro ante el órgano competente*. Se establece que el responsable comunicará el hecho a la Asesoría Jurídica Provincial.

Señala expresamente *que el responsable del centro (en el caso de los centros del SAS), una vez conocidos con detalle los hechos ocurridos, lo comunicará a la Asesoría Jurídica Provincial*, para que, en función de la Guía de Asesoramiento Legal y Asistencia Jurídica, decida la actuación a seguir y pueda, en su caso interponer una denuncia contra el sujeto o sujetos que han producido la agresión.

Esta denuncia será independiente de la que haya interpuesto el profesional agredido y especificará, en su caso, los daños materiales que hayan producido.

Se establece y resulta recomendable que una vez notificada la agresión al responsable del centro, *el profesional agredido se dirigirá al Servicio de Medicina Preventiva o al Servicio de Urgencias a efectos de la atención médica y de la valoración de las Lesiones*, cumplimentándose convenientemente la Hoja de

Registro de Agresiones que será remitida a la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales (Unidad de PRL, que se pondrá en contacto con el profesional).

Resulta de *marcado interés policial y judicial la constatación de las lesiones físicas sufridas, en el conocido coloquialmente "parte de lesiones", incluso las crisis de ansiedad sufridas*. Debemos tener en cuenta que dicho documento constituye un elemento objetivo que posteriormente será valorado por la Autoridad Judicial en la fase de instrucción y juicio oral. Sin duda, y ya hemos señalado, que un ataque verbal mediante insultos, amenazas va a producir en el profesional un situación de crisis nerviosa, de miedo o ansiosa que tal vez lo deje incapacitado para la continuación del servicio de asistencia de manera óptima, por todo ello, resulta de interés que no solo se plasmen las lesiones físicas, sino también los efectos psicológicos de un episodio de violencia.

3.3. CONSEJOS DE AUTOPROTECCIÓN.

Partimos de la base de que todos los profesionales de la salud deberían conocer unas normas de seguridad y autoprotección. Con estos consejos preventivos vamos a pretender establecer unas pautas mínimas de protección y en caso de que sea necesario, podamos minimizar las consecuencias de una agresión física.

Si nos encontramos con un paciente que se muestra excesivamente violento contra nosotros, terceras personas, mobiliario o que se autolesiona (como pueden ser personas con una enfermedad mental, situaciones de alta agitación fisiológica y ansiedad que afecten a su conducta y toma de decisiones, bajo la influencia de estupefacientes que conllevan nerviosismo, agitación o agresividad), deberíamos conocer el historial clínico del paciente antes de su asistencia o llegar al lugar donde aquella se va a prestar. Por supuesto, debemos solicitar el apoyo de, al menos, un compañero y dado de que ya se está exteriorizando dicha violencia y agresividad, deberemos dar aviso a las Fuerzas y Cuerpos de

Seguridad desde el primer momento en que se da dicho comportamiento.

Los indicios y experiencia formativa, nos va a llevar a colocarnos en el lado no dominante de dicha persona. Por tanto, si dicha persona es diestra, si nos colocamos a su lado derecho, le estamos proporcionando una ventaja. Sin embargo si nos situamos a su izquierda, tendrá que girar el cuerpo y su posición corporal si nos quiere agredir, con lo cual nos permitirá tener una mayor capacidad de reacción, tiempo de reacción para percibir la amenaza y posibilidad de actuación ante ella.

Como dijimos anteriormente, siempre deberemos tener asegurada la vía de salida o escape, por ello lo ideal sería disponer la consulta de forma que tengamos la puerta lo más próxima al profesional sanitario. La disposición ideal en una habitación donde no haya doble puerta sería, camilla de exploración al fondo, con cortina de independencia, sillas de usuarios a continuación y lo más cercana a la puerta de salida, la mesa y silla del profesional sanitario. De esta forma el profesional tendrá siempre su ruta de escape asegurada. Si bien es cierto que muchos profesionales prefieren no estar de espalda a la puerta de entrada, el hecho de que se produzca una agresión súbita abriendo la puerta es prácticamente nula, si bien se puede suplir esta disposición poniéndola de forma lateral la mesa de forma de que el profesional tenga la salida por los dos lados de la mesa de trabajo, pero siempre con la premisa de que las sillas de los usuarios y acompañantes deben quedar más alejadas de la puerta que la mesa y silla de trabajo del profesional. Es decir, *hay que asegurarse una vía de salida accesible, siempre estando el profesional lo más cerca de la puerta de salida o escape.*

Debemos distribuir el mobiliario de la consulta de manera que permita la salida del personal sanitario, ofreciendo un obstáculo para el agresor y que dicho mobiliario sirva de elemento de protección contra el posible agresor. Es evidente que la mesa de

trabajo o incluso una silla, constituye una barrera física y crea una distancia entre el posible agresor y el profesional sanitario.

Asimismo, es aconsejable no tener sobre la mesa, o en el interior de la consulta, elementos punzantes o arrojadizos a los que pudiera acceder el supuesto agresor. En alguna ocasión se ha producido una agresión utilizando una grapadora o portarrollos de celofán que tenía sobre la mesa el profesional.



En otras ocasiones, las tijeras o cúter en lugar de estar sobre la mesa, la llevan de forma visible el profesional en el interior de uno de los bolsillos.

Normalmente se suele llevar en el bolsillo superior del uniforme y de forma visible, junto a otros objetos como un bolígrafo (que también puede ser utilizado por el posible agresor para llevarlo a la yugular del profesional sanitario). Por ello, resulta recomendable que dichos objetos (tijeras, cúter, bolígrafos, etc.), sean llevados en bolsillos interiores o que no estén a la vista. También resulta fundamental que ante un ataque inminente, se controle visualmente tanto las manos como los ojos del agresor (puede que nos denote que ha visto algún utensilio o elemento

que posteriormente va a utilizar en la agresión), para poder predecir su posible actuación.

Como medida de seguridad, debemos mantener siempre *la distancia de seguridad* apropiada, el control del lado dominante del agresor (brazo fuerte, gestos amenazantes que realiza) y el control visual de las manos que hemos reseñado.

¿Cuál es la distancia de seguridad apropiada?

Siempre la distancia de seguridad será lo que alcance, no solo el brazo del agresor, sino su pierna. Puede que el agresor no llegue a golpearnos con el brazo si mantenemos una distancia suficiente, pero no debemos descuidar que puede utilizar sus piernas para agredirnos. Por ello, la distancia de seguridad óptima será lo que pueda alcanzar su pierna, es decir, entre un metro y un metro y medio aproximadamente.

Es evidente, que el profesional sanitario, cuando está asistiendo a su paciente, vulnera esta distancia de seguridad, debido a que debe realizar una asistencia muy próxima y cercana, por ejemplo, cuando procede a su auscultación o reconocimiento, pero debemos ser capaces de reconocer cuando dicha persona se está poniendo insultante o agresiva, ya que automáticamente debemos coger distancia e interrumpir la asistencia. Lo habitual es que la agresión física se produzca después de una escala de violencia mediante insultos, amenazas y otros gestos amenazantes. Por tanto, ante el primer indicio debemos tomar la distancia de seguridad y ser capaces de reaccionar.

Habitualmente, el personal sanitario que atiende en consulta, por lo general, suele estar sentado. Por tanto ante cualquier indicio de agresividad hacia su persona deberá adoptar una posición activa (posicionar cuerpo y pies), para que en caso necesario pueda reaccionar y emprender tanto la huida, como usar un elemento de contención con el mobiliario.

Como señalamos con anterioridad, *existe una fase o posición intermedias, que se llama Posición de Entrevista*. En esta posición de entrevista las manos se encuentran próximas al centro del cuerpo (posibilidad de la posición de transición), codos pegados, pies a la altura y en el ancho de los hombros con el lado dominante ligeramente atrasado.

En la posición de entrevista, el profesional tiene que tener las manos en un plano superior, que permita reaccionar en caso de que el agresor intente golpearlos. Nunca será posición de entrevista tener los brazos o manos a la espalda, en los bolsillos o por debajo de la cintura. Lo ideal es tener los brazos en una línea superior que nos proteja el tórax. Instintivamente, si tenemos un ataque, nuestra inercia va a ser levantar los brazos y parar ese golpe. Si adoptamos una adecuada posición de entrevista, nos dará tiempo a protegernos. Por ello es fundamental adoptar una posición adecuada de entrevista y tener los brazos en un plano superior.



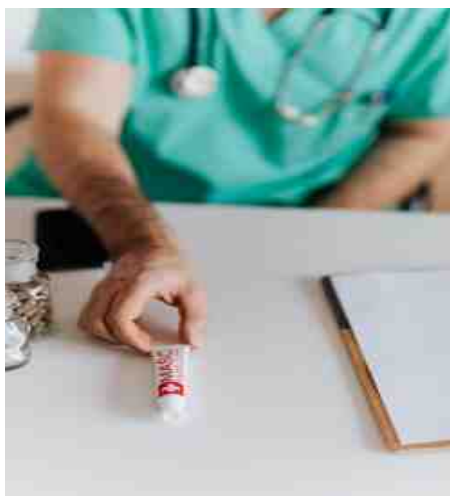
Mantener las manos en los bolsillos, o detrás de la espalda, resta tiempo de reacción para una actuación ante un ataque imprevisto.

Fotografías extraídas de:
www.pixabay.com/
www.pexels.com



Debemos ser conscientes, que el agresor va a pretender causar el máximo daño posible, por ello, su golpe, normalmente va a ir dirigido hacia nuestro triángulo facial, siendo sus objetivos los ojos y/o nariz, mandíbula y/o los oídos.

Tampoco sería una adecuada posición de entrevista tener los brazos cruzados, ya que reduce nuestra capacidad de reacción y retrasa el tiempo necesario para subir los brazos y manos hasta proteger nuestro triángulo facial (nariz, ojos y oídos).



(Fotografía: <https://www.pexels.com>)

Cuando cruzamos uno o ambos brazos sobre el pecho, efectuamos una barrera que permite (de manera inconsciente), bloquear y protegernos de aquello que valoramos como una amenaza. Este gesto responde a una acción probablemente innata dirigida a proteger zonas vitales (pulmones y corazón). Otras especies también lo utilizan ante un ataque frontal.

Por tanto, utilizar este gesto denota nerviosismo, confrontación, actitud negativa y defensiva, mostrando así que se siente amenazada. Otorgar esta información al agresor puede reducir el tiempo de reacción ante la posible agresión. Así mismo, varias investigaciones han probado que cuando cruzamos los brazos, nuestra credibilidad se reduce drásticamente (Pease, Allan y Bárbara 2006). Así mismo, al igual que la actitud genera los gestos, la ejecución de estos, también inciden en la actitud. Por tanto, desligar la actitud del gesto nos puede permitir abordar la situación desde otro prisma más abierto a la conciliación y con menor connotación defensiva y negativa.

Una buena estrategia para romper la posición de los brazos cruzados es sostener algún objeto en las manos (bolígrafo, por ejemplo), pasando a una situación más abierta.

La posición de “abrazo de los dos brazos”, también genera una sensación de inseguridad e incredulidad ante la información que está recibiendo.



Fotografía extraída de www.pexels.com

Es una estrategia que se utiliza para consolarse, auto abrazarse, ante una situación de tensión. Sin embargo, denota actitud negativa y reprimida. Cuando se observan pulgares hacia arriba se expone actitud defensiva pero sensación de control de la situación.

Dicho de otro modo, la posición de entrevista, será una posición que nos permite protegernos (codos pegados, brazos en plano superior, pie con lado fuerte ligeramente atrasado), y que no va a ser detectada por el agresor. Teniendo en cuenta el carácter “instintivo” de la reacción de defensa (cruzar los brazos), deberá entrenarse por parte del profesional para ofrecer un gesto alternativo a ella, interiorizándose para que forme parte del repertorio conductual ante estas situaciones de estrés.



www.pixabay.com

POSICION DE ENTREVISTA

-Actitud y postura que permite contacto verbal con un individuo, manteniendo la capacidad de reacción del facultativo ante un posible comportamiento peligroso.

-Codos: Pegados al cuerpo.

-Manos y brazos: forma natural y relajada en el centro del cuerpo, sin cruzar los brazos, y siempre estarán en el plano superior, superior a la cintura, de modo que si se produce la agresión, tengamos suficiente tiempo para dirigir nuestros brazos y manos a cubrir las partes más sensibles de nuestro cuerpo (cara, oídos y cabeza). Debemos tener en cuenta, que el agresor va a buscar con su acción, causar el mayor daño posible con su golpe (por lo que en la mayoría de las ocasiones, el golpeo lo dirigirá, hacia nuestra cara o cabeza).

Señales como frotarse las manos son síntomas de nerviosismo que pueden infundir estrés. Se puede gesticular de forma relajada, pero se debe procurar mantener las manos en el centro del cuerpo.

-Pies: Abertura paralela a la anchura de los hombros. El pie del lado fuerte ligeramente retrasado.



Fotografía extraída de www.pixabay.com

Esta posición enlaza con lo que señalábamos de la situación de prealerta que debe adoptar el profesional en toda su actuación. Si adoptamos e interiorizamos esa posición de entrevista, en nuestra vida cotidiana, cada vez que tengamos una situación crítica o una entrevista con una persona que no nos ofrezca garantías de seguridad, por ejemplo, aquella persona que se acerca en la calle a pedirnos dinero, adoptaremos esa posición de forma innata y natural. De hecho, somos muchos los profesionales que en nuestra vida cotidiana, solemos adoptar dicha posición ante personas que no nos ofrecen garantías de seguridad e incluso algunas veces nos sale de forma instintiva.

La posición de entrevista, también conocida como posición de seguridad, como hemos señalado, consta de dos partes fundamentales y que no debemos olvidar, los brazos y la posición de los pies. Como hemos señalado con anterioridad, los pies deben situarse a la anchura de los hombros, con el lado fuerte ligeramente atrasado. Si somos diestros, nuestro lado fuerte será, normalmente el lado derecho o pierna derecha. Si por el contrario fuésemos zurdos, tendríamos que retrasar ligeramente nuestra pierna izquierda. Puede darse el caso, de que tengamos una lateralidad cruzada, y somos diestros de mano, pero sin embargo, golpeamos más fuerte con la pierna izquierda. Para este caso o cuando no sepamos cuál es nuestro lado fuerte, un acto nos puede ayudar a saber cuál es nuestra pierna o lado dominante, que es el golpeo de una pelota o la realización de un salto con una pierna. Si fuésemos a golpear con fuerza una pelota con los pies, de forma innata utilizaríamos nuestro lado dominante o fuerte para golpearla o si tuviésemos que realizar un salto apoyando una sola pierna, habitualmente apoyaríamos nuestro lado dominante o fuerte, por la mayor seguridad que nos ofrece.

No sería una posición de entrevista, poner un pie detrás de otro o en paralelo, sino que la posición ideal sería situar los pies a la anchura de los hombros, con el pie del lado fuerte ligeramente

retrasado. Eso nos daría la suficiente consistencia ante un empujón o ataque. Si tenemos los pies en paralelo o uno detrás de otro, ante el más mínimo empujón o ante un puñetazo, vamos a caer al suelo, con el consiguiente peligro, además de recibir otro golpe ante el impacto de nuestro cuerpo en el pavimento.

Por ello, la posición de entrevista, suplementada con una leve semiflexión de las rodillas, nos debe proporcionar de forma natural, la consistencia necesaria y protección para poder aguantar el primer envite si no hemos sido capaces de pasar a la segunda posición que es la de guardia. La posición de entrevista (con nuestros brazos bien colocados, pies en perfecta situación y rodillas levemente flexionadas), es una posición transitoria o intermedia, ante la posición de guardia que adoptaremos en caso de que se produzca en ataque por parte del agresor.

POSICIÓN DE ENTREVISTA LOS BRAZOS EN EL PLANO SUPERIOR



IMPORTANTE:
EN LA POSICIÓN DE ENTREVISTA
LOS BRAZOS NUNCA ESTARÁN EN EL
PLANO INFERIOR



POSICION DE GUARDIA

En la posición de guardia, debemos reducir nuestra silueta y proteger las zonas más sensibles (triángulo facial) con nuestros brazos. Los dedos de las manos irán unidos o pegados. Si sacamos las manos y abrimos el pulgar, puede que el agresor nos lo atrape y lo puede partir. Por tanto, los dedos de las manos irán pegados y los brazos (ligeramente semiflexionados) irán a dar la mayor protección de las referidas zonas sensibles. Nuestro lado fuerte irá, al igual que en la posición de entrevista, atrasado, flexionando aún más las rodillas para conseguir mayor estabilidad y reducir nuestra silueta.

Del mismo modo y de manera simultánea procederemos a bajar el mentón y subir los hombros, dando una mayor protección a zonas sensibles tales como: la mandíbula, oídos, nariz y ojos.

-Permite tener mayor autoprotección. Se adopta al percibir cualquier tipo de amenaza.

-Cabeza: Alineada con el centro de gravedad, sin perder de vista al posible agresor.

-Codos: Pegados al cuerpo.

-Manos: Quedarán a la altura del cuello sin obstaculizar la visión, de manera que con los brazos y las manos se proteja la caja torácica y la cabeza.

-Pies: Abertura similar a la anchura de los hombros, buscando equilibrio y estabilidad. El pie del lado fuerte ligeramente retrasado.

-Centro de gravedad: Bajo, para conseguir que los apoyos queden firmemente sujetos al terreno.

POSICIÓN DE GUARDIA



POSICIÓN DE GUARDIA: REDUCIMOS LA SILUETA



POSICIÓN DE GUARDIA: EL USUARIO SE MUESTRA ALTERADO Y AMENAZANTE

EL USUARIO SE MUESTRA ALTERADO Y AMENAZANTE: ADOPTAMOS **POSICIÓN DE GUARDIA**, TENEMOS PREPARADOS NUESTROS BRAZOS EN EL PLANO SUPERIOR PARA PROTEGERNOS EN CASO DE ATAQUE INMINENTE



PROTECCIÓN ANTE UNA AGRESIÓN





Una vez iniciada la agresión adoptaremos la posición de guardia, en la cual automáticamente subiremos las manos a la altura del mentón al objeto de poder protegernos de los golpes lanzados por el agresor. La inercia de muchas personas será la de cerrar los puños, aunque es más idónea la apertura de las palmas de las manos, para no crear más tensión en la situación.

Es más ÚTIL poner los brazos extendidos (marca mayor distancia), **con las palmas de las manos abiertas y con todos los dedos pegados.** Transmite un mensaje no verbal de mayor tranquilidad que con los puños cerrados.

Fotografía extraída de www.pixabay.com



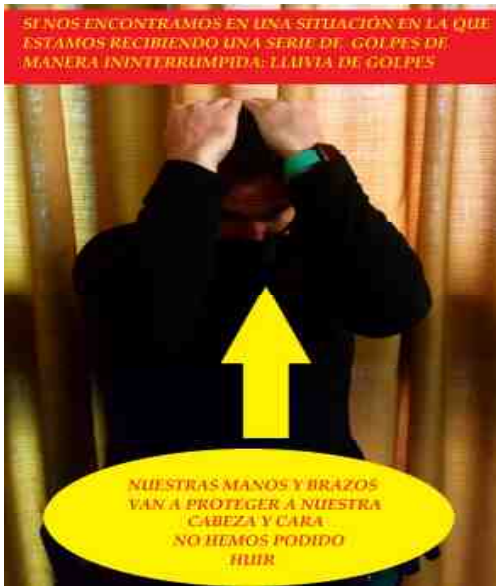
Tanto en la posición de entrevista como en la de guardia, el hecho de retrasar el lado fuerte, y no poner los pies en paralelo, ofrece además de las ventajas señaladas, la de reducir la zona de impacto, ya que nos ponemos en una situación cuasi lateral con respecto al agresor.

3.3.1 ¿CÓMO PROTEGERNOS ANTE UNA LLUVIA DE GOLPES?

Ante una situación crítica en la que el agresor es muy fuerte y nos está golpeando repetidamente con sus brazos, lo que se conoce en técnicas de intervención operativa de policía como “lluvia de golpes”, desde la posición de guardia en la que nuestros brazos no son capaces de parar los rápidos y enérgicos golpes del agresor, adoptaremos una posición de protección o Técnica de Protección, con objeto de:

- Evitar los golpes dirigidos a su triángulo facial.
- Un golpe en esta zona puede ocasionar una pérdida de consciencia.
- Interponer entre agresor y cara del personal sanitario los antebrazos y codos.
- Elevar los hombros, bajar el mentón.
- Ofrecer la frente y parte superior del cráneo, que son menos vulnerables.
- Si no hemos podido huir de la consulta utilizaremos la protección del mobiliario, e intentaremos buscar un rincón de la estancia para protegernos, sobre todo si son dos los agresores. En un rincón vamos a evitar los golpes laterales, y dificultaremos la acción del agresor o agresores, en lugar de quedarnos en el centro de la habitación, donde nos podrán atacar además de frente, por los laterales y la espalda.

POSICIÓN DE PROTECCIÓN



3.3.2 TÉCNICAS DE ESCAPE ANTE UNA AGRESIÓN FÍSICA

Ante una situación en la que nos agarran fuertemente con las manos nuestro uniforme o bata, especialmente en condiciones en las cuales el agresor es más fuerte que el profesional sanitario, debemos utilizar una técnica de escape para salir de ese agarre. Si hemos estado en situación de prealerta, y hemos adoptado las oportunas posiciones de entrevista y de guardia, no debería producirse ese agarre.

Normalmente el agresor nos va a agarrar de la solapa de la bata o el uniforme para fijar el objetivo y luego golpear. También puede agarrar con las dos manos y acercarnos fuertemente para golpearnos con la cabeza.

Para salir de esta situación, tendremos que hacer un golpe de distracción, que buscará únicamente la defensa, y solo cuando sea indispensable hacer uso fuerza.

Esta técnica de distracción va dirigida a conseguir la inhibición momentánea del agresor y la lesividad estrictamente necesaria, para aprovechar la situación.

Para ello es importante, lo que veníamos diciendo con anterioridad sobre la posición de entrevista y seguridad: nuestro lado fuerte o pierna fuerte estará retrasada, así que cogeremos fuertemente las muñecas del agresor y aprovecharemos la inercia de su fuerza para elevar la rodilla, adelantando la pierna y buscando golpear el muslo o músculo cuádriceps del agresor, que instintivamente soltará el agarre pues ese golpe en dicha zona del cuerpo produce un dolor inmediato e intenso, que hace que instintivamente se suelte el agarre, momento en el cual aprovecharemos para salir de la zona, utilizando nuestros brazos, en caso de que tengamos que realizar un enérgico empujón al agresor lo realizaremos con la mano más retrasada, buscando como objetivo separar a individuo agresivo ganando distancia y poder salir de la agresión

Puede dar la circunstancia que en el fragor de la lucha, el agresor se mueva y el golpe impacte con su zona genital, sin duda, no será

el efecto que queríamos conseguir, pero cabe decir que no somos expertos en defensa personal y ante una situación crítica de prevalencia física por parte del agresor, la profesional o el profesional sanitario debe salir de esta situación de la mejor manera posible. Por ello siempre resultará recomendable que ese golpe de inhibición se dirija hacia los cuádriceps de la pierna.



Siempre se buscará la vía para salir de la situación y activar los dispositivos de alarma, para recibir ayuda.

**TÉCNICA DE ESCAPE ANTE UN
AGARRE
PERCUSIÓN EN CUÁDRICEPS
PASO 1**



**PERCUSIÓN EN CUÁDRICEPS
TÉCNICA DE ESCAPE ANTE UN
AGARRE. PASO 2**



3.3.3 ¿CÓMO ACTUAR SI NOS AGARRAN DEL PELO?

Utilizaremos la misma técnica de proyección de la pierna retrasada y buscando percutir con nuestra rodilla en los cuádriceps del agresor o agresora, que normalmente será una mujer. La mayoría de los ataques por agarre de pelo lo protagonizan las mujeres. Con esta técnica debemos aprovechar para zafarnos y buscar ayuda.

Resulta de vital importancia la fijación del agarre, es decir, con nuestras manos debemos evitar que la agresora siga tirando del pelo y que nos zarandee. Para ello, cogeremos fuertemente sus manos sobreponiendo las nuestras, lo más cercano o próxima a la muñeca o muñecas, en caso de que utilice las dos manos, de la agresora, para que en caso de que se mueva hacia algún otro lado la misma quede luxada, y a continuación realizaremos el golpe de percusión que hemos explicado en el párrafo anterior.

Si por las circunstancias de que se produzca un agarre lateral o desde atrás, donde no podamos lanzar la pierna para dar ese golpe de percusión sobre el mismo, la técnica consistiría igualmente en el agarre fuerte y sobre posición de nuestra manos sobre las manos de la agresora, con nuestras dos manos, siempre lo más próximo a la muñeca, y efectuaremos un giro rápido para uno de los lados, siempre hacia el lado débil del agarre, que es donde se sitúan los dedos. Si hacemos una buena fijación, sobreponiendo nuestras manos fuertemente sobre las manos de la agresora, y lo más cercano a la unión con la muñeca, con una simple reducción de silueta, o sea, agacharnos sin perder la fuerza de la fijación y nuestro agarre, se producirá una luxación en las manos de la agresora, que terminará por soltar ese agarre momentáneamente, hasta que reaccione y vuelva a continuar, por ello deberemos aprovechar para separarnos y huir con un empujón con la mano fuerte o retrasada.

TÉCNICA DE ESCAPE ANTE UN AGARRE DE PELO

PASO 1



TÉCNICA DE ESCAPE ANTE UN AGARRE DE PELO

PASO 2-PERCUSIÓN EN CUÁDRICEPS

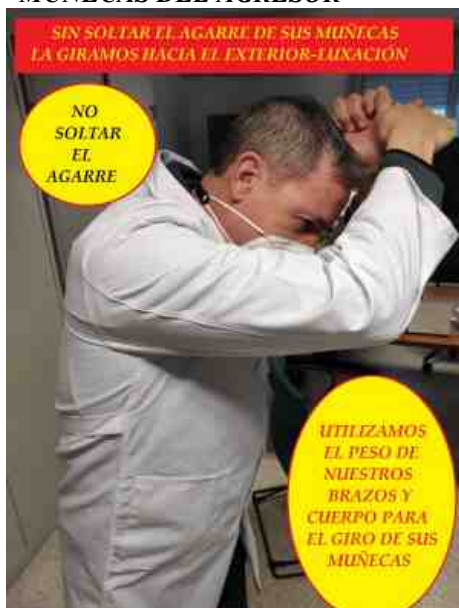


PASO 3- PERCUSIÓN EN CUÁDRICEPS



TÉCNICA DE ESCAPE ANTE AGARRE DE PELO

PASO 4- LUXACIÓN DE LAS MUÑECAS DEL AGRESOR



PASO 5- COGEMOS DISTANCIA



3.3.4 ¿QUÉ HACER SI NO PODEMOS SALIR DE LA CONSULTA?

Si no hemos sido capaces de salir de la dependencia, consulta o despacho y el agresor o agresores nos cierran la puerta, debemos utilizar el mobiliario como elemento de protección. Si tenemos una mesa que permita hacer un giro de 360 grados y es un solo el agresor, pediremos ayuda con los sistemas que tengamos (botón antipánico, alarma o dando voces) y nos moveremos alrededor de la mesa, como, permítanme el símil, como el juego del ratón y el gato. La anchura de la mesa va a ser una barrera que nos permitirá crear una distancia suficiente entre el agresor y nosotros. Debemos tener la precaución de no agacharnos y que nuestra cabeza se incline hacia la mesa en esos movimientos alrededor de la mesa, pues de este modo la distancia física que ofrece la mesa, se reduciría y el agresor podría impactarnos en la cara.

Si son varios los agresores o el agresor va a conseguir darnos alcance pues nos ha invadido nuestra distancia de seguridad, debemos irnos hacia un rincón, adoptando siempre la posición de guardia para protegernos. Si tenemos la capacidad de coger una silla o taburete, nos protegeremos con la misma, situando la base de la silla o taburete fuertemente sobre nuestra barriga y cogiendo dos de sus patas con los brazos y las manos como si la abrazásemos. De este modo crearemos una distancia de seguridad, donde el agresor tendrá la dificultad de alcanzarnos, encontrándose con las patas punzantes de la silla o taburete. Es importante no separar la base del elemento de protección utilizado de nuestra barriga pues si lo separamos, perderemos la fuerza y consistencia, y el agresor podría quitárnoslo.

Recuerdo, en una consulta de pediatría, donde la disposición de la misma no permitía una rápida salida del profesional, ante una situación crítica, la existencia de un banquito trípode que utilizaba el pediatra podría servir como elemento de protección.

Como venimos señalando, ante una situación crítica o amenazante, donde puede estar en peligro nuestra integridad física, el primer paso es protegernos y solicitar ayuda, y por supuesto salir del espacio donde nos encontramos. Si tenemos que dejar solo al usuario, paciente o acompañantes en la consulta, lo hacemos. Tal vez, en su actitud agresiva, rompan algún mobiliario u ordenador, o tal vez, seamos nosotros los que los sorprendamos y no esperen nuestra reacción de salir de la consulta. Nuestra prioridad será salir de la situación amenazante y de la consulta, para pedir ayuda utilizando cualquier pretexto, como que necesitamos coger un equipo para explorarlo, que vamos a coger la medicación que nos está pidiendo o que necesitamos ir a la otra sala para darle lo que nos pide. Luego valoraremos con los compañeros, en función al número que seamos, si volvemos a entrar en la consulta o tal vez tengamos que entrar en la misma acompañado por la seguridad privada o por miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Si se han producido daños en el mobiliario, seguramente dicho individuo/s serán investigados o detenidos, no sólo por las amenazas y violencias ejercidas, sino que responderán por dichos daños que deberán ser efectivamente evaluados por la Dirección del Centro en la correspondiente denuncia.

Si no hemos podido salir de la consulta, el irnos a un rincón nos proporcionará una serie de ventajas:

- No podrán atacarnos por la espalda y las paredes laterales nos ofrecerán también protección.

- El ataque del agresor/res deberá ser, por tanto directo. Además si son varios los atacantes, deberán coordinarse para golpear, pues el plano que se ofrece es mucho menor que si nos quedamos en el centro de la habitación.

- Si adoptamos una adecuada posición de guardia, ésta nos permitirá una defensa efectiva.

DISPOSICIÓN ERRÓNEA DEL MOBILIARIO: DEBEMOS ESTAR SENTADOS LO MÁS PRÓXIMOS A UNA PUERTA DE SALIDA. IDEAL PODER NOS MOVER EN UN ÁNGULO DE 360º ALREDEDOR DE LA MESA.



Es evidente que si salimos a una zona amplia o común del centro sanitario, la primera medida será salir y coger mayor distancia de nuestros posibles agresores, pidiendo ayuda a nuestros compañeros si existen. Podremos incluso confinarnos dentro de otra dependencia, cuya puerta tenga suficiente solidez y que tenga pestillo o cierre con llave, mientras que vamos pidiendo auxilio con nuestro teléfono móvil (recuérdese la aplicación ALERTCOPS) o con el teléfono que exista en la dependencia. No resulta recomendable aislarse en un cuarto de baño o almacén, puesto que dichas dependencias no suelen tener ventanas al exterior que puedan servir para pedir socorro.

Recuerdo el hecho en el que una madrugada de un sábado, una doctora y una enfermera que se encontraban solas, ante tres personas (una de ellas una mujer), que presentaban síntomas de estar bajo las influencias de bebidas alcohólicas y que se personaron en el centro de salud a recibir una asistencia,

consiguieron poner a salvo su integridad física, resguardándose en una habitación con llave, requiriendo el aviso de la policía. Sin duda reaccionaron bien, pero tal vez el fallo fue en permitir su entrada en esas condiciones a dicho Centro de Salud. Lo deseable es que a ciertas horas, el centro de salud esté cerrado y el personal de urgencias que allí se encuentre, tenga la capacidad de poder hacer una adecuada selección del personal que va a asistir y permitir la entrada en el centro de salud, y así tener la capacidad de poder reaccionar a tiempo.

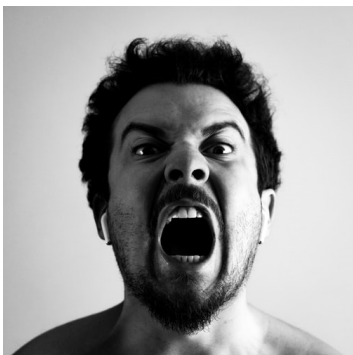
3.3.5 DETECCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES AGRESIVOS

Evolutivamente la ira es una emoción que puede preparar al individuo para el ataque. Por tanto, conocer que la persona con la que se interviene está sintiendo esa emoción o está ofreciendo respuestas en su comunicación que nos hacen sospechar de la presencia de ella, nos permite predecir la posible respuesta posterior y anticiparnos a una posible progresión de la agresividad, a fin de desplegar medidas de protección y prevención. Las personas que experimentan esta emoción suelen posicionar su cuerpo en expansión, intentan que su cuerpo ocupe más volumen, sacando pecho, adelantando el cuerpo y separando los brazos del torso.



Fotografía extraída de pixabay.com

Paul Ekman, en su estudio de las microexpresiones (expresiones sutiles que suceden cuando una persona quiere ocultar la presencia de la emoción), elabora un sistema de codificación de acción facial (FACS). Estas microexpresiones surgen de manera casi imperceptible por la persona que las efectúa, siendo un factor muy útil para predecir la aparición de la emoción, así como el nivel de intensidad en el que se está desarrollando.



Fotografía extraída de
www.unsplash.com

Respuestas faciales ante la ira

- Las cejas se juntan (ceño fruncido)
- Los párpados se tensan
- La mandíbula se adelanta
- Tensión en los labios (pueden estar apretados y aplanados). Cuando no existe un intento de contención, puede levantar labio superior y mostrar dentadura.
- Dilatación de las fosas nasales.
- Mirada fija, Ojos feroces.

Existen personas con tendencias al catastrofismo y la magnificación de los sucesos negativos, que en ocasiones intentan solventar la situación por medio de la coacción y las exigencias. La ira surge en estos casos cuando intentan cubrir sus necesidades o expectativas sin éxito. Ocurre en muchas ocasiones ante personas con baja tolerancia a la frustración, déficit en el entrenamiento de habilidades sociales y de comunicación, situaciones personales de tensión o alto estrés emocional, locus de control externo (Atribuyen su malestar a causas externas, no asumiendo la responsabilidad con autocrítica), tendencia a actuar dejándose llevar por la impulsividad, dificultad para empatizar, etc.

La respiración se torna profunda, constante y fuerte, hecho que puede informarnos de una ira reprimida. Cuando la respiración es

corta y rápida, sugiere la presencia de ansiedad y angustia. (Una respiración adecuada facilita la relajación. Cuando la respiración es muy agitada y se sostiene en el tiempo puede producir hiperventilación y consecuencias negativas, como confusión, mareos, dificultad para pensar con claridad, etc.).

Una manera de reducir la irritabilidad y favorecer el autocontrol, es con técnicas de relajación. Se entiende que en el momento de la intervención es complejo recomendar la utilización de la técnica. Sin embargo, teniendo en cuenta la teoría del contagio emocional (Los seres humanos sincronizan sus emociones con las emociones que perciben por otras personas que se encuentran a su alrededor, ya sea consciente o inconscientemente), mediante el modelado y la imitación, nos anima a observar nuestra manera de comunicarnos e intentar adaptarla para facilitar que se sincronice con la del paciente que se encuentra agitado. Nuestra manera de responder a la situación es, por tanto, muy relevante e influye en el desarrollo de la misma.

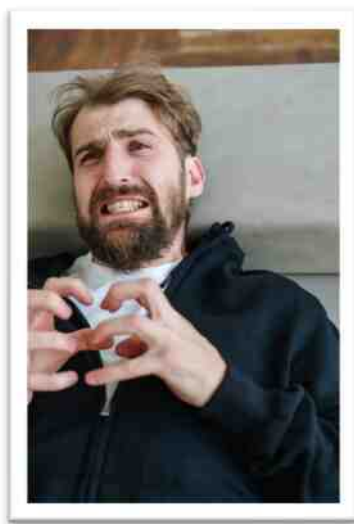
Elementos Paralingüísticos de la Comunicación

- Un volumen e intensidad en la comunicación informan de aumento de ansiedad, falta de paciencia, actitud egoísta y exigente, etc.
- Habla suave, despacio, utilizando pausas.
- La velocidad en la comunicación también informa sobre el estado emocional en el que se encuentra el paciente. Cuando el discurso es lento, puede informarnos de falta de interés y posible desconexión con el exterior (Previamente deberá descartarse la presencia de trastorno mental como depresión mayor o un posible deterioro cognitivo que pueda explicar este síntoma). Si el discurso es rápido, puede manifestar tensión y deseo de ocultar información. Cuando se presenta regular, modulado y sin fluctuaciones, sugiere contención, posible represión, falta de fluidez y naturalidad. Por el contrario, cuando es irregular, puede existir confusión y ansiedad.

Expuesto así parece complejo, pero somos seres sociales y estamos entrenados en la interacción con el otro, por lo que si prestamos atención podremos determinar las diferencias, que en la práctica nos ayudarán a conocer el estado en el que se encuentra el paciente al que atendemos.



- Ante la vociferación (tendencia a hablar en voz alta, con rapidez y en forma de ráfagas), bajar el volumen ligeramente de nuestras intervenciones para no caer en el aumento progresivo, el cual propicia un ambiente aún más hostil y dificulta el entendimiento.



- Usa un tono de voz calmado. El tono de voz también delimita la relación que queremos establecer con el interlocutor. Si es frío, rotundo y tajante, establece límites e impone distancias. Si el tono es cálido, suave y calmado, invita al acercamiento y la confianza.

- Este factor dependerá no solo de la persona, sino también del momento en el que se encuentre. Sin embargo, existe una tendencia a interactuar con el exterior de una determinada manera, siendo influidos por la personalidad y el estado de ánimo general del paciente.

- Respecto a la vocalización en el discurso, señalar que una vocalización adecuada y bien definida, informan de seguridad, claridad mental y apertura en la comunicación (genera confianza y credibilidad). Una vocalización imprecisa puede sugerir intento de engaño, manipulación o falsedad. Si se torna muy marcada, sugiere tensión, actitud narcisista y egoísta. Sin embargo, si comienza a ofrecer interrupciones en la misma, percibiéndose trabada, puede informar de agresividad, represión o estado intenso de ansiedad.



Otro aspecto importante en la comunicación no verbal es la rigidez muscular, sobre todo en miembros superiores, postura cerrada, señalar con el dedo mientras increpa o reclama al profesional, cabeza hacia delante, cambios físicos como:

aumento de la sudoración, enrojecimiento de la piel (sobre todo de la cara), respiración acelerada, actitud contenida, mirada fija sin parpadeo, con fijación en la cabeza, inquietud motora, repetición de frases, puños cerrados, etc.

Si el paciente toma algún objeto (suyo o presente en la consulta) para amenazar o que nos sugiera una posible amenaza, es mejor pedirle que la baje a pedir que nos la entregue. (Esta segunda petición puede reducir el espacio delimitado entre ambos y ponernos en peligro). Solicita ayuda, sal de la habitación, o activa algunas de las medidas de seguridad mencionadas en este manual.

Todo esto son indicativos de un aumento de ansiedad, no necesariamente van a traducirse en una conducta agresiva, pero actúan como informadores de un aumento del estado de agitación y tensión en el paciente.

Hay diferentes razones por las que un paciente, o un familiar que lo acompañe puede tornar su conducta en agresiva, desafiante o poco colaboradora, mostrando una elevada ansiedad e irritabilidad durante la consulta. Algunas son las siguientes:

- Relacionadas con el propio padecimiento médico, por ejemplo, descompensación de trastorno mental grave (delirio, cuadro psicótico) o abstinencia a sustancias.
- Malas experiencias previas con los servicios de salud
- Ansiedad, frustración, etc.
- Posible culpabilización por no haber acudido antes a recibir atención médica.

Para ello, se recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Identificar el problema: Determinar si la causa del conflicto es una problemática médica de base, habrá que tratarla para poder avanzar en la resolución de la situación. Sin embargo, también es posible que la carga laboral del profesional esté afectando en la resolución de la situación, por tanto, será importante buscar estrategias de resolución de la ansiedad, que faciliten el abordaje de la consulta de una manera más adecuada. Por otra parte, si la razón es la falta de recursos (tiempos de espera largos, saturación de espacios y de servicios, etc.), es beneficioso ser empáticos con el paciente (No podemos cambiar esta realidad, pero sí podemos brindar comprensión y apoyo a la persona que se está viendo afectada por esta situación).

2. Evaluación del posible riesgo: Analizar los aspectos que rodean la situación y al paciente (si en anteriores ocasiones ha protagonizado alguna conducta agresiva, si se observa aumento del nivel de ansiedad y agitación psicomotriz y no decae a pesar de la intervención del profesional, etc). El resultado de la evaluación permitirá tomar medidas con rapidez para prevenir una agresión.

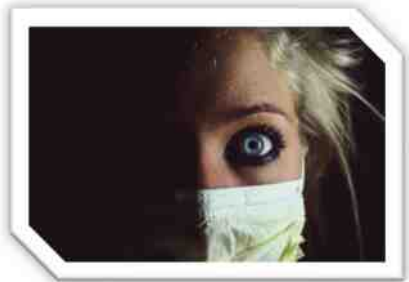
Hay que diferenciar entre un paciente enfadado y un paciente agresivo. No todas las personas que muestran su enfado en la consulta o verbalizan su desacuerdo con algún aspecto de la misma, van a tornar su conducta a una agresión. Sin embargo, la observación de esta situación, deberá activar en nosotros un manejo especial de la situación.

3. Manejo de la situación:

- Mantener la calma (El autocontrol del profesional es esencial), ofrecer escucha activa, permitir que exprese la razón de su malestar.
- Control visual directo (Aproximadamente un 60% de la conversación), sin que resulte intimidante o desafiante. En la actualidad estamos viendo la importancia de la comunicación por la mirada. En estos últimos tiempos en los que el uso de la mascarilla están limitando la calidad del mensaje que ofrecía la comunicación no verbal de nuestra cara, la mirada cobra especial importancia. No subestimemos la información que ella nos puede ofrecer. Sirvan de ejemplo estas imágenes en las que se observan diferentes mensajes (sonrisa, sorpresa, desconfianza o enfado, por ejemplo).



Es lógico que pueda existir confusión, porque la información es limitada, sin embargo, pueden ayudarnos, junto al resto de variables de comunicación verbal y no verbal a recabar información sobre el estado del/la paciente.



www.unsplash.com / www.pixabay.com

- Valida lo que están sintiendo. No necesariamente la queja, sino el malestar que les supone.
- Una mirada a los ojos de forma comprensiva, invitándole a que amplíe la información para que el profesional pueda comprender la problemática que verbaliza, ayuda a tranquilizar a la persona, en momentos de gran tensión.
- Efectuar preguntas abiertas que faciliten el desarrollo de la comunicación (Expresar las emociones permite reducir el nivel de ansiedad contenidos). Conversa con tono afable, correcto y profesional.
- Avisa a algún compañero para cambiar el foco de atención. Tal vez el paciente ha fijado sobre el profesional el origen de su malestar y la presencia de otro profesional puede

ayudar a solucionar o difuminar el motivo de la tensión, así como ofrecer apoyo al compañero/a para permitir una reorientación de la conversación y reducción de la tensión emocional del paciente.

- Mantener una escucha activa completa (Ofrecer feedback de la información recibida, parafraseando lo que nos está diciendo, informa al paciente de un interés por entender lo que le sucede y proponer soluciones).
- La información que se le facilite debe ser clara, veraz y concreta, evitar divagar y utilizar tecnicismos y lenguaje complejo (adaptarlo a la persona con la que se interactúa) que dificulten el entendimiento y favorezca la aparición de malas interpretaciones y malos entendidos que perjudiquen la intervención.
- Para facilitar un entendimiento, es positivo encontrar puntos de encuentro entre ambos, detectando aspectos en los que ambos estéis de acuerdo, para a partir de ahí llevar a cabo una búsqueda de solución plausible.
- Evita la confrontación. No es el momento de contradecir, mostrarse rígidos, tener la razón y la última palabra, ponerse a la defensiva o tomar el conflicto como una agresión personalizada.
- Sustituir el foco de atención, pasando del objeto de la discusión al objetivo de cómo solventar el problema. Intentar sacar al paciente de la rumiación del malestar y la disconformidad y fijar la atención en las vías de resolución del conflicto.
- Mantener una distancia adecuada que permita una vía de escape en caso de que la situación se agrave.
- Observar los signos de potencial agresión que se han mencionado en anteriores apartados (comunicación verbal y no verbal).
- Si no se consigue reconducir la situación, es importante buscar un pretexto para salir de la consulta (Con la excusa

de buscar algún medicamento, algún instrumento para evaluar su estado, etc.) o efectuar alguna llamada telefónica a algún compañero/a que pueda ofrecerlos apoyo, si no se puede salir de la habitación.

- Si el paciente se torna agresivo, siempre que se pueda, será importante poder situarle en espacio lejos de la vista pública, dado que la presencia de otros observadores puede influir negativamente en el agravamiento de su agitación, así como producir conductas de ansiedad en el resto de los pacientes que presencien la escena.
- Nuestra postura corporal deberá ser neutral en todo momento y generar calma, control y percepción de manejo de la situación. Mantener el equilibrio emocional sin caer en una respuesta a las provocaciones.
- Si la situación se ha conseguido reconducir, se pueden ofrecer al paciente otras vías de resolución futuras, informando sobre procedimientos para efectuar quejas y reclamaciones.

(Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos, 2020).



www.pixabay.com

En definitiva, no dejarnos sobrecoger por las demandas y exigencias de los pacientes, familiares y del propio trabajo en sí. Conseguir mantener la calma en un momento de alta carga laboral y tensión emocional, generando estrategias de afrontamiento, autocontrol y manejo de situaciones de alto estrés y, a su vez, ser capaces de trabajar con nosotros mismos para que el impacto que estas vivencias generen en nosotros sea el menor posible y podamos continuar con nuestras vidas sin que afecte a la calidad de las mismas, y nuestro desarrollo personal y profesional. Nada fácil, ardua tarea pero que generaran buenos resultados si nos ponemos a trabajar en ello.

VERBALIZACIONES ÚTILES

- *"Puedo imaginar el malestar que te genera..."*, *"Por lo que me cuentas, te has sentido..."*, ofrecer feedback con asertividad y empatía de la información que ha captado durante la escucha del discurso.
- *"Para poder entender mejor lo que me pide, necesito que intente explicármelo despacio y en un volumen adecuado que me permita atenderle correctamente"*. Se solicita una modificación de la conducta ante la premisa de prestarle atención e intentar entender su solicitud. En esta paráfrasis, evite repetir ataques personales e insultos que haya podido decir. Con este resumen de lo que ha dicho la persona, no se busca información adicional ni proponerle soluciones, sino informarle de que está siendo escuchado.
- Facilitar, a través de preguntas abiertas, la manifestación de las causas desencadenantes de su enojo. Dar muestras de interés por el punto de vista de la otra persona: *"Me hago cargo de que lo ocurrido le ha molestado mucho..."*.

VERBALIZACIONES A EVITAR

- *"A mí no me hable así"*, *"Si continúa con esa actitud le expulsaré de la consulta"*, puede provocar una explosión de la ira y la expresión de la agresividad.
- *"Es que no me escucha"*, *"Tranquílicese"*, *"Piense un poco"*. Cuando la persona ha perdido el control de su comportamiento, son ineficaces.

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Aspectos a tener en cuenta

- Cuidar la distancia interpersonal
- Mantener las manos fuera de los bolsillos, abiertas (muestra apertura y genera confianza)
- Escucha activa (Intentando captar lo que nos quiere transmitir). Nos ayudará a ofrecer soluciones y alternativas.
- Ofrecer feedback sobre la información que se ha recibido desde la comunicación asertiva
- Permitir expresión emocional con contención (Cuando se ofrece escucha activa y empática se reduce el nivel de tensión y agitación emocional)
- Prestar atención al lenguaje corporal y facial (Para conocer su estado y actuar con rapidez si es preciso)
- Mirar a los ojos sin intimidación, de manera calmada, atenta y con apertura.
- Utilizar un lenguaje claro, sencillo, con frases cortas (no entrar en divagaciones ni explicaciones detalladas ya que pueden generar desconfianza)
- Dirigirse por su nombre personaliza la atención, permite que la persona se sienta atendida y genera percepción de interés por resolver la situación
- Aceptación de nuestras emociones y autocontrol emocional.
- Hablar con claridad y franqueza, cuidando realizar juicios de valor.
- Salir del lugar en cuanto se perciba peligro y alertar.

Evitar

- Evitar el contacto físico.
- Cruzar los brazos, esconder las manos (tras la espalda, en los bolsillos), genera desconfianza, sensación de ocultación y engaño.
- Evitar la creación de espacios asimétricos y desiguales. Es decir, el paciente de pie y los profesionales sentados. Nos sitúa en posición de desprotección.
- Utilizar expresiones como "tranquilo, cálmese", pueden desencadenar la respuesta contraria a la deseada.
- Hacer movimientos bruscos o súbitos.
- Tocar de forma inesperada.
- Manifestarse ante las amenazas, cuidando no responder bajo el mismo parámetro.
- Elevar la voz para hacernos oír, favorecerá la creación de un ambiente aún más descontrolado y tenso.
- Perder de vista al paciente así como las posibles alternativas de respuesta en caso de que la situación se tome más grave.
- Expresiones faciales que contradigan el mensaje verbal (por ejemplo: torcer los labios, elevar las cejas, fruncir el ceño, etc.)
- Que una mala experiencia te perturbe todo el día
- Posición autoritaria o demandante.

La comunicación de una mala noticia y la manera en la que se desarrolla esa comunicación, puede generar en el paciente un pico de tensión emocional, que junto a otros factores que hemos

mencionado en este manual, aumenten el riesgo de sufrir una agresión.

Por supuesto, no podemos evitar llevar a cabo esa comunicación, habiendo quedado avalada la necesidad de efectuarla por la Ley de Sanidad Española y la Carta de los Derechos del paciente (BOE 102.29 de abril de 1986), donde se reconoce el derecho a ser informado. Por tanto, si hay que notificar una situación negativa para el paciente y/o familiares, como por ejemplo, un diagnóstico que les afectará, la necesidad de continuar con la espera, la demora de algún resultado de una prueba, el fallecimiento de un paciente a sus familiares, etc. debe realizarse teniendo en cuenta una serie de recomendaciones y pautas que podrán paliar los efectos negativos de la comunicación, disminuyendo la repercusión psicológica para el profesional sanitario y el paciente.



A continuación se presentan algunas pautas a seguir para tener en cuenta a la hora de efectuar la comunicación de una mala noticia.

- Antes de comunicar. ¿Qué comunicar?

Es importante conocer con qué información cuenta la persona y qué información quiere recibir. Es decir, hasta dónde quiere saber (por ejemplo, en la comunicación de diagnóstico del cáncer. A pesar de que la familia no quiera que el paciente tenga conocimiento del diagnóstico, deberá ser la persona afectada la que tome la decisión). (García, A y cols, 2001). Iniciar la comunicación conociendo qué piensa el paciente o familiares sobre el motivo de consulta (expectativas), cuales son sus dudas, incertidumbres, preocupaciones e intereses, nos ayudará a

discernir lo que desean saber y el impacto que la noticia podrá tener sobre ellos (prever las posibles reacciones).

Hacer preguntas genéricas, abiertas, analizar sus respuestas y la expresión de ellas (cognitiva y conductual), conocer su red de apoyo social, antecedentes (cómo ha resuelto otras situaciones similares para evaluar posibles estrategias de afrontamiento), creencias, etc. Por supuesto, en todas las situaciones no se podrá llevar a cabo este estudio, pero es conveniente que se cuente con la información para poder utilizarla en caso de que la situación permita este análisis.

Así mismo, establecer un buen rapport y clima de consulta ayudará a generar una sintonía psicológica y emocional que facilite la posterior comunicación. El paciente se sentirá escuchado, atendido y comprendido, propiciando que la repercusión negativa de la comunicación no sea trasladada o depositada en el profesional que la notifica.

Solo informar de aquello que sea necesario para entender la noticia. El exceso de información irrelevante puede generar malos entendidos, dificultando entender el núcleo del mensaje.

Siempre comunicar **información veraz y contrastada**. No es conveniente trasladar suposiciones ni estimaciones. Si no se conoce con certeza la respuesta a su pregunta, es mejor responder que aún no se conoce. Ayudará que se informe al paciente que se intentará dar una respuesta en cuanto sea posible o que se realizarán las comprobaciones oportunas que faciliten la misma (siempre que esto sea posible). Se genera confianza si la información que se traslada es cierta y basada en datos corroborados.

Por otra parte, es necesario asegurar la **congruencia informativa**, es decir, que la información que reciba por parte de los profesionales que se encarguen de su seguimiento no sea contradictoria. Por ejemplo, si en una sala de espera un profesional

le asegura que será atendido en un breve espacio de tiempo, pero al llegar a la consulta el facultativo le informa de una lista de espera larga con demora en las atenciones, la información contradictoria genera desconfianza, sensación de descoordinación y alta tensión emocional (Discrepancia entre las expectativas y el resultado final).

La falta de información genera incertidumbre, indefensión, falta de control y ansiedad. La comunicación de la situación, a pesar de que pueda ser negativa, aumenta la sensación de control y la percepción de autonomía en la toma de decisiones.

- ¿Cómo comunicarlo?

En primer lugar, es importante controlar el contexto en el que se llevará a cabo dicha comunicación. Asegurar, en la medida de lo posible, un ambiente de confidencialidad y lo más confortable posible. Una sala de espera llena de pacientes no será un contexto favorable para comunicar una mala noticia, por ejemplo. Además, la reacción que la persona tendrá probablemente, como resultado de la recepción de la misma, afectará a las personas que le rodeen (contagio emocional, empatía, etc.). Facilitar que se lleve a cabo en una habitación con asientos, animar al paciente a sentarse (evitará caídas, incentivará el estado de reposo y calma, etc.). Contar con iluminación adecuada, con reducción de ruido, mobiliario y decoración en apariencia confortables, etc. serán características del contexto que facilitarán la comunicación. Es positivo que se pueda contar con algún otro profesional de apoyo, a ser posible, incluido en el equipo de diagnóstico y tratamiento. Esto ocupa un lugar esencial si se prevé (por las características del paciente, contexto, etc.) que pueda conllevar una reacción negativa.

La información se trasladará de manera **gradual**, desde lo más general a lo más particular, finalizando con el resultado de la comunicación (lo considerado de mayor impacto emocional).

Permite a la persona ir asimilando la información y prepararse para la notificación más dolorosa o de difícil manejo.

Se deberá utilizar un lenguaje **claro, conciso** (sin demasiados rodeos ni divagaciones), **sin tecnicismos** de difícil comprensión, adaptando el lenguaje al nivel socio cultural de la persona con la que interactuamos y facilitando una adecuada comprensión de la información. Las pausas reflexivas y el adecuado manejo de los silencios facilitarán la asimilación de la información.

Evitar siempre que sea posible, una comunicación improvisada (sobre todo en casos de fallecimientos, diagnósticos graves, etc.), demorada en el tiempo (no es recomendable la inmediatez dado que no se da lugar a la preparación de la información), utilizando la vía telefónica, dar la noticia de manera abrupta, no incluir contenido innecesario, que no añade información relevante y que pueda incrementar el malestar de la persona.

Se puede sugerir un lugar para poder comunicarse con intimidad con otros familiares si lo precisa, beber agua o tila, técnicas de respiración para favorecer la recuperación tras la noticia, estar a solas unos minutos si lo necesita, valorar derivación a otros servicios, etc.

Cuidar que la comunicación verbal y no verbal sean congruentes y no se perciba contradicción entre ellas (provocaría rechazo en el paciente, falta de credibilidad y desconfianza). Cuidar de la comunicación no verbal será importante para percibir confianza, seguridad y recibir la noticia con cercanía y sensibilidad. Aspectos como: mirar a los ojos, tono de voz, postura, distancia, etc. Demostrar interés y paciencia.

Si el paciente y la situación lo permite, será positivo que la comunicación se realice en presencia de personas allegadas que puedan apoyarle en la recepción de la noticia (El apoyo social es un factor de protección para la recuperación de la persona ante una situación de alto estrés emocional). En un momento de crisis

es difícil que se recoja toda la información necesaria, dado que la persona puede encontrarse bloqueada o sobrepasada por la situación y no comprender o captar toda la información que se le facilita. Por tanto, y siempre que sea posible, las recomendaciones o aspectos a tener en cuenta, se deberán entregar por escrito para que la persona tenga acceso a ellas si le surgen dudas tras la consulta. Los familiares allegados podrán apoyarle en la recepción de la comunicación y la recogida de información relevante.

No es conveniente caer en el paternalismo ni la sobreprotección.



Es importante dotar de autonomía para la toma de decisiones de la persona afectada. El profesional podrá asesorar e informar al paciente de las recomendaciones a su juicio, sin interferir en su decisión.

▪ Posterior a la comunicación

Es conveniente que el profesional ofrezca su disponibilidad para resolver cuestiones que se planteen posteriores a la comunicación. Dedicar algo de tiempo para que pueda asimilar la noticia y preguntar aquello que necesite sobre la misma, ayudará a generar un clima de confianza y seguridad que apoye la integración de la información. Establecer una continuidad de atención y seguimiento físico y psicológico ayudarán a generar calma.

Facilitar la ventilación emocional del paciente, permitiendo la expresión de las emociones (apoyando en la regulación de las mismas), llevando a cabo técnicas como la reestructuración cognitiva (sustituir las ideas disfuncionales e irracionales que presenta por otras más adaptadas a la realidad) y ofreciendo recomendaciones para actuar sobre la situación (en caso de contar

con ellas), ayudarán al paciente a sentirse apoyado, comprendido y a restablecer su situación de una forma más positiva.

- Otros aspectos relevantes.

El entrenamiento en habilidades sociales, estrategias para la resolución de conflictos, etc. son un aspecto de especial relevancia no sólo para facilitar una buena comunicación con el paciente y familiares, sino de forma transversal para generar una relación positiva con las personas con las que se interactúa. En muchas ocasiones, estar en contacto con el dolor de otros y tener que comunicar malas noticias con asiduidad, puede generar una desensibilización, deshumanización o burnout, que dificulte un acercamiento empático con la persona con la que se interviene. Para prevenir que nuestra intervención pueda ser percibida como fría, impersonal, carente de empatía e incluso poco profesional, es importante que incluyamos en nuestro repertorio conductual una serie de métodos de actuación y comunicación que se conviertan en hábitos de intervención. Algunas recomendaciones son las siguientes:

- ❖ Habilidades sociales: Definidas como una serie de destrezas y capacidades con las que cuenta la persona para relacionarnos socialmente de manera adecuada.
- Comunicación Asertiva: Consistente en una formulación de nuestras opiniones, deseos y necesidades, de manera correcta y educada, tomando en consideración al otro, respetando también su posición. La empatía y la escucha activa facilitarán toda comunicación con la otra persona y la posibilidad de generar acuerdos y resolver conflictos.
- Decir "No", de manera asertiva: Manifiesta abiertamente tu negativa sin dar rodeos (El exceso de explicaciones puede dar oportunidades a la manipulación). Sin embargo, esto no quiere decir que se omitan argumentaciones si se valora que estas puedan ayudar a comprender la decisión. Procura mostrar empatía, amabilidad y ser afable al rechazar la petición.

(Técnica del Sándwich: refuerzo positivo (decir algo agradable), rechazo de la petición, refuerzo positivo (decir algo agradable). Por ejemplo: "Es muy positivo que usted se preocupe por su salud y se cuide, sin embargo, las pruebas que usted pide no son necesarias para la evaluación de su estado de salud, confíe en el criterio profesional, que se le tratará con total profesionalidad. Si en algún momento de la evaluación se precisan esas pruebas, no dude que se le realizarán".

- Manejo de Críticas: Se pueden utilizar las siguientes técnicas:
 - Banco de Niebla (Técnica acuñada por Manuel J Smith en su libro "Cuando digo no, me siento culpable"): Las críticas no suelen ser plato de buen gusto para nadie, por lo tanto cuando se está frente a una, se recomienda en primer lugar mantener un buen control emocional. Tomar aire y gestionar el malestar que puede suponer. Esta técnica nos invita a frenar el malestar que supone la crítica y a regular nuestros pensamientos negativos sin perder el control. La técnica consiste en dar la razón en parte, sin perder nuestro punto de vista ni nuestra integridad. No implica que tengamos que ceder en nuestra postura. Por ejemplo, un paciente nos dice que somos demasiado rígidos en nuestro trabajo. Podemos plantear la siguiente respuesta: " Es verdad que puedo parecer rígido, no te lo niego, pero actuar en base a los protocolos establecidos y seguir la normativa, es una manera de trabajar con cautela y seriedad, permitiéndome tomar decisiones correctas". Esta técnica nos permitirá tomar tiempo para reflexionar, frenar nuestros impulsos y relacionarnos de una manera más saludable. Así mismo, reducirá el malestar de la otra persona, que percibirá nuestra escucha y recepción de su crítica.
 - Aserción Negativa: Cuando consideramos, aunque se haya realizado de una forma poco constructiva, la persona tiene

razón sobre lo que nos está diciendo, es positivo que, dejando a un lado nuestro malestar, sin actuar de manera defensiva ni justificarnos, podamos aceptar la certeza de ella. Por ejemplo, ante un paciente que nos reclama la demora en la atención, podamos decir "Es cierto, entiendo que esté molesto con la tardanza porque voy con retraso, disculpe". Si entramos en justificaciones (Cuando las hay se pueden aportar, por ejemplo: Si voy con demora porque he tenido que atender varias urgencias no programadas) o ataques mutuos, solo conseguiremos generar un ambiente hostil. Este tipo de respuestas asertivas nos ayuda a proyectar una imagen de seguridad sobre nosotros mismos.

- Interrogación Negativa: Consiste en preguntar el origen de la crítica y obtener información sobre la misma. Si respondo con malestar, actúo con sumisión ante la crítica, si respondo con otra crítica demuestro debilidad y enojo (ataco porque me siento ofendido).



Sin embargo, si solicito conocer más información, favorezco la reflexión de la persona que elabora la crítica y no muestro malestar.

- ❖ Gestión de Conflictos: Analizar las situaciones problemáticas y buscar alternativas de solución.
- Técnica del disco rayado: Cuando se ha informado de una negativa y el interlocutor es insistente en su petición. Esta técnica consiste en repetir la argumentación del no, favoreciendo otras formulaciones que lo apoyen con rotundidad, hasta que la persona decaiga en su obstinación. Ha de transmitirse de manera verbal y apoyarse también en la

comunicación no verbal. Esto no implica que no se escuche a la persona. Es importante tener en cuenta su argumentación y valorar que podamos estar equivocados, debiendo revalorar nuestra postura. Esta técnica promueve mantenerse firme en su posición, sin perder el respeto al otro ni la paciencia.

- Otras técnicas: ironía asertiva, rendición simulada, retrasar la conversación (aplazamiento), doble pacto (se cede a la demanda a cambio de que ceda en otro aspecto), etc.
- Control emocional y estabilidad psicológica del profesional: Ser capaces de conocer y regular nuestras emociones, analizar nuestra situación emocional en cada momento y sostenerla, a fin de que no perturbe la atención que vamos a efectuar. Manejar de manera adecuada el estrés de la situación y del trabajo en general.
- Neutralidad en la intervención. Es necesario dejar de lado los prejuicios y nuestras creencias personales a fin de llevar a cabo una intervención sin juicios de valor ni ideas preconcebidas que puedan afectar a la calidad de nuestra atención.

3.3.6 ¿ ESTÁ AUTORIZADO EL PORTE DE UN SPRAY DE AUTODEFENSA?

El Art. 5 del Reglamento de Armas considera arma prohibida los Sprays de defensa. No obstante, autoriza o exceptúa aquellos que se encuentre incluidos en una lista aprobada por el Ministerio de Sanidad. En este caso, si estuviese dentro de ese listado, sí estaría autorizado su porte.

Los requisitos para su obtención: son ser mayor de edad y presentar en la armería el Documento Nacional de Identidad (DNI), Pasaporte o Tarjeta de residencia. La compra de estos productos debe hacerse en establecimientos autorizados para su venta, y no cometemos error alguno si lo adquirimos en una armería o establecimiento autorizado para la venta de armas.

Su uso es sencillo, y consiste en pulverizar a distancia entre 3 (efecto óptimo) y 5 metros, hacia la cara del agresor, durante un máximo de 2 segundos. Los efectos son instantáneos, produciendo irritación ojos, nariz y garganta, ceguera temporal, tos, quemazón etc., y duran unos quince minutos aproximadamente. En el mercado existen los *spray de defensa personal de gas que suelen tener el formato de aerosol o los spray de gel*.

Los sprays de gas, crean una nube que se expande y termina por llegar a la otra persona. Hay que tener la precaución de salir rápidamente de ese espacio pues nos puede afectar a nosotros incluso. Son muy útiles para espacios más abiertos o exteriores. Por ejemplo, si tengo que coger cada noche el vehículo en un aparcamiento exterior y temo que alguien me esté esperando, resultaría más recomendable este tipo de spray. Es muy útil para la defensa de un ataque de varias personas. Después de su uso en lugares cerrados, habrá que ventilar, al menos, por más de una hora. En centros sanitarios o áreas hospitalarias con conductos de ventilación, no resulta muy recomendable, debiendo en caso de su utilización, cerrar rápidamente todos los conductos de ventilación más próximos al lugar donde se haya proyectado, teniendo especial cuidado en plantas hospitalarias donde se encuentren personas con problemas respiratorios, debiendo valorar el responsable de la planta o centro sanitario la procedencia o no de una evacuación de salas colindantes.

El spray de gel, rocía y proyecta un único chorro direccional, por lo que ante una situación de estrés, hay que tener la suficiente puntería como para acertar a los ojos de su atacante y poder dañarle. La dificultad radica también que si son varios agresores, tendremos que proyectar hacia los ojos de cada uno de ellos. Está indicado para el uso en espacios interiores, y para esa situación crítica en la que el agresor está muy próximo a mí y me ha arrinconado en la consulta y no puedo salir de la situación.

Es spray de gas NO ES RECOMENDABLE USAR EN CENTROS SANITARIOS (ya que pueden ir a los conductos de ventilación, siendo más recomendable en este caso el spray de gel).

3.4 IMPORTANCIA DE DENUNCIAR. ¿SE DENUNCIA EN MENOR PROPORCIÓN POR TEMOR A LAS REPRESALIAS DEL AGRESOR?, ¿ES ESCASA LA PROTECCIÓN DE LAS INSTITUCIONES A LAS VÍCTIMAS?

Resulta imprescindible que todo hecho de agresión, tanto física como verbal se denuncie, para evitar que existan cifras negras o desconocidas, y que dichas acciones no queden impunes. Nos podríamos detener en esta cuestión y analizar las muy interesantes y diferentes estadísticas del Observatorio de Agresiones de la OMC (Organización Médica Colegial de España), que llevan elaborando desde hace ya muchos años. Son tan amplios y curiosos dichos datos, que podrían ser objeto de diferentes tesis doctorales.

Pero en este caso concreto, lo que pretendemos es dar una visión global y señalar que lo que llega a denunciarse ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad es un dato ínfimo en comparación con la realidad. Podemos decir que es la punta del iceberg, y que la cifra negra de insultos o vejaciones, amenazas o ataques a la integridad física que se ven sometidos los profesionales es muy importante, máxime si tenemos en cuenta, como he dicho con anterioridad, que este profesional tiene interiorizada esa violencia como una condición de trabajo sin más. El profesional sanitario cree que estas situaciones forman parte de su tarea diaria y son inherentes a su labor, y como hemos señalado con anterioridad, y nada más lejos de la realidad, estos hechos no deben ser una condición de trabajo, sino que no deben permitirse y deben denunciarse siempre. Sentimos decir que estos escenarios de violencia, son situaciones con la que en uno u otro momento se van a enfrentar o verse inmersos los profesionales sanitarios. Por todo ello, resulta imprescindible y necesario aprender a manejar estas situaciones

y poder salir lo más airoso posible de las mismas, y para ello tiene que traducirse en una de las principales acciones: denunciar y no tolerar ningún tipo de violencia, intimidación o vejación.

Sentimos dramatizar, pues con nuestras palabras parece que el profesional, cada vez que se dispone a trabajar, ha de ponerse el traje de “Rambo” o pensar que se dirige a un terreno de operaciones militares o de conflicto bélico, pero nuestra pretensión es hacer una llamada de atención al lector de este Manual de Prevención, de la importancia de la denuncia, ya que es la puerta de entrada al resto de medidas que podrán frenar la escala de agresión y las repercusiones negativas a medio/largo plazo para el profesional.

La mayor seguridad para nuestro personal sanitario, además de las medidas preventivas que señalamos en este Manual, es la capacidad de reacción, y dentro de estas medidas reactivas está la denuncia.

Es sumamente importante y debemos dejar constancia de la violencia sufrida, de las vejaciones, insultos, amenazas o agresiones físicas. ¿Acaso no tomar medidas y denunciar nos garantiza que ese usuario o acompañante va a desistir de su acción en la próxima visita o atención que vayamos a prestarle?

Recordamos el caso que nos comentaron hace pocos años, de una enfermera de una localidad sevillana, que además de sufrir las amenazas a su integridad por parte de un paciente en una consulta asistencial, tuvo que soportar durante tres semanas, que cada vez que ella se dirigía a recoger su vehículo en un aparcamiento público, este “agresor”, la esperara en las inmediaciones su vehículo y realizarle insinuaciones amenazantes.

Los recuerdos de esas amenazas que le profirió por primera vez, no sólo estaban en su cabeza cada día, sino que él mismo se encargaba de recordarlas cada vez que la abordaba. Ella, desde un primer momento no denunció, padeciendo unas consecuencias

nefastas durante tres semanas, ya que sufrió el incesante hostigamiento de dicho “agresor”, que se traducía en pánico, inseguridad, insomnio y que estaba afectando al terreno familiar. La decisión de informar de su situación, propició que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, tuvieran conocimiento de los hechos, y llevaran a cabo un trabajo de asesoramiento para facilitar la interposición de la denuncia correspondiente, desembocando en la detención del individuo y el oportuno dictamen del juez competente, que determinó una medida de alejamiento de comunicación y distanciamiento del supuesto agresor con respecto a la víctima (profesional sanitaria), que aseguraba la integridad física de la misma.



www.pexels.com

Por tanto, resulta imprescindible la presentación de la denuncia, pues como hemos señalado: *la posterior acción de la persona que me ha amenazado o agredido la desconozco, por lo que la mayor seguridad para mí, como víctima, es dejar constancia de lo sucedido, es decir, presentar la denuncia ante el cuerpo policial o el juzgado.*

Esto nos lleva a recomendar no temer la posible represalia, pues la denuncia es el mejor escudo y antídoto ante una posible actuación posterior o secundaria por parte del agresor. Además, si la conducta ejercida queda sin reproche alguno, si no se interpone la denuncia policial para que sea llamado por las Fuerzas y Cuerpos Policiales a comparecer en la comisaría o cuartel, o que tenga que dar explicaciones posteriores ante la autoridad judicial por sus hechos cometidos, hará que el autor de los hechos se sienta más

impune aún. El no denunciar podríamos incluso clasificarlo como un acto no solidario con respecto al resto de compañeros, puesto que esa persona agresora, que no recibe ningún tipo de represalia, seguirá actuando con una total impunidad con respecto a otro compañero. *“Si no lo haces por ti mismo, hazlo por tus compañeros. Denuncia”*.

En muchas ocasiones, incluso en peores circunstancias, un compañero/a podrá verse inmerso en una misma situación crítica ante el mismo agresor, que goza de la total impunidad de sus actos, y vive en su falsa creencia de que puede amenazar al profesional de la salud de forma gratuita. Sin duda, al no denunciar se refuerzan enormemente estas conductas agresivas.

Partiendo de la teoría del aprendizaje (Aprendizaje por Reforzamiento que propusieron autores del ámbito de la psicología conductista como B.F. Skinner), las conductas aumentan la probabilidad de aparición cuando de una u otra manera están siendo reforzadas, es decir, logran la obtención de algo que resulta positivo para la persona (Refuerzo positivo) o la eliminación de una consecuencia negativa o estímulo aversivo (Refuerzo Negativo). Ambos fenómenos se encuadran dentro del condicionamiento instrumental u operante. Un agresor puede obtener el refuerzo positivo ante su conducta agresiva cuando tras la acción, consigue la atención del profesional sanitario (y/o del resto de pacientes), obteniendo lo que solicita o al menos un trato “especial” para evitar que la situación aumente el nivel de tensión, por ejemplo, conseguir que se prescriba el medicamento que demanda. Puede, a su vez, estar siendo reforzado (Refuerzo Negativo), cuando por su actitud violenta, consigue que el profesional le ofrezca una atención rápida, consiguiendo que adelante su posición frente a otros ciudadanos o que estos últimos cedan su puesto para que sea atendido antes y cese la situación de malestar. Estas medidas que pueden suponer en un primer momento la eliminación del estrés sufrido, puede significar a

medio/largo plazo la continuidad de la actitud y el aumento de la conducta, no facilitando la extinción de la misma. Por tanto, frenar desde el primer momento estas situaciones, mediante el despliegue de las medidas oportunas, es el mejor seguro para erradicar la violencia. Utilizando el fundamento teórico de la modificación de conducta, podemos proponer otros modelos:

- Extinción: Consiste en reducir la aparición de la conducta, eliminando los refuerzos positivos o negativos que sostienen su aparición. Por ejemplo, que la actitud del agresor no favorezca su pronta atención, sino que pueda suponer incluso un retraso de la misma. De esta manera, con la retirada de los refuerzos, el agresor dejará de realizar la conducta de manera gradual ya que no será adecuada para conseguir su objetivo (por ejemplo, adelantar su turno o reducir tiempo de espera).
- Castigo: Positivo cuando supone la aparición de un estímulo aversivo o Negativo, cuando supone la desaparición de un estímulo agradable. En este caso, puede ser ejemplo de un estímulo aversivo, el carácter punitivo de la acción violenta por parte de los cuerpos de seguridad y/o policiales, a consecuencia de su desempeño.

Existen otras técnicas de modificación de conducta que podrían consultarse, sin embargo, se destacan las propuestas anteriormente por la facilidad de su comprensión y alto contenido práctico. Animo al lector a que reflexione sobre el refuerzo inherente en la consolidación de la conducta, ya que será clave para planificar la medida que facilitará la eliminación de esta. Si conocemos que el paciente tiende a utilizar la amenaza y la actitud agresiva para que el facultativo pauté medicación que ya había pautado (por ejemplo, en casos en los que el paciente, posiblemente con problemas de adicción, hace un mal uso de la misma, obteniendo beneficios lucrativos o sobre medicándose), utilizando la excusa de la pérdida, y el facultativo por temor o por

reducir la agitación de la persona, entre otros motivos, decide pautarlo, cada vez que tenga una necesidad similar, recurrirá a esta estrategia para conseguir el objetivo (Está obteniendo un refuerzo positivo). Sin embargo, si el profesional decide finalizar la atención en consulta, desplegando las medidas oportunas (aviso a seguridad, policía, acompañamiento de los compañeros profesionales cercanos, etc.), el usuario entenderá que esa conducta no le resulta adaptativa ni eficaz para lograr el objetivo, recibiendo incluso una consecuencia negativa (castigo positivo) que reduzca la probabilidad futura de aparición de esta. Es posible que esta acción aumente su nivel de agitación, para ello están los recursos que protejan al profesional, pero será el inicio de la extinción del comportamiento o al menos la finalización de la contingencia que lo sostenía. (Ver Martin, G. y Pear, J.2008)

A colación, en algunas ocasiones, los profesionales de la salud han referenciado ciertas amenazas o comentarios utilizados por algunos “agresores”. Algunas afirmaciones se centran en que ellos han estado en la cárcel, que les da igual volver, que no tienen nada que perder o que tienen antecedentes delictivos. Estos comentarios tienen como principal objetivo amedrentar a la víctima y obtener aquello que solicitan (cierta medicación, una baja médica, una atención preferente con respecto al resto de usuarios, etc.). Este tipo de agresores saben que causan el efecto deseado en la víctima cuando le infunden miedo a la posible represalia en caso de que no accedan a sus exigencias (por ejemplo la expedición de cierta medicación).

Sin embargo, por nuestra experiencia, nada más lejos de la realidad. Ni son ajenos a los efectos que les puede acarrear una denuncia por parte del profesional sanitario, ni tampoco es verdad que no teman a las consecuencias penales de sus actos (algunos pueden que estén en libertad condicional con lo que un nuevo procedimiento penal o sentencia condenatoria con respecto a una agresión física o amenaza a un profesional de la salud les puede

hacer volver a la cárcel), así como aquellos otros que tuvieran antecedentes delictivos, con la nueva protección penal dispensada a los profesionales de la salud por el artículo 550 del Código Penal, tras la reforma del año 2015, pudieran dar de bruces con la prisión sin resultar condenados por la agresión al profesional sanitario.

Esta protección penal especial que tienen los profesionales de la salud, en gran parte es desconocida por los propios profesionales, así que, imagínense el resto de usuarios y población en general. En nuestra opinión, tendrán que pasar varios años hasta que cale en toda la sociedad la verdadera autoridad del profesional sanitario o docente, y la protección penal dispensada. A este respecto, juegan un papel muy importante los medios de comunicación, debido a su capacidad de transmisión y de hacer llegar a cualquier persona esta información. Así mismo, su difusión podrá enseñar que ciertas conductas de agresión a profesionales de la salud pueden conllevar graves consecuencias penales para el agresor de las mismas. Por nuestra parte, insistimos nuevamente que echamos de menos, cuando se traslada una noticia sobre una agresión física a un profesional de la salud, la falta de mención sobre la consecuencia penal que esa conducta va a conllevar para el autor de la agresión o amenaza contra el profesional. La inclusión de esta información, haciendo alusión a que el agresor se puede enfrentar a penas de prisión que van de seis meses a tres años, puede apoyar la sensibilización, la toma de conciencia y la reducción de las agresiones a profesionales. Por tanto, merece la pena mencionarlo. Creemos que sería un elemento del todo ejemplarizante,

Lamentablemente, la noticia en muchas ocasiones se muestra sesgada y se aduce a que si llevaba un determinado espacio de tiempo esperando a ser atendido, o a errores en la praxis del profesional, lo que puede conllevar a la interpretación por parte del oyente, y le puede conducir a justificar esa violencia, que del todo es injustificable.

El profesional periodista debería, como no puede ser de otra forma, informar con total rigor e incluyendo datos contrastados, veraces y lo más completos posibles, sobre el suceso en cuestión. De no ser así, la información estaría sesgada y faltaría a la verdad. Es preciso destacar que por todos es conocido que en muchas ocasiones, la noticia se desarrolla para que sea acogida por el público, capte su atención y genere beneficios. Por tanto, en ocasiones se fomenta la controversia y alude a detalles "morbosos". Sin embargo, consideramos que ambas necesidades: la de informar y vender la noticia, no necesariamente tienen que estar en contradicción, y han de buscar su confluencia, para que la función que los medios de comunicación tienen como agente socializador; remover pensamientos; promover cambios sociales y sobre todo, haciendo alusión a su código deontológico: Informar y formar; no se diluya y pierda su esencia e importancia social.

El compromiso de estos profesionales por no criminalizar a la víctima profesional sanitario que ha sufrido la agresión es clave. Una cosa es que haya una puntual mala praxis o un fallo en el sistema sanitario y otra es que se pretenda justificar de algún modo la agresión por dicho hecho. Tal vez dichos profesionales del periodismo no se den cuenta, pero aquellos que nos dedicamos a la seguridad de estos profesionales sanitarios, sentimos que es un flaco favor para las víctimas que han sufrido la agresión, y para la sociedad en su conjunto, estas formas sensacionalista de dar las noticias, relacionando las conductas agresivas de los usuarios o pacientes con los fallos en el sistema sanitario, y por ejemplo, obviando la consecuencias penales de dichas conductas agresivas.

Finalmente, debemos señalar que en la relación agresor-víctima, en ocasiones hablamos de una escalada de la violencia: en primera instancia de las agresiones verbales o injurias, se pasa o se puede pasar a las amenazas, hasta se puede llegar, en algunos casos, a las agresiones físicas. Por todo ello, es importante denunciar desde un primer momento.

Como hemos señalado en el apartado anterior, el último paso y de trascendental importancia es la denuncia de los hechos ante el órgano competente, ya sea en el Juzgado de Guardia como en las diferentes Comisarías o Acuartelamientos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

En la denuncia debemos plasmar de forma detallada tanto las lesiones sufridas, como los malos tratos de obra, las amenazas y coacciones, injurias e insultos que la víctima ha sufrido. Resulta recomendable que, una vez que la víctima esté anímicamente en condiciones de poder relatar lo sucedido, redactemos un pequeño escrito, que incluso podemos realizar a mano alzada, en el que detallemos de la forma más precisa, como se produjeron los hechos, a fin de no olvidar nada cuando interpongamos la denuncia. Incluso podemos llevar un escrito redactado que puede acompañar a la propia denuncia que presentemos en sede judicial o policial. Esta recomendación no debe pasarse por alto, dado que los procedimientos judiciales suelen tener cierta demora, siendo muy probable que para el momento en el que se preste de nuevo declaración, se hayan perdido muchos de los detalles del suceso y algunos de los recuerdos se muestren difusos. Así mismo, se deberá contemplar los efectos negativos que la situación de estrés supone para la atención y la memoria.

Efectos del estrés en la atención y la memoria como respuesta al episodio agresivo:

La atención es un mecanismo cognitivo, que permite seleccionar, filtrar y dirigir el procesamiento de una serie de estímulos (limitados), definidos como relevantes, ignorando el resto de los que nos rodean, irrelevantes, a fin de permitir que el exceso de estimulación no perturbe la recogida de la información de mayor importancia en cada momento. Esto nos permitirá, por ejemplo, escuchar las indicaciones de nuestro superior, a pesar de que el ambiente esté rodeado de otros estímulos (sonido del teléfono, megafonía, conversaciones de pacientes alrededor, estímulos

visuales, etc.). En este ejemplo, nuestra atención estaría focalizada en la captación del mensaje del superior.

Lo que recibe atención entra en la conciencia y es procesado, sin embargo, lo que no se focaliza, es inhibido y pasa desapercibido. Los mecanismos de la atención, sin embargo, son muy flexibles y pueden cambiar el foco atencional de uno a otro a una velocidad muy alta.

Por otra parte, conviene destacar que los dos motores básicos que movilizan la atención, mencionados por Ruiz- Vargas (2015), son la emoción y la memoria. La emoción actuaría dotando de relevancia a los estímulos que deben ser focalizados por la atención y los que no. Todo lo que tenga un contenido emocional para nosotros, por tanto, llamará nuestra atención y será objeto de análisis.

La memoria actúa en doble sentido, nos trasladará a experiencias pasadas relacionadas con el estímulo focalizado, y nos ayudará a decidir si merece de nuestra atención o no. Así mismo, la estimulación que se focaliza, será mejor retenida y recordada con posterioridad.

Ante una situación de alto estrés, la capacidad de focalizar la atención se ven afectadas, así como la posibilidad de variar el foco con la velocidad que antes mencionábamos. Es posible, por tanto, que se puedan retener algunos detalles y otros pasen inadvertidos a pesar de su relevancia.

La memoria, definida como el mecanismo que permite retener y recordar sucesos pasados, permite recuperar experiencias, conocimientos y habilidades a la persona, siendo un factor esencial para el manejo diario, el aprendizaje y otros procesos psicológicos superiores.

Pueden explicarse los efectos negativos del estrés en la atención y la memoria haciendo alusión a varios modelos teóricos, según

expone Ruíz- Vargas (2015) en su publicación "Estrés, atención y memoria":

- Ley de Yerkes-Dobson (1908): Establece que el rendimiento cognitivo, es mejor cuando la persona se encuentra en un nivel de estrés (arousal o activación general) óptimo. Por encima o por debajo de esos niveles, el rendimiento se ve deteriorado.
- La Hipótesis de Easterbrook (1959): Manifiesta que los estados de estrés elevados, reducen la capacidad de desarrollar correctamente la atención, por tanto, el organismo no cuenta con el procesamiento de la estimulación recibida para poder guiar su actividad. Se produce, un estrechamiento del foco atencional que supone que la atención se centre en detalles del suceso ignorando otros aspectos. (Por ejemplo, ante la agresión, el profesional puede centrar su atención en el agresor, obviando otros detalles de especial relevancia, por ejemplo, vías de escape ante la situación). Para ello es importante no dejar nada al azar y el entrenamiento y planificación de acciones a realizar ante estas situaciones, permite que el profesional cuente de un repertorio conductual instaurado, a las que pueda recurrir ante la situación de tensión.
- Modelo de capacidad de Kahneman (1973): El estrés alto y prolongado en el tiempo, genera una política de distribución cada vez más desigual y desadaptada de los recursos atencionales.

Por tanto, el estrés intenso y prolongado suponen los siguientes efectos:

- Estrechamiento de la atención, focalizando aspectos centrales y obviando los periféricos. Se altera, por tanto, la atención selectiva, perdiendo la capacidad para discriminar la información. Por ejemplo, "efecto de focalización del

arma”, cuando la víctima centra su atención en el arma y obvia detalles como la cara del agresor o cómo iba vestido. (“memoria en túnel”).

- Afectación de la concentración, aumento de la labilidad emocional, la rigidez en el comportamiento, la distraibilidad, y perturbación del estado de ánimo, entre otros aspectos.

Cuando el organismo se expone a una situación de alto estrés emocional, se activan mecanismos dirigidos a la supervivencia y escape de la situación, que no permiten el desarrollo reflexivo, planificación, ejecución de actuaciones complejas, etc. En momentos de estrés es difícil poder elaborar un plan de acción. Por tanto, contar con entrenamiento al respecto, que haya permitido exponerse a la situación valorando todas las posibilidades de respuesta, permitirá que el profesional pueda recurrir a esas medidas, y por tanto, aumentar su seguridad y la finalización correcta de la situación.

De todo esto subyace la grave afectación que el estrés sostenido en el tiempo, tanto por características del trabajo (horarios, carga de trabajo, clima laboral, etc.) como no inherentes a sus funciones pero acaecidas dentro de ellas (agresiones, manejo de la ansiedad y malestar de pacientes, etc.), afectan gravemente a la capacidad atencional, entre otros procesos cognitivos. Para hacer frente a esas dificultades, el profesional realiza grandes esfuerzos compensatorios para que no influya en la continuidad de su desempeño. Cuando estos esfuerzos deben realizarse de manera sostenida en el tiempo, su estado afectivo y emocional, el sistema cognitivo general y a nivel biológico el endocrino y nervioso autónomo, se ven afectados, influyendo directamente en la salud física y emocional del profesional.

Cuanto más precisos seamos en la presentación de la denuncia, más clarificador será el hecho ante la Autoridad Judicial. Debemos tener en cuenta que el Juez sentenciador no estuvo en el episodio

de violencia, por lo que en la fase de la celebración del juicio oral, la situación crítica que padeció el profesional será lejana para el Juez que debe dirimir sobre lo ocurrido, por tanto, tanto el parte de lesiones o parte de asistencia sanitaria, como otras pruebas (declaraciones de testigos- compañeros y/o otros usuarios, datos anteriores sobre otros episodios o incidentes con la misma persona comunicados y/o obrantes en la administración sanitaria, etc.), servirán de cruciales elementos objetivos para la autoridad judicial.

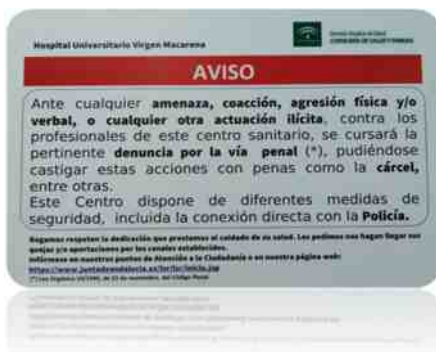
Además deberán plasmarse y evaluarse convenientemente, por lo que el responsable del Centro Sanitario deberá presentar la denuncia al respecto, los daños ocasionados en el material (mobiliario o material informático). En muchas ocasiones se producen episodios violentos con daños donde el agresor además de acometer contra la integridad física del personal sanitario, arremete contra la propia infraestructura del centro o área sanitaria o su logística.

3.5. LOS CARTELES INFORMATIVOS SOBRE LAS AGRESIONES A SANITARIOS Y SUS CONSECUENCIAS PUEDEN RESULTAR DISUASORIOS A LOS POTENCIALES AGRESORES.

Sin duda, dichos carteles son un elemento informador para todos los usuarios y pacientes, al igual que se publica la carta de servicios y otros anuncios informativos sobre los derechos y deberes de los usuarios. En muchas ocasiones, como he señalado con anterioridad, los propios profesionales desconocen la protección penal con la que cuenta, y mucho menos la ciudadanía en general. Por todo ello, dicha medida de información puede ejercer como un elemento importante de disuasión y protección para estos profesionales.

De hecho, colectivos como el Colegio Oficial de Enfermería de Madrid ha realizado carteles informando sobre la protección dispensada por el artículo 550 y 551 del Código Penal, para su

colocación en salas de espera y consultas, e incluso el Servicio Andaluz de Salud también ha elaborado carteles informativos en ese sentido, que se incluye aquí:



3.6. ¿CÓMO ACTUAR HASTA QUE LLEGUEN LOS CUERPOS DE SEGURIDAD AL CENTRO SANITARIO QUE SOLICITA SU PRESENCIA?

Como primer paso, el profesional que perciba un posible riesgo, debe solicitar ayuda del vigilante de seguridad o presencia de un compañero/a u otra persona cercana que le ayude para acabar con la situación de violencia, y que al mismo tiempo, pueda servir como testigo de los hechos, a la vez que se da aviso a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, que en el caso del Cuerpo Nacional de Policía será el 091, de la Guardia Civil, el 062 o a través de la aplicación ALERTCOPS. (Solo disponible para aviso a Policía Nacional o Guardia Civil). También se puede avisar al teléfono de emergencias 112, y desde allí se procederán dar aviso a los Cuerpos Policiales competentes, incluida Policía Local.

Mientras se produce la llegada de los Cuerpos de Seguridad, habrá que adoptar las medidas de autoprotección que sean necesarias y que se recomiendan en el capítulo sobre Medidas de Autoprotección. Tanto la Guardia Civil como la Policía Nacional vienen desarrollando diferentes tipos de formación con consejos

prácticos y pautas de actuación ante una situación violenta, como pueden ser: intentar salir del espacio donde nos encontremos, avisar a un compañero y no quedarnos solos, mantener siempre la distancia de seguridad, emplear una escucha activa y conducirlo a otra idea o pensamiento, incluso darle por sentado que vamos a atender sus demandas con objeto de salir de esa situación crítica y automáticamente solicitar el apoyo de un compañero y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, el control del lado dominante del agresor (brazo fuerte, gestos amenazantes) para prevenir por donde se va a producir la agresión, el control visual de las manos del agresor, y asegurarse una vía de salida accesible, siempre estando el profesional más cerca de la puerta, o el uso de los botones de alarma discreta o sonora, etc.

3.7. MODIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES DE LOS CENTROS SANITARIOS PARA OFRECER MÁS SEGURIDAD AL PROFESIONAL.

Dentro de las líneas de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, y en concreto, una de las labores de los llamados Interlocutores Policiales Sanitarios es la de poder asesorar a los responsables de los Centros sanitarios en todas aquellas medidas de seguridad que venga a reforzar la prevención de conductas agresivas y la suficiente capacidad reactiva si estas se producen.

Por ejemplo, el distribuir el mobiliario de la consulta de manera que permita la salida del personal sanitario, ofreciendo un obstáculo o elemento protección contra el posible agresor es una medida muy útil, así como las consultas de nueva construcción con doble puerta, o la instalación de botones sonoros de alarma, cámaras de seguridad, personal de seguridad privada, son medidas muy útiles.

De hecho, por los Interlocutores Policiales Sanitarios se vienen asesorando en algunas medidas de disposición de las consultas de diferentes centros sanitarios, y siempre que los Cuerpos Policiales

se personan en los diferentes Centros de Salud o Áreas Hospitalarias a realizar una formación, se entrevistan con el responsable del Centro, brindando estas posibilidades de asesoramiento.

En complejos o infraestructuras sanitarias más antiguas, el sistema de seguridad de doble puerta de la consulta resulta muy difícil ejecutar o implementar, si bien la primera premisa en la disposición de las consultas sería tener la puerta de salida o vía de emergencia ante una situación crítica lo más próximo al profesional. Con la pretensión de buscar el beneficio del paciente o usuario, muchas de las consultas y su mobiliario se ha dispuesto de forma errónea, convirtiéndose en una ratonera para el propio profesional que puede resultar agredido. Sírvese de ejemplo esta fotografía.



La disposición ideal sería, en una consulta, al fondo de la habitación la camilla de exploración, sillas de usuario y/o paciente, mesa del profesional lo más cercana posible a la puerta y con posibilidad de salida por ambos lados.

Por otra parte, es necesario eliminar del acceso al paciente, elementos punzantes o contundentes que puedan ser un arma en caso de ataque. Así mismo, recomendar eliminar del acceso visual

del paciente fotografías y otros símbolos de carácter personal, que puedan aportar datos de carácter sensible al agresor. Esto puede acrecentar la inseguridad del facultativo y/o familiares en caso de agresión. Por ejemplo: incluir fotografías de sus hijos en zonas de fácil reconocimiento (sobre todo si reside en zona cercana al lugar de trabajo) o con símbolos que puedan facilitar localización, como el uniforme del colegio o frente al domicilio. Son datos personales que a veces pasan inadvertidos pero que en caso de ser utilizados por los agresores como medida de coacción, pueden suponer una grave merma de la seguridad, bienestar y aumento del temor por parte del profesional.



Aglutinar numerosos objetos en la consulta, puede conllevar una situación de riesgo, en caso de atención a un paciente que se torna agresivo.

www.pexels.com

3.8. PAUTAS DE AUTOCUIDADO POSTERIOR A LA VIVENCIA DEL INCIDENTE

Después de la vivencia de una situación de alto estrés emocional, bien sea de manera directa o de forma indirecta (Haberla presenciado, participado en el incidente como interviniente, etc.), es normal que puedas experimentar reacciones como: desorientación, sentirse desconcertado, recordar lo ocurrido (pensamientos intrusivos), tener pesadillas, sentir ansiedad, dificultades para dormir, falta de apetito, etc. Son normales ante la vivencia de una situación anormal, que surge de manera abrupta, sin esperarlo y que genera un malestar significativo para la persona. Puede incluso haber sentido temor por su integridad

física y psicológica, o la de otros. Es posible que a pesar de querer obviar lo ocurrido y no hablar del tema, exista una necesidad de justo lo contrario, comentar lo sucedido como una vía para superar la angustia. Hay ciertas técnicas que pueden ayudar a resolver algunas de estas reacciones. Por ejemplo, la técnica de detención o parada del pensamiento (Bain, 1920), para los recuerdos rumiativos invasivos. Así mismo, a continuación se aportan algunas recomendaciones para favorecer el auto cuidado, tras la vivencia del incidente.

➤ **Alimentación saludable.**

Llevar a cabo una alimentación equilibrada y variada, facilitará la aportación de los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades básicas del organismo, tanto para la continuidad de su funcionamiento físico, como también mental y emocional. La alimentación es una base esencial del cuidado de nuestro cuerpo y nuestra mente. El control del peso, tensión arterial y otros parámetros que afectan a nuestro bienestar y funcionamiento general, depende de nuestra alimentación.



www.pixabay.com

Hay ciertos horarios de trabajo (nocturnidad y jornadas de más de 8 horas) que dificultan llevar a cabo una adecuada alimentación y generan una tendencia a consumir alimentos de alto contenido calórico, azúcares, hidratos de carbono, bebidas energéticas y excitantes.

Esta alimentación afectará al profesional no solo en su salud física, sino también en su equilibrio psicológico. Por tanto, se recomienda mantener un horario regular de comidas y evitar comidas copiosas durante el turno de noche, así como condimentadas con especias

picantes, las cuales perjudican el sueño por aumentar la temperatura corporal y la hipersecreción de jugo gástrico, comidas diuréticas, legumbres, etc. (Canet, T. 2016). Por el contrario, los alimentos que facilitan el sueño, son aquellos ricos en triptófano (plátanos, leche, pescado azul, nueces, entre otros), y combinarse con otros como los ácidos grasos, omega 3, vitamina B, hidratos de carbono de absorción lenta (pan integral y miel en pequeñas cantidades, por ejemplo), etc.

Intente no comer de manera apresurada (A veces comemos tan deprisa que dificultamos la posterior digestión, haciendo que la comida nos resulte pesada y nos dificulte el desempeño posterior). Tome el tiempo que precise para comer y poder disfrutar también de este momento. La masticación ayuda a una buena digestión. (Rostagno, H.F)

Como la alimentación y el sueño están relacionados directamente, en personas que tengan dificultades en este último aspecto, podría analizarse la presencia de posibles intolerancias alimentarias que estén perjudicando al mismo.



www.pexels.com

Si es necesario, tomar una bebida estimulante (por ejemplo, café), al principio del turno. Intentar no consumir más bebidas de esta

índole durante el resto de la jornada para no perjudicar al sueño posterior a ella.

➤ **Sueño y descanso:**

Es esencial delimitar un espacio para el descanso y una adecuada higiene del sueño. No se trata solo de dormir, sino de dar calidad a ese sueño para que el descanso resulte reparador y permita un buen funcionamiento del organismo.

Según recomienda la Sociedad Española del Sueño en la Revista de Neurología (2016), un adulto desde la edad de 19 años hasta los 64 años de edad, debe dormir entre unas 7- 9 horas diarias. Han sido numerosos los estudios que han relacionado la falta de un sueño adecuado (sueño de corta duración) con el aumento del riesgo de accidentes, afectación física y psicológica, fatiga diurna, bajo rendimiento laboral, etc.

Las necesidades de sueño de las personas mayores difieren un poco de las de los adultos jóvenes. Sin embargo, aquellos que duermen las horas recomendadas tienen mejor funcionamiento cognitivo y mejor calidad de vida general.



Tener una cotidianidad de períodos cortos de sueño, no se puede compensar aunque se alargue el sueño durante los fines de semana. Las horas de sueño que se pierden no se recuperan, produciendo efectos negativos para la persona.

www.pexels.com

El exceso de horas de sueño también es perjudicial, por lo que lo óptimo es situarse en la franja horaria recomendada. Estar más

cansados por la falta de sueño, la continuidad y la calidad del mismo, afectan también al ejercicio físico, ya que estamos más cansados (El organismo tiende a fatigarse más porque no ha conseguido recuperarse y restablecerse como debería), y aumenta el sedentarismo.

La privación continuada de las horas de sueño recomendadas, está relacionada con consecuencias como: cambios metabólicos (tendencia al aumento de peso), endocrinos e inmunológicos, aumento de la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular, afectación en el aprendizaje (el sueño está relacionado con el aprendizaje, siendo importante en el funcionamiento de la memoria y la consolidación de los contenidos aprendidos durante el día, siendo integrados en los que existentes), e incluso está relacionado con algunos tipos de cáncer, entre otras patologías.

Nuestro organismo está preparado para llevar a cabo una vida activa durante el día y propiciar el descanso durante la noche. Cambiar estos ritmos también supone una afectación negativa para el organismo. Por ejemplo, los trabajadores nocturnos duermen de media unas tres o cuatro horas menos que los trabajadores diurnos (Madrid- Pérez, J.A 2016). Como consecuencia de ello, pierden una proporción de sueño ligero y sueño REM, importante para la regulación de la memoria y el estado de ánimo. Así mismo, tienen mayor riesgo a padecer trastornos cardiovasculares, digestivos, entre otros. Ocurre de manera similar con el trabajo a turnos, el cual genera afectación en la salud y la vida social. Para aquellos puestos de trabajo que se desarrollen durante la noche o con turnicidad, hay una serie de recomendaciones que permiten reducir la afectación que conllevan:

- Cuando se realiza turno de noche, puede efectuarse una siesta antes de iniciar el turno, para reducir la fatiga y mejorar el rendimiento y la seguridad en el trabajo. Si el

puesto lo permite, puede realizarse otro pequeño descanso alrededor de las 4 de la mañana.

- Evitar la exposición a la luz intensa al finalizar el turno. Se recomienda utilizar gafas de sol oscuras para el trayecto de nuevo a casa, a fin de facilitar la conciliación del sueño tras la jornada de trabajo.
- Intentar no excederse del consumo de líquidos al terminar el turno de noche, dado que la vejiga tiende a llenarse con más rapidez de día que de noche, pudiendo interrumpir el sueño posterior.
- Llevar a cabo rituales de desconexión de la jornada laboral que faciliten la recuperación y la conciliación del sueño posterior: ducha relajante, tentempié ligero, etc.
- Mantener unas condiciones adecuadas de la habitación que faciliten el descanso: reducir la entrada de luz (si es necesario utilizar antifaz), adecuar la temperatura, reducir el ruido (tapones), desconectar el tlf o el timbre de la vivienda, etc.
- Para personas con dificultades de conciliación, se recomienda tomar melatonina, antes de acostarse por la mañana, tras el turno de trabajo nocturno. El alcohol, cannabis y otras sustancias están asociados a la facilitación del sueño por sus efectos relajantes y depresores del SNC, sin embargo, están relacionados con un sueño fragmentado y un despertar precoz (Madrid- Pérez, J.A 2016).
- Si la siesta supone una merma del sueño nocturno, o un sueño fragmentado, será mejor evitarla.
- Evitar la sobre estimulación física y mental al menos una hora antes de dormir, así como el uso de dispositivos electrónicos.

➤ **Hacer ejercicio físico con regularidad:** Todos conocemos los grandes beneficios del ejercicio físico para nuestro desarrollo y nuestro bienestar físico. Sin embargo, no todo el

mundo conoce los grandes beneficios psicológicos que supone para nuestro organismo. Realizar ejercicio físico regularmente, desarrolla sensaciones de bienestar somático, sensación de competencia, dominio y control (Morilla, M.2001). Reduce la ansiedad, genera endorfinas (neurotransmisores protagonistas de la sensación de placer y reducción de la fatiga), anandamida (implicada también en el circuito de recompensa y alivio del dolor, actuando como analgésico), leptina (protagonista en la sensación de saciedad y regulación del peso. Niveles elevados de esta hormona están relacionados con una disminución de la depresión y ansiedad, sobre todo en mujeres). Así mismo, incrementa los niveles de norepinefrina y serotonina (Gilbert, A y cols.1995), importantes para la regulación del estado de ánimo.

De lo expuesto anteriormente se deduce la importancia del ejercicio físico para la sensación de bienestar, descarga de la atención y control del estrés (mejora la respuesta al mismo). Es por tanto, el mejor antidepresivo que podemos utilizar. Tiene un gran protagonismo en la mejora de la autoestima, sensación de control, autoconfianza (relacionada con el logro de objetivos) y mejora del funcionamiento mental.



www.pexels.com



www.pixabay.com

Para aquellas personas que no tienen instaurado en su cotidianidad un espacio para el ejercicio físico, es importante

incluirlo de manera paulatina (para que pueda añadirse el hábito y se incluya en su rutina diaria. Al menos 21 días para que se genere el hábito). Si se intenta introducir de forma abrupta y con una intensidad y duración excesiva, probablemente se abandone al poco tiempo, no siendo factible para la persona continuar con él. Es mejor tomarlo con calma y realizar pequeños ejercicios de manera continuada que no seguir un hábito y tener escasos espacios de un ejercicio intenso y duradero. Probablemente las agujetas nos desmotivarían. Así mismo, se recomienda elegir un ejercicio acorde a las preferencias personales, utilizar los recursos necesarios para que resulte agradable (Al aire libre, con música, en compañía de otros, marcarse retos y reforzarse el éxito, etc.

➤ **Ocupación positiva del ocio y tiempo libre:** Dedicar un tiempo para uno mismo, realizando actividades que resulten gratas, ayuda a reducir el estrés y la ansiedad propios del trabajo y la vivencia de situaciones de conflicto. No necesariamente tienen que ser actividades lúdicas que consuman mucho tiempo, nos puede ayudar tomar un tiempo para leer un libro, escuchar música o realizar actividades culturales, ir al cine, etc.



Estar en contacto con la naturaleza y tomar el sol (al menos 30 minutos), contribuye a un mayor rendimiento y produce un mejor funcionamiento cognitivo, además de potenciar más la autodisciplina y el control de los impulsos.

www.pixabay.com

En definitiva, proporciona una mayor salud mental. Así mismo, la vitamina D3, que estimula el sol, es imprescindible para la absorción de calcio y de magnesio en los huesos. Por otra parte, la exposición a la luz natural regula los ritmos circadianos y produce sustancias químicas en el cerebro que facilitan nuestra regulación física y emocional (influyen directamente en nuestro estado de ánimo).

➤ **Relaciones Sociales y Familiares.**

Contar con una adecuada red social y mantener contacto asiduo con familiares y amigos, genera bienestar, permite desarrollar su faceta personal, desconectar del ámbito laboral y rodearse de personas que le profesan afecto, con quien puedas hablar de ti, de tus preocupaciones y tus temores y te proporcionen momentos de distensión, escucha, proximidad, etc.

Apoye también a otras personas y demuestre que se interesa por su bienestar. Si queremos obtener algo de otros, es responsabilidad nuestra, comprometernos a proporcionar también, aquello que queremos recibir.



www.pexels.com / www.unsplash.com

En el trabajo se recomienda llevar a cabo reuniones periódicas entre compañeros en las que contar, no solo con un espacio para revisar casos clínicos o de protocolos de atención, sino también

delimitar un tiempo en el que poder conversar de sus inquietudes, descarga de emociones, apoyo mutuo entre compañeros, etc. Este hecho ayudará también a mejorar el buen clima laboral y favorecer el sentido de pertenencia e identidad de grupo.



www.pexels.com

➤ **Otras recomendaciones:**

- Hacer un uso adecuado del sentido del humor. Es una herramienta muy útil para la prevención y el manejo del estrés y la vida en general. Una buena utilización de este recurso ayuda a relativizar las situaciones difíciles, a reducir la ansiedad de las situaciones conflictivas y a la recuperación del estado de ánimo. La risa y el sentido del humor tienen un profundo efecto en el cuerpo y en la mente, permite liberar pensamientos reprimidos, genera resultados positivos en

pulmones e intestinos, mejorando la respiración, digestión y evacuación. Así mismo, al reírnos, generamos endorfinas, lo que nos hace disminuir el estrés. (Rostagno, H.F)

- Tomar conciencia de las tensiones existentes. Llevar a cabo ejercicios que permitan la percepción de nuestra situación y estado emocional en cada momento, en el “aquí y ahora” (“Mindfulness”: Técnica que trabaja la atención o conciencia plena. Nos permite estar atentos a nuestros pensamientos, emociones y sensaciones sin juzgarlas, sino tomando conciencia de ellas para poder enfocarse en el momento presente y trabajar sobre él).
- Permitir la expresión emocional. Encontrar y favorecer el contexto adecuado que permita una expresión emocional, facilita la reducción de la tensión acumulada y la ansiedad de las situaciones de alto estrés. La ventilación emocional es una de las técnicas más utilizadas en la implementación de los primeros auxilios psicológicos tras una situación de crisis.
- Realizar algún ritual para cerrar el día: Es importante elegir una manera de informarnos a nosotros mismos de que el día ha finalizado y toca llegar a casa cerrando la jornada laboral. Es una estrategia indispensable para no llevar el trabajo a casa. Algunas personas efectúan un balance del día en el camino a casa, tratando de estructurar qué se hizo y qué no, qué queda pendiente de realizar, qué experiencias se han vivido, estrategias y tareas para el día posterior, etc. Puede realizarse en el mismo lugar de trabajo antes de salir. Otras personas utilizan la música (es un instrumento poderoso para transmitir emociones) o la ducha como una manera de limpiar todas las toxinas acumuladas en el ejercicio laboral (físicas y emocionales), siendo una forma de purificar su mente de la jornada de trabajo y ahí finalizarla. Cualquier estrategia de cierre que utilicéis es válida. Es importante buscar una que encaje con vosotros y que os permita diferenciar la vida

- personal de la vida laboral (en ambas direcciones, ya que tampoco es positivo llevar los problemas de casa al trabajo).
- La formación es otro recurso para paliar los síntomas asociados a vivencias negativas y situaciones de alto estrés. Un profesional formado aumenta la confianza en sus capacidades (confianza que varía notablemente su manera de abordar la consulta y la interacción con el paciente), reduce la incertidumbre sobre todo en las situaciones nuevas y desconocidas y mejora la percepción de seguridad. Es decir, se genera una percepción de competencia y conocimientos necesarios para hacer frente a las distintas situaciones a las que se enfrenta.
 - Regálese buenos momentos, refuerce su buen hacer y su esfuerzo. Esto permitirá asociar el trabajo, no solo a los estímulos negativos que puedan vivirse en él, sino a un beneficio y reconocimiento posterior.
 - Hágase auto afirmaciones positivas. Nuestro discurso interior, nuestros pensamientos y la manera en la que nos hablamos a nosotros mismos, influye directamente en nuestras emociones y estas últimas en nuestro comportamiento, autoestima, valoración de nuestra situación y nuestra vida, etc. Podemos influir en esta relación si nos tratamos con afecto, dejando a un lado la auto exigencia y autocrítica excesiva, siendo generosos y justos con nosotros mismos y nuestro desempeño diario. Está bien que la introspección y la autocrítica nos ayude a mejorar, pero cuando nos incapacita y nos impide vernos de una manera real y positiva no nos permite crecer.
 - Practicar técnicas de relajación (Respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson, entre otras), meditación, yoga, etc. Durante las primeras veces que se realicen los ejercicios, es posible que no se observen grandes cambios y el tiempo que se precise para obtener la sensación de bienestar sea mayor. Sin embargo, la práctica en estas técnicas permitirá obtener grandes resultados y reducir la

inversión del tiempo del ejercicio para la conseguir el estado de relajación que permitirá continuar con el desempeño de las funciones de manera óptima.



www.pexels.com



www.unsplash.com

- Existen otras técnicas que se utilizan tras las intervenciones en situaciones de crisis y emergencias, para permitir la desactivación y el posterior restablecimiento y recuperación de los intervinientes. Son conocidas como "Defusing" (técnica informal semiestructurada, que se desarrolla en las primeras 24 horas del incidente) y el "Debriefing" (técnica estructurada dirigida por profesional de la psicología), utilizada para la prevención secundaria. Se mencionan a fin de que el lector las conozca y pueda profundizar si le resultan de interés.

3.9. LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN Y AFRONTAMIENTO DE LA SITUACIÓN.

Nadie, salvo los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, y bajo la premisa de una permanente instrucción policial, está preparado para una agresión ilegítima, que solo el agresor sabe cómo y cuándo va a realizar, y en ocasiones, los propios miembros

de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, pese a esa formación, la sufren igualmente.

No obstante, toda formación e información es positiva y eliminará o reducirá los riesgos y sus consecuencias. Debemos partir de la idea o tener en cuenta que nuestros profesionales de la salud han sido formados para curar y no defenderse de sus pacientes o acompañantes, así que toda formación e información será efectiva.

La propia Ley de Prevención de Riesgos Laborales señala en su artículo 14 que los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. En cumplimiento del deber de protección, el empresario, que en este caso es la Administración Sanitaria, deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo.

En su artículo 19 de la referida Ley de Prevención, señala que la formación deberá estar centrada específicamente en el puesto de trabajo o función de cada trabajador, adaptarse a la evolución de los riesgos y a la aparición de otros nuevos y repetirse periódicamente, si fuera necesario.

Es evidente que las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios podrían considerarse como la aparición de un nuevo riesgo, como es la agresión verbal o física a estos profesionales, que de manera incipiente se está materializando cada vez más en el ámbito sanitario, por lo que es del todo necesaria una mayor implementación de formaciones dirigidas a evitar dichos riesgos o minimizar sus consecuencias. Los profesionales de la salud, veteranos ya, pueden considerar que este riesgo ya viene acompañándoles desde que empezaron su trayectoria profesional, es verdad, y lo tienen tan interiorizado que lo asumen como una condición más de su trabajo, planteamiento que no se debe asumir bajo ningún concepto ¿cómo puede ser una condición de su trabajo

el sufrir una agresión una persona que lo que pretende es asistir, ayudar y curar a una persona? Desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales, dicha afirmación no es asumible, y por tanto hay que luchar por evitar dichos riesgos de agresión y de materializarse, reducir o mitigar sus consecuencias.

Resulta fundamental, por tanto la formación específica de estos profesionales ante estos nuevos retos. De hecho, cada vez, desde las áreas de prevención y diferentes jefaturas de personal del sistema sanitario se vienen solicitando la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos Policiales para que participen en sus programas de formación, así como todas las iniciativas de formación en materia de escucha activa, resolución de conflictos o la adopción de medidas de seguridad y autoprotección son primordiales.

Un profesional entrenado en habilidades comunicativas, con formación específica en prevención y con experiencia en su aplicación, es más efectivo en la interacción con pacientes, evitando en gran medida, que los conflictos que surgen en las consultas, desemboquen en consecuencias graves. De esta manera, se permite una mejor detección y manejo de situaciones difíciles, lo que disminuye significativamente la violencia en las consultas.

Cuando las conductas de riesgo se reconocen, es posible reconducir la situación y generar una respuesta adaptada antes de que el conflicto desemboque en violencia. Si el profesional está formado, cuenta además con recursos añadidos, los cuales inciden de manera positiva en su seguridad y confianza, hecho que sin ninguna duda, benefician al adecuado abordaje de la situación.

Si por el desempeño diario, se conoce o se sospecha (por antecedentes previos) que pueda generarse una situación de violencia en consulta, se deberá informar antes de que se produzca, a la dirección del centro, a fin de que se tengan en cuenta las medidas preventivas que se valoren oportunas.

CAPÍTULO 4: ACLARACIONES NORMATIVAS A TENER EN CUENTA EN ACTUACIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

Como hemos dicho, ya somos conocedores de la existencia de diferentes Planes o Protocolos diseñados por las Autoridades Sanitarias de las Comunidades Autónomas, como el Plan de Prevención y Atención del Sistema Sanitario Público de Andalucía y en este Manual, hacemos una pequeña introducción del mismo, en las partes que nos resulta interesante, desde el punto de vista de la prevención de agresiones.

Sin duda resultaría interesante que dichos Planes y todos aquellos protocolos que pudieran servir para dotar de la mayor protección a estos profesionales se conocieran por todos ellos a través de la oportuna información y formación.

En este capítulo pretendemos informar al profesional sanitario de las diferentes leyes y normas penales que le dotan de una mayor protección, ya que entendemos que el conocimiento de su existencia por parte del profesional le va a ser de gran utilidad.

Así, la LO 1/2015 de 30 de marzo, de reforma del Código Penal, considera en todo caso actos de atentado los cometidos **contra los funcionarios docentes o sanitarios** que se hallen en el ejercicio de la funciones propias de su cargo o con ocasión de ellas, si el mero hecho de poder ser considerados **funcionarios** públicos a efectos penales les otorgara en todo caso la condición de sujeto pasivo.



Artículo 550.

1. Son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas.

En todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas.

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

-Dicha protección tiene su tipo agravado en el artículo 551:

Artículo 551.

Se impondrán las penas superiores en grado a las respectivamente previstas en el artículo anterior siempre que el atentado se cometa:

1. Haciendo uso de armas u otros objetos peligrosos.

2. Cuando el acto de violencia ejecutado resulte potencialmente peligroso para la vida de las personas o pueda causar lesiones graves. En particular, están incluidos los supuestos de lanzamiento de objetos contundentes o líquidos inflamables, el incendio y la utilización de explosivos.

3. Acometiendo a la autoridad, a su agente o al funcionario público haciendo uso de un vehículo de motor.

4. Cuando los hechos se lleven a cabo con ocasión de un motín, plante o incidente colectivo en el interior de un centro penitenciario.

Se establece en el art. 24.2 CP que a los efectos penales Se considerará **funcionario** público: "el que por disposición inmediata de la Ley, por elección, o por nombramiento de Autoridad competente participe en el ejercicio de funciones públicas"

El Código Penal en su artículo 24 distingue y define específicamente los conceptos de autoridad y de **funcionario** público. Así dispone, que a los efectos penales, se reputará autoridad al que por sí solo o como miembro de alguna corporación, Tribunal u órgano colegiado tenga mando o ejerza jurisdicción propia. En todo caso, tendrán la consideración de autoridad los miembros del Congreso de los Diputados, del Senado, de las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas y del Parlamento Europeo. Se reputará también autoridad a los miembros del Ministerio Fiscal. Y se considerará **funcionario** público a todo el que por disposición inmediata de la Ley o por elección o por nombramiento de la autoridad competente participe en el ejercicio de funciones públicas.

La regulación penal desde el año 2015, protege al personal **docente** y **sanitario** en su consideración de autoridad a los efectos del delito de atentado, en atención a la reforma operada por Ley Orgánica 1/2015, en el artículo 550.1, párrafo segundo del CP, considerándose por algunos tribunales como autoridad al personal **docente** y **sanitario** en el ejercicio de sus funciones.

Asimismo algunos tribunales han considerado que la falta de respeto, o en los insultos a un médico en el ejercicio de su función en un centro médico no constituye un delito de atentado, evidentemente, sino en todo caso una falta de respeto que podría ser tipificada en el artículo 556 párrafo segundo del Código penal.

Artículo 556.

2. Los que faltaren al respeto y consideración debida a la autoridad, en el ejercicio de sus funciones, serán castigados con la pena de multa de uno a tres meses.

Evidentemente, la agresión física, por ejemplo a un enfermero se consideraría delito de atentado a funcionario público sanitario.

"Cuando el enfermero se encontraba en un hospital concertado para la prestación sanitaria, el agresor que se encontraba bajo una intoxicación etílica le propinó un puñetazo en la mandíbula al profesional sanitario".

Como hemos reseñado, el **artículo 550.1 del Código Penal dispone que:** "Son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o **funcionarios** públicos, o los acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas. En todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos **contra los funcionarios docentes o sanitarios** que se hallen en el ejercicio de las **funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas**".

La distinta jurisprudencia señala que el **delito de atentado requiere un acto típico** constituido por el acometimiento, empleo de fuerza, intimidación grave o resistencia activa también grave. Diferentes tribunales vienen señalando que basta con que tal conducta se dé con una acción directamente dirigida a atacar o intentar agredir a la autoridad, (a sus agentes o a los **funcionarios**), señalando que el atentado se perfecciona incluso cuando el acto de acometimiento no llegar a consumarse. Lo importante es ese ataque violento o intención de acometer, no siendo necesario que se de un resultado lesivo en el sujeto pasivo (profesional sanitario), que en el caso de que concurriese (por ejemplo, con unas lesiones sobre el profesional sanitario) se

penaría independientemente ese hecho, además delito de lesiones causadas a dicho profesional.

Por tanto, según la jurisprudencia, podemos resumir que para considerar este delito de atentado contra la autoridad, agente de la misma o funcionario se deben cumplir una serie de requisitos:

- a) Según la definición establecida en el art. 24 CP, que el profesional sanitario esté revestido del carácter de autoridad, agente de la misma o **funcionario** público en el sujeto pasivo.
- b) Que el profesional sanitario se halle en el ejercicio de las funciones de su cargo o con ocasión de ellas. Esto es, que el profesional sanitario se encuentre en el ejercicio de las funciones propias del cargo que desempeña (durante el desarrollo de su trabajo) o que el hecho haya sido motivado por una actuación anterior en el ejercicio de tales funciones (por ejemplo, es reconocido en un supermercado o en la calle por un paciente suyo y éste le agrade).
- c) Se debe producir un empleo de fuerza, un acometimiento contra la persona del profesional sanitario, o una intimidación grave, incluso también se puede considerar la resistencia activa también grave. También tendría cabida la mera intención de agredir al profesional, no siendo necesario que se produzca un resultado lesivo.
- d) El conocimiento por parte del agresor de la cualidad y actividad del profesional sanitario. Por ello resulta conveniente que en toda actuación profesional, el primer paso sea presentarnos e identificarnos convenientemente.
- e) Debe existir un dolo o querer ofender, agraviar o que quede demostrado que se desconoce el principio de autoridad (por eso resulta muy útil los carteles informativos de la protección penal de los profesionales sanitarios en salas de espera y otros lugares del centro de salud y/o hospital.

Asimismo la jurisprudencia, en numerosas sentencias ha equiparado y viene equiparando el acometimiento mediante actos corporales (puñetazos, patadas), con la utilización de medios agresivos materiales. Así, por ejemplo el agresor, con la finalidad de amedrentar a la enfermera y perturbar el funcionamiento de los servicios públicos, comenzó a exigirle que le atendiese y diciéndole que tuviera cuidado, que estaba muy nervioso al tiempo que comenzó a proferir gritos, apretando los dientes y alzando los brazos. Ante esta actitud la enfermera le indicó en reiteradas ocasiones que saliera de su consulta, negándose categóricamente el acusado, permaneciendo en el interior al tiempo que amenazaba a la enfermera que la mataría con numerosos gritos, haciendo con las manos el gesto de cortarle el cuello e invadiendo el espacio personal de la mentada funcionaria sanitaria, por encima de su mesa de la consulta, motivo por el cual la enfermera no pudo presionar el botón de auxilio SOS, saliendo finalmente de la consulta aterrorizada.

En relación al concepto de Autoridad del profesional sanitario y su protección penal, que en algunas leyes de salud autonómicas es reconocida dicha consideración de autoridad, como es el caso de la Comunidad de Aragón, cabe señalar que no existe una ley estatal o general que reconozca al profesional sanitario **como autoridad propiamente dicha**. No obstante, resulta interesante poner como ejemplo, la reciente sentencia de un Juzgado en Sevilla que condena a un individuo como autor penalmente responsable de un delito leve de falta de respeto y consideración debida a la autoridad en el ejercicio de sus funciones a la pena de 50 días de multa, fijándose una cuota diaria de 6 euros, con apremio personal en caso de impago de un día de prisión por cada dos cuotas impagadas y al pago de las costas, ya que se produjo un incidente entre, de un lado un médico, enfermero y técnico en emergencias y de otro lado, individuo X, en el curso del cual este último, durante unos 50 minutos, impidió a aquellos ejercer sus

funciones sanitarias cuando los mismos estaban atendiendo a su madre, llegando a proferir a los mismos con expresiones tales como “cómo le pase algo a mi madre, os vais a enterar”. Quedó constado en los hechos probados, que los mismos se enmarcan dentro del tipo descrito en el artículo 556.2 del Código Penal, al concurrir todos y cada uno de los requisitos que exige la jurisprudencia al respecto. Asimismo, se señala en la sentencia que dicho precepto en su redacción dada por la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, castiga al que faltare al respeto y consideración debida a la autoridad, en el ejercicio de sus funciones, con la pena de multa de uno a tres meses, dotándoles a estos profesionales sanitarios la condición de autoridad en este caso.

Así, son cada vez más sentencias, las que vienen a considerar o dar la protección penal de Autoridad al personal sanitario, si bien sería necesaria una concreción legislativa de dicha protección en el ámbito global de España.

En relación a las calumnias e injurias sobre el personal sanitario conviene reseñar lo establecido en el artículo 215.1.

Artículo 215.1 del Código Penal sobre las Calumnias e Injurias establece lo siguiente. “*Nadie será penado por calumnia o injuria sino en virtud de querrela de la persona ofendida por el delito o de su representante legal. Se procederá de oficio cuando la ofensa se dirija contra funcionario público, autoridad o agente de la misma sobre hechos concernientes al ejercicio de sus cargos”.*

Se puede dar el caso de que un grupo de personas de forma tumultuaria entre en un Centro Sanitario, y ejecute acciones que pueden encontrar su tipificación en los artículos 557, 557 bis o 557 ter, relativos al delito de desórdenes públicos, con independencia de puedan incardinarse igualmente en otros preceptos penales en

función de los resultados lesivos sobre las personas o daños materiales causados.

Artículo 557. *Sobre el delito de desórdenes públicos:*

1. Quienes actuando en grupo o individualmente pero amparados en él, alteraren la paz pública ejecutando actos de violencia sobre las personas o sobre las cosas, o amenazando a otros con llevarlos a cabo, serán castigados con una pena de seis meses a tres años de prisión.

Estas penas serán impuestas sin perjuicio de las que pudieran corresponder a los actos concretos de violencia o de amenazas que se hubieran llevado a cabo.

Artículo 557 bis.

1. Los hechos descritos en el artículo anterior serán castigados con una pena de uno a seis años de prisión cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

1.^a Cuando alguno de los partícipes en el delito portare un arma u otro instrumento peligroso, o exhibiere un arma de fuego simulada.

2.^a Cuando el acto de violencia ejecutado resulte potencialmente peligroso para la vida de las personas o pueda causar lesiones graves. En particular, están incluidos los supuestos de lanzamiento de objetos contundentes o líquidos inflamables, el incendio y la utilización de explosivos.

3.^a Cuando los hechos se lleven a cabo en una manifestación o reunión numerosa, o con ocasión de alguna de ellas.

4.^a Cuando se llevaren a cabo actos de pillaje.

5.ª Cuando el autor del hecho se prevaliera de su condición de autoridad, agente de ésta o funcionario público.

6.ª Cuando se lleven a cabo con ocultación del rostro y así se dificulte la identificación de sus autores.

Estas penas serán impuestas sin perjuicio de las que pudieran corresponder a los actos concretos de violencia, amenazas o pillaje que se hubieran llevado a cabo.

Artículo 557 ter. ***Sobre el delito de desórdenes públicos:***

1. Los que, actuando en grupo o individualmente pero amparados en él, invadan u ocupen, contra la voluntad de su titular, el domicilio de una persona jurídica pública o privada, un despacho, oficina, establecimiento o local, aunque se encuentre abierto al público, y causen con ello una perturbación relevante de la paz pública y de su actividad normal, serán castigados con una pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a doce meses, salvo que los hechos ya estuvieran castigados con una pena más grave en otro precepto de este Código.

2. Los hechos serán castigados con la pena superior en grado cuando concurren las circunstancias 1.ª 3.ª, 4.ª ó 5.ª del artículo 557 bis.

Asimismo, los profesionales sanitarios pueden ser víctimas también del Delito de Amenazas. En su concepto de menor gravedad, nos encontramos ante el Delito Leve de Amenazas del artículo 171.7 del Código Penal. Sírvese de ejemplo la sentencia en el año 2018 de un Juzgado de Instrucción de Sevilla, en un procedimiento de Juicio Inmediato sobre Delitos Leves, donde condenó a dos individuos X e Y, como responsables de un delito de leve de amenazas a *MULTA DE TRES MESES con cuota diaria de SEIS EUROS y MULTA DE DOS MESES con cuota diaria de SEIS*

EUROS, respectivamente, y responsabilidad personal subsidiaria en caso de impago, y al pago de las costas, si las hubiera, por mitad por los siguientes hechos:

Los denunciados X e Y, se presentaron en el Hospital acompañando a una menor que precisaba asistencia médica y mientras la niña estaba siendo atendida, X se dirigió a dos auxiliares sanitarias, en términos injuriosos e intimidatorios diciéndoles que se las iba a llevar por delante, profiriendo grandes gritos, siendo reforzado en su actitud por otro familiar, el también denunciado Y, quién reforzaba su actitud agresiva mofándose de las auxiliares sanitarias con burlas y gestos despectivos.

¿Qué señala la Jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la protección penal de los profesionales sanitarios en el ámbito público y privado?

El Tribunal Supremo en cuanto al concepto de personal sanitario como funcionario público realiza una interpretación amplia del concepto de funcionario público al no imponer ninguna limitación... (STS 2558/2016 de 25/05/2016), señalando "...que tiene perfecto encaje en el concepto penal de funcionario público. Conforme al art. 24.2 del CP, " se considera funcionario público todo el que por disposición inmediata de la ley, por elección o por nombramiento de la autoridad competente participe en el ejercicio de funciones públicas".

Según reseña la jurisprudencia del Tribunal Supremo al respecto: "por un lado tendrán esta consideración todos aquellos que presten servicios a entidades y organismos públicos. Pero no se agota en este criterio la atribución del concepto de funcionario en cuanto que puede venir también atribuido por el hecho de actuar sometido a la actividad de control del derecho administrativo". (STS 874/2006, 18/09/2006). En este caso, por ejemplo, tendrían cabida los profesionales sanitarios que desarrollan sus funciones

en Hospitales o Centros Sanitarios concertados con las Comunidades Autónomas o Administración Sanitaria.

No obstante, la jurisprudencia señala la exigencia del carácter de función pública que cabe reconocer desde el punto de vista penal a la prestación de los servicios sanitarios públicos, dejando al lado esta protección para la prestación de servicios en el ámbito de la sanidad estrictamente privada. En nuestra opinión, habría que conseguir que la protección penal que se brinda a los profesionales sanitarios en el ámbito público alcanzase también al ámbito de la sanidad privada.

-Dentro de la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, hay varias infracciones que deberían tomarse en cuenta en la actuación policial por su relación con el ámbito sanitario, si tenemos en cuenta la diferente casuística:

Artículo 36. ***Infracciones graves.***

3. Causar desórdenes en las vías, espacios o establecimientos públicos, u obstaculizar la vía pública con mobiliario urbano, vehículos, contenedores, neumáticos u otros objetos, cuando en ambos casos se ocasione una alteración grave de la seguridad ciudadana. *Sobre este punto habrá que tener en cuenta siempre que el hecho no fuese constitutivo de delito. Resulta útil tomar en consideración, entre otros artículos del Código Penal, los artículos 500,551, 557,557 bis y 557 ter.*

4. Los actos de obstrucción que pretendan impedir a cualquier autoridad, empleado público o corporación oficial el ejercicio legítimo de sus funciones, el cumplimiento o la ejecución de acuerdos o resoluciones administrativas o judiciales, siempre que se produzcan al margen de los procedimientos legalmente establecidos y no sean constitutivos de delito.

5. Las acciones y omisiones que impidan u obstaculicen el funcionamiento de los servicios de emergencia, provocando o incrementando un riesgo para la vida o integridad de las personas o de daños en los bienes, o agravando las consecuencias del suceso que motive la actuación de aquéllos.

Artículo 37. ***Infracciones leves.***

2. La exhibición de objetos peligrosos para la vida e integridad física de las personas con ánimo intimidatorio, siempre que no constituya delito o infracción grave. En este caso, si la exhibición se realiza contra personal funcionario sanitario estaríamos siempre en un Delito de Atentado contra Funcionario Sanitario en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ellas.

4.1. ¿QUÉ DICEN LOS PRINCIPALES PROTOCOLOS O PLANES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS-MADRID, ANDALUCÍA, VALENCIA Y CANARIAS?

En la Comunidad de Madrid, existe el Protocolo de Prevención y Actuación Frente a la Violencia en el Trabajo contra los Trabajadores de las Instituciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. (Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid) BOCM Número 63, Viernes 15 de marzo de 2019.

Resulta de marcado interés en dicha Comunidad, ya desde el año 2009, la implantación por parte de la Consejería de Sanidad de un Registro Madrileño de Agresiones y Conflictos (REMAC). Se trata de un registro centralizado en el que se deja constancia de todas las agresiones cometidas por pacientes, usuarios o acompañantes contra los trabajadores de los centros sanitarios, que son comunicadas por estos.

Señala el referido protocolo que la violencia en el trabajo no se limita a la agresión física, sino que incluye otras conductas

susceptibles de violentar o intimidar a quien las sufre, tales como las conductas verbales o físicas amenazantes, intimidatorias, abusivas y acosadoras e incluso el ciberacoso.

Asimismo, define los Tipos de agresiones, en cuatro grandes apartados:

Agresiones físicas, incluidas:	-Coacciones, que consisten en impedir a otro con violencia hacer lo que la ley no prohíbe, o le compele a efectuar lo que no quiere, sea justo o injusto. Este concepto incluye también el hecho de impedir el normal funcionamiento de los servicios con actitudes intimidatorias o compulsivas. -Lesiones, que suponen el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos o psicológicos
Agresiones verbales, tanto presenciales como a través de ciberacoso, que incluye:	-Insultos o palabras groseras, socialmente inaceptables. -Amenazas, que consisten en el anuncio de un mal futuro ilícito, que es posible, impuesto o determinado a la persona objeto de la amenaza, a su familia o a otras personas con las que esté íntimamente vinculada, con la finalidad de causar inquietud o miedo en la persona amenazada. -Calumnias, que significa la imputación a alguien de un delito, hecha con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad. -Injurias, que suponen la acción o expresión que lesionan la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación.
Acoso sexual	-Es el comportamiento, verbal, físico o a través de ciberacoso, de naturaleza sexual, que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular, cuando crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

Daños patrimoniales	Son aquellas acciones en las que, intencionadamente o como consecuencia de una agresión, se produce un daño patrimonial, que puede ser: — Daño al patrimonio de la organización. — Daño al patrimonio de los trabajadores.
----------------------------	--

El Protocolo de Prevención y Actuación Frente a la Violencia en el Trabajo contra los Trabajadores de las Instituciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, identifica de forma muy precisa los principales factores de riesgos de sufrir una agresión y plantea medidas preventivas para su eliminación o de materializarse la agresión, minimizar sus consecuencias. A este respecto, se afirma en el reseñado protocolo, estando de acuerdo con dicha apreciación, que la aparición de situaciones de tensión en el ámbito sanitario puede estar influenciada por múltiples factores relacionados, en algunos casos, con el paciente y/o acompañante, con el profesional, con la comunicación entre las partes, con la organización y condiciones del centro de trabajo o con la propia actividad asistencial, como, por ejemplo, los siguientes:

Factores de Riesgo:	<i>Medidas Preventivas</i>
Relacionados con el paciente y/o acompañante:	
-Expectativas crecientes en relación con los servicios ofertados. -Falta de conocimiento de las prestaciones de la cartera de servicios.	<i>Información adecuada a los pacientes y usuarios sobre la cartera de servicios ofertada y sobre el proceso asistencial</i>

-Desconocimiento de derechos y obligaciones.	<i>Información adecuada a los pacientes y usuarios sobre sus derechos y deberes en relación con el sistema sanitario</i> <i>Exposición de mensajes, dirigidos a los usuarios, advirtiendo de las consecuencias de agredir a los profesionales</i>
-Trabajo con personas con trastornos mentales y problemática de adicción.	<i>Formación específica a los profesionales para el manejo de este tipo de pacientes</i>
-Dolo. -Actitudes discriminatorias relacionadas con el género, la orientación sexual, la religión, la raza, la procedencia o cualquier otra circunstancia personal o social.	<i>Información a los pacientes y usuarios sobre las consecuencias legales de las agresiones a los profesionales de la sanidad</i> <i>Actuaciones de sensibilización y promoción de la igualdad, el respeto y la tolerancia</i>
Relacionados con el profesional:	<i>Medidas Preventivas</i>
-Dificultad en el empleo de habilidades de comunicación.	<i>Formación específica a los trabajadores en habilidades de comunicación</i>

-Dificultad en el manejo de situaciones conflictivas.	<i>Formación específica a los trabajadores en el manejo de situaciones conflictivas</i>
-Estrés laboral.	<i>Formación específica a los profesionales en el manejo del estrés laboral</i> <i>Análisis de las causas que originan el estrés laboral y adopción de las medidas oportunas</i>
-Síndrome de desgaste profesional.	<i>Formación específica a los profesionales en el manejo del síndrome de desgaste profesional</i> <i>Análisis de las causas que originan el síndrome de desgaste profesional y adopción de las medidas oportunas</i>
Relacionados con la comunicación entre las partes:	<i>Medidas Preventivas</i>
-Información insuficiente o poco comprensible.	<i>Formación específica a los trabajadores sobre la información que han de proporcionar, así como en habilidades para la comunicación efectiva</i>
-Dificultades en la comunicación bidireccional entre el profesional y el paciente o usuario.	<i>Formación específica a los trabajadores sobre técnicas de escucha activa y habilidades de comunicación</i>
-Desconocimiento del idioma.	<i>Disponibilidad de un sistema de traducción</i>

Relacionados con la organización y condiciones del centro de trabajo:	<i>Medidas Preventivas</i>
-Tiempos de espera prolongados. -Incidencias en las citas. -Tiempo de atención en consulta limitado. -Carga de trabajo. -Masificación en salas de espera.	<i>Análisis de las causas y adopción de las medidas correspondientes</i> <i>Incidencias en las citas (por ejemplo, reordenación del sistema de citas, agendas, circuitos, etc.)</i>
-Centros en los que trabaja un solo profesional, centros de trabajo aislados y trabajo nocturno.	<i>Instalación de sistemas de vigilancia y alarma conectados con servicios de seguridad y/o policía</i>
-Atención domiciliaria en entorno no conocido.	<i>Dotación de sistemas de alarma móviles y acompañamiento en la visita, en situaciones específicas</i>
-Salas y pasillos solitarios o poco iluminados.	<i>Mejora de la iluminación y reordenación de las vías de acceso y circulación</i> <i>Instalación de sistemas de vigilancia y alarma</i>
-Insuficiente señalización.	<i>Mejora de la señalización</i>

-Incidencias de confort, limpieza, diseño, etc.	<i>Análisis de las causas y adopción de las medidas correspondientes</i>
-Incidencias con las quejas y reclamaciones de los pacientes.	<i>Análisis de las causas y adopción de las medidas correspondientes</i>
-Trabajo en zonas socialmente conflictivas.	<i>Formación específica a los trabajadores en habilidades de comunicación y en el manejo de situaciones conflictivas</i> <i>Instalación de sistemas de alarma conectados con servicios de seguridad y/o policía</i> <i>Dotación de servicios de vigilancia y seguridad</i>
-Atención a pacientes en situaciones especiales, como detenidos, en prisión o con antecedentes de hechos violentos.	<i>Atención a los pacientes bajo la vigilancia de fuerzas de seguridad o por más de un profesional</i>
-Insuficientes medidas de seguridad.	<i>Instalación de sistemas de vigilancia y alarma</i> <i>Mejora de los servicios de vigilancia y seguridad</i> <i>Mejora de la coordinación con fuerzas de seguridad pública</i>

Relacionados con la propia actividad asistencial:	<i>Medidas Preventivas</i>
-Incidencias con la asistencia recibida.	<i>Formación específica a los trabajadores en habilidades de comunicación y en el manejo de situaciones conflictivas</i>
-Incidencias con la prescripción farmacéutica.	<i>Análisis de las causas y adopción de las medidas correspondientes</i>
-Incidencias con transiciones y/o derivaciones asistenciales.	<i>Información a pacientes y usuarios sobre las prestaciones asistenciales, en materia de prescripción farmacéutica y sobre incapacidad laboral</i>
-Incidencias con la incapacidad laboral.	
-Incidencias con otros aspectos clínico-administrativos.	

Dentro de las recomendaciones ante una inminente agresión, así como después de una agresión, resultan destacables las recomendaciones e instrucciones que señala el referido protocolo, las siguientes:

-El trabajador en riesgo de ser agredido interrumpirá la actividad, salvo que existan pacientes con urgencia vital, hasta que se encuentre en condiciones psicofísicas para reanudar su actividad y en todo caso hasta que el usuario causante del conflicto haya abandonado el centro de trabajo o haya cesado el riesgo de agresión. Interrumpirá también su actividad si su superior inmediato considera que no puede seguir la actividad. En caso de agresión grave no se incorporará hasta que sea valorado por el

servicio de prevención que acredite su capacidad para incorporarse.

-Siempre que se estime necesario, se avisará a las fuerzas de seguridad pública.

-No es recomendable encararse, desafiar o responder a la agresión, salvo aquellas acciones que tengan por objeto la neutralización de la misma con medios proporcionados.

-Comprobada la agresión, la Gerencia, remitirá al agresor una comunicación reprobatoria. Asimismo, valorará la pertinencia de realizar un cambio de profesional asignado o de centro, llevando a cabo las actuaciones que, dentro de la normativa vigente, resulten adecuadas en este sentido.

-El trabajador agredido decidirá si presenta denuncia contra el agresor en dependencias policiales, de la Guardia Civil o ante el Juzgado de guardia. En el caso de que decida presentar denuncia, podrá solicitar ser acompañado por su responsable inmediato o, en su caso, por la persona que la Gerencia haya designado para estas funciones, por su delegado de prevención o por cualquier otra persona de su confianza.

-En cada Gerencia se constituirá una unidad de referencia para la atención al trabajador objeto de agresión, integrada, al menos, por una persona que ofrecerá asesoramiento jurídico y administrativo al trabajador agredido y llevará a cabo las actuaciones precisas para proporcionarle la defensa jurídica pertinente en los procedimientos judiciales que deban seguirse por causa de la agresión sufrida.

El Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de la Salud de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de la Salud, en su apartado introductorio señala que la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** define la violencia en el trabajo como “aquellos incidentes

en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud". Y esta misma organización informa que casi un 25 por ciento de todos los incidentes de violencia en el trabajo se producen en el sector sanitario.

Las medidas de seguridad para la prevención de las agresiones se podrán adoptar tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente.

A. En el centro sanitario *Los centros sanitarios con elevada conflictividad se podrán equipar con los siguientes medios o sistemas de seguridad pasiva:*

–Dispositivos de alarma interna de incidencia.

–Videocámara en espacios comunes de acuerdo con la legislación vigente.

–Sistemas de comunicación directa con la dirección del centro y con las Fuerzas de Seguridad.

–Mamparas de cristal blindado en servicios que atiendan a pacientes psiquiátricos.

–Las Gerencias facilitarán los cauces fluidos de comunicación con las Fuerzas del Orden Público para fomentar actuaciones conjuntas en materia de prevención de agresiones.

–Se recomienda que la atención de los pacientes con comportamientos previos inadecuados se dispense en compañía de otro profesional.

B. En el domicilio del paciente

En las visitas domiciliarias los profesionales sanitarios realizan su trabajo en un entorno desconocido con un grado mayor de

indefensión que en su propia consulta. La prevención de las agresiones en la atención domiciliaria es muy importante y para ello, en el caso de pacientes conflictivos o con comportamientos previos inadecuados, la atención se realizará en compañía de otro profesional sanitario. Se debe establecer un procedimiento de alerta para los casos en que existan fundadas sospechas de riesgo, que garantice la atención de los pacientes y la seguridad de los profesionales.

El Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de la Salud, señala que se hace preciso establecer unas recomendaciones para el manejo del paciente conflictivo y/o irritado. De este modo indica que la información que nos puede alertar ante la aparición de este tipo de situaciones se recibe a través del lenguaje verbal pero sobre todo del no verbal.

En cuanto al lenguaje verbal, hay que tener en cuenta el tono alto, insultos, palabras groseras, contenido del discurso, etc.

–Estilos de comunicación que generen hostilidad: desinterés, frialdad, menosprecio e impaciencia.

–Evitar transmitir información que no sea real y/o proponer acuerdos que no se puedan cumplir.

–Evitar usar amenazas, coacciones o insultos.

–Evitar restar importancia a las quejas o las críticas.

Respecto al lenguaje no verbal, contracción de músculos de la cara, tensión muscular, apretar los puños, señalar con el dedo, cambios de postura rápidos y sin finalidad concreta. Puede haber casos de incongruencia entre lenguaje verbal y no verbal, en estos supuestos se deberá prestar atención a este último.

–Evitar el contacto ocular prolongado, porque puede interpretarse como agresivo y desafiante.

–Evitar señales que se pueden valorar como de desafío, hostilidad, amenaza (ponerse en pie en oposición frontal, señalar con el dedo, etc.).

–Evitar el contacto físico y el exceso de proximidad. Procurar no invadir su espacio personal.

Ante una situación de riesgo se recomienda:

-Mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones.

-Mantener la conversación en tono afable y profesional.

-Si pese a lo anterior la tensión aumenta, se debe reorientar la conversación para:

- Intentar reconducir al usuario hacia un estado de ánimo más tranquilo.*
- Facilitar la liberación de la tensión emocional del usuario o paciente.*
- Reconocer y admitir las posibles deficiencias propias y de la organización.*
- Intentar encontrar puntos comunes, señalando aquellos en los que estamos de acuerdo.*
- Empatizar con los sentimientos del usuario o paciente, sobre todo cuando hay dificultades para controlar las propias emociones.*

La actuación del profesional ante una situación potencialmente peligrosa, donde haya violencia o sea previsible su aparición, se ajustará al siguiente protocolo de actuación:

–Iniciar la salida de la sala o consulta y solicitar la ayuda del vigilante de seguridad. En su defecto, se solicitará ayuda de los compañeros o si la gravedad lo requiere del responsable del centro o servicio.

–Si pese a la ayuda del vigilante o compañero del centro persiste la situación violenta se avisará al 112 que lo comunicará a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

–El incidente o agresión se comunicará siempre al responsable del centro, gerente de Atención Primaria o director-gerente del Hospital que, en función de la gravedad de los hechos, se personará en el lugar del incidente o atenderá al profesional agredido por vía telefónica.

–Si no hubiera agresión física se entregará al profesional la hoja de registro de agresiones (Anexo A). Una vez cumplimentada, se remitirá a la Unidad de Prevención de la Gerencia respectiva y a la Dirección General de Recursos Humanos. Traslado al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Servicio de Urgencias o Mutua de Accidentes de trabajo

Resulta muy interesante la posibilidad que señala el referido Plan de Prevención Canario de si el trabajador desea poner en conocimiento de la Fiscalía la agresión sufrida, remitirá la Denuncia a la Fiscalía Provincial (Anexo B) debidamente cumplimentada junto al registro de agresiones (Anexo A), a la Dirección General de Recursos Humanos. En otros protocolos o planes de prevención no ofrece esta posibilidad. Esta fórmula resulta muy innovadora y facilitadora para el profesional, a efectos de la interposición de la denuncia correspondiente.



Servicio Canario de Salud
DIRECCIÓN



ANEXO B DENUNCIA

A LA FISCALÍA PROVINCIAL DE.....

Don....., con DNI nº..... y con domicilio a efectos de notificación en, con teléfono de contacto..... al amparo de lo dispuesto en el artículo 773.2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, por medio del presente escrito, al que se acompaña la siguiente documentación consistente en:

- a) (parte de lesiones)
- b)
- c).....

Formulo **Denuncia** por los siguientes:

Hechos

Primero: Sobre las..... horas del día....., quien suscribe, ejerciendo sus funciones de..... en el..... fue agredido por D....., consistiendo la agresión en

Tales hechos fueron presenciados por D..... con DNI nº..... y con domicilio a efectos de notificaciones en.....
Quien denuncia es perteneciente al Servicio Canario de la Salud.

Por todo ello y de conformidad con lo dispuesto en la Ley 50/1981, de 30 de diciembre, reguladora del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal, se interesa a esa Fiscalía la práctica de las diligencias oportunas para la averiguación de los hechos y la identificación de las personas criminalmente responsables y además, se propone los siguientes actos de investigación:.....

En a de de ...

C/ Juan Bosch Millares, 1
35004 - Las Palmas de Gran Canaria
Telf.: 928 30 80 10

C/ Méndez Núñez, 14 -1º
38071 - Santa Cruz de Tenerife
Telf.: 922 47 58 38

Asimismo el Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al paso 5 “Denuncia ante el órgano competente”, del procedimiento de actuación ante una situación de agresión en el sistema sanitario público de Andalucía, señala que desde la Subdirección de Asesoría Jurídica del Servicio Andaluz de Salud se elaborará un modelo tipo de denuncia utilizable en estos supuestos (qué está pendiente de desarrollar).

No obstante, debemos trasladar en la interposición de la denuncia, los siguientes datos importantes:

-Identificación del agresor y posibles testigos.

-Descripción detallada del episodio violento, indicando día y hora, así como los antecedentes ocurridos con dicha persona/s, sufridos por el denunciante y/o sus compañeros.

-Anotación detallada de las lesiones: tipo, nombre, medida y localización, así como el resultado de las exploraciones complementarias y el tratamiento seguido.

-Resulta recomendable que a efectos de notificaciones judiciales, se señale el domicilio del Centro de Trabajo y no el particular.

El Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el Entorno Sanitario 2018-2021, de la Generalitat Valenciana, adopta diferentes medidas de prevención ante las agresiones a profesionales de la salud.

Como hito importante, señala a este respecto que el Observatorio Europeo de Riesgos Laborales incluye la violencia en el trabajo en el listado de riesgos emergentes en la atención sanitaria en todos los países de nuestro entorno, ya que, a pesar de no tratarse de un riesgo nuevo, genera una gran preocupación en el sector sanitario. (Observatorio Europeo de Riesgos Laborales, 2014).

Este plan va dirigido a la prevención de las agresiones que cometa cualquier paciente o persona usuaria, sus familiares o acompañantes, contra personal del sector sanitario público de la Generalitat en el ejercicio de su profesión, con la finalidad de causar un daño físico y/o psicológico en la persona (*Violencia tipo 2: cuando existe relación entre la autoría y la víctima mientras se ofrece un servicio*).

El Plan Integral de Prevención de la Generalitat Valenciana, señala que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo advierten del riesgo de considerar la violencia como una parte inevitable del trabajo, lo que se refleja en unas tasas de denuncia bajas. Es decir, no debemos considerar el hecho de sufrir una agresión física o verbal como una condición de trabajo más, sino que tenemos que considerarlo como una situación atípica o anormal que afecta al funcionamiento de un servicio público esencial.

Según señala el Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el Entorno Sanitario 2018-2021, de la Generalitat Valenciana, En 2017 se comunicaron 442 agresiones, de las cuales el 79% fueron verbales. Las agresiones físicas descendieron un 11% respecto al año anterior. Las agresiones supusieron un 10% de los accidentes de trabajo e incidentes registrados en el año 2017.

¿Qué grupo profesional resultó más afectado? Por grupo profesional, el 30% se produjeron en personal de enfermería, un 29% en personal facultativo y un 18% en personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería. La tasa de agresiones es similar en estos colectivos. Un 11% de las agresiones fueron comunicadas por el colectivo de celadores/as, siendo el grupo profesional con una mayor tasa de agresiones.

¿Y según nivel asistencial? Un 56 % de las agresiones se producen en la asistencia especializada. Sin embargo, el riesgo de sufrir una agresión es mayor en Atención Primaria, donde la tasa

de agresiones es 2,3 veces superior que la tasa en Atención Especializada.

En **Atención Primaria** las agresiones son más frecuentes en el personal facultativo (45,3%), seguido del personal de enfermería (26,8%) y el personal administrativo (13,7%). En **Atención Especializada**, son más frecuentes en personal de enfermería (33,2%) y en personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (28,7%).

¿Es mayor la tasa de víctimas de hombres o de mujeres? Las agresiones al personal del sector sanitario tienen una clara **dimensión de género**. La tasa de agresiones es mayor en mujeres (9,1 agresiones por cada 1000 trabajadoras) que en hombres (6,4 agresiones por cada 1000 trabajadores). En la mayoría de los grupos profesionales la tasa de agresiones es mayor en las mujeres. Entre el personal facultativo, las facultativas tienen casi el doble de riesgo de sufrir una agresión que sus homólogos médicos.

¿En cuanto al perfil del agresor?

El 56% fueron hombres. En un 65% de los casos, el agresor fue el propio paciente. Se refirió reincidencia del agresor en un 16% de las agresiones. Se observaron algunas diferencias según el nivel asistencial.

Un 15% de las agresiones registradas en Atención Especializada ocurrieron con pacientes con patología psiquiátrica y un 9% con pacientes agitados por causas orgánicas.

En el ámbito de la Atención Primaria, estas agresiones supusieron únicamente un 3% y un 2% respectivamente, mientras que las relacionadas con drogodependencias y alcoholismo supusieron un 8%.

¿Cuáles fueron las causas alegadas?

El 22% de las agresiones **se atribuyeron** a la disconformidad con la atención recibida, el 11% a causas relacionadas con la organización y un 8% a la disconformidad con el trato recibido.

Las agresiones relacionadas con aspectos derivados de la organización son más frecuentes en la Atención Primaria, mientras que las relacionadas con disconformidad con el trato recibido serían más frecuentes en Atención Especializada. Por otra parte, en Atención Primaria un 11% de las agresiones estarían relacionadas con tiempos de espera frente al 6% en Atención Especializada.

¿Dónde ocurrió la agresión? También se observan diferencias según el nivel asistencial.

Un 63% de las agresiones ocurridas en Atención Primaria tuvieron lugar en la consulta y un 20% en mostrador. En cambio, en Atención Especializada las agresiones más numerosas fueron en salas de hospitalización (48%), consultas (20%) y Urgencias (18%).

El Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el Entorno Sanitario 2018-2021, establece un Listado No exhaustivo de posibles medidas preventivas frente a agresiones en el lugar de trabajo, en los planos de accesos, espacios y sistemas de seguridad, así como un Listado no exhaustivo de posibles Medidas preventivas frente a agresiones en la Organización, que a continuación se reseñan:

Accesos:

-Señalización clara de zonas y locales, en especial en proximidad a puntos de acceso, que permita a la persona usuaria identificar el lugar donde se encuentra o dónde debe dirigirse.

-Señalización clara / delimitación de zonas de libre circulación, zonas de circulación restringida y zonas de uso exclusivo para personal. Control de accesos en caso necesario.

-En centros hospitalarios, procurar que las plazas de aparcamiento estén próximas al centro de trabajo. Buena iluminación en recinto hospitalario. Rondas de seguridad.

-Control visual de zonas de acceso y salas de espera en la unidad, servicio o centro de trabajo

Espacios:

-Disponibilidad de mostrador o zona de recepción para atención e información a pacientes, acompañantes o visitantes, adaptado a los requerimientos de los distintos tipos de personas usuarias.

-Diseño de los lugares de trabajo de modo que se garantice la privacidad en la información a las personas usuarias y pacientes.

-Diseño de los lugares de trabajo teniendo en cuenta el posible riesgo de agresión durante la actividad (prever vías de escape, sistemas de alerta, etc.). Disponibilidad de zonas de trabajo con vías de escape alternativas para determinadas actuaciones (ej. personas detenidas, personas intoxicadas o en estado de agitación, ...).

-Adecuados niveles de iluminación en lugares de trabajo.

-Reubicación de elementos del puesto de trabajo (mesa, sillas,...) de modo que se permita la salida o entrada por vía alternativa en caso necesario.

-Preferencia por mobiliario y equipamiento que no pueda utilizarse como arma arrojadiza.

-Eliminación de la posibilidad de cierre por dentro de las consultas.

-Dotación de elementos de entretenimiento en salas de espera, en especial para pacientes pediátricos. Entorno agradable (ruidos, iluminación, temperatura, ...) y bien equipado (incluyendo agua y alimentos).

Sistemas de seguridad

-Disponibilidad de sistemas de alerta: aplicación "Código alerta" (en todos los ordenadores del centro en los que se presta atención a las personas usuarias). Otros sistemas alternativos donde esta aplicación no pueda implantarse o deba complementarse para garantizar el auxilio del personal. Por ejemplo, pulsadores portátiles. Conexión de estos sistemas de alerta con otro personal sanitario, con el personal de seguridad y/o Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en función de recursos disponibles y nivel de riesgo del centro/servicio.

-Disponibilidad de personal de seguridad en centros de trabajo, Servicios o Unidades conflictivas.

-Disponibilidad / Instalación de sistemas de video vigilancia en zonas conflictivas.

-Coordinación con Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para el establecimiento de medidas disuasorias.

Dentro del Listado no exhaustivo de posibles Medidas preventivas frente a agresiones en la Organización, podríamos dividirlos en 3 grupos de actuación:

Grupo 1: Medidas destinadas a la mejora de la información al usuario:

-Mejoras en la recepción e información al público y mejora en la información a los usuarios y pacientes sobre la cartera de servicios, funcionamiento del centro, cauces oficiales para las quejas y sugerencias (en proximidad a puntos de acceso al servicio/centro, salas de espera, ...).

-Realización, en zonas conflictivas, de cuestionarios de satisfacción del paciente en los que se contemplen factores de riesgo de agresión.

Grupo 2: Medidas de seguridad para el personal sanitario:

-Diseño de rutas de circulación dentro de los centros sanitarios de modo que se limite el movimiento del público a los espacios necesarios. Información / señalización de rutas.

-Presencia y suficiencia de profesionales adecuados garantizada en todas las franjas horarias.

-Diseño de horarios de trabajo evitando lo máximo los trabajos en solitario. Cuando no sea posible, prever la posibilidad de mantenerse en contacto entre ellos.

-Posibilidad de no pasar consulta individualmente en determinados casos, como medida disuasoria.

-Promoción de la información y comunicación entre profesionales (abordaje común de las situaciones conflictivas, compartir experiencias, ...).

-Disponibilidad, actualización y formación de los profesionales en protocolos y guías de actuación.

-Formación de la plantilla en competencia relacional, habilidades comunicativas y manejo de situaciones conflictivas.

-Identificación codificada del personal que realiza labores de inspección, y no mediante nombre y apellidos.

Grupo 3: Medidas de seguridad en la gestión de la atención al usuario:

-Revisión de la gestión de agendas para minimizar los tiempos de espera (tanto en la obtención de cita como en ser atendidos en la visita programada), así como mejoras en la organización de colas en centros sanitarios.

-Organización de trabajos durante turnos nocturnos en puntos de Atención Continuada.

-Gestión de las visitas domiciliarias (horarios, personal, ...) y de las visitas urgentes en Atención Primaria (información al usuario, personal, ...).

El Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el Entorno Sanitario 2018-2021, para el personal sanitario de Valencia, asimismo realiza unas recomendaciones generales y pauta de actuación en caso de conflicto.

El referido plan señala que el conflicto tiene una dinámica en parte previsible y sigue un proceso característico de tensión (escalada o disparo), punto culminante (estancamiento o enlentecimiento) y distensión (desescalada o normalización):

Fase I: Escalada del conflicto. Secuestro emocional, abandono del autocontrol y de la racionalidad.

Fase II: Estancamiento de la agresividad, enlentecimiento.

Fase III: Distensión, retorno a la racionalidad

El enojo o ira que se genera en las personas ante la frustración de las expectativas no cumplidas pasa por estas fases. La manifestación de la ira tiende a extinguirse. De modo general, la intervención recomendada ante estos conflictos es:

1.- Identificar indicios de comportamientos violentos en la persona usuaria, tales como:

- Lenguaje y tono alterados.
- Gestos amenazadores.
- Tensión muscular en brazos y tronco, sentándose en el borde del asiento.
- Dificultad para mantenerse quieta o tranquila, agitando las piernas constantemente.
- Repiqueteo con los dedos en las superficies.
- Golpes al abrir o cerrar puertas.
- Ira y frustración expresados verbalmente.
- Arengas al resto de personas poniéndolas en su contra.
- Señales de uso de drogas o alcohol.

2.- Mantener conductas que permitan que no se des controle la ira de la persona usuaria. Recordar nuestro objetivo: *no perder el control y atender las emociones. La manifestación de la ira tiende a extinguirse*

3.- Facilitar la identificación de las causas del enojo y buscar conjuntamente una solución a su necesidad.

Intentar encontrar posibles soluciones a su necesidad. Si conseguimos que la persona se plantee qué necesitaría hacer para solucionar su necesidad, mejor que proponer una solución propia.

Resulta de especial interés el asesoramiento, apoyo, asistencia y sobre todo en la atención a la reparación a la víctima que plantea "El Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el Entorno Sanitario 2018-2021 de la Generalitat de Valencia", que actúa sobre varios planos diferentes:

El primero relativo a la difusión del procedimiento de gestión de las agresiones: actuándose en base a este procedimiento y encomendando a que cada responsable de centro establecerá el

circuito de atención a la víctima de agresión, designando para ello una persona responsable de su gestión.

El segundo de los planos, relativo al apoyo institucional y del equipo sanitario al profesional agredido, recalca que es importante mostrar el apoyo a la víctima y no dejar sola a la persona agredida en las primeras horas tras la agresión. Se establece que el mando intermedio debe informar a la víctima de los cauces de comunicación de la agresión y asistencia sanitaria. Posteriormente el responsable de centro deberá ponerse en contacto con el profesional agredido manifestando su apoyo institucional. Como ayuda a la víctima, se ofrece la asistencia sanitaria, incluida la psicológica, garantizando su prestación a través de la mutua correspondiente, o en caso de urgencia a través del sistema público de salud más próximo (Urgencias, Servicio de Emergencias Sanitarias).

El tercero de los planos de actuación sobre el asesoramiento, asistencia y defensa jurídica de la víctima, designando a la persona responsable de centro la competente para la implantación del procedimiento de asistencia jurídica a la víctima y otras medidas legales contra la agresión. De acuerdo con este procedimiento, facilitará a la víctima la “Guía de orientación jurídica” y le informará sobre las diferentes opciones para recibir asistencia jurídica. En los casos que procedan, comunicará los hechos al Juzgado de Guardia o Instrucción.

El cuarto de los planos de actuación, y de vital importancia para la recuperación del profesional, lo constituye las medidas de reparación de la víctima, incluyendo la posible suspensión de la relación entre el personal del sector sanitario agredido y la persona agresora, así como la reclamación al agresor de los daños materiales personales e institucionales que hubiera podido ocasionar. Se establece el envío a la persona agresora de un manifiesto de rechazo a la agresión. En el caso de que hubiera

habido daños materiales a la institución, se interpondrá la correspondiente denuncia.

Finalmente, realizar una adecuada vigilancia de la salud, con el fin de detectar posibles trastornos derivados de la agresión, como estrés, ansiedad o depresión. Se ofertará a todas las víctimas de una agresión la posibilidad de realizar esta vigilancia, a través de la correspondiente Unidad Periférica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

4.2. EL NUEVO PLAN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN FRENTE A AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.

El 10 de julio de 2020, en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía número 132, se publicó el Acuerdo de 07 de julio de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del Plan de Prevención y Atención frente a Agresiones a Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Entre sus principales novedades cabe reseñar:

1. La potenciación de las acciones de concienciación dirigidas a la ciudadanía.

Para ello se establece un Plan de Comunicación externo en el que la Autoridad Sanitaria y el Servicio Andaluz de Salud se comprometen a realizar una campaña de concienciación y/o sensibilización dirigidas a la población en general y a los usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en la que se destaca la labor de los profesionales, para recuperar su dignidad y respeto y que al mismo tiempo sirva para recordar que agredir a un profesional sanitario del Servicio Sanitario Público de Andalucía, conlleva el consiguiente reproche penal, al ser un delito contemplado en el Código Penal.

En este sentido, en dicho Plan se señala que por la Administración Sanitaria se trabajará con los Medios de Comunicación para informar y difundir a la ciudadanía los resultados de las Sentencias condenatorias en caso de agresión, respetando en todo caso lo recogido en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo.

Asimismo se llevarán a cabo actuaciones con respecto a los usuarios del sistema sanitario público andaluz como una Declaración Institucional, desde la administración sanitaria, sobre Tolerancia Cero frente a las agresiones en el ámbito sanitario. En la referida Declaración se contemplan elementos que pudieran influir en el cambio de modelo de comportamiento de la ciudadanía, como es el doble compromiso público de la Administración Sanitaria en la protección de la seguridad, salud y bienestar de sus profesionales sanitarios o trabajadores, y el mantenimiento de un ambiente físico y psicosocial adecuados en el centro sanitario, así como en la protección del usuario, garantizando que recibe atención en un ambiente seguro y tranquilo sin violencia.

Dentro del plan de actuación con respecto a los usuarios del sistema sanitario, se les recordará que además de derechos también tienen deberes individuales u obligaciones que deben cumplir, como cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de los centros, cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se les otorgan a través de la Ley de Salud de Andalucía, y más importante, si cabe, que es mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro, así como al personal que preste servicios en los mismos.

2. Se tiende a la homogeneización de la cartelería institucional en todos los centros del SSPA.

Como ya señalamos con anterioridad, en el punto 4.2, sobre los Carteles informativos sobre las agresiones a sanitarios y sus consecuencias, éstos sin duda, resultan disuasorios a los potenciales agresores. A este respecto, el nuevo Plan trata de homogeneizar los existentes. Así refiere el nuevo Plan de Prevención que en todos los Centros Sanitarios del SSPA se dispondrá en lugar visible la cartelería institucional elaborada a tales efectos que será remitida a todos los centros.

3. Se pretende potenciar la formación en materia de prevención de agresiones.

Con el nuevo Plan se pretende la capacitación y aumento de las competencias de los profesionales sanitarios para prevenir esta lacra. Se señala en dicho Plan que para abordar de una forma integral el problema de las agresiones, se considera prioritario desarrollar un proceso de formación específico dirigido a todos los profesionales de la salud sobre la forma o el manejo de las situaciones. Además se da cumplimiento a lo establecido en la propia Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995), concretamente en su artículo 14, que recoge el derecho de los trabajadores a la protección frente a los riesgos laborales, y la consecuente obligación de protección de la Administración Sanitaria respecto de su personal.

Dentro de este ámbito de potenciación formativa, podemos señalar que se establecen las siguientes premisas:

a) Que todo trabajador que se incorpore a un centro sanitario realice de modo obligatorio el curso online “control de situación conflictivas” disponible en la web del SAS. Se trata de una primera formación obligatoria que debe estar a disposición de todos los profesionales.

b) Que en el momento de su incorporación al puesto de trabajo, el cargo intermedio al trabajador ponga en su conocimiento la existencia del Plan de Agresiones y tener en lugar visible el Flujograma de actuación ante una agresión (que figura en el Anexo 4 del referido Plan de Prevención), para estar familiarizado con los pasos a seguir en caso de sufrir una agresión.

c) Se potenciará la formación específica para la prevención de agresiones mediante talleres presenciales que capaciten para actuar ante comportamientos violentos de usuarios/ pacientes y evitar agresiones o minimizar sus consecuencias. El fin que se persigue es que los trabajadores sepan detectar las pautas del comportamiento violento y puedan gestionar adecuadamente dicho comportamiento con la premisa básica de ganar el tiempo suficiente para salir de la situación conflictiva. Para este tipo de formaciones específicas, se señala que se pedirá colaboración a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Guardia Civil, Cuerpo Nacional de Policía y Policías Locales), incluidos profesionales de Instituciones Penitenciarias.

d) La formación irá orientada de forma especial, por las competencias que les dota el propio Plan de Prevención, hacia los cargos intermedios y delegados de prevención

4. Implementar las tareas de coordinación y trabajo permanente a nivel provincial entre los interlocutores policiales sanitarios, tanto de la Guardia Civil como de la Policía Nacional y los interlocutores sanitarios (personal designado por cada Delegado Territorial de Salud y Familias), y los directivos de los centros sanitarios de la respectiva provincia. A este respecto, en el referido Plan se establece en este sentido, que como mínimo cada tres meses, de forma ordinaria se reunirán en la Delegación Territorial competente en materia de Salud las siguientes partes:

-El Interlocutor Sanitario Territorial.

- El Interlocutor Policial Territorial Sanitario de la Policía Nacional y Guardia Civil.
- Los responsables de los centros asistenciales del SSPA.
- La Asesoría jurídica provincial.

Asimismo, dichas reuniones podrán reunirse con carácter extraordinario a solicitud de alguna de las partes citadas.

5. Se incorpora una importante mejora en el acompañamiento del personal agredido y en la asistencia jurídica.

El Plan pretende conseguir que desde que se produce la agresión hasta el final del proceso, la víctima o profesional agredido no se sienta solo. Así se crea una novedosa figura como es el Profesional Guía frente a agresiones, que es un profesional del centro sanitario que permanece al lado del agredido, y que conoce perfectamente el procedimiento establecido, le facilita todos los trámites y le presta asistencia y ayuda, siempre y cuando el profesional agredido lo desee. Ante una agresión el Responsable del Centro o persona en quién delegue, además de atender al profesional personalmente o por teléfono, ofrecerá la presencia del Profesional Guía que le acompañará en las acciones que proceda, proporcionando asesoramiento acerca del procedimiento y trámite posteriores, contando siempre con la voluntad del profesional agredido.

Como hemos dicho con anterioridad, este profesional es personal propio del centro con la doble función de identificar las situaciones conflictivas con carácter preventivo, pudiendo derivar al educador o trabajador social aquellas personas con un potencial alto de conflictividad, y organizando actuaciones dirigidas a profesionales, usuarios y familiares, así como realizará el acompañamiento y apoyo a los trabajadores que sufren una agresión.

Este Profesional Guía, además trabajará en coordinación con los trabajadores sociales y proporcionará información de las acciones

que se lleven a cabo, a nivel provincial a los Interlocutores Policiales y Sanitarios.

6. Denuncia judicial de oficio, por los servicios jurídicos del SAS, por agresión a una autoridad pública en el ejercicio de sus funciones pidiendo de forma urgente y preventiva, si es preciso y posible, el alejamiento del agresor del profesional agredido.

Informará al profesional agredido que la Dirección Gerencia de la que dependa el profesional llevará a efecto la denuncia de la agresión ocurrida, constando en la misma la dirección del centro. El hecho de señalar la dirección del centro de trabajo del profesional, a efectos de notificaciones, en lugar de la de su domicilio privado, resulta de vital importancia para la seguridad del profesional agredido. Debemos tener en cuenta, que el denunciado o agresor, o su entorno, aunque no es frecuente, por cuanto podría estar cometiendo otros tipos de delitos, de coacciones, contra la administración de justicia, podría ejercer segundas acciones de represalias ante la denuncia presentada por el profesional, por lo que adoptar esta medida de prevención resulta del todo primordial, máxime si tenemos en cuenta que la experiencia demuestra que una de las mayores inquietudes de las víctimas es que el agresor pueda averiguar su domicilio particular.

Esta medida de prevención (de señalar el domicilio del centro de salud), debería quedar asegurada desde el mismo momento de la presentación de la denuncia en sede policial, debiendo reseñarse y recordarse al Instructor de las Diligencias Policiales, tanto por el profesional sanitario como por el responsable del centro de salud que interponga la denuncia, este derecho a que figure a efectos de citaciones el Centro de Salud o Centro de Trabajo Sanitario donde desarrolle sus funciones el profesional.

Dicha medida de prevención, si bien no se contempla en el referido Plan, debería abarcar no solo a la víctima agredida, sino a todos los profesionales sanitarios que fueron testigos de dicha agresión.

Por tanto, se considera que sería útil la reforma del citado Plan en este aspecto, a fin de dotar de la mayor protección, no sólo al profesional agredido, sino a todos aquellos otros profesionales que ha presenciado la misma, todo ello desde el principio de prevención de posibles represalias por parte del agresor o su entorno.

En consonancia con la salvaguarda de la seguridad, la intimidad y protección de datos del profesional, el nuevo Plan de Prevención establece que la tarjeta identificativa del personal de los centros asistencial contendrá únicamente el nombre y la categoría profesional, si bien, siendo ambiciosos, dicho nombre podría haberse sustituido fácilmente por un número de tarjeta profesional, como es el código alfanumérico de los Guardias Civiles o Policías, y la categoría profesional, pudiendo identificarse plenamente a dicho profesional con posterioridad a través de dicho código alfanumérico. Ese código sería el que el profesional podría presentar ante el requerimiento de un usuario ante una reclamación, sugerencia o queja.

Asimismo, señala el referido plan que al profesional agredido se le informará del contenido de la Guía de Orientación Jurídica del SAS (Anexo 3). En la referida Guía se reseña de forma clara cuando y en que supuestos será necesaria la presentación de denuncia y/o querrela por parte del profesional agredido. Cabe reseñar, a modo de resumen, que prácticamente, salvo en los daños causados al mobiliario o infraestructura del centro, la denuncia por agresiones verbales, lesiones, amenazas y todos aquellos atentados a la esfera personal conllevará la necesidad de la presentación de al menos, denuncia del personal sanitario afectado o víctima.

En cuanto a la prestación de la asistencia jurídica, cabe reseñar que el procedimiento establece que la solicitud del interesado se efectuará de acuerdo con lo previsto en el Decreto de asistencia jurídica al Servicio Andaluz de Salud, y en el caso de optar el profesional por la asistencia jurídica de un Letrado de

Administración Sanitaria, se tramitará a la Asesoría Jurídica acompañada de una propuesta razonada suscrita por el titular de la Dirección Gerencia del Hospital del Área de Gestión Sanitaria, del Distrito de Atención Primaria o del Centro de Transfusión, Tejidos y células, en cuyo ámbito preste servicios la persona afectada o por el titular de la Dirección General a la que esté adscrita la persona afectada.

7. La valoración exhaustiva de los daños causados en los bienes muebles e inmuebles y, posteriormente, de los gastos que para el SSPA ha supuesto la posible baja laboral del profesional y su eventual sustitución.

Resulta crucial y de vital importancia la valoración perfecta y exhaustiva para que el agresor al sistema sanitario tenga el suficiente reproche penal por parte de la justicia, así como repare civilmente los daños causados por el delito cometido. La valoración de todos los daños ocasiones, deben acompañarse en el procedimiento procesal, e incluso en el atestado policial, de poderse aportar por parte de la Dirección del Centro de Salud o la Gerencia, resultaría sumamente importante su inclusión.

8. En el nuevo Plan de Prevención, se promueven acciones concretas frente a los agresores, supeditados a modificaciones normativas para su implantación, como el establecimiento de un régimen sancionador para los usuarios del SSPA con sanciones económicas proporcionadas al daño causado por el agresor. Ante la insolvencia de medios económicos del agresor, pudiera plantearse algún tipo de trabajo compensatorio a realizar por el agresor para el SSPA.

Cabe destacar, que tal y como se menciona en el propio Plan, el establecimiento de dichas medidas están supeditadas a modificaciones normativas, con lo que habrá que esperar a la culminación y concreción de las mismas, si bien las aspiraciones

son elevadas, teniendo en cuenta que habrá que regular un régimen sancionador efectivo y el planteamiento de poder obligar al agresor a la prestación de algún tipo de trabajo compensatorio, ante la insolvencia de medios económicos, resulta ser del todo algo complicado, por cuanto dicha prestación de un trabajo compensatorio se encuentra en la esfera o regulación de derechos y deberes fundamentales establecidos por leyes orgánicas, tales como el Código Civil o el propio Código Penal, y en mi opinión, deberían ser los Jueces o Tribunales los que estableciesen en última instancia dichas medidas, con la consiguiente regulación legal y/o penológica al respecto.

9. Las Medidas de Prevención

El Plan de Prevención distingue entre Medidas de Seguridad activas y pasivas.

Entre las Medidas de Seguridad Activas señala las siguientes que ya hemos tratado con anterioridad:

- El Interlocutor Policial Territorial Sanitario, el Interlocutor Sanitario Territorial e Interlocutor Sanitario Andaluz.

- Los Delegados de Prevención en su función establecida en el artículo 36 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (colaborar con la dirección en la mejora de la acción preventiva, promover la cooperación en esta materia entre los trabajadores, ser consultados por el empresario acerca de decisiones referidas a la prevención y ejercer una labor de vigilancia y control de las infraestructuras, medidas activas y pasivas y sobre el cumplimiento en la materia)

- El Profesional Guía ante Agresiones, cuya implantación será garantizada por la Dirección Gerencia en su centro, en número acorde con la incidencia de acciones registradas, con lo que puede darse el caso que en un Centro Sanitario exista más de uno. Además habría que tener en cuenta los periodos de vacaciones y

otras ausencias de este personal, por lo que resulta conveniente la existencia de personal de reserva o sustituto que cuente con la formación exigida en el Plan para este tipo de profesionales.

-Los vigilantes de seguridad o la seguridad privada. Tal y como establece el Plan, dichos componentes, de existir, deberán actuar en perfecta coordinación con la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales del Centro de Salud y con el Profesional Guía.

Como Medidas de Seguridad Pasiva se establece que es fundamental disponer conjuntamente de distintos dispositivos de alarma en los centros sanitarios, tales como:

-Pulsador en consulta o timbre antipánico: Que se encuentre al alcance de los profesionales y que pueda ser accionado por presión o contacto. Dicho dispositivo provocará la activación de una señal acústica (y otra luminosa en la puerta exterior de la consulta del profesional afectado), lo suficientemente potente para que se escuche en el servicio de seguridad, y permita identificar el lugar donde se está produciendo la agresión provocando así la reacción del servicio de seguridad, los profesionales y usuarios.

-Software antipánico en los ordenadores: Ya figura instalado en numerosos centros, aunque la experiencia ha denotado su desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios. Según reseña el referido Plan es necesario atender las solicitudes de aquellos centros que hayan solicitado su instalación. Consiste en pulsar una combinación de teclas en el ordenador (por ejemplo Control y F12) que activan una alarma colectiva y silenciosa en el resto de ordenadores.

-Sistemas de alarma móviles para el personal de urgencias y emergencias. Introducción de timbres antipánico en los equipos fijos y móviles. Incorporación de estos sistemas en los profesionales del Cuerpo A4 (Veterinarios y Farmacéuticos), teniendo en cuenta que estos profesionales desarrollan su función

en muchas ocasiones de forma solitaria y en ocasiones, en zonas aisladas, durante su atención sanitaria.

-Existencia de aplicaciones tecnológicas similares a las existentes en la teleasistencia, con conexión directa a la policía y servicio de localización y posicionamiento global GPS. A este respecto, señala el Plan que se valore con el Interlocutor Policial Sanitario la utilización de la aplicación para móviles ALERTCOPS. Su activación por parte del profesional permite la geolocalización del mismo por parte de los miembros de la Guardia Civil o Policía Nacional, según el lugar donde se active dicha aplicación. En mi opinión, resulta interesante que todo profesional sanitario conozca dicha aplicación para móviles y que la misma la lleve instalada en su dispositivo móvil.

-El diseño del puesto de forma que el profesional tenga o pueda tener una vía de escape. A este respecto, con anterioridad, se efectuaron recomendaciones sobre la disposición del puesto de trabajo, en el Punto 5.2 de este Manual.

-Como bien dice el Plan, en actividades que se consideren de riesgo como puede ser la información a familiares de malas noticias, o cuando se sospeche que la comunicación puede devenir en agresión (por ejemplo que podemos reseñar, cuando existan antecedentes del paciente, usuario o entorno familiar de otras agresiones, o cuando tengamos usuarios bajo influencias de bebidas alcohólicas, drogas o comportamientos que denotan una alteración psicológica o psíquica), el profesional debe estar acompañado en todo momento, no estando sólo en la consulta.

A este respecto, señala que cada Unidad de Gestión Clínica definirá y protocolizará la forma en que este criterio se hace efectivo. A este respecto, por la experiencia que vaya adquiriendo el Profesional progresivamente, considero que debería tomarse en consideración las recomendaciones de este profesional y de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales.

-Otras medidas que se establecen son: Interfonos en habitaciones o consultas; Arcos detectores de metales en centros donde haya mayor incidencia de agresiones; Establecimiento en el centro de trabajo de un número único receptor de las llamadas en caso de agresión para canalizar a través de él todas las incidencias de este tipo, de forma que tendría acceso directo y prioridad a Centralita y a la Seguridad, pudiéndose marcar desde cualquier teléfono (fuese fijo o móvil); Sistemas de video vigilancia (garantizando la confidencialidad e intimidad de los profesionales y usuarios); Control de acceso (que permite el acceso únicamente mediante lectores de proximidad que se activan al paso del personal autorizado con la tarjeta personal de identificación); Centro de Control Permanente (CCP) de Seguridad (con presencia personal permanente todos los días del año e integrando todas las alarmas de agresión, intrusión y contraincendios, así como la visión de todo el sistema de video vigilancia del Centro); Cierre de puertas exteriores e interiores que se determinen (en los horarios establecidos que realiza el personal de seguridad, en el caso de existir); Barreras para impedir el acceso de vehículos no autorizados a zonas de uso restringido; Diseño del Plan de visitas del Centro Sanitario que se orientará a ordenar el flujo de personas en las plantas con información suficiente e inequívoca, que evite incumplimientos o errores por parte de los usuarios que puedan ocasionar situaciones conflictivas; A modo de aprendizaje de la experiencia de otras agresiones, se informará a todos los profesionales de incidentes anteriores con usuarios o pacientes del centro. (En mi opinión, creo que esta información debería ser muy útil para el personal de reciente incorporación al Centro de Salud o desarrolle su función de forma puntual).

CAPÍTULO 5: CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN EN EL PROFESIONAL Y LA ATENCIÓN SANITARIA.

5.1. REPERCUSIÓN DE LA AGRESIÓN EN LA ATENCIÓN POSTERIOR A OTROS PACIENTES

Toda agresión a un profesional supone un daño, no solo a la dignidad de su persona, sino un ataque al sistema sanitario público, o lo que es lo mismo, a un bien esencial para la sociedad como es la salud.

Si tenemos en cuenta, la especial formación que tienen estos profesionales, sus años de experiencia y su carácter irremplazable, la sociedad debe considerar que el ataque o atentado hacia estas personas como un hecho verdaderamente importante, siendo capaz de reaccionar oportunamente y dicho acto debe tener unas verdaderas consecuencias penales, una suficiente carga punitiva para el agresor, dado el bienpreciado que lesiona.

Como he señalado con anterioridad, estamos hablando de personas, que en muchas ocasiones, y dependiendo de la intensidad de la agresividad ejercidas hacia ellos, sentirán miedo, pánico, humillación, crisis de ansiedad, estrés postraumático, así como tristeza y depresión, máxime si tenemos en cuenta que estos ataques dañan a bienes tan preciados y protegidos por nuestra Carta Magna, como son “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad”, (artículo 10.1), “el derecho a la vida y a la integridad física y moral, así como a no ser sometidos a tratos degradantes” (artículo 15), o «el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen» (artículo 18.1).

No me gustaría olvidarme, igualmente, del tiempo que necesitará el profesional para recuperarse no solo psicológicamente, sino del tiempo que le comportará la recuperación de las lesiones físicas

que hubiese sufrido. Además la recuperación psicológica irá unida, de forma paralela, al procedimiento judicial o causa penal que se abra, su dilación en el tiempo y a esa segunda victimización que sin duda, va a sufrir dicha persona al introducirse en el aparato no solo policial, sino judicial, donde los tiempos son dilatados, especialmente durante el proceso judicial, y en el cual se obligará a la víctima a revivir ese momento traumático en repetidas ocasiones, muchas veces sufriendo la frialdad y falta de empatía de las defensas de los agresores, que buscarán librar al agresor y su defendido a toda costa, sin sentir que el ataque a un profesional sanitario debe ser reprochado por toda la sociedad en su conjunto.

Permítanme hacer una reflexión para aquellos abogados defensores que interrogan al profesional sanitario, buscando probar en el juicio oral que tal vez la agresión se produjo por una provocación por parte del médico, enfermera o celador anterior. Piensen en aquella tarde o noche en la que de forma urgente hubiesen ido con su hijo pequeño, esposa o ascendiente mayor, y no hubiese recibido la asistencia debido a que el profesional estaba curándose de las heridas producidas por su defendido en el hospital.

La vocación de estos profesionales es el servicio a los demás, ya que fueron preparados para esa misión, y desde mi experiencia profesional, me resulta muy complicado entender que en la agresión verbal o física a estos profesionales, que en muchas ocasiones han sido dramáticas, desde el punto de vista de las lesiones sufridas, se pretenda buscar una mala praxis, una falta de empatía por parte del profesional para justificar esa violencia hacia el personal sanitario. La violencia no tiene justificación, y para el que dude de esta afirmación y piense que la ley que debe primar es la del "ojo por ojo y diente por diente o el tomarse la justicia por su mano", que asegure no haber cometido nunca un error o no haber estado todo lo acertado que debería en una determinada situación.

La violencia es injustificable, y en nuestra sociedad, existen cauces reglados para mostrar una disconformidad con una asistencia sanitaria o un fallo en el sistema de atención, como son las quejas escritas o las conocidas por todo el mundo, las hojas de reclamaciones, pero nunca el insulto, la ofensa, o la violencia, son justificables en una sociedad avanzada como la nuestra.

El agresor es solo uno, ese paciente o usuario, que cambió su perfil, y pasó a ser agresor, en el momento en el que empezó a agredir física o verbalmente al profesional que simplemente pretendía asistirle.

Sin duda, y enlazando con el título de este capítulo toda lesión física o moral sufrida por el profesional podrá repercutir en su asistencia posterior a otro usuario y paciente, debido a que el grado de confianza depositada por el profesional hacia la persona que pretendía asistir se vio atacado de forma súbita y repentina. La reminiscencia o recuerdos de ese episodio traumático permanecerán en la mente del profesional. La única forma de evitar estos pensamientos negativos, será un adecuado e integral respaldo de la administración sanitaria ante esta agresión, un oportuno apoyo psicológico y jurídico en todo el proceso, una especial protección del Ministerio Fiscal, así como una condena efectiva del agresor por parte del Juez o Tribunal sentenciador.

Sin duda, la formación también juega un papel muy importante, en su labor preventiva para que no se vuelvan a repetir situaciones similares, y poder dotar al profesional de herramientas útiles para poder afrontar estas situaciones críticas.

5.2. PATOLOGÍAS COMUNES ASOCIADAS AL ESTRÉS ACUMULATIVO Y LA VIVENCIA DE SITUACIONES DE ALTA TENSIÓN EMOCIONAL

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

Son numerosos los estudios que avalan la influencia negativa que el estrés supone para el desempeño profesional, así como para la vida personal del trabajador, sea cual sea la labor que se desarrolle. Ignorar el estrés y las consecuencias que conlleva es la mejor manera de permitirle continuar afectándonos y perpetuar su afectación. Para poder combatirlo, es importante conocer su origen y funcionamiento.

El estrés puede definirse como la respuesta del organismo (a nivel físico, cognitivo y conductual), a las demandas del contexto que le rodea. Esta respuesta está influida por la valoración que el individuo efectúa de esas demandas externas. Si percibe que puede hacer frente a las mismas con los recursos con los que cuenta, el nivel de estrés será el adecuado para manejar la situación correctamente (generar un nivel de activación óptimo para una respuesta adecuada, sin que dicha energía supere o afecte las capacidades de la persona. Es el conocido como "Eu-Stress o estrés bueno"). Sin embargo, si las demandas externas superan los recursos con los que se cuenta, y/o estos recursos son insuficientes para resolverlas, comienza a generarse un tipo de estrés disfuncional, negativo, que genera en la persona una serie de sintomatología que afectará a diferentes áreas de su desarrollo personal y profesional.

Se trata por tanto, de una respuesta adaptativa que prepara al organismo para hacer frente a las necesidades que le plantea el ambiente en el que se desenvuelven. El conflicto surge cuando no existen los recursos suficientes para hacer frente a las demandas que se están generando.

Los profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones, pueden sufrir diferentes tipos de estrés, en función de las situaciones a las que se enfrentan, la carga de trabajo, los recursos con los que cuentan para hacer frente a las exigencias del contexto, etc. Actualmente, tienen que enfrentarse a un contexto con una alta carga de trabajo, soportando una ratio de atención

de pacientes muy elevada (muchos pacientes y pocos profesionales), con escasos recursos, metodología de difícil cumplimiento (tiempo de atención por paciente) y pacientes con niveles de exigencia elevados.

A modo de ejemplo, mencionar el efecto negativo que la sobreinformación de los tiempos en los que vivimos supone para muchas personas. Lo hemos visto en los comportamientos erráticos e irracionales de la población durante el inicio del estado de alarma por el COVID 19. Las informaciones contradictorias, el exceso de información (sin conocer la fiabilidad de la fuente), la creación de bulos, etc. que solo han supuesto un desconcierto y un aumento de la crispación, la desconfianza y la toma de decisiones inadecuadas, entre otros aspectos.

En el apartado correspondiente a las estadísticas de las agresiones a sanitarios, se refleja un porcentaje elevado de las agresiones, cuya causa surge de la discrepancia entre lo que el paciente cree que el facultativo/a debería pautarle, y lo que finalmente valora el profesional. Este es un reflejo del efecto negativo de esa sobreinformación. El paciente analiza lo que le sucede, busca información y crea una expectativa de lo que debería pasar en consulta. No es difícil comprender el nivel de frustración al que puede llegar el profesional que desarrolla su trabajo y siente, a lo largo de su jornada laboral, que han puesto en duda sus decisiones, de manera continuada, porque han leído por internet otra opinión distinta (Ni que decir tiene que en la mayor parte de los casos la información no se consulta correctamente y/o la fuente carece de rigor científico), teniendo no solo que ejercer sus funciones, sino “convencer” al paciente de que es la mejor decisión. Por tanto, las estrategias de afrontamiento y el abordaje personal de cada profesional son esenciales para el abordaje positivo de su tarea diaria.

Para un abordaje completo de este factor influyente en el desempeño y la vivencia diaria del profesional, es necesario

valorar, no solo el contexto externo, sino también los factores de riesgo y protección que también rodean al profesional.

- **TIPOS DE ESTRÉS**

A lo largo del estudio de este fenómeno, se han identificado diferentes clasificaciones. En este caso, aludimos a aquella que menciona Iniasta. A, y cols. 2016, dentro del manual creado para la Dirección General de Protección Civil y Emergencias:





- **FACTORES QUE INFLUYEN**

- Variables Ocupacionales: Especialidad y número de horas de trabajo. Trabajo en horario nocturno y turnicidad. Efectuar trabajos monótonos, cambios de horarios inesperados, inestabilidad de los contratos, mala organización del trabajo, falta de personal (aumento de la carga de trabajo), tareas repetitivas y riesgos inherentes al puesto de trabajo concreto. Por otra parte, otra variable que puede afectar es una gerencia poco participativa y colaboradora, falta de compañerismo o mala relación entre profesionales, ambiente de trabajo incómodo (causas vinculadas al entorno físico), etc.
- Variables Personales: Patrón de Conducta Tipo A (Mingote, 1995) -Impaciencia y hostilidad (Med Segur Trab (Internet) 2013), despersonalización de las relaciones asistenciales, menor apoyo social percibido y baja calidad de vida, alto nivel de exigencia.

Varios estudios han obtenido un mayor riesgo de sufrir burnout, depresión e ideas suicidas en médicos mujeres. (Estudio presentado en el Congreso de la Asociación Americana de Medicina (2005), Estudio HOUPE de Fridner et al. (2009) y otros. Tomado de la revista Med. Segur. Trab (Internet) 2013). Así mismo, se han detectado estresores tales como: experiencias degradantes, acoso en el trabajo, diferencia salarial con sus colegas hombres, etc.

- **CONSECUENCIAS**

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

Se observa una tendencia a aliviar los síntomas del estrés utilizando medios perjudiciales (abuso de alcohol y otras sustancias). Desde aquí, se formula otra alternativa para afrontar los síntomas derivados del estrés de una forma más saludable, a través de las pautas de autocuidado que se mencionarán en otro capítulo de este manual, entre otras, el entrenamiento en relajación, técnicas de inoculación del estrés, etc.

Generalmente, encontrar una forma de expresar las emociones, compartirlas, obtener otras perspectivas, etc. es adaptativa. La inhibición y el bloqueo emocional, dañan a la persona que las padece, aumentando la probabilidad de desemboque en el padecimiento de una enfermedad mental y afecte en su vida personal y profesional.

El estrés puede generar también una baja productividad y errores en el trabajo, generando a su vez un alto absentismo, aumento en la rotación de plantilla (se solicitan cambios de puesto de trabajo), incremento de las actividades laborales poco seguras, aumento de

incidentes y accidentes, resistencia al cambio, etc. (Iniesta, A. 2016).

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

Las agresiones físicas y verbales suelen producir secuelas graves en los profesionales que las sufren. Algunas de ellas son las siguientes (Silva, P y Suárez, V):

- ❖ Sentimientos Negativos: Culpa, vergüenza, humillación, desesperanza o desesperación.
- ❖ Sensación de falta de control o bloqueo (“quedarse paralizado”).
- ❖ Reducción de la confianza personal.
- ❖ Afectación de la autoestima y autoconcepto personal.
- ❖ Se siente tenso/a y/o con miedo gran parte del tiempo.
- ❖ Sufre sobresaltos, se siente confuso, percepción del “nudo en la garganta”.
- ❖ No puede dejar de pensar en lo sucedido.
- ❖ “Embotamiento emocional”, incapaz de sentir nada, como si no pudiera expresar. A veces la intensidad de la emoción es tan alta, que se produce un bloqueo con esta consecuencia. Puede incluso llegar a olvidar parte del suceso (amnesia disociativa, psicógena o funcional, por la vivencia del suceso traumático/ estresante).
- ❖ Se comporta de manera distinta a como lo hacía antes del suceso. Percibe irritabilidad en su conducta, mostrándose alterado con las personas de su entorno con facilidad.
- ❖ Malestar físico y psicológico (tristeza, apatía, sentimientos de impotencia, etc.)
- ❖ Le cuesta concentrarse en su trabajo y mantener un nivel adecuado de atención.

- ❖ Cambio en el sistema de creencias, valores y pérdida de confianza general con los sistemas implicados (medidas de seguridad, organización del trabajo, etc.)
- ❖ Pérdida de interés por actividades que antes resultaban placenteras (aficiones, hábitos de ocio y tiempo libre, etc.).
- ❖ Cambios en estilos de vida para evitar encontrarse con la persona agresora, por miedo a sufrir otra agresión o represalias.

Vivir una situación de crisis, puede producir algunas de las respuestas mencionadas en este manual. Todas ellas son normales, teniendo en cuenta que la situación a la que el profesional se enfrenta, no es una situación esperada, que forma parte de su entrenamiento profesional, ni que deba ser común al ejercicio de su trabajo. Cuando el personal sanitario estudia para formarse en su labor, no lo hacen pensando que van a tener que enfrentarse a una agresión. Probablemente, pasan horas estudiando bajo la premisa del servicio, cuidado y asistencia a los demás. Por tanto, queremos reducir el impacto que la vivencia de los síntomas pueda generarles, normalizando estas reacciones, teniendo en cuenta que estas vivencias no son ni deben ser comunes en el ejercicio de esta profesión, y que el individuo tiene diversas maneras de enfrentarse a los conflictos. Estos síntomas surgen como un intento de respuesta del organismo a la vivencia, un intento de asegurar la supervivencia. Buscan, entre otros factores, proteger del peligro. El miedo no es más que una respuesta del organismo a la adversidad, actuando para alertar de un posible riesgo y prevenir que nos acerquemos a él. No se juzgue. Es muy común pensar otras formas de responder una vez ha pasado el suceso. Es posible que crea que su actuación no haya cumplido con sus expectativas o la de otros. Sin embargo, actuamos tal y como el momento nos permite, para proteger nuestra integridad y/o la de otros. El estrés puede bloquear el rendimiento intelectual y los movimientos complejos. La

naturaleza es sabia y nos prepara para luchar o huir en función de la percepción que tengamos del peligro. Si el individuo percibe que puede combatir la amenaza se enfrenta y lucha, pero si se percibe que es posible que no pueda con ella, huye o se bloquea/ congela (Si no se puede huir ni luchar contra el peligro, se retrae, para sufrir en menor grado las consecuencias del ataque). Por tanto, no siempre tenemos un completo control de nuestras reacciones ante situaciones de alto estrés.

Normalmente, nos recuperamos de situaciones estresantes utilizando nuestros recursos personales para ello. Destacar el concepto de resiliencia, como la capacidad para adaptarse a las situaciones adversas de manera positiva, extrayendo de ellas un aprendizaje y una oportunidad de crecimiento.

Es normal, por tanto, experimentar reacciones los días siguientes al suceso adverso. Es parte del proceso de recuperación y de asimilación del conflicto. Sin embargo, si los síntomas se intensifican o se alargan en el tiempo, es recomendable acudir a un profesional especializado para recibir apoyo en la superación del episodio traumático. No quiere decir que la presencia de estos síntomas vaya a conllevar necesariamente el padecimiento de un trastorno psicológico. Sin embargo, nos alertan de que con los recursos con los que se cuenta, no es posible recuperarse de las consecuencias que el suceso ha supuesto para nosotros. Cuando esto es así, obtener recursos de apoyo y recibir asesoramiento, es importante para que los síntomas no se cronifiquen y puedan agravarse, obteniendo un resultado más negativo.

FÍSICAS	PSICOLÓGICAS	CONDUCTUALES	SOCIALES
• Enfermedades psicosomáticas • Alteraciones metabólicas y trastornos neuroendocrinos • Problemas musculares • Hipertensión arterial • Trastornos Cardiovasculares • Trastornos musculoesqueléticos • Alteraciones dermatológicas • Cefaleas, bruxismo • Inmunodepresión (aumenta el riesgo de infecciones y enfermedades inmunológicas)	• Baja autoestima • Alteraciones emocionales • Impotencia, irritabilidad, frustración • Desórdenes Afectivos • Ansiedad • Tristeza, humor disfórico, astenia • Trastornos del sueño • Fatiga • Dificultad para concentrarse, déficit de atención, pérdida de memoria, etc. • Riesgo de burnout • Síndrome de Adaptación general. • Disfunción Sexual.	• Abuso de sustancias • Dependencia de fármacos (ansiolíticos) • Alteraciones de la alimentación. • Falta de participación e iniciativa en nuevos proyectos personales y profesionales. • Bajo rendimiento en actividades de alta dificultad (sobre todo cuando hay también ansiedad). • Olvidos y bloqueos mentales. • Aumento de la conducta impulsiva. Afectación en la toma de decisiones. • Disminución del deseo sexual.	• Deterioro en relaciones • Riesgo de aislamiento / dependencia emocional. • Conflictos familiares y de pareja. • Dificultad para el trabajo en equipo.



5.2.2 SÍNDROME DE BURNOUT (ESTAR QUEMADO)

El síndrome de estar quemado, “burnout”, también conocido como “Síndrome de desgaste profesional”, se encuentra enmarcado en la CIE-10 Z 73.0, como un “Síndrome psicológico causado por un cúmulo de circunstancias, como el estrés crónico, la sobrecarga profesional, los horarios excesivos, el agotamiento emocional y una insoportable sensación de falta de realización personal”. Está reconocido por la OMS como enfermedad laboral, y se traduce en un estado de agotamiento físico, mental y emocional, provocado por una situación de estrés laboral sostenido en el tiempo.

Las profesiones que se encuentran en contacto directo con personas, que implican una gran dedicación, compromiso y entrega personal, tienen un alto riesgo de generar este tipo de afectación. Su aparición es frecuente en profesionales sanitarios por la alta carga emocional, de responsabilidad y cercanía personal que supone.

Algunos **síntomas** que alertan de su aparición son:



www.pexels.com

- Agotamiento físico y mental. Falta de energía. Sensación de desbordamiento.
- Insatisfacción. Sentimientos de frustración y fracaso.
- Irritabilidad, impaciencia, negatividad
- Tristeza y sintomatología depresiva
- Actitud cínica, suspicaz, soberbia, malhumorada, irónica, distante.
- Molestias físicas: Cefalea, problemas digestivos, insomnio, trastornos respiratorios y circulatorios, dolores musculares, afecciones de la piel, etc.

- Dificultad para concentrarse.
- Problemas para la desconexión tras la jornada laboral.

Algunas **causas** de la aparición del Burnout pueden ser:

- Sobrecarga emocional: exposición continuada a la problemática y el malestar de otras personas. Están rodeados de emociones negativas: desesperanza, dolor,

angustia. La larga exposición puede producir una percepción de pérdida de sensibilidad, etc.

- Largas jornadas de trabajo: si se añaden a un clima de trabajo deteriorado y con alta crispación.
- Alto esfuerzo y escasos recursos. La percepción de que no se cuenta con las herramientas necesarias para disminuir la carga de trabajo y que a pesar del esfuerzo del profesional, no hay previsión de mejoras a medio/largo plazo.
- Elevado nivel de exigencia en el ejercicio de sus funciones: Se trata de trabajos que conllevan una alta responsabilidad y tienen que lidiar a menudo con una alta exigencia, no solo en los resultados, sino en el tiempo de atención, en los tratamientos, por parte de otros profesionales, superiores y de los propios pacientes y familiares.
- Vivencia de situaciones de alto estrés emocional: Estar expuesto a situaciones de agresividad y tensión, aumentan la probabilidad de aparición de este síndrome. Por tanto, en el tema que nos ocupa de las agresiones a personal sanitario, aumentan en gran medida el nivel de malestar, que puede desembocar en esta problemática.

Recomendaciones para actuar ante esta problemática:

- Respetar las pausas y los descansos en el trabajo. Permitirse el tiempo necesario para poder desconectar en los momentos destinados para ello. No excederse de manera continuada en el tiempo de jornada laboral.
- Organizar y planificar las tareas a realizar y aprender a poner límites cuando estas sobrepasen la situación. Es importante delegar aquellas funciones que podamos destinar a otros, en aras de mejorar la calidad de nuestra atención y nuestro propio auto cuidado. Para poder cuidar primero hay que cuidarse.

- Conocer nuestro cuerpo y aprender a traducir las señales que nos envía. Antes de llegar a un punto de no retorno, nuestro organismo nos informa (física o psicológicamente) del malestar que está sintiendo. Si aprendemos a dilucidar cuáles son esas señales, podremos trabajar sobre la raíz y prevenir su aparición. Los síntomas son adaptativos y tienen una función, surgen para informarnos de algo. En la medida en que captemos el mensaje y trabajemos sobre el origen, podremos reducir su aparición. Si trabajamos sobre los síntomas, estos buscarán otras vías para enviarnos el mensaje. Por tanto, la solución no está en el síntoma, sino en el origen que delimita su aparición.
- Propiciar un buen clima de trabajo. Promover la colaboración, el trabajo en equipo y la armonía en el desempeño diario.
- Cultivar la red de apoyo social, facilitar el contacto con nuestros seres queridos y permitirse un espacio para expresarse y generar momentos de bienestar.
- Separar el ámbito personal del profesional para no incluir tensiones de cada esfera, que puedan sobrecargar el desempeño del rol en cada una de ellas.





5.2.3 TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO (TEA)

El trastorno por estrés agudo surge tras la vivencia de un evento traumático que conlleva para la persona que lo vive, la percepción de un grave riesgo para su integridad física o psicológica. Tanto el trastorno de estrés agudo como el trastorno de estrés postraumático están englobados en el manual de diagnóstico DSM- V en la categoría de “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés”.

El desarrollo de los síntomas surge en un período comprendido entre 3 días y un mes después de la exposición al evento traumático. Aunque los síntomas pueden variar de una persona a otra, han de cumplir los siguientes requisitos (DSM-V):

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza (puede ser por experiencia directa, presencia directa, conocimiento de que ha ocurrido a una persona cercana o

exposición repetida a detalles de alto impacto sobre el suceso traumático).

B. Presencia de 9 o más síntomas, entre los que se emplazan:

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

C. Duración del trastorno (Criterio B) de tres días a un mes después de la exposición al trauma.

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

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos de una sustancia u otra afección médica, y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

La intensidad de la afectación variará en función del tipo de estresor, la proximidad al mismo durante el evento traumático, las atribuciones causales de culpa o control, la probabilidad de repetición, el apoyo social real o percibido, etc. Los síntomas pueden presentarse hasta tres días después del evento, siendo consecuencias normales de la experimentación del mismo. Si se prolonga más de tres días, supondría la valoración de este trastorno. Así mismo, puede progresar hasta convertirse en Trastorno de Estrés Postraumático, una vez se extienda más de un mes tras la vivencia del evento. El 50% de las personas que desarrollan TEPT, inicialmente presentaron TEA (Jarero, I. 2013)



www.pexels.com

5.2.4 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).

Los diferentes estudios sobre las consecuencias que conllevan las agresiones para las víctimas que lo sufren, concretamente para el personal sanitario, han obtenido una correlación estadísticamente significativa entre la violencia no física, ansiedad y síntomas de TEPT. (Gascón, S y cols. 2006)

Para considerar el trastorno han de cumplirse los siguientes requisitos (DSM V):

- A.** Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza (puede ser por experiencia directa, presencia directa, conocimiento de que ha ocurrido a una persona cercana o exposición repetida a detalles de alto impacto sobre el suceso traumático).
- B.** Presencia de uno o más síntomas intrusivos, que comienzan tras el suceso traumático (Recuerdos/ sueños angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático, reacciones disociativas en las que el sujeto siente como si repitiera el suceso, malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas)

C. Evitación de estímulos asociados al evento (Para evitar recuerdos o sentimientos angustiosos)

D. Alteraciones cognitivas negativas y del estado de ánimo, asociadas al evento traumático (creencias o expectativas negativas, incapacidad de recordar aspectos de la situación, estado emocional negativo, disminución del interés por realizar actividades gratificantes, etc.)

E. Alteración importante de la reactividad y la alerta asociada al evento traumático (Hipervigilancia, irritabilidad, alteraciones de sueño, etc.)

F. Duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) superiores a un mes.

G. Malestar clínicamente significativo. Afectación en área social, laboral y otras importantes de funcionamiento.

H. Las alteraciones no se pueden explicar por el efecto de alguna sustancia o a otra afectación médica.

Destacar que el TEPT se asocia con ideación suicida e intentos de suicidio, así como a altos niveles de afectación en el área social, ocupacional y física.

El tratamiento del TEPT incluye terapia conductual, psicoterapia y pauta farmacológica.

5.2.5 RIESGO DE SUICIDIO

El suicidio se ha convertido en uno de los principales problemas sociales en la actualidad, siendo la principal causa violenta de defunción en España, por encima de los accidentes de tráfico. Actualmente se está detectando un aumento y se estima que continúe elevándose en años sucesivos.



www.pixabay.com

La formación de los profesionales resulta ser una potente medida preventiva para reducir el riesgo suicida y ofrecer a la persona que se encuentra inmersa en un proceso vital de alto sufrimiento, una alternativa que le permita encontrar soluciones lejanas a esta conducta.

Es común que aquellos profesionales que se dedican a velar por la salud de los demás, tengan dificultades en llevar a cabo las medidas oportunas para cuidar de la suya. ("En casa de herrero cuchara de palo"). Se han detectado especiales dificultades de los médicos para recibir asistencia sanitaria y asumir el "rol de enfermo" (Med Segur Trab (Internet) 2013). Cuando finalmente acuden para recibir atención especializada, en muchas ocasiones generan peor pronóstico por la cronicidad del trastorno (Solicitan atención muy tarde). El rol de médico no es incompatible con el rol de enfermo en determinados momentos del ejercicio de la profesión. De hecho, solicitar asistencia especializada y recibir tratamiento para los padecimientos que se sufren, es un acto responsable, generoso y ético consigo mismo y con los pacientes a los que se asiste.

Sin embargo, es esencial tomar conciencia sobre la necesidad de dar importancia a estas pautas de autocuidado, dado que para poder cuidar a los demás, es necesario tomar tiempo para cuidar de uno mismo. De no ser así, nuestras capacidades no estarán lo suficientemente preparadas para llevar a cabo un ejercicio profesional de calidad, afectando también a nuestra vida personal y social.

Se han determinado una serie de factores de riesgo asociados a la ideación y conducta suicida. Entre ellos, se encuentran algunos de carácter laboral que pueden explicar los altos índices de suicidio existentes en profesionales sanitarios frente a la población general.

Según la teoría interpersonal del suicidio de Joiner (2009), que se menciona en la revista Medicina y Seguridad del Trabajo (2013), hay tres factores que aumentan el riesgo de suicidio:

- Sentirse una carga para otros
- Sentir que no forma parte de un grupo (tendencia al aislamiento)
- Alto dolor emocional que propicie la consumación del acto como alternativa para acabar con el sufrimiento. (Posiblemente grupo de riesgo que además puede padecer algún trastorno mental: Depresión, trastorno de ansiedad, etc.).

Factores de Riesgo de la Conducta Suicida

Según refleja la revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo (2013 y 2014), así como especialistas de psiquiatría de la Universidad de Valladolid (UVA online 2020: Detección e Intervención en el paciente con riesgo suicida), se han detectado una serie de factores y variables que pueden aumentar el riesgo de suicidio en profesionales sanitarios.

En el primer recurso mencionado, se cita el estudio de Silverman (2000), en el que se esbozan algunos factores que incrementan el riesgo de suicidio en médicos:

- Edad y Estado Civil: Edad superior a 45 años en mujeres y 50 años en los médicos. Permanecer soltero/a, separado/a, divorciado/a o tras una ruptura de pareja reciente.

- Estado de salud deteriorado: Hábitos de vida nocivos (consumo de alcohol y drogas, mala alimentación, etc.), trastornos físicos (sobre todo aquellos relacionados con un dolor crónico), y/o mentales (en su mayoría trastornos del estado de ánimo y patología dual)
- Situación Laboral: Percepción de una amenaza para su estatus y credibilidad como profesional, autonomía, seguridad, exceso en la carga de trabajo (añadido a responsabilidad, alta exigencia de tarea administrativa, escasos recursos, etc.)
- Accesibilidad a medios letales: sobre todo fármacos de alta toxicidad.

En muchos casos los médicos precisan una atención específica. Se estima que existe una tendencia a presentar elevados niveles de consumo de sustancias (por el conocimiento del funcionamiento de las mismas y el acceso a ellas), así como padecimiento de trastornos mentales de diversa índole. Suelen mostrar reticencia a evitar el contacto con salud mental que podría explicarse por la razón anteriormente expuesta: estigma social, temor a comprometer su carrera y reducir su credibilidad como profesional, etc.

Algunos de los factores que pueden estar relacionados son:

- Elevada carga mental en el trabajo, estrés y alta responsabilidad en la toma de decisiones. (sobrecarga de trabajo, déficit de recursos necesarios para la atención, problemas con compañeros o jefes).
- Estrés acumulado a lo largo de la trayectoria laboral. Gran desequilibrio entre el esfuerzo empleado en el trabajo y el refuerzo obtenido como resultado de él. Suele acrecentarse conforme van pasando los años en el desempeño de la profesión. (Med Segur Trab (Internet) 2013)

- Dificultades en la conciliación de la vida familiar (personal y social) y la laboral.
- Tendencia a no compartir el malestar continuado con otros compañeros de profesión por temor a que se cuestione su capacidad para continuar el desempeño y/o su criterio profesional. Hay una alta tendencia a recurrir al autodiagnóstico y autotratamiento.
- Locus de control externo (Rotter, 1966), situando la responsabilidad de lo que les sucede a fuerzas externas. No creen que puedan cambiar su situación con el esfuerzo y los éxitos suelen ser explicados como resultado de la suerte. Presentan dificultades para solventar situaciones complejas.
- Problemas familiares, económicos, legales, etc.
- Desempleo, retiro o jubilación.

Un estudio de Rosta J. et al (2013) en Noruega, refleja que un alto estrés psicosocial en el trabajo, está relacionado con un mayor riesgo de ideación suicida.

En este manual pretendemos normalizar las reacciones que una vivencia estresante puede producir en la persona que lo vivencia, así como informar de los factores de riesgo, protección, medidas para paliar sus efectos y derivación a atención especializada. Un acercamiento en el momento preciso a los recursos específicos de atención, pueden ser la clave para revertir estas estadísticas.

Profesiones

- Especialidades: Psiquiatría y Anestesiista
- Sectores: Enfermería, farmacéutico, odontología y medicina

Personales

- Las mujeres que lo consuman lo llevan a cabo a edades menores que los hombres. (Gagné Pet et al 2011)
- Mayor riesgo en grupos de mayor edad.)
- Trastornos mentales, sobre todo, trastorno depresivo.
- Peor estado de salud, bajo apoyo social y problemas familiares, mayor riesgo de ideación suicida.
- Consumo de alcohol y drogas, relacionado con riesgo de ideación suicida.
- Desesperanza en el futuro.
- Antecedentes familiares de suicidio o trastornos psiquiátricos.

Método

- En EEUU por armas de fuego.
- En el resto de países por sobredosis de fármacos (Anestésicos, barbitúricos y opiáceos).

Laborales

- Burnout (Shanafelt et al 2011)
- Experiencias desagradables recientes/acoso laboral
- Conflictos Laborales

Factores de Protección para reducir el riesgo Suicida:

- Buena red de apoyo social, tanto en el ámbito personal como en el ámbito laboral. Trabajar en un contexto en el que exista apoyo entre compañeros, escucha activa, acompañamiento en el manejo de situaciones críticas, sentido de trabajo en equipo e identidad de grupo, etc. Según la técnica de ayuda mutua o "Buddy System", poder contar con un equipo con el que colaborar, contrastar opiniones, etc. reduce el estrés de la tarea a realizar, disminuye el tiempo dedicado a la tarea y los actos inseguros, aumenta la productividad, se comparte la responsabilidad de la atención y se refuerza la confianza en la decisión tomada.
- Autogestión de los horarios y/o la carga de trabajo.
- Locus de control interno (Según la teoría del aprendizaje social de Rotter en 1966, las personas con locus de control interno, sitúan la responsabilidad de lo que les sucede, en gran medida en sí mismos, ofreciendo, por tanto, control sobre el resultado de ello en el futuro. Es decir, son conscientes de que pueden modificar la situación, por lo que no se genera una situación de "Indefensión aprendida", en la que predomine la idea de que haga lo que haga no conseguiré cambiar lo que me ocurre, dado que sucede derivado del exterior, sin control ni posible modificación por uno mismo). Suelen asumir la responsabilidad de sus acciones, suelen trabajar para conseguir lo que quieren, se sienten más seguros, etc.
- Creencias religiosas o espirituales. (Los estudios no son definitivos, sin embargo, algunos de ellos sostienen que aquellas personas que cuentan con una red de creencias y el acceso a una comunidad socialmente cohesionada, obtienen el apoyo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento que previenen el riesgo suicida).

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

(Plan de Prevención del Suicidio. Generalitat Valenciana).

Señales que alertan de un posible riesgo suicida:

- Cambios bruscos en el estado de ánimo
- Apatía y anhedonia. Poco interés en el trabajo y en la vida personal y social. Desinterés por aficiones que antes realizaba y le resultaban satisfactorias.
- Niveles elevados de ansiedad, falta de energía y fatiga, rumiaciones obsesivas
- Desesperanza, ideas de suicidio.
- Dificultades para la conciliación/ mantenimiento del sueño y cambios en los hábitos alimenticios.
- Pérdidas importantes (vivencia de un duelo de cualquier tipo), recientes.
- Comportamiento autoagresivo.
- Reparto de objetos queridos.
- Elaboración de notas, cartas de despedida.
- Cerrar asuntos pendientes (Llamadas a personas para despedirse, por ejemplo).
- Búsqueda de medios para realizarlo (Por ejemplo, acumulación de fármacos).
- Aumento de consumo de sustancias perjudiciales: tabaco, alcohol, drogas.
- Hablar con los demás como si se despidiese.
- Amenazas suicidas (Es un mito más que explicado que las personas que verbalizan ideación autolítica no consuman finalmente el acto. De hecho se ha comprobado que muchas de las personas que comparten este pensamiento, lo hacen con la esperanza de que les ayuden a derribarlo.

La persona que se suicida no quiere morir, lo que desea es acabar con el sufrimiento).

- Antecedentes de intentos anteriores. Los intentos previos son un alto predictor del riesgo de consumación o posteriores intentos.
- Tendencia al aislamiento profesional, falta de apoyo en su vida personal (familiar y social).

(Proyecto Curvas Corregido. Guía Básica para las conductas suicidas)

Qué hacer ante la detección de ideación suicida:

Las recomendaciones que se mencionan, son solo algunas pautas. En todo caso, existen protocolos de atención que deberán activarse en situaciones que lo precisen.

- Dar credibilidad a la verbalización de la ideación autolítica. Ofrecer escucha y apoyo. Llevar a cabo escucha activa y empática, animando a recurrir a alternativas y atención especializada.
- Explorar grado de planificación, método elegido, acceso a sustancias altamente tóxicas: clorato potásico, insulina, digoxina y fentanilo, entre otros aspectos.
- No hay que temer hablar abiertamente de las ideas de suicidio. Según la guía de la OMS "Preguntar sobre ideación/intención autolítica no provoca la conducta autolítica". Es uno de los mitos que hay que derrocar. Por el contrario, hablar de ello puede reducir la ansiedad asociada a esos pensamientos y facilita que la persona se sienta escuchada y comprendida. Sin embargo, es importante que previamente exista una relación de cercanía y confianza que permitan esta apertura.
- Habrá mucho temor a ingreso hospitalario que finalmente exponga su situación y/o baja laboral. Es por eso que hay gran reticencia a compartir sus pensamientos e intenciones

relacionadas con el suicidio. No podemos garantizar la confidencialidad cuando hay un peligro inminente para la persona. Sin embargo, debemos buscar una forma respetuosa de apoyarle con discreción y privacidad.

- Transmitir calma, tanto en la comunicación verbal como en la no verbal.
- Detectar “agarres a la vida” ayuda a encontrar respuestas y alternativas a la ideas de muerte. Ganar todo el tiempo posible, proponer aplazarlo para valorar la situación problemática desde diferentes perspectivas. Es una solución definitiva para un problema que puede resolverse de otras formas.
- Facilitar la expresión emocional.
- Ofrecer tratamiento para el insomnio, por la estrecha relación existente entre el deterioro del sueño y la conducta suicida.
- Contar con la colaboración familiar y de otros profesionales para efectuar una valoración completa y poder ofrecer apoyo desde las diferentes áreas de su vida.
- Estimular cualidades positivas y éxitos recientes.
- Acompañar e incentivar la derivación a profesionales especializados.
- Facilitar celeridad en la atención a los médicos que precisan valoración, sobre todo si ellos son los que demandan la misma. Hay que tener en cuenta la reticencia, mencionada en anteriores apartados, por lo que es posible que cuando acuda se encuentre con un estado de malestar agudo. Recordando a su vez el juramento hipocrático de la convención de Ginebra “Mis colegas serán mis hermanos”, destacar la importancia de obtener por parte de sus compañeros, esta consideración.



www.pixabay.com

Qué NO hacer ante la detección de ideación suicida:

- No juzgar, ni discutir
- No despreciar, ni restar importancia a las verbalizaciones.
- No desafiar
- No mostrarse nerviosos ante estas afirmaciones.
- Retirar el acceso (en la medida de lo posible) de métodos letales que pueda usar para lesionarse.
- Intentar no dejar sola a la persona.
- Cuidar no caer en los consejos y tópicos simplistas ("la vida es muy bonita, tienes suerte por todo lo que tienes")

5.2.6 OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS AL TRABAJO EN EMERGENCIAS.

- Síndrome de Degaste por Empatía, Fatiga por Compasión.:
Explica el desgaste emocional que sufre el profesional que está en contacto directo con el sufrimiento de otras personas, de manera prolongada.
- Trastornos de ansiedad (fobias, trastorno de pánico, etc.) y trastornos afectivos (Depresión principalmente).
- Reacciones al estrés y trastornos de adaptación.
- Otros signos y síntomas asociados:

- Miedo a verse afectado por la reacción del otro: Agresividad, Culpa, rechazo, etc.
- Miedo a lo desconocido, no saber cómo intervenir, no contar con la información y formación adecuadas. Incertidumbre ante las nuevas situaciones, atenciones que recuerdan malas experiencias pasadas, etc.
- Temor a expresar sus miedos y emociones. Aunque se reciba un entrenamiento para mantener la calma en este tipo de situaciones, a veces el profesional necesita un “tiempo fuera” para restablecerse y recuperarse de la situación vivida.
- Implicación excesiva. Puede generar el conocido vulgarmente como “Síndrome del Héroe o Síndrome de Superman”. Explica la situación que viven aquellos profesionales que durante la intervención en situaciones de crisis se sobre exponen, poniéndose en riesgo excesivo con una percepción de invulnerabilidad y comprometiendo su autocuidado.
- Enfrentar dilemas morales y éticos. En muchas ocasiones no se estará de acuerdo con las decisiones de superiores, funcionamiento del centro en el que se trabaja, apoyo recibido, manera de resolver/ afrontar el conflicto, etc.
- Agotamiento físico y emocional.
- Despersonalización: Consiste en una reacción defensiva que permite deshumanizar a la persona atendida para reducir o eliminar la identificación con ella. (Paliar el impacto que la empatía puede generar en el profesional).

6.1.APLICACIÓN ALERTCOPS.

AlertCops es un servicio de alertas de seguridad ciudadana que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FFCCSE) ponen a disposición del ciudadano para atenderle en situaciones de riesgo o de peligro.

Se trata de una aplicación totalmente gratuita para dispositivos móviles, donde el ciudadano entre otras funciones, puede enviar alertas con imágenes o vídeos al centro policial más cercano, así como le permite comunicarse mediante chat directamente y recibir avisos de seguridad enviados por los servicios de seguridad públicos, recibiendo una atención más rápida y eficaz. Es decir, esta aplicación permite enviar desde un smartphone una alerta de delito o situación de riesgo de la que el ciudadano está siendo víctima o testigo, y de esta forma puede ser atendido de manera más rápida y eficiente.

AlertCops, nació a raíz de una iniciativa a nivel de la Unión Europea, destinada a la atención y gestión generalizada de alertas en el ámbito de la seguridad ciudadana.

Esta herramienta o aplicación para móviles es un canal directo, discreto y muy eficaz para poder comunicar con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (bien con el Cuerpo Nacional de Policía o Guardia Civil), cualquier hecho de urgencia o circunstancia de riesgo del que se es víctima o testigo. Este sistema complementa a los sistemas existentes para comunicar con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, por ejemplo, a través de sus teléfonos de emergencias 091 para la Policía Nacional o 062 de la Guardia Civil, o bien se puede enlazar con dichos Cuerpos Policiales o de la Policía Local a través del 112.

Otra cuestión interesante de esta aplicación inteligente es que tiene la capacidad de efectuar llamadas y alertas geo posicionadas

o geolocalizadas, de forma que permite enlazar con el Cuerpo Policial competente en función a la localización del terminal móvil, prestándose una atención de forma más inmediata y rápida, ya que el operador policial puede saber perfectamente dónde se encuentra la persona reclamante.

Asimismo, permite igualmente un chat directo (tipo WhatsApp) con el centro de atención o sala de control de la Guardia Civil o Cuerpo Nacional de Policía más cercano. Si el profesional sanitario, o cualquier ciudadano, es víctima o testigo de un delito, éste puede contactar a través del chat, enviar fotos y vídeos, obteniendo una respuesta inmediata y rápida por parte de un operador policial.

También tiene un sistema, conocido como “Guardián”, que siempre que el usuario lo desee, podrá compartir su posición con sus familiares o amigos o con los centros públicos de los servicios de rescate. En un caso de emergencia, su localización sería más rápida y precisa, debido a que la aplicación ofrece el posicionamiento del teléfono móvil. En muchas ocasiones, por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad se ha podido rescatar a senderistas o montañeros perdidos que tenían descargada dicha aplicación.

De igual manera, posee un sistema conocido como de “avisos localizados”, el cuál según la zona en la que se encuentre el usuario de esta aplicación, puede recibir avisos de seguridad ciudadana, que le servirá para estar prevenido, por ejemplo, ante la comisión de cualquier tipo de delito o cualquier circunstancia de interés policial para la ciudadanía, y así poder colaborar con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, en tan importante cuestión como es la seguridad.

Como parte más novedosa, y de sumo interés para el profesional sanitario, existe un Botón SOS, de reciente instauración, concretamente en el mes de mayo del año 2020, que constituye una protección reforzada para colectivos vulnerables (como son

las víctimas de violencia de género y el personal sanitario). Este botón SOS, envía una alerta urgente al centro policial más cercano junto con la posición de la víctima y una grabación de audio de 10 segundos de lo que está realmente ocurriendo.

También de reciente novedad, la citada aplicación tiene disponible una nueva alerta para comunicar delitos de odio, poniendo a disposición de todos los ciudadanos una nueva versión de la app, para que cualquier usuario pueda comunicar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad cualquier tipo de discriminación, ya sea física o verbal de los que sean víctimas o testigos. Se puede denunciar todas aquellas acciones delictivas relacionadas con racismo, discriminación contra el colectivo LGTBIQ, cualquier tipo de religión o creencias, discapacidad, ideología o razón política, etc.

¿Qué pasos tengo que seguir para darme de alta en el sistema?

Siguiendo las instrucciones que marca el Manual de dicha aplicación, debo seguir los siguientes pasos o instrucciones.

- 1.** He de descargarme la aplicación de ALERTCOPS del Ministerio del Interior en mi dispositivo móvil. Para ello a través de cualquier buscador, por ejemplo Google, puedo añadir la palabra ALERTCOPS. Encontraremos enlaces para descargar con Google Play o a través de la página del Ministerio del Interior alertcops.ses.mir.es
- 2.** Me he de registrar como nuevo usuario facilitando mis datos y activando el GPS.
- 3.** Posteriormente, recibiré un Mensaje SMS con un código de validación.
- 4.** Selecciona en el Menú de Iconos que alerta quieres enviar.
- 5.** Deberás responder a las preguntas que realiza el sistema mediante iconos antes de enviar la alerta. ¿Dónde ha sucedido? ¿A quién le ha sucedido?

6. Se generará un aviso en la Central del Cuerpo Nacional de Policía o de la Guardia Civil más cercana a tu ubicación y este cuerpo policial puede comunicarse contigo por Chat para obtener más información



Fotografía del Menú de la Aplicación AlertCops,

6.1.1 LA NUEVA VERSIÓN DE LA HERRAMIENTA ALERTCOPS PARA EL PROFESIONAL SANITARIO. UN HITO DE VITAL IMPORTANCIA.

Cabe señalar que esta aplicación está en continua innovación y con frecuencia se realizan actualizaciones con nuevas versiones (Alertcops 5.0), a fin de adaptarse a los cambios tecnológicos y con el objetivo fundamental de dar un servicio rápido y eficaz al ciudadano, saliéndose del estereotipo de la llamada tradicional telefónica a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, bien llamando al 091 del Cuerpo Nacional de Policía o al 062 de la Guardia Civil.

Así, por ejemplo, el Ministro del Interior, en comparecencia pública, en la tarde del día 06 de abril del 2020, relativa a la crisis del COVID-19, señalaba que la Secretaría de Estado de Seguridad,

afecta a dicho Ministerio, había creado una nueva versión de la aplicación AlertCops.

Esta nueva versión de la app incluye una nueva funcionalidad consistente en un "botón SOS" al que solo tendrán acceso dos colectivos:

1. Víctimas de violencia de género
2. Personal sanitario

El "Botón SOS" es una nueva capacidad de AlertCops para los colectivos reseñados que se encuentre en una situación de riesgo. De esta forma, podrán añadir el " widget" de AlertCops a la pantalla de inicio de su teléfono móvil para que su acceso sea rápido y sencillo. De esta forma, ante una situación de necesidad, si la víctima pulsa de forma repetida el "botón SOS", el sistema remitirá una alerta SOS al centro policial más cercano de forma automática. Adicionalmente, se grabarán 10 segundos de audio y se enviarán como anexo a la alerta para que el centro pueda valorar el tratamiento de la alerta recibida.

Ante una situación urgente o de necesidad, para activarlo, estos usuarios (víctimas de violencia de género o profesional sanitario que se encuentre en una situación de peligro), deberán pulsar de forma repetida el "botón SOS" de su pantalla del móvil, un mínimo de 5 veces en menos de 6 segundos. Esto permitirá alertar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado con una interacción mínima del teléfono móvil y de la forma más sutil y discreta posible.

¿Cómo funciona y a dónde se dirige la llamada de SOS?

Como hemos señalado, las alertas activadas por sus usuarios – para lo que deberán pulsar al menos cinco veces en menos de 6 segundos el "Botón SOS" de sus teléfonos móviles- son remitidas automáticamente a la Central COS de la Guardia Civil o SALA 091 del Cuerpo Nacional de Policía territorialmente competente. Como

hemos dicho con anterioridad, adicionalmente, con la activación de la alerta, el sistema grabará 10 segundos de audio de la escena y lo enviará automáticamente también como anexo a la alerta para que los efectivos policiales puedan valorar la gravedad de la situación y a los efectos de poder tener más información de lo que está pasando.

Para que las personas pertenecientes a estos colectivos puedan tener acceso a este "botón SOS", desde la Secretaría de Estado de Seguridad, dependiente del Ministerio del Interior, se comprobará en el momento de su registro esta circunstancia mediante el acceso a las correspondientes bases de datos. Es decir, son personas que deben estar dadas de alta como víctimas de violencia de género (ya que han interpuesto alguna denuncia y pueden estar amparadas por alguna medida de protección) o son profesionales sanitarios.

Es importante recalcar que, cuando se reciba en una Central de la Guardia Civil (Cos) o Sala del 091 de Policía Nacional, una alerta a través de este "botón SOS", esta alerta viene directamente o debe proceder de una persona que pertenece a uno de estos dos colectivos vulnerables y, por tanto, la actuación de los operadores debe acomodarse a los protocolos que se siguen en esos casos.

Es por ello muy importante, destacar que no todos los ciudadanos podrán enviar una alerta SOS, sino que el "Botón SOS", sólo está a disposición de los usuarios de AlertCops que pertenezcan a uno de estos colectivos en situación de riesgo (víctimas de violencia de género o personal sanitario).

Como hemos reseñado, para poder utilizar esta herramienta es necesario descargar, instalar y registrarse en AlertCops. Posteriormente, habrá de identificarse como miembro de un colectivo indicando al que pertenece y su Documento Nacional de Identidad y añadir el widget de AlertCops a la pantalla de inicio de su móvil. En el caso de que ya tuviésemos la aplicación descargada

con anterioridad a la puesta en marcha del botón "SOS", deberemos actualizar la aplicación, tanto para Android como para IOS. Es recomendable utilizar páginas seguras para la descarga como es la página oficial del Ministerio del Interior.

En nuestra opinión, el "botón SOS", constituye una herramienta fundamental que todo profesional sanitario debería tener descargada, en su teléfono particular y de trabajo.

Asimismo, hay que tener presente que para poder acogerse a la funcionalidad que permite desplegar esta versión potenciada del "botón SOS", es necesario que el Ministerio del Interior tenga la certeza y seguridad de que los usuarios pertenecen realmente a dicho colectivo, como es por ejemplo, el sanitario, por lo que durante el proceso de alta se comprueba automáticamente su inscripción en la base de datos del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, que es colaborador en el proyecto del "botón SOS" para personal sanitario en AlertCops. Cabe destacar que están existiendo problemas en la realización de dicho proceso de identificación, y en muchas ocasiones no se está permitiendo el alta de algunos profesionales sanitarios en dicha nueva funcionalidad por no figurar en el referido registro.

Conforme al Real Decreto 640/2014 y normas que lo desarrollan, desde el año 2018 todos los profesionales sanitarios deberían figurar en el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS). Como hemos reseñado en el párrafo anterior, se están dando algunas incidencias en cuanto a que al realizarse la referida comprobación por parte del Ministerio del Interior, se detecta que algunos profesionales no se hallan inscritos en el referido registro, lo que les impide habilitarles en el uso de la nueva funcionalidad. Para solucionar esta problemática, sería necesario que por parte de todos los Organismos de la Administración Sanitaria, Colegios Profesionales, como entidades recogidas en el artículo 6 del citado Real Decreto, se promoviese la inscripción en el registro de todos

los profesionales sanitarios. Aquellos que no estén inscritos deberían solicitar su alta a través de su órgano administrativo o institución colegial, debiendo seguir para ello el procedimiento establecido por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (Las instrucciones y pasos para llevar a efecto la referida inscripción por parte de las entidades profesionales contenidas en la página Oficial del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, así como se facilita el enlace de la página Web del referido Ministerio, donde figuran las mismas las puede encontrar igualmente en este enlace:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/registroEstatal/EntidadesREPS.htm>)

Ante la posible problemática relativa a que existan profesionales cuyos datos aún no hayan sido remitidos al registro (REPS) por los directores o responsables de los centros sanitarios en los que desarrollan su función, sean públicos o privados, los propios profesionales sanitarios también pueden solicitar su incorporación voluntaria en REPS cumplimentando la información del Formulario de Alta de Profesionales que se encuentra disponible en la página web del Ministerio de Sanidad. Una vez relleno el correspondiente formulario y firmado electrónicamente, el profesional sanitario habría de remitirlo a reps@mscbs.es. La unidad REPS enviaría la información facilitada por el profesional al responsable del centro y/o al colegio profesional. Estas entidades deberán ratificar y completar la información recibida en el plazo de 10 días, siguiendo el oportuno procedimiento administrativo.

Conviene recordar que aun no estando inscritos en el REPS y en consecuencia no pudiendo ser habilitados para utilizar la funcionalidad "Botón SOS", los profesionales sanitarios pueden seguir usando la aplicación AlertCops como cualquier ciudadano, lo que les permitirá seguir recibiendo la protección de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en esta situación límite en la que ahora están ejerciendo su labor.

ALERTCOPS

¿PARA QUÉ SIRVE EL BOTÓN SOS?

Desde una única aplicación el sistema gestiona más contenidos, como una tarjeta personal y una grabación de audio de 10 segundos de la que está pasando.

¿CÓMO LO INSTALO?

1. Escanea AlertCops y regístrate.

2. Identifícate como miembro del colectivo "VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO: Asalto a "Sex/Buses" en la pantalla "HAB" y completa la sección "Contactos" con el número "AVOC" y tu URG o SOS.

The image shows two screenshots from the AlertCops app. The left screenshot is the registration screen with fields for 'Nombre', 'Apellido', 'Email', and 'Contraseña', followed by a red arrow button. The right screenshot is the profile setup screen with a 'HAB' button and a red 'ACEPTAR' button at the bottom.

3. Accede a la sección "Ayuda SOS" desde la pantalla "HAB" y responde todas las preguntas para poder enviar y recibir una SOS.

PARA ANDRÓIDO:

- Mantén pulsado en cualquier punto de la pantalla de inicio.
- Si es necesario, pulsa "SOS SOS".
- Mantén pulsado el botón "Enviar SOS".
- Finaliza el envío a la ubicación que deseas. Levanta el dedo.

PARA iOS:

- Controla el dedo fuera la pantalla en la pantalla de inicio o en la pantalla de bloqueo.
- Controla hasta el final y pulsa SOS.
- Pasa al modo SOS, pulsa SOS.
- Pasa al modo SOS, pulsa SOS.

¿CÓMO ENVIÓ UNA ALERTA SOS?

En caso de encontrarse en situación de riesgo, pulsa de forma repetida el "botón SOS". Se envía en menos de 5 segundos. El sistema envía una alerta SOS al sistema gestiona más contenidos del sistema telefónico y de emergencia.



De www.aytomengibar.com

6.2.RECURSOS DE ASESORAMIENTO Y APOYO EMOCIONAL.



<http://www.telefonocontraelsuicidio.org/>



<https://www.telefonodelaesperanza.org/>

SEVILLA: 954 57 68 00

MADRID: 91 459 00 50

(Servicio Permanente de Orientación Telefónica 24 horas/365 días año)

**ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA COVID-19
LA PSICOLOGÍA ANDALUZA RESPONDE**



851 000 520

Servicio gratuito con coste interprovincial de la llamada



TELÉFONO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

para Profesionales Sanitarios,
del Servicio de Ayuda a Domicilio, de

Centros Residenciales para Personas Mayores y Personas con
Discapacidad, a Cuerpos de Seguridad y Protección Civil.

Horario de 8:00 a 24:00 de lunes a domingo

Servicio prestado solidariamente por profesionales de la psicología colegiados

**SERVICIO TELEFÓNICO DE PRIMERA ATENCIÓN
PSICOLÓGICA PARA AFECTADOS POR COVID-19**



Población general con dificultades relacionadas con la alerta y la
cuarentena por Coronavirus:

91 700 79 88

Familiares de personas enfermas o fallecidas por el coronavirus:

91 700 79 89

Sanitarios y otros intervinientes que precisen de apoyo como
consecuencia de su intervención directa en la crisis del coronavirus:

91 700 79 90

Horario de 9:00 a 20:00 de lunes a domingo

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8699

- *En los colegios profesionales asociados a vuestra localidad podréis encontrar una fuente enriquecedora de asesoramiento y vías de acceso a recursos que puedan resultaros de gran utilidad. (Colegios Oficiales de Psicología, Enfermería, Medicina, etc.)*

CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES

Desde el año 2017 a tenor de la Instrucción 3/2017, se explicita la importancia de tomar medidas de prevención y actuación, principalmente a través del Interlocutor Policial Sanitario, en aras de proteger y velar por la seguridad de los profesionales sanitarios en el correcto ejercicio de sus funciones.

En primer lugar, se han desarrollado diferentes análisis estadísticos con el objetivo de visualizar o mostrar los riesgos de estos profesionales sanitarios, los posibles perfiles de agresor/res y víctima/s y los contextos en los que se desarrolla el acto delictivo. Este estudio pretende servir de ayuda en la planificación de diferentes líneas de intervención para reducir este lamentable fenómeno y aumentar el conocimiento del mismo, con el fin de tomar las medidas de actuación más adecuadas, y con ello facilitar un contexto de seguridad, confianza y percepción de apoyo para los profesionales del ámbito sanitario.

Tras el estudio de la información estadística (año 2017/2018), se explicita el perfil de víctima, tratándose de una mujer en edad comprendida entre los 35 y 55 años, facultativa, del área de atención primaria y extrahospitalaria, la cual sufre una agresión, principalmente verbal (con comunicación no verbal existente pero con menor incidencia de agresión física) por parte de un paciente varón en el contexto de una consulta y por causas relacionadas con la atención recibida por el usuario.

Así mismo, es importante destacar, aunque no sea un dato elevado, que un 11% de los agresores son reincidentes. Este hecho precisa atención, teniendo en cuenta que la reincidencia en la agresión contra un profesional, puede suponer una grave afectación del desarrollo personal y profesional del mismo. No es complejo empatizar con el profesional que tiene que hacer frente a una consulta en la que recibe de manera reiterada los insultos y

amenazas de un paciente, que en repetidas ocasiones perturba su lugar de trabajo y el correcto desempeño cotidiano (tanto para el facultativo como para el resto de pacientes que tienen que presenciar el acto violento).

Por otra parte, es necesario puntualizar que las estadísticas que se ofrecen están relacionadas con los datos arrojados por las denuncias e informaciones aportadas por los profesionales. Sin embargo, hay que detallar que no todos los profesionales se deciden finalmente a interponer denuncia ni notificar la agresión sufrida, siendo este medio un intento de concienciar y sensibilizar a los profesionales de la importancia de informar de las agresiones sufridas, para poner medios que permitan reducir y erradicar la violencia en esta área. Podemos encontrarnos, sin duda, en solo la punta del iceberg, ya que muchos episodios violentos, amenazas e insultos, no se llegan a denunciar por parte del profesional, ya que lamentablemente, entiende dichos reprobables acontecimientos como una condición más de trabajo. En nuestra opinión, el riesgo de agresión física o verbal por parte del profesional sanitario debería desaparecer de la evaluación de riesgos de su puesto de trabajo, y no considerarse como un factor de riesgo con respecto al desarrollo de su función o actividad.

Resaltar, a su vez, que la violencia aumenta progresivamente comenzando posiblemente por la comunicación no verbal agresiva (miradas amenazantes, gesticulaciones agresivas), continuando con la amenaza y agresión verbal (insultos, humillaciones, amenazas, etc) y finalizando probablemente con la consumación de agresión física. Es esencial, por tanto, ser capaces de identificar las señales que nos pueden hacer prever la presencia de una situación con alta probabilidad de amenaza, para desplegar las medidas a nuestro alcance, que permitan finalizar con la misma con prontitud y de la mejor manera posible. Esto permitirá reducir la posibilidad de que se continúe la escala de violencia y mitigar el

impacto que la situación puede suponer para los profesionales y otros agentes observadores.

Recordar que las agresiones, sean del tipo que sean, no forman parte de los daños colaterales de la profesión sanitaria. No son "gajes del oficio". Ningún profesional, sea de la profesión que sea, ha de verse abocado a una situación de "indefensión aprendida", en la que prime la sensación de "no puedo hacer nada, haga lo que haga no conseguiré cambiar la situación..." o "forma parte de nuestro trabajo". Hay que negarse a sobrecargar el desempeño profesional con estas afirmaciones irracionales que solo contribuyen a mantener estas agresiones. Tolerancia cero a las agresiones a profesionales. Cuando un profesional sanitario se forma, no lo hace contemplando que tendrá que soportar agresiones y malos tratos por parte de sus pacientes...lo hace pensando que salvará vidas, que aportará su grano de arena a la sociedad, entre otras aspiraciones vocacionales. No perdamos esa premisa. Seguramente la mayor parte de los profesionales sanitarios no esperan que los ciudadanos les agradezcan su labor aplaudiendo todos los días a las 20.00 horas, como ha estado ocurriendo durante el estado de alarma por el virus COVID-19, pero al menos, un compromiso ciudadano, un valor y respeto compartidos que permitan continuar con su labor, con la motivación, ilusión y fortaleza con la que emprendieron el camino a esta profesión durante sus años de estudiantes y posteriormente su desempeño laboral. Pensemos si la sociedad que queremos construir es una sociedad, que permita que alguien consiga aquello que quiere, por el uso de la coacción y la amenaza, o que reaccione ante la frustración y el malestar agrediendo a otras personas.

Una medida preventiva de gran espectro es la formación de los profesionales, los cuales han de estar capacitados para conocer las características, métodos de actuación y pautas de autocuidado ante situaciones potencialmente peligrosas, así como conocer los cauces de comunicación en el caso de que estas situaciones

desemboquen en una agresión. La formación a este nivel dotará de seguridad y confianza a los trabajadores del área, que reducirá su nivel de estrés, la percepción de inseguridad y los efectos negativos a medio/largo plazo de la situación de violencia (Síndrome de estar quemado o burnout, estrés, desmotivación, sintomatología ansioso-depresiva, entre otros).

La importancia de denunciar incluye también la necesidad de recoger toda la información que sea posible, tanto determinado por el parte de lesiones, como con el relato de la agresión, incluyendo todos los detalles que puedan aportarse, en aras de poder apoyar la denuncia y ofrecer a la persona que juzgue el hecho, cuente con los datos necesarios para su correcta decisión. En el desarrollo del manual se han expuesto los efectos del estrés en procesos cognitivos como son la atención y la memoria, apoyando así que el relato de lo acontecido se ejecute lo antes posible, a fin de no perder detalles relevantes. Los estímulos amenazantes, por tanto, producen una hipersensibilidad atencional que provoca sesgos de memoria, dificultad para la adecuada toma de decisiones, comisión de errores y dificultad para la evocación posterior del recuerdo. Por último, existen evidencias de la dificultad e incluso imposibilidad de recordar los eventos emocionales negativos por parte de las víctimas, por lo que se deberá detallar lo antes posible el desarrollo del suceso, a fin de reducir la pérdida de información. Sin embargo, en situaciones traumáticas, los recuerdos tienden a ser persistentes y bastante exactos. A pesar de ello, algunos pueden estar reprimidos y permanecer olvidados (Investigación de Willem Wagenaar y Jop Groeneweg (1990), sobre experiencias de víctimas en campos de concentración nazi y Christianson y Engelberg (1997, p. 232), según expone Ruíz- Vargas, 2015). Estas discrepancias se sustentan bajo dos premisas importantes para la supervivencia: Por una parte, se recuerdan aspectos importantes que actuarán como predictores de futuras situaciones amenazantes, a través del

aprendizaje. Por otra parte, se olvidan otros aspectos a fin de permitir la continuidad de la vida, sin tener que vivir con la experiencia consciente de los recuerdos desagradables.

Por otra parte, se acentúa la importancia del entrenamiento y la formación del profesional para incluir en su repertorio conductual medidas a seguir ante situaciones de agresión, teniendo en cuenta la dificultad para planificar un plan de acción en el momento del suceso. Dado que no es posible eliminar todos los factores que pueden incidir en la vivencia de una situación de estrés contenida y los efectos negativos que ya se han expuesto, una de las soluciones para paliar estos efectos, es el entrenamiento de los profesionales en técnicas para el manejo del estrés y recursos para enfrentarse de manera adecuada a las situaciones que lo generan, como prevención.

Tomando en consideración el Informe de marzo de 2020 sobre Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud de la Subdirección General de Recursos Humanos, Alta Inspección y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, afecto al Ministerio de Sanidad, las CCAA han desarrollado una serie de medidas de carácter autonómico como planes, directrices o protocolos de actuación; junto con la adopción de varios convenios o acuerdos de colaboración con organizaciones profesionales, para proporcionar una mayor protección y seguridad jurídica a los profesionales sanitarios. Habrá que estar pendientes de los resultados de estas actuaciones y si éstas se traducen en una mayor seguridad para los profesionales sanitarios.

Dicha protección debe abarcar a todos los profesionales que trabajan en el sector sanitario, incluido el personal administrativo, trabajadores sociales, celadores, etc. Si bien, según reseña el informe mencionado en el párrafo anterior, dos de cada tres agresiones notificadas se concentran entre los profesionales de la medicina y de la enfermería, correspondiendo al mayor activo del sistema sanitario según los datos presentados en los informes

anuales del Sistema Nacional de Salud de 2017 y 2018, existen otros profesionales del SNS (TCAE, celadores, o administrativos), que presentan tasas similares al personal de enfermería.

La protección del profesional sanitario no solo se debe circunscribir al ámbito del centro sanitario, ya que pese a que la mayoría de las agresiones que han sido notificadas son las consultas (según informe de marzo de 2020 del Ministerio de Sanidad referenciado), este informe señala que aunque el porcentaje de las agresiones en la vía pública o domiciliaria presenta una incidencia menor, en números absolutos suponen entre 256 agresiones en 2017 y 300 en 2018, lo que muestra una información relevante que pone de manifiesto la necesidad de que se refuerce la protección de estos profesionales, ya no solo en la propia institución sanitaria, sino también en la atención domiciliaria o en el propio trayecto del trabajo al domicilio del paciente o viceversa.

De ahí, se deduce la vital importancia que la protección penal del profesional sanitario en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ellas (fuera del ámbito extralaboral), traducida en la modificación del Código Penal en el año 2015, sea verdadera, real y efectiva, a través de una actuación policial preferente, que tenga en cuenta dicha protección, y que desde la judicatura y fiscalía, se lleve a cabo con total y plena efectividad, a través de las oportunas sentencias e impulso de los procedimientos judiciales, en aras de dar la protección debida a dichos profesionales.

Como bien dice el referido Informe de marzo de 2020 sobre Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud, las agresiones a los profesionales del SNS son una realidad y un problema de gran relevancia que afecta no solo a la integridad física y bienestar de las personas, sino que fomenta una disminución de la calidad y la cohesión del Sistema Sanitario en España.

Nos hacemos eco de lo que señala el importante informe referido, en cuanto a que para abordar el problema es preciso continuar trabajando en las medidas y actuaciones de prevención con el fin de evitar, o reducir las agresiones en el ámbito sanitario, a través de la colaboración de todas las Administraciones Públicas con competencias en sanidad y seguridad: Ministerio de Sanidad, Ministerio de Interior, Fuerzas y Cuerpos de seguridad del Estado y los Consejerías de Sanidad Autonómicas, además de organizaciones y colegios profesionales que representan y respaldan a este mismo sector. Este trabajo y las recomendaciones contenidas en el mismo vienen a sumarse a este objetivo común de dotar de la mayor protección al personal sanitario.

"Ánimo, Todo pasa. Ama tu trabajo y no dejes de cumplir tu deber cada día" (Juan Bosco)



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asensi, A. (2019). Médico de Familia. Congreso Nacional de Medicina General y de Familia. Santiago de Compostela. *Agresiones a profesionales sanitarios*. <https://www.youtube.com/watch?v=XLhlEoIqPhY&t=9s>
- Bartolomé, L (2020). Doctora en Psiquiatría por la USAL. Unidad Funcional de Suicidio, Servicio de Psiquiatría. *Factores de Riesgo de la Conducta Suicida*.
- Cano, A., Dongil, E. (2014). Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés (SEAS). *Habilidades Sociales*.
https://bemocion.sanidad.gob.es/en/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia_habilidades_sociales.pdf
- Centro de Humanización de la Salud (CEHS). Inforesidencias.com, <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/funcionamiento/protocolos-frente-a-conductas-agresivas-en-residencias-geriatricas.pdf>
- Conselleria de Sanitat Universal. Salut Pública, Generalitat Valenciana (2018-2021). Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el Entorno Sanitario.
- Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes.
- Equipo de Desarrollo SIMASC (2020).
- Ekman, P. y Oster H. (1979). Revista Anual de Psicología, 30, 527-554. Expresiones faciales de la emoción.
- García, A., Fernández de Liger, S., Martínez de Aramayona, M.J, Muñoz, F.A, Parada, E. (2001). Revista de Psiquiatría Fac. Med. Barna. 28(6) 350-356. *Comunicación de malas noticias*.
- García-Grau, E., Fusté, A., Ruiz, J., Arcos, M., Balaguer, G, Guzmán, D. y Bados, A. (2019). *Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales: Barcelona*. Dipòsit Digital Universitat de Barcelona, Col·lecció OMADO, document de treball.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/136063/1/ENTRENAMIENTO%20EN%20ASERTIVIDAD%20Y%20HABILIDADES%20SOCIALES.pdf>
- García José, M. y Nogueras E. Vanesa (2011). Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de Salud y Bienestar Social. *Guías de Autoayuda. Aprenda a controlar la irritabilidad*.

- Gascón, S., Goicoechea, J., Martínez- Jarreta, B., y Santed, M.A. (2006). Escuela Profesional de Medicina del Trabajo. Universidad de Zaragoza. *Análisis médico legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud.* https://www.researchgate.net/profile/Santiago_Gascon/publication/6467618_Medical-legal-analysis-of-aggression-towards-health-professionals-An-approach-to-a-silent-reality-and-its-consequences-on-health/links/598986cc4585156058588c8b/Medical-legal-analysis-of-aggression-towards-health-professionals-An-approach-to-a-silent-reality-and-its-consequences-on-health.pdf
- Generalitat Valenciana. Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida. *Vivir es la salida.* http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf
- Gilabert, A., González-Bono, E., Martínez- Sanchís, S., Rodríguez, M., Salvador, A. y Suay, F. Rev. De Psicol. Gral y Aplic. (1995). *Deporte y Salud. Efectos de la Actividad Deportiva sobre el Bienestar Psicológico y Mecanismos hormonales subyacentes.* https://www.researchgate.net/profile/Alicia_Salvador/publication/39342392_Deporte_y_salud_efectos_de_la_actividad_deportiva_sobre_el_bienestar_psicologico_y_efectos_subyacente/links/02e7e52cc6c9a43f25000000/Deporte-y-salud-efectos-de-la-actividad-deportiva-sobre-el-bienestar-psicologico-y-efectos-subyacente.pdf
- Guía Básica para las Conductas Suicidas. Proyecto Curvas Corregido.cdr
- Gómez, P (2010). Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios (ANSICH). *Manual de Prevención ante las agresiones al personal sanitario.* Barcelona. Editorial Alternativa Group.
- Guilbert, W. (Marzo- Abril 2002). Revista Cubana de Medicina General Integral. V.18 N°2. *Prevención de la Conducta Suicida en la APS.* http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200009
- Ilustraciones: www.pixabay.com, www.pixels.com, www.unsplash.com.
- Iniesta, A (2016). Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. *Guía sobre el manejo del estrés desde Medicina del Trabajo.* Edición: Sans Growing Brands.

- Instrucción 3/2017 de la Secretaría de Estado de Seguridad sobre Medidas Policiales a adoptar ante agresiones profesionales de la salud. Colegio Oficial de Médicos de Tarragona. 3 de Agosto de 2017. <https://www.comt.es/actualitat-i-publicacions/noticies-del-comt>
- Manual para el Cuidado de la Salud Mental en los Equipos de Primera Respuesta (Edición Corregida, revisada y aumentada a la de 1997). Ayudando a Ayudar.
- Martin, G. y Pear, J (2008). Universidad de Manitoba: Modificación de Conducta. Qué es y Cómo aplicarla. Editorial Pearson. Prentice Hall. (<https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Martin-G.-Pear-J.-Modificaci%C3%B3n-de-conducta-ebook.pdf>)
- Medicina y Seguridad del trabajo (Abril-Junio 2013). *Prevención del Suicidio en Médicos*.
- Medicina y Seguridad del trabajo (Enero-Marzo 2014). *Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario*. <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n234/revision4.pdf>
- Merino-Andreu M, Álvarez-Ruiz de Larrinaga A, Madrid-Pérez JA, Martínez Martínez MA, Puertas- Cuesta FJ, Asencio-Guerra AJ, et al. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. Rev Neurol 2016; 63 (Supl 2): S1-27.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019/2020). Subdirección General de Recursos Humanos, Alta Inspección y Cohesión del SNS. Informe de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud.
- Morilla M. (Diciembre 2001). Beneficios Psicológicos de la Actividad Física y el Deporte. Revista digital Año 7, N°43. <https://www.efdeportes.com/efd43/benef1.htm>
- Muñoz, J.L (2020). Psiquiatra en Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. UVA Online. Factores Psicosociales y del entorno en la conducta de suicidio
- Observatorio de Seguridad Integral Hospitalaria. OSICH. Cuadernos de Seguridad. Especial Seguridad en Hospitales. Número 353.
- Organización Médica Colegial (OMC). Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos (2010-2018). Estudio de Agresiones. Violencia en el sitio de trabajo. Manifiesto contra agresiones a sanitarios.
- Ortega, C. y López, F. (2004). International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol 4. N°1. *El burnout o síndrome de estar quemado en los*

profesionales sanitarios: revisión y perspectivas.
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf

- Pease, Allan y Bárbara (2006). Editorial Amat. *El lenguaje del cuerpo*.
- Rostagno, H.F. El ABC del estrés laboral. 123 técnicas prácticas para prevenir el estrés.
- Ruíz- Vargas, José M. (2015). Universidad Autónoma de Madrid. *Estrés, atención y memoria*.
(https://www.researchgate.net/publication/283582385_Estres_atencion_y_memoria_1/link/5640f5ea08aebaae1f6caf0/download)
- Sánchez, E (2019). Psicología de la personalidad. *¿Qué comunica nuestro tono de voz?* <https://lamenteesmaravillosa.com/comunica-tono-voz/>
- Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos. (2020). Manejo de pacientes ansiosos, desafiantes, irritables o agresivos por el personal de salud.
<https://www.youtube.com/watch?v=Blgr4iWtxV8>
- Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de Salud (2010), Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>
- Servicio Andaluz de Salud. Hospital Regional Universitario de Málaga. Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. *Guía Introductoria. Estrés Laboral y Riesgos Psicosociales*.
- Servicio Andaluz de Salud (Acuerdo de 07 de julio de 2020). Plan de Prevención y Atención frente a Agresiones a Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. Dirección General de Recursos Humanos. Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de la Salud.
- Servicio Madrileño de Salud (2019). Protocolo de Prevención y Actuación frente a la Violencia en el Trabajo en las instituciones sanitarias. BOCM, número 63.
- Servicio de Neurología. Hospital Sanitas La Moraleja. Guía de Pautas de Higiene del Sueño.
- Silva, P y Suárez, V. Colegio Oficial de Psicología de Las Palmas. *Protocolo de Prevención e Intervención ante agresiones a Psicólogos/as en su puesto de trabajo (público y privado)*.



Desde el año 2009 se han producido más de 4.000 agresiones a facultativos médicos. A pesar de las medidas adoptadas por las diferentes Administraciones y los Colegios de Médicos el problema sigue latente.



Este libro ha sido editado por el Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla con la financiación de Caja Sur