

VIOLENCIA EN URGENCIAS

**PREVENCIÓN Y AFRONTAMIENTO DE LAS SITUACIONES DE
AGRESIVIDAD Y CONFLICTIVIDAD EN LAS URGENCIAS
HOSPITALARIAS**

Ferran Lorente Gironella

Responsable del Área de Psicología de Urgencias i Emergencias
Instituto de Estudios Médicos (IEM)

IEM



**Este texto forma parte del material formativo del "Institut d'Estudis Mèdics" (IEM) de Barcelona.
Éste y su autor Ferran Lorente Gironella, autorizan su divulgación sin fines económicos.
Ediciones de Crisis 2010
www.cuadernosdecrisis.com**

Índice

Prólogo	6
1. Introducción	9
2. Conceptos iniciales	12
2.1 Trastornos, agresividad, violencia	13
2.2 Conducta agitada	14
2.3 Patrón de respuestas agresivas	15
2.4 Factores que se relacionan con la conducta agresiva	18
2.5 Perfiles de agresores	20
2.5.1- Percepción negativa de la asistencia	20
2.5.2- Uso instrumental de la violencia	21
2.5.3.- Los enfermos	23
3. ¿Qué hacer antes de que se produzca una situación de violencia?	24
3.1 Cambios organizacionales	25
3.2 Organización ambiental	26
3.2.1 Salas de espera	26
3.2.2 Despachos y mostradores	28
3.2.3 Salas privadas y boxes	30
3.2.4 Accesos	30
3.3 Planificar la seguridad	31
3.4 Desencadenantes sobre los que podemos influir	33
3.5 La formación del personal	36
4. ¿Qué podemos hacer cuando ya se está produciendo una situación de agresividad, pero no se ha llegado a la violencia física?	37
4.1 Primero evaluar	38
4.2 Segundo intervenir	40
4.3 Medidas de seguridad a mantener	43

4.4 Agresores armados	43
4.5 ¿Qué tipo de dialogo estableceremos?	44
5. ¿Qué hacer cuando se produce una situación de violencia física?	46
5.1 Si estamos solos	47
5.2 Si no estamos solos	48
6. Después de la agresión. Denunciar	49
7. Después de la agresión. Apoyar	52
7.1 Los programas de gestión del estrés	54
8. Después de la agresión. Prevenir	56
9. Conclusiones	61
ANEXO A. La empatía	63
ANEXO B. Qué es y cómo se lleva a cabo la escucha activa	64
ANEXO C. Albert Bandura y el experimento del muñeco Bobo	65
ANEXO D. El rol del psicólogo emergencista	66
ANEXO E. Seminario práctico de Afrontamiento de Situaciones Conflictivas y de Agresividad en Urgencias (SASCAU)	70
BIBLIOGRAFIA	74

Agradecimientos.-

Quiero agradecer especialmente el apoyo y el consejo del Dr. Agustí Ruiz y de su equipo del Instituto de Estudios Médicos de Barcelona (IEM). Al Dr. Tomás Toranzo (SEMES) por su amable presentación.

También la supervisión de D. Josep Olivet profesor titular de enfermería médico-quirúrgica de la "Universitat de Girona".

Y como no, la colaboración de los alumnos de los cursos SASCAU (Seminario práctico de Afrontamiento de Situaciones Conflictivas y de Agresividad en Urgencias), realizados hasta el momento para profesionales sanitarios y administrativos del servicio de urgencias del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) de Barcelona (Hospital del Mar, Centre Peracamps, Hospital de l'Esperança, Centre Forum y Centros de Atención Primaria). También las/los administrativos de las UAU de los Centros de Asistencia Primaria del Institut Català de la Salut de Barcelona. Ellos, pusieron rostro a los datos y las estadísticas y en definitiva motivaron este libro.

Prólogo.-

Por desgracia, hoy día, ya casi no es noticia el que un profesional de la sanidad sufra una agresión derivada de su actividad, y menos todavía si ésta se produce en el entorno de las urgencias hospitalarias. En estos servicios el ejercicio profesional (fundamentalmente médicos y enfermería) comporta un riesgo sobreañadido al que existe en otras parcelas de la sanidad, lo que es motivo de gran preocupación, entre otros, para la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) empeñada en que las urgencias sean un espacio que permita el completo desarrollo personal y profesional de sus miembros, para lo que es necesario que el puesto de trabajo sea, cuando menos, inocuo.

Y es que en los distintos servicios, dispositivos o centros de urgencia y emergencia, las propias características del entorno asistencial hacen que la aparición de situaciones conflictivas sea más frecuente de lo esperado. Entre éstas podemos destacar el factor tiempo, masificación de las salas de urgencias, carencias organizativas y estructurales, jornadas que pueden llegar a ser extenuantes, plantillas escasas en relación con las necesidades asistenciales, y la falta de una formación específica en este tema acorde a su cometido asistencial.

Por todo ello sus profesionales están sujetos a una gran vulnerabilidad, tanto física como psíquica, como consecuencia de tener que soportar diversas acciones de agresividad/violencia procedentes de sus propios pacientes, sus familiares y allegados, con graves repercusiones para aquellos.

Su abordaje precisa de una especial atención, tanto de los responsables de la institución sanitaria donde prestan servicio, como de los propios afectados y de las organizaciones profesionales en las que están integrados, para que puedan prevenirlas y afrontarlas con eficacia.

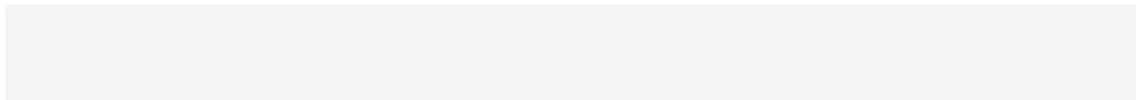
El comprender las circunstancias que favorecen las conductas agresivas o violentas, el explicar los mecanismos que desencadenan su aparición, salvo las ligadas a determinados trastornos psiquiátricos o neurológicos, no quiere decir que las justifiquemos, ni que quienes se comportan de tal forma estén exentos de responsabilidad. También aquí, como en otros contextos violentos, la respuesta a la agresividad-violencia debe ser: tolerancia cero, y la responsabilidad derivada de esas conductas debe exigirse, sin demora, en todas las ocasiones. No cabe duda de que la falta de respuesta a conductas violentas previas en el entorno sanitario, la justificación de las mismas, y la percepción que está calando en la ciudadanía de que “no pasa nada”, e incluso de que se obtiene un beneficio de las mismas (el buenismo que está instalado en determinadas instituciones y medios en relación con “el cliente”) acaba favoreciendo/retroalimentando este tipo de conductas. Por eso, las autoridades sanitarias, legislativas y judiciales, y también los medios de comunicación, deben implicarse más activamente en combatir este grave problema que distorsiona brutalmente el ejercicio profesional, condenándolo sin paliativos y persiguiéndolo con todos los recursos que la legalidad vigente pone a nuestra disposición, o con cambios legislativos si estos fuesen necesarios.

Pero también los profesionales necesitan poseer, además de una adecuada formación científica y técnica, una serie de competencias y habilidades en cuanto a comunicación y relación con el paciente y su familia se refiere, alejadas del tradicional y obsoleto paternalismo que imperaba en el ejercicio profesional de otras épocas. El conocer y dominar estas técnicas y habilidades de comunicación, dando el protagonismo que el paciente demanda, y al que tiene derecho, hará que la relación médico-paciente, profesional-paciente, sea más efectiva, lo que ayudará a descargar, o aliviar de tensiones, determinadas situaciones en que éstas pueden aflorar con facilidad, o a manejarlas de forma adecuada cuando hagan su aparición. Para ello, el profesional debe conocer las circunstancias que facilitan el desarrollo de las conductas agresivas, estar atentos a su aparición para actuar precozmente sobre ellas, controlándolas y evitándolas cuando fuese posible.

Es por ello que el trabajo desarrollado por Ferrán Lorente en este texto, además de proceder de una persona con un amplia y dilatada experiencia en la materia, es de lo más oportuno, dándonos las pautas para conocer, actuar y controlar estas conductas no deseables en nuestros pacientes o sus allegados, además de plantearnos la oportunidad de reflexionar sobre qué cambios precisan nuestros servicios, tanto organizacionales como arquitectónicos, así como sobre la necesidad de crear la figura del psicólogo de urgencias, al menos en determinados entornos donde las circunstancias socio-sanitarias hacen más probable la aparición de brotes de violencia contra los profesionales de los mismos. Todo ello sin olvidar el necesario entrenamiento en el abordaje de situaciones conflictivas y potencialmente peligrosas, técnicas en las que el autor es un reconocido experto, al que desde aquí animamos a seguir trabajando en esta línea.

Tomás Toranzo Cepeda
Presidente SEMES

SEMES



Capítulo 1.

Introducción.-

Las agresiones a los trabajadores de la sanidad no son un fenómeno repentino ni aislado, la OMS estima que en la Unión Europea, tres millones de trabajadores (el 2% de la fuerza laboral) han sufrido violencia física en su trabajo, entendida como “el uso intencional de la fuerza física o el poder” con el fin de dañar (Krug et al. 2002).

Es el sector de la sanidad la ocupación con mayor riesgo de sufrir agresiones en Suecia, con un 24% (Di Martino, 1999).

En los EEUU (según el Bureau of Labor Statistics, citado por OSHA) en el año 2000, el 48% de todos los actos violentos y agresiones no mortales ocurridos en el entorno ocupacional, pertenecían al sector laboral del cuidado de la salud y los servicios sociales.

Un repaso a la prensa médica española de los dos últimos años (El Médico Interactivo, Diario Médico...) dimensiona las repercusiones psicológicas del problema en el colectivo médico y sanitario en nuestro país, casi no hay semana sin noticias relacionadas con la violencia en el entorno sanitario. En la sanidad vasca

se considera que un 20% del absentismo laboral se encuentra estrechamente relacionado con las agresiones sufridas por los sanitarios.

En el congreso de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias celebrado en Salamanca (2008), se hizo patente la implicación de la asociación y de los congresistas en este tema. El interés genuino que pudimos observar en el transcurso de la mesa sobre agresiones no dejaba lugar a dudas. Las declaraciones públicas efectuadas por los dirigentes de la SEMES a nivel local y estatal tampoco. No todas las noticias son lamentos, empiezan a aparecer soluciones, algunas de la mano de la Justicia, como las cada vez más frecuentes decisiones, coincidentes en considerar legalmente al sanitario agredido como "agente de la autoridad".

En el ya citado congreso de Salamanca (SEMES 2008), el Fiscal General de Castilla y León. D. Manuel Martín Granizo, en una mesa que compartimos, destacaba también la posibilidad de aplicar la medida de alejamiento (prohibición de aproximarse a la víctima) prevista en el artículo 57.1 del Código Penal. También la interpretación de las agresiones como "desórdenes públicos en los centros sanitarios" y la necesidad de "protección de la tranquilidad del lugar donde se practica el arte de curar".

En la actualidad promovidos por las distintas Consejerías de Salud existen en diferentes comunidades (Andalucía, Catalunya...) procesos de recogida de datos relacionados con las agresiones a sanitarios y programas de formación, todo ello en línea con las directrices marco de la OIT (Di Martino V. 2002).

En cualquier caso no debemos perder de vista un dato, en una encuesta realizada a 266 enfermeras de urgencias australianas se informó que cerca del 70% de los incidentes que implicaban alguna forma de violencia no fueron reportados a las autoridades (Benveniste, Hibbert y Runciman 2005).

Debido a la localización territorial de nuestro Instituto (IEM), hemos empleado como referentes los datos relacionados con la violencia y las agresiones a sanitarios procedentes de dos trabajos, que a pesar de estar basados en dos modos diferentes de recogida de datos (autoinforme y "notificación de experto", lo

cual dificulta la realización de comparaciones) en la situación actual debemos considerar fundamentales:

- La encuesta realizada por el COMB (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona) a 1500 médicos (Bruguera et al. 2004)
- Los datos iniciales de la NIV - Notificación on-line de Incidentes Violentos- programa de recogida de datos del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (Cantera LM. Cervantes G. y Blanch JM. 2008).

Por este último trabajo (NIV) sabemos que el 29% de las agresiones se producen en el ámbito físico de los servicios de urgencias. Ello contrasta con los datos de la encuesta del COMB la cual revelan que los servicios de urgencias son el lugar donde más agresiones se producen, el 45 %, lo cual no tiene porqué ser contradictorio ya que se refiere a dos ámbitos geográficos y sociológicos parcialmente superpuestos, el segundo mucho más urbano. Este mismo estudio nos informa de que las agresiones provienen de los pacientes (50%), de un familiar (30%) y el resto de enfermos psiquiátricos o toxicómanos.

En esto contexto podemos preguntarnos ¿Qué puede hacer la psicología para evitar, reducir o paliar las agresiones a sanitarios?

Sin prometer resultados espectaculares, la aplicación del conocimiento psicológico puede ayudarnos en el manejo de situaciones conflictivas e incidentes críticos, mediante la metodología propia de la intervención en crisis y de la psicología de las emergencias.

Puede ayudarnos también en la organización ambiental de los entornos asistenciales, empleando el conocimiento procedente de la psicología ambiental.

Con posterioridad a las agresiones, la psicología nos será de utilidad en el acompañamiento y la asistencia a los sanitarios victimizados y en el proceso de recuperación psicológica tras el incidente o en la asistencia clínica en el caso de desarrollar algún trastorno.

Capítulo 2.

Conceptos iniciales.

2.1 Trastornos, agresividad, violencia.

2.2 Conducta agitada.

2.3 Patrón de respuestas agresivas.

2.4 Factores que se relacionan con la conducta agresiva.

2.5 Perfiles de agresores.

2.5.1- Percepción negativa de la asistencia.

2.5.2- Uso instrumental de la violencia.

2.5.3.- Los enfermos.

2.1 Trastornos, agresividad, violencia.-

Existe un trastorno psiquiátrico, el “explosivo intermitente” (F63.8), perteneciente al grupo de los Trastornos del Control de los Impulsos en el DSM IV-TR (APA 2005) que provoca en los individuos que lo padecen respuestas agresivas de muy difícil control, su etiología no es clara y por fortuna su prevalencia entre la población general es ínfima.

Se trata de personas que en ocasiones y de modo repentino vinculado a situaciones de estrés emiten respuestas altamente agresivas que pueden llegar a la violencia física.

Si excluimos el trastorno citado en que el síntoma es casi exclusivo, no podemos considerar la agresividad como un diagnóstico, más acertado es “calificarla de síntoma, asociado a múltiples causas frecuentemente difíciles de eliminar”(Acinas P. 2004).

Citamos este trastorno para constatar que existe aunque dada su baja prevalencia difícilmente coincidiremos con alguien aquejado de él, sin embargo sabemos que un tercio de las agresiones registradas en Cataluña (NIV) concurre alguna situación psicológicamente facilitadora (patología psiquiátrica, drogodependencia, alcoholismo) (Cantera LM. Cervantes G. y Blanch JM. (2008).

Existen casi tantas definiciones de agresividad y violencia como trabajos sobre el tema, a continuación reproducimos una definición de violencia compartida por la Organización Internacional del Trabajo, la Comisión Europea (Di Martino V., 2002), el U.S *Department of Labor Occupational Safety and Health Administration* (OSHA 2004) e incluso el Col·legi de Metges de Barcelona “*La violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos los viajes de ida y vuelta a él- que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud*”.

A pesar de que existen definiciones muy concretas que delimitan cada uno de los conceptos manejados, a lo largo de este trabajo emplearemos agresividad y violencia como sinónimos, ya que de este modo coloquial se emplean cotidianamente en el mundo sanitario.

La violencia puede ser: simbólica (rasgar una fotografía). Verbal (insultos, amenazas) constituye un 80% de los casos reportados al NIV. Y física (golpear una persona, patear una puerta) 36% de los casos reportados al NIV.

Las consecuencias de esta violencia nos remiten a la dimensión psicológica que resulta de presiones, humillaciones, que afectan de algún modo la auto-estima o la percepción de seguridad de la persona agredida. La agresión puede ser solo a nivel psicológico, verbalmente sin violencia física, o puede tratarse también de agresiones físicas con resultados psicológicos, tales como ansiedad o depresión. Una consecuencia extrema sería el trastorno por estrés postraumático (APA 2005).

2.2 Conducta agitada.-

En ningún caso deberemos confundir una conducta agitada con una conducta agresiva.

En la llamada agitación psicomotriz existe una graduación o un continuum establecido entre dos extremos:

- Uno mínimo que podríamos definir como una cierta inquietud que puede plasmarse en un martilleo nervioso de un pie o un dedo.
- Uno máximo que se plasmaría en la llamada tempestad de movimientos, que consiste en un incontrolable braceo grotesco y exagerado.

Entre ambos todas las diferentes gradaciones de lo que coloquialmente llamamos “nerviosismo”.

La etiología según Torres, Pena y Ortiz (2007) de la agitación psicomotriz obedece a tres grupos de causas fundamentales, que por sus posibles repercusiones vitales, hay que descartar siempre en el siguiente orden:

Delirium

Trastornos psicóticos no asociados a delirium.

Otros (crisis de angustia, trastorno de personalidad, agitación situacional y reactiva).

Es importante pues saber distinguir entre estos conceptos para poder conducirnos adecuadamente en cada caso. En otros capítulos veremos como afrontar situaciones de agresividad y violencia, en este nos limitaremos a destacar que una persona agitada no es en principio necesariamente violenta, por lo que independientemente de la asistencia sanitaria que debemos proporcionarle:

- Procuraremos tranquilizarla, hablándole de modo pausado, amable y sin prisas.

- Si ello no fuera eficaz (en el caso de la llamada "tempestad de movimientos") y solo a fin de evitar que se golpee deberemos recurrir a la reducción forzada.

Es evidente que procuraremos no infringirle ningún daño, pero sin olvidar que en su braceo sin pretenderlo puede golpearnos, por lo que extremaremos la prudencia.

2.3 Patrón de respuestas agresivas.-

Si excepcionamos algunos trastornos muy concretos (Tr. Explosivo Intermitente, Alzheimer...) las conductas agresivas en general no suceden de modo repentino y espontáneo.

Sabemos que una de las causas más frecuentes es la frustración generada en los pacientes al no ver cumplidas sus expectativas (COMB 2004).

¿Cómo llega una persona, considerada dentro de la normalidad, a golpear a un semejante?

Si utilizamos una estrategia muy empleada en la psicología de las emergencias, la empatía, veremos que no hace falta mirar muy lejos, solo debemos recordar la última vez que tuvimos una discusión seria.

Veamos la secuencia:

Un suceso quizás anodino fue el detonante, nos hizo sentir muy mal, ya que nos sentimos tratados de modo injusto, quizás humillados, desatendidos...

Nos activamos físicamente de modo intenso, quizás incluso nos subió el rubor a las mejillas o transpiramos intensamente. Notamos que la activación crecía, a esta activación nuestros procesos cognitivos le pusieron el nombre de ira. Intentamos controlarnos, pero paralelamente sentimos la necesidad de expresar y reivindicar nuestro punto de vista.

Oír nuestro propio discurso nos excitó todavía más, teníamos razón y no cabía la menor duda, progresivamente aceleramos el ritmo de nuestro discurso, el volumen subió de tono, estábamos gritando...

Por fortuna nos percatamos de la mirada de nuestro interlocutor, era como un espejo que nos devolvía el reflejo de nuestros actos. Parecía entre asombrado y asustado...

Inmediatamente reducimos la intensidad y el tono del discurso, pedimos perdón si habíamos ofendido a nuestro interlocutor y a pesar de que continuamos exponiendo nuestras razones lo hicimos de un modo mucho menos beligerante, casi distendido.

En conclusión, nos detuvimos a tiempo. Alguien más impulsivo, hubiera continuado el ascenso cualitativo de sus conductas agresivas. Si hubiera encontrado resistencia, cada vez con menor control, cada vez acercándose más a la violencia física.

Existe una gradación en la expresión de la agresividad, (algunas de cuyas manifestaciones parecen calcadas del comportamiento de un primate dominante):

- Que puede empezar con miradas y gestos desaprobatorios, aceleración del discurso y aumento del tono de voz.
- Argumentar a voces y adoptar posturas o actitudes corporales agresivas.
- Emitir insultos y amenazas verbales, efectuar gestos ostensiblemente amenazantes.
- Golpear y romper objetos.
- Empujar personas, abofetearlas.
- Golpear con los puños, patear.

Como conducta extrema se puede llegar al homicidio ya sea este accidental o intencional.

Lo cual no implica que necesariamente deba pasarse por todos y cada uno de los ítems para llegar al siguiente, ni siquiera está claro el significado de cada uno de ellos, así un sujeto puede estar golpeando una puerta en el intento de desahogarse evitando de ese modo llegar a la agresión física o por el contrario puede emitir idéntica conducta como paso previo a una agresión.

Del mismo modo los insultos y amenazas pueden emitirse en forma de murmullo y sorprender con una conducta cualitativamente más severa de modo inmediato. Por este motivo estaremos muy atentos a estas expresiones encubiertas de hostilidad pues nos pueden estar indicando la inminencia de un ataque.

También existe un patrón de respuestas (descrito por Acinas P. 2007, basándose en los trabajos de E. Molina 2001) que sigue un proceso ascendente hasta llegar a un punto de crisis y descontrol, para luego decrecer, en ocasiones la conclusión de dicho proceso llega incluso al arrepentimiento del sujeto agresor.

A efectos descriptivos emplearemos una suave curva ascendente y descendente, sin embargo una descripción más realista presentaría un aspecto de “dientes de sierra” dentro de la curva descrita, con sucesivas subidas y bajadas en

la activación que deberían ser aprovechadas interviniendo en el momento de menor descontrol para reducir la tensión.

El patrón descrito sigue la secuencia siguiente:

- Activación del patrón: un incidente estresor dispara una respuesta agresiva, el individuo se intenta controlar.
- Descontrol progresivo: aumenta el descontrol y la ira, el individuo percibe que no puede controlarse.
- Crisis: explosión emocional y física, aumentan la cantidad y calidad de las conductas agresivas, es casi imposible que se controle.
- Recuperación del control: lentamente vuelve a calmarse y recupera el estado de autocontrol previo.
- Balance: son conscientes de lo ocurrido, aparecen culpa y remordimientos, pueden pedir perdón e intentar hacer las paces.

Es evidente que nuestra intervención solo podrá dirigirse a la primera y segunda fases, ya que en la tercera es casi imposible que el individuo se controle.

2.4 Factores que se relacionan con la conducta agresiva.-

Conocemos toda una serie de factores que en diferentes trabajos se han descrito como relacionados con conductas agresivas. A pesar de que solo podemos intervenir sobre unos pocos de estos factores, no está de más conocerlos todos ya que pueden ayudarnos a una mejor comprensión del problema, según P. Acinas (2004) son:

- Edad: La conducta violenta es más frecuente durante la adolescencia y al inicio de la edad adulta, decae a partir de los 40 años.

Sabemos también que los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad a partir de dicha edad remiten en sus conductas violentas.

- Género: Los hombres (64% según datos NIV) más que las mujeres.

- Variables biológicas: Niveles bajos de serotonina (5-HT), trastornos hormonales, alteraciones cromosómicas, los autosomas y cromosomas sexuales.

- Baja inteligencia.

Lo cual no necesariamente les hace más manejables.

- Abuso de sustancias: Correlacionan positivamente con la conducta violenta, generalmente por su efecto desinhibidor y/o estimulante. Paradójicamente al intentar neutralizar estas sustancias es cuando podemos inducir una oposición violenta en el sujeto.

- Déficit en el control de los impulsos: Presentan una historia de impulsividad, como puede ser dejar la escuela o abandonar el trabajo.

- Historial delictivo: Conducción temeraria, asaltos y agresiones, malos tratos, provocación de incendios, formas todas ellas sobretodo si son encubiertas, de conducta extrema antisocial.

- Historia de persecución personal: personas que han sufrido agresiones, pueden reaccionar comportándose de forma violenta.

- El grupo de iguales: En presencia del grupo de iguales (pandilla), se desencadenan conductas que no se llevarían a cabo si el sujeto estuviera solo.

Es este un factor sobre el que podemos intervenir, ya sea apartando al sujeto del resto del grupo, ya sea evitando el fenómeno de desindividuación en que el sujeto se confunde con el grupo.

- Disponibilidad de medios: Es decir tener armas y saber cómo utilizarlas. También podemos intervenir sobre este factor, en los EEUU donde abundan las armas de fuego se ha podido comprobar una disminución drástica de las agresiones, solo con instalar detectores en los accesos a las urgencias.

En nuestro país no abundan las armas cortas de fuego en manos de particulares, pero si todo tipo de armas blancas, según el ya citado NIV en el 6% de los casos registrados se utiliza algún tipo de arma.

- Determinados trastornos psiquiátricos y enfermedades neurológicas.

-Existencia de un foco claro de agresión: Si además existe una víctima identificable, el potencial de violencia es muy elevado. Podemos intervenir hasta cierto punto, por ejemplo apartando de la zona a un sanitario que se haya convertido en objeto de las iras de algún paciente, o colocando mamparas de cristal blindado en las unidades de atención al usuario.

Si observamos la anterior relación existen individuos que pueden acumular la casi totalidad de características y circunstancias descritas, de ello se deduce una altísima probabilidad de acabar implicados en agresiones, además cabe destacar que un tercio de los agresores son reincidentes (datos NIV).

Por lo que en ocasiones se tratará de viejos conocidos, en dicho caso debemos saber que ante situaciones equivalentes los individuos tienden a repetir las mismas conductas desarrolladas en el pasado, sobre todo si las consecuencias de estas en la primera ocasión las percibieron como beneficiosas o gratificantes.

2.5 Perfiles de agresores.-

A efectos de intervención, entendemos el problema planteado entre tres grandes grupos.

2.5.1- Percepción negativa de la asistencia.-

Tenemos por una parte los usuarios con una percepción negativa de la asistencia recibida, independientemente de que sea esta justa o no, por ejemplo en el estudio del COMB la espera prolongada se apuntaba como la causa de un 10.5% de las agresiones, podemos considerar a estos agresores sujetos por tanto a procesos de activación y estrés. Una deficiente organización ambiental y disfunciones en la prestación o en la organización de la asistencia, son los factores asociados a las situaciones que propician respuestas agresivas.

Para el abordaje de este primer grupo empleamos planteamientos propios de la Asistencia Psicológica a Víctimas y la Intervención en Crisis, como por ejemplo entender como víctima no solo al paciente ingresado, sino también al familiar que espera y en un momento dado al propio profesional que lo atiende (es decir nosotros mismos).

A pesar de la paradoja que representa aceptar como víctima a un individuo iracundo, que nos está faltando al respeto y puede amenazar con golpearnos, asumirlo como tal nos proporciona una metodología y nos permite emplear un abanico de estrategias mucho más amplio, que si reducimos el problema únicamente a una cuestión meramente comunicacional.

En este contexto es importante para manejarse eficazmente en él, distinguir entre el rol “paciente” y el rol “víctima” el primero sugiere pasividad por parte del enfermo, y directividad por parte del médico, existe un pacto implícito sobre ello. Digamos de paso que esta pasividad cada vez se encuentra más cuestionada, desde posturas que insisten en el papel activo del sujeto en su curación.

La víctima en cambio se encuentra al margen, enfrentada a un incidente crítico en el que puede asumir muy diferentes actitudes, una víctima no tiene porqué estar llorosa y asustada, puede perfectamente estar disfórica y agresiva.

Con esta reconceptualización, que pensamos es innovadora y eminentemente práctica, se alteran muchas interpretaciones dadas por seguras, pero también aparecen alternativas de intervención no contempladas hasta ahora (Lorente 2008).

La innovación no consiste en el empleo ocasional de técnicas de intervención en crisis en un marco de modificación de estrategias comunicacionales, por el contrario, nuestra propuesta sugiere el empleo de la intervención en crisis como estrategia marco global.

2.5.2- Uso instrumental de la violencia.-

Por otra parte tenemos otro grupo de usuarios, los que emplean de modo instrumental la violencia o para los cuales la violencia es un estilo eficaz de comunicación y resolución de conflictos (Morrison et al. 1998). Por ejemplo el

16% de las agresiones registradas en el NIV tenían como causa “el alta médica indeseada”.

La violencia puede ser aprendida por imitación (aprendizaje vicario), como en su momento demostró ampliamente A. Bandura (Bandura, Ross & Ross 1961) con su conocido experimento del “muñeco Bobo” (ver anexo) , el mecanismo subyacente sería el “refuerzo contingente” de las respuestas de imitación (Bandura 1965).

Esta base teórica nos da la clave para el manejo de las situaciones en que la violencia tiene un valor instrumental. Básicamente debemos asegurar la ausencia de reforzadores a sus conductas y enfatizar las consecuencias aversivas de las mismas.

Es deseable la mayor inmediatez o proximidad temporal entre el acto agresivo y sus consecuencias aversivas. En realidad la lentitud y la cautela propias de la justicia, y que en ningún modo discutimos, evitan muchas veces que se produzca esta asociación deseada entre los actos y sus consecuencias.

Dicho de otro modo, si cada vez que alguien emite amenazas de agresión u organiza una trifulca, le adelantamos en la “cola” de espera a fin de evitar un conflicto desagradable, no solo estamos consiguiendo que en la próxima visita repita su estrategia, también estamos enseñando a las personas que aguardaban pacíficamente su turno que la violencia es una estrategia eficaz.

Por otra parte el trato informativo que en los medios se da, a las agresiones a profesionales insiste mucho en el dramatismo del suceso, pero no enfatiza de igual modo las consecuencias legales para el agresor y cuando esto sucede, generalmente se da mayor relieve a la información cuando la sanción es nimia.

2.5.3.- Los enfermos.-

Existe un tercer grupo, el de los enfermos que en un momento dado responden de modo agresivo, puede tratarse de:

- Pacientes aquejados de diversas enfermedades médicas que entre su expresión conductual incluyen reacciones violentas. O de trastornos psiquiátricos y psicológicos, en este sentido la agitación/agresividad resultó el 26.7% de las razones de consulta por motivos sindrómicos en una unidad móvil de urgencias psiquiátricas (Bulbena, Martin, Arceaga, 2007).
- Reacciones psicológicas (estrés, disforia...) ante las circunstancias que rodean su ingreso, hospitalización y enfermedad y que ocasionalmente pueden resultar en agresiones.

Según los datos recogidos en el NIV “en una tercera parte de de las agresiones concurre alguna situación psicológicamente facilitadora (patología psiquiátrica, drogodependencia o alcoholismo)”.

Ante los agresores de este tercer grupo también resulta de utilidad las técnicas de Intervención en Crisis y de Asistencia Psicológica a Víctimas, empleadas con el primer grupo.

Capítulo 3.

¿Qué podemos hacer antes de que se produzca una situación de violencia?

A pesar de que no podemos prever las situaciones conflictivas concretas, si que podemos prevenir toda una serie de circunstancias que pueden provocar, inducir o agravar el conflicto.

Debemos intervenir en diferentes direcciones y niveles, ya que una sola de las medidas que proponemos resuelve muy poco, pero la suma de todas ellas puede resultar en una disminución significativa de las agresiones en un centro determinado.

3.1 Cambios organizacionales.

3.2 Organización ambiental.

3.2.1 Salas de espera.

3.2.2 Despachos y mostradores.

3.2.3 Salas privadas y boxes.

3.2.4 Accesos.

3.3 Planificar la seguridad.

3.4 Desencadenantes sobre los que podemos influir.

3.5 La formación del personal.

3. 1 Cambios organizacionales.-

Existen pequeños cambios organizacionales que pueden tener efectos poderosos, por ejemplo la “enfermera informadora” valorada muy positivamente por sus compañeros en los lugares donde se ha instituido dicha figura (por ejemplo en el Hospital del Mar, BCN), o la escasa figura del psicólogo de urgencias, con presencia permanente en el servicio de urgencias, sin funciones clínicas, asistiendo exclusivamente a las víctimas y a la gestión del estrés del personal sanitario de urgencias y emergencias, en los anexos definimos esta figura.

El análisis que los equipos de dirección puedan efectuar, sobre una base multidisciplinar (Nais et al. 2002), de los incidentes del pasado y de los riesgos potenciales, puede permitir la eficaz previsión de incidentes futuros.

A continuación resumimos una serie de factores organizativos que pueden generar agresividad (COMB 2004):

- Incumplimiento de los planes y medidas de prevención de la violencia.
- Deficiencias ambientales en el diseño del centro.
- Falta de información al usuario.
- Deficiencias en el trato a pacientes y visitantes.
- Conflictos internos del centro que generan tensiones que se transmiten al usuario.
- Condiciones de masificación e insuficiencia de recursos humanos y materiales.
- Sobrecarga de trabajo en los profesionales, excesiva burocratización e inestabilidad en la plantilla.
- Cambios de médico sin haberlo pedido y sin informar al usuario.
- Descoordinación interna que genera informaciones contradictorias al usuario.
- Deficiencias en los perfiles profesionales. Formación inadecuada.
- Interrupción de la consulta ya iniciada (llamadas telefónicas, interferencia de personas ajenas...), lo cual puede ser interpretado como desatención al enfermo.
- No atender las demandas del paciente sin explicar los motivos, frustrando las expectativas de enfermos y acompañantes.

- Demora de la asistencia sin una información adecuada de las causas.
- Defectos en la información y atención a situaciones de riesgo vital o de emergencia, especialmente en los servicios de urgencias.
- Imprevisión y soporte institucional adecuado a situaciones de muerte o duelo.

Como tareas previas proponemos la organización ambiental de los espacios de espera e interacción de los familiares y los sanitarios. La planificación de la seguridad dentro de estos espacios y de nuestras formas de interaccionar y comunicarnos en ellos.

3.2 Organización ambiental.-

Nuestro entorno físico (arquitectónico, paisajístico, decorativo...), influye nuestra conducta e incluso nuestro pensamiento de modo evidente, de hecho existe toda un área de la psicología dedicada a estudiar estos temas.

Desde esta perspectiva y con un sentido eminentemente práctico, sugerimos una serie de medidas, algunas de ellas las hemos empleado personalmente con éxito en los operativos de asistencia psicológica a víctimas (Brunet I. 2002), en los que la problemática ambiental es equiparable, otras tomadas de las guías editadas por diferentes organismos nacionales e internacionales (OSHA, OIT, OMS...), compatibles todas ellas con el mejor sentido común:

3.2.1 Salas de espera.-

Existen dos reglas de oro en los operativos de asistencia a víctimas en emergencias que deben ser tenidos en cuenta:

- Compartimentación del espacio, es decir que la expresión del dolor o de la ansiedad de unos no interfiera la de los demás.
- No agresividad del entorno, es decir que este no participe en una victimización secundaria, en la medida que esto sea posible.

Por todo ello, evitaremos un espacio único nítido, ya que resulta en una carencia de intimidad y facilita el contagio emocional.

Diversas salas de menores dimensiones facilitan la intimidad de grupos familiares o de acompañantes, de modo que la legítima expresión de las emociones de unos no perturbe el silencio con el que otros pueden preferir vivir momentos similares.

En ocasiones disponer de diversas salas nos facilitará separar grupos en conflicto, pero en otras deberemos ser muy cuidadosos para que no se identifique el uso de una sala aparte como un privilegio o una discriminación.

Si no es posible establecer varias salas, podemos delimitar espacios mediante biombos o plantas de interior, a pesar de que se trate de recursos de fortuna, siempre serán preferibles estos a una gran sala sin la menor intimidad. Prescindiremos de objetos que puedan convertirse en contundentes o peligrosos en la decoración o el mobiliario de las salas. Emplearemos colores sedantes, no necesariamente apagados, rehuiremos por lo tanto los colores agresivos tanto en la pintura de paredes como en cuadros o posters.

Deberemos tener especial cuidado con el confort térmico. Temperaturas excesivamente altas sumadas a una humedad ambiental elevada, pueden resultar al poco rato en conductas agresivas, en ocasiones es suficiente con disminuir la temperatura del local para pacificar el ambiente.

A título meramente orientativo diremos que según el Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios (RITE), en verano no se deben superar una "temperatura operativa" de 23-25º y un 45-60% de humedad, en invierno 21-23º, con un 40-50% de humedad. Entendida esta temperatura operativa como un índice de sensación térmica que engloba la temperatura seca y la temperatura radiante, se halla ésta dividiendo por dos la suma de la temperatura seca y temperatura radiante (R. Seoane 2010).

Es peligroso que ocurran aglomeraciones excesivas ya que en ellas se producen fenómenos de desindividuación, estudiados en el ámbito de las competiciones deportivas.

Asientos cómodos, incluso reclinables, especialmente si se producen esperas largas, incluso algunos autores proponen el establecimiento de duchas adjuntas a las salas de espera en urgencias (Cardona y Carmona 2005).

Reducir el aburrimiento al mínimo (revistas, TV, juguetes para niños...).

A pesar de las campañas contra el consumo de tabaco, este existe y en situaciones de ansiedad, es percibido por sus consumidores -de modo erróneo- como un reductor de esta. De modo que el cenicero situado en la entrada de urgencias es uno de los lugares “naturales” de concentración. Debe estar muy visible y bien delimitado, las pantallas de información y la megafonía deben ser perceptibles desde él.

3.2.2 Despachos y mostradores.-

Los espacios (despachos) destinados a la información deben ser reservados y discretos ya que en ellos frecuentemente se mantendrán conversaciones tensas y dramáticas que no deben ser perturbadas por el trasiego y los ruidos de una sala de espera.

La OIT (2002) recomienda que en previsión de situaciones peligrosas cuenten con dos puertas y si ello es posible han de estar dispuestas de modo que se facilite la huida del profesional acosado, siempre dejaremos una abierta de modo que nuestros compañeros puedan ver lo que ocurre en el interior.

El mobiliario deberá ser mínimo, ligero, sin ángulos ni bordes pronunciados. La mesa, si ello es posible, deberá estar atornillada al suelo y contar con un timbre que permita pedir ayuda en caso de ser necesario, el timbre antipánico proporciona no solo seguridad real sino también confianza psicológica.

Los mostradores de atención al público deberán siempre estar protegidos con cristal blindado y accesos separados de los del público, pero deberemos tener en cuenta que el cristal blindado dificulta la audición y obliga a elevar el tono de voz a ambos interlocutores, lo cual convierte con facilidad una conversación normal en una discusión a voces, por lo que en su diseño deberá considerarse este extremo.

Una de las fuentes de conflicto potencial reside en la inadecuada convocatoria de familiares o acompañantes. Los ruidos de las salas, una deficiente megafonía, la pronunciación poco clara o excesivamente rápida del emisor o incluso los problemas auditivos del receptor pueden impedirle oír cuando es convocado para informarle. El usuario piensa que le han olvidado, así un simple malentendido puede acabar resultando en graves conflictos.

A ser posible las convocatorias deben efectuarse por más de un canal:

- Megafonía, auditivo.
- Monitores estratégicamente situados en las distintas salas, visual.
- E incluso la tecnología moderna permite mandar SMS de modo ágil al número de móvil que se comunique al personal de recepción.

La presencia de los medios de comunicación en principio no es deseable, pero si se produce debe ser gestionada sin confrontación, en realidad necesitan transmitir una noticia, si nosotros se la damos desaparece el conflicto.

Debemos tener especial cuidado en preservar los aspectos deontológicos, resulta escandaloso ver en programas televisivos entrevistas a profesionales, en que proporcionan información sobre temas que debieran ser absolutamente confidenciales. Esta indiscreción seguramente fruto de la falta de costumbre de hablar ante las cámaras, puede generar graves situaciones de conflicto con amigos y familiares de los enfermos.

3.2.3 Salas privadas y boxes.-

Disponer de habitaciones de seguridad (y procedimientos) para la atención sanitaria a detenidos, circunscribe los problemas que puedan derivarse a espacios concretos.

Las vidrieras reforzadas o irrompibles y puertas resistentes que en un momento dado puedan cerrarse i convertir por ejemplo un “office” en “habitación del pánico”.

Teniendo en cuenta que puede ocurrir el caso contrario, que el agresor se encierre en ellas con una víctima, por lo que los servicios de seguridad deberán disponer de llave maestra.

Disponer de lavabos diferentes y físicamente separados para sanitarios, enfermos y visitantes.

3.2.4 Accesos. -

Según la OIT (2002), debe proporcionarse acceso seguro al lugar de trabajo, reducir al mínimo el número de sectores de acceso, instalar servicios de seguridad en la entrada principal, acceso de visitantes y acceso a urgencias.

En barrios con elevadas tasas de delincuencia y/o una elevada incidencia de agresiones, no debe descartarse el establecimiento de controles de acceso e incluso de detectores (OSHA 2004), si son necesarios establecer conforme a la ley vigente cacheos en busca de armas. Siempre tras una campaña de explicación a los usuarios de los motivos de estas medidas.

Acceso al centro de familiares y visitantes regulado según protocolos.
Acceso a sectores reservados al personal (vestuarios, zonas de descanso...) limitado al personal del centro.

Zonas de aparcamiento situadas en las proximidades del lugar de trabajo y correctamente vigiladas e iluminadas.

3.3 Planificar la seguridad.-

Los pases restringidos a determinadas áreas, pueden evitar o filtrar el acceso a zonas, o en momentos, no deseados. Disponer si ello es posible de circuitos internos de pasillos, escaleras y ascensores diferentes a los empleados por los visitantes da mayor seguridad y rapidez a los desplazamientos dentro del centro.

La instalación de videocámaras conectadas a circuitos cerrados de TV, en los sectores potencialmente peligrosos, evita la desindividuación al hacer imposible el anonimato. Nos referimos no solo a salas de espera e información. Los pasillos, aparcamientos, sectores alejados, también pueden ser lugares de riesgo. Esta solución acostumbra a tener abundantes detractores, los cuales no quieren perder su intimidad a cambio de una a veces discutible seguridad. A nuestro entender se trata de llegar a un equilibrio o compromiso entre ambos valores, por ejemplo que las videocámaras enfoquen únicamente pasillos y espacios de pública concurrencia.

La instalación de espejos curvos en los ángulos e intersecciones de los pasillos.

Mantener cerradas con llave todas las puertas que no sean de uso frecuente siempre que ello no contradiga la normativa antiincendios.

Podemos ubicar alarmas en las mesas de los despachos o en los lugares de menor frecuencia de paso, a fin de poder alertar a los servicios de seguridad si nos encontramos solos con el agresor.

Otra opción sería repartir entre el personal más expuesto, alarmas de bolsillo, busca-personas o radios de onda corta, conectadas directamente a la central de seguridad del hospital. Se aconseja emplear sistemas silenciosos para evitar la reacción del agresor, sobre todo si se está alejado del resto del personal.

Un claro ejemplo, creativo y de muy bajo coste, se ha implantado en un centro de asistencia primaria perteneciente al Institut Català de la Salut (ICS). Han aprovechado la intranet corporativa para establecer una contraseña de alarma: Presionando una tecla concreta de bajo uso, en todas las pantallas de ordenador del centro aparece el aviso, de que en el despacho emisor se está produciendo una agresión.

También podemos establecer contraseñas entre el personal a fin de poder alertar de modo discreto a los vigilantes de seguridad.

Ante enajenados cuya reacción puede ser imprevisible, existen elementos de protección para aumentar la seguridad de quién deba interactuar con ellos, tal es el caso de los chalecos que protegen de elementos cortantes o punzantes, ligeros y que bajo una bata pueden pasar desapercibidos, no se trata tanto de llevarlos de modo permanente como de emplearlos cuando la situación lo requiera. Para efectuar reducciones de personas armadas con objetos contundentes, existen escudos de plástico transparente que ofrecen una gran protección y son muy resistentes a golpes y cortes.

En ocasiones no dispondremos de este tipo de medios y emplearemos recursos de fortuna, una silla ligera e incluso una plancheta a falta de algo mejor pueden protegernos.

Existen una serie de medidas tales como listas, historiales... empleadas en otros países (OSHA 2004), para identificar a los sujetos que han efectuado agresiones en el pasado, que difícilmente se encuentren dentro de la legalidad en nuestro país.

3.4 Desencadenantes sobre los que podemos influir.-

El COMB (2004) informa de que las siguientes características en médicos y profesionales sanitarios son susceptibles de generar agresividad:

- Carencia de habilidades comunicativas con los pacientes. Desconocimiento de la gestión de la comunicación emocional.
- Interferencia de los problemas personales con el trabajo.
- Trabajar en servicios propensos a generar estrés laboral o sufrir unas condiciones laborales que lo generen.
- Dificultades de adaptación personal al entorno laboral. Sufrir *burningy mobbing* horizontal (jerárquico).
- Actitudes de intolerancia, prepotencia, insensibilidad hacia familiares, enfermos y acompañantes.
- Desconocimiento de la organización o del centro en el que trabajan.
- Deficiencias o desconocimiento de los circuitos de previsión de atención sanitaria complementaria.
- Descoordinación con los restantes médicos que puedan estar en relación con el paciente.
- Negativas no razonadas a peticiones de prestación sanitaria, tales como pruebas, fármacos, certificados...
- Dificultad para evidenciar que “escucha” al paciente.

Existen estilos comunicativos que generan hostilidad, a menudo de modo automático, son aquellos que transmiten:

- Apatía.
- Frialdad.
- Condescendencia.
- Menosprecio.
- Impaciencia.

También:

- El uso de amenazas, coacciones o insultos.
- Minimizar la situación, las quejas o las críticas.
- La crítica y el rechazo a las demandas del paciente.

- Transmitir información que no se ajuste a la realidad y proponer pactos que no se puedan cumplir.

Nuestra comunicación no se realiza únicamente a través del canal verbal, existen una serie de señales no verbales que debemos evitar, especialmente la adopción de un lenguaje corporal desafiante o que se pueda interpretar como hostil o amenazador, en el bien entendido que uno solo de estos ítems dice bien poco, pero la acumulación de los mismos transmite claras señales de agresividad a nuestro interlocutor:

- De “plantón” en posición frontal.
- Con los brazos en “jarras”.
- Con los brazos cruzados.
- Señalar con el dedo, agitándolo acusadoramente.
- En estas situaciones evitaremos el contacto físico, ya que puede ser interpretado como un intento de agarrar o manejar a la persona.
- Evitaremos la proximidad excesiva, ya que puede ser interpretada como una invasión del espacio de seguridad o de privacidad.

Esta distancia no es la misma en función de las diferencias culturales, esta diferencia puede percibirse incluso entre un habitante de cualquier gran ciudad y otro de una pequeña ciudad cercana. El primero habituado a viajar en transportes públicos atestados, consecuentemente tendrá una distancia de seguridad muy corta.

Como orientación diremos que adoptar como “zona segura” la distancia aproximada del brazo estirado (incluso mejor la pierna) de nuestro interlocutor, será suficiente para nosotros ya que nos sitúa prudentemente a salvo de una agresión repentina.

- El contacto ocular prolongado.
- Movimientos repentinos y rápidos. Que pueden ser interpretados como el inicio de una agresión.
- Dar la espalda. Dado que puede ser interpretado como un desaire y que además nos deja indefensos ante un ataque ya que ofrecemos una mayor superficie del cuerpo a este y perdemos de vista al posible agresor.

Así pues hemos visto como nosotros mismos sin pretenderlo podemos provocar situaciones de agresividad, existen algunas muy evidentes como por ejemplo ante una “crisis” histérica, algunos profesionales responderían con un par de bofetones.

Lo cual era práctica común el pasado siglo, pero actualmente solo se reservan estos métodos tan contundentes para situaciones en que exista riesgo vital (rescates de montaña con riesgo de precipitación, tormentas en navegación...).

No debe extrañarnos que una conducta como la descrita pueda resultar en agresiones por parte de familiares, amigos... o del mismo sujeto que resulta más reactivo de lo esperado.

La propia ansiedad del profesional puede crear también situaciones peligrosas ya que:

- Si bien la seguridad del médico redonda en confianza del paciente, del mismo modo se transmite la inseguridad del profesional al paciente. No olvidemos que su atención se encuentra totalmente focalizada en la persona que lo está atendiendo.
- La inhibición del profesional ante situaciones aversivas empeora las consecuencias. Retrasar por ejemplo la comunicación de un fallecimiento, puede acarrear conflictos con la familia al detectar esta la demora.

También el empleo del lenguaje profesional puede ocasionar graves malentendidos, un ejemplo muy simple ilustra este tema: cuando un profesional de la salud emplea el término “agudo” sabe muy bien lo que dice, pero a un profano este vocablo le remite inmediatamente a conceptos como agudo=puntiagudo=lacerante= grave.

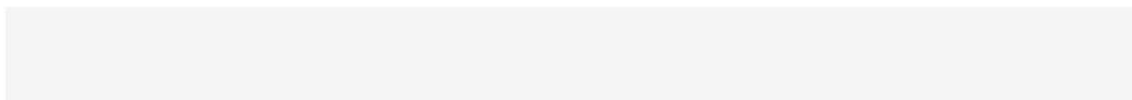
3.5 La formación del personal.-

En ningún caso debería descuidarse el elemento central de las medidas descritas, la formación de los profesionales que deberán afrontar los incidentes y las situaciones de agresividad objeto de estudio.

Esta formación y entrenamiento debe ir dirigida no solo al personal sanitario sino también a los vigilantes de seguridad, ya que en definitiva estos son la garantía final ante las situaciones de violencia explícita.

En el ANEXO E plasmamos la experiencia del curso SASCAU, que recoge de modo expositivo y didáctico los contenidos de este manual.

ITEM



Capítulo 4.

¿Qué podemos hacer cuando ya se está produciendo una situación de agresividad, pero no se ha llegado a la violencia física?

4.1 Primero evaluar.

4.2 Segundo intervenir

4.3 Medidas de seguridad a mantener.

4.4 Agresores armados.

4.5 ¿Qué tipo de dialogo estableceremos?

Recordemos que nos encontramos en la fase de “Descontrol progresivo”, es decir se produce en el sujeto un aumento de su frustración y su ira, ve que cada momento que pasa se puede controlar menos. Representa la última oportunidad de que disponemos para intervenir.

4.1 Primero evaluar.-

Por nuestra parte evaluaremos la situación y el riesgo del modo más realista posible, para ello antes de nada observaremos a una cierta distancia y seguiremos las siguientes pautas:

- Antes de nada comprobar la temperatura del local, en caso de duda siempre es preferible una temperatura ligeramente fría que caliente en exceso.
- Descartar que no se trate de una simple agitación psicomotriz.
- Presencia de los factores o causas relacionadas con la conducta agresiva que hemos visto en el capítulo 2.3.

- Información previa de que pueda disponerse.

- ¿Quién es? Puede que existan precedentes de otras agresiones, o por el contrario situaciones verbalmente muy violentas pero que no llegaron a la agresión en ningún caso.

- ¿Quien le acompaña? Los acompañantes siempre juegan un papel determinado y en ocasiones determinante, así puede darse el caso que solo con separarles sea suficiente para que disminuya la tensión.

- ¿Quién le excita o le calma? También puede ocurrir que como objetivo resulte más adecuado el acompañante y que calmándole a él consigamos idéntico efecto.

- Nivel de violencia presente.

- ¿Qué dice?

- Se queja.

- Insulta

- Amenaza

- ¿Qué hace?

- Gesticula

- Lanza objetos

- Rompe

- ¿Que consigue con ello?:

- Atención

- Evitación de algo

- Aliados
- Privilegios

Su aspecto físico puede orientarnos hasta cierto punto (P. Acinas 2004):

- Indicadores de abuso alcohólico.
- Apariencia de haber consumido otras drogas.
- Bajo nivel de higiene.
- Cicatrices y tatuajes.

Estos ítems nos sugieren una persona poco apegada a las reglas de convivencia social, sería gratuito acusarla de violencia por ello. Sin embargo no estaría de más añadir y contrastar este indicador con los restantes.

La forma y contenido de su discurso (COMB, 2004):

- Empleo de palabras groseras. Ha superado la primera barrera de las convenciones sociales y la propia imagen, la de la más elemental educación y cortesía ante un desconocido. Nos transmite que no le importa lo más mínimo como pensemos de él.
- Progresión del ritmo y volumen de la voz, habla cada vez más rápido. Ello nos indica que se está excitando y descontrolando de modo progresivo y rápido, sus procesos cognitivos están siendo muy influidos por su estado emocional, cada vez “siente más y piensa menos”.
- Discurso paranoico o coaccionador. Indican un modo subyacente de razonar extremadamente peligroso.
- Demandas poco razonables o sin sentido. Puede ser debido a causas muy diferentes, desde los delirios de un trastorno psicótico hasta, en individuos de muy breve capacidad de análisis, la fantasía de conseguir “una indemnización millonaria”.

Lenguaje corporal:

- Contracción labial que permite ver los dientes o contracción intensa de las mandíbulas.
- Señalar con el dedo, cerrar los puños, agarrar objetos.
- Tensión muscular y actitud generalizada en flexión, con cambios posturales frecuentes y rápidos sin finalidad concreta o detención repentina de todo movimiento.

- Adopción de postura cefálica baja y avanzada, cuello en flexión, barbilla hacia el pecho o adopción de posturas de lucha, tipo boxeador o de artes marciales.
- Mirada recta y fija o establecer contacto ocular prolongado. Cuando el ataque es inminente fijarán la mirada en el punto donde piensan golpear.
- Permanecer inmóvil junto a una puerta. Puede estar esperándonos.
- Gestos agresivos.

A nivel conductual:

- Hiperactividad conductual.
- Negativa a sentarse.
- Cambios bruscos o inexplicables de actividad. Que podemos interpretar como un cambio de idea, por desgracia no podemos saber si ha reflexionado y retrocederá en el patrón, o por el contrario avanzará un escalón más en su conducta agresiva.
- Golpear paredes o puertas.
- Conducta destructiva sobre objetos.

Como ya hemos visto antes al referirnos a nuestra propia actitud y nuestros propios mensajes agresivos de los que no somos ni siquiera conscientes, un solo ítem dice muy poco pero la acumulación de varios cada vez nos da mayor información y mayor probabilidad en nuestras apreciaciones.

4.2 Segundo intervenir.-

Pues bien ahora tenemos una idea de la situación y se supone que nos corresponde intervenir en el incidente.

Antes de abordar a un individuo excitado o violento en la medida de lo posible procuraremos tranquilizarnos nosotros previamente, ya que estamos sujetos a la “respuesta de alarma” -recordemos el Síndrome General de Adaptación- (SGA, descrito por Hans Selye), sugerimos la respiración abdominal o diafragmática (Davis, McKay y Eshelman 1985) como técnica de relajación sobre el terreno.

En el momento que nos percibamos como totalmente focalizados en el problema, podemos pensar que hemos superado el descontrol inicial del SGA y que estamos en condiciones de sacarle el máximo partido, nuestro pensamiento será rápido y nuestra concentración máxima. Tras ello:

- Avisaremos a seguridad para que estén discretamente al quite.
- Evitaremos en la medida de lo posible la presencia de espectadores.
- Canalizaremos la violencia, retirando objetos potencialmente peligrosos y dejando los inocuos, por ejemplo figuras de porexpan colocadas a propósito para que se cebe en ellas.
- En la interacción mantendremos una actitud tranquila y un lenguaje coloquial.
- Hablaremos suavemente, nunca en un volumen más elevado que el del interlocutor, tono calmado y afable sin levantar jamás la voz. Sonido uniforme, ritmo lento con pausas.
- Conseguiremos transmitir y contagiar a nuestro interlocutor la calma si también nosotros previamente estamos calmados. Nuestro aspecto, expresión, postura, gestos, tono de voz y volumen o velocidad de esta influirán de modo directo en el equivalente conductual de nuestro interlocutor, así:

- No tensar ninguna parte del cuerpo, especialmente las más visibles (frente, entrecejo, nariz). Mirada "inocente" sin fijarla ni desviarla excesivamente. Labios relajados.

- Brazos relajados, sin cruzar, no cerrar los puños, mantener las manos abiertas.

- Movimientos lentos y fluidos, los movimientos rápidos transmiten excitación e incluso pueden resultar amenazantes.

- Inicialmente mantendremos rigurosamente la distancia de seguridad, hasta poder evaluar el riesgo de modo realista.

- Si nos parece oportuno, nos trasladaremos con nuestro interlocutor a un despacho donde podamos interponer una mesa (fijada al suelo) entre él y nosotros. También procuraremos tener a mano algún objeto para utilizarlo como protección, incluso una simple carpeta puede ser muy útil ante una agresión.

- Nos presentaremos, no tenemos porque dar nuestro nombre real, si ello nos hace sentir más seguros o las circunstancias lo aconsejan.

Presentándonos le proporcionamos a nuestro interlocutor percepción de control del entorno, antes no conocía a nadie en la UCI, ahora nos conoce a nosotros y para él seguramente esto es importante ya que ello le permite influir en el curso de los acontecimientos.

- Pediremos su nombre y lo emplearemos a lo largo de la conversación, ello le da identidad, ya no es un usuario más en una sala de espera abarrotada, ahora puede percibir que es alguien para nosotros. Podemos influir en esta percepción haciendo notar la diferencia, con una frase del tipo "ahora ya tiene un amigo aquí dentro".

- Aún que conozcamos (o creamos conocer) previamente cual es el problema, le preguntaremos que ha pasado y porqué se comporta de ese modo. Para ello emplearemos preguntas:

- Breves.

- Claras.

- Concretas.

Mediante ellas esperamos conocer:

- Desencadenantes.

- Demandas.

- Procuraremos actuar con la mayor empatía.

- Emplearemos la técnica de escucha activa en nuestro trato con él.

- Le ayudaremos a reformular el problema. Es decir le devolveremos el discurso que nos ha transmitido, caótico y fragmentario en su formulación inicial, ordenado de modo lógico. En realidad un problema bien planteado es casi un problema resuelto.

- Procuraremos resolver aquello que le preocupa. .

- En ningún caso tomaremos como algo personal los insultos que podamos recibir. En realidad representamos una institución, sociedad o “vida perra” según las circunstancias, estos insultos muy pocas veces van dirigidos a nosotros mismos.

4.3 Medidas de seguridad a mantener.-

En nuestra interacción con el posible agresor procuraremos disponer siempre de una vía física, accesible, rápida y segura para poder escapar si la situación evoluciona de modo contrario al deseado.

No entrar nunca por detrás de la víctima o por sorpresa, ya que puede tratarse de una persona en crisis psicótica, en el contexto alucinatorio en el que se mueve podemos asustarle y debido a ello responder de modo agresivo. Tampoco daremos jamás la espalda a nadie sin estar muy seguros de que no va a desencadenar ninguna agresión, ya que ofrecemos la mayor superficie corporal posible a un ataque.

Recordemos en todo momento mantener una distancia de seguridad como mínimo de un brazo estirado entre la persona y nosotros.

No cerraremos nunca una puerta por completo, de modo que desde el exterior puedan apercibirse de lo que en el interior ocurra. Es más, procuraremos avisar a alguien para que con cualquier excusa (por ej. firma de un documento) entren al despacho cada cierto tiempo.

4.4 Agresores armados.-

Si el sujeto está armado la policía recomienda que nos olvidemos no solo de intentar reducirlo nosotros mismos, sino incluso de interactuar con él, a no ser de que estemos completamente seguros de poder resolver la situación con éxito, por ejemplo si conocemos muy bien al agresor.

Así pues ante un sujeto armado, avisaremos siempre a la policía.

En caso de que desista de su actitud, se recomienda no coger nunca el arma con las manos, pediremos que la deposite en el suelo y se aparte unos pasos. Cuando una persona en estas circunstancias entrega un arma (cuchillo o pistola) siempre se encuentra ambivalente entre resistir o rendirse, tomándola de su mano puede establecerse un peligroso forcejeo.

No nos referimos solo a un arma de fuego. Si se trata de una arma blanca (tan frecuentes en nuestro país) o de una simple botella rota procederemos de igual modo.

4.5 ¿Qué tipo de dialogo estableceremos?.-

En la interacción con el sujeto seguiremos unas pautas sistemáticas de modo que todos los presentes conozcan en qué dirección se encaminan nuestros esfuerzos. Así a pesar de que las circunstancias obliguen a cambiar el interlocutor todos sabrán a qué atenerse.

En este tipo de situaciones los primeros auxilios psicológicos nos sugieren una serie de recursos (técnicas y estrategias):

- Un único interlocutor, si vemos que no hay "buena conexión" cambiaremos el interlocutor y nadie debe ofenderse por ello.
- Empatía y escucha activa. Ver anexo.
- Reformulación. La persona nos entrega un discurso caótico y deshilvanado, nosotros procuraremos devolvérselo ordenado de modo lógico, con lo cual le ayudamos a aclarar sus ideas y pasar de lo emocional a lo cognitivo. *"Si no he entendido mal lo que ocurre es...."*.
- Confrontación. Se trata de contrastar la visión de la persona con la realidad.

Por ejemplo: *¡Llevo esperando seis horas!*

Veamos.... el ingreso es de apenas hace una hora, a mí también me ha pasado en ocasiones, a veces cuando esperamos el tiempo transcurre tan lentamente que se nos hace muy largo. Tenga en cuenta que los análisis llevan su tiempo.....

Obsérvese que no utilizamos la confrontación para descalificar al usuario, al contrario justificamos su percepción.

- Normalizar sentimientos. Por ejemplo: Tras una queja podemos empezar diciendo *“es normal que usted me diga esto, o lo vea así porque es muy duro lo que está pasando, pero le ruego que tenga en cuenta también....”*

- No tener prisa para dar por terminada la conversación. A pesar de que parezca un contrasentido, acabaremos invirtiendo más tiempo en un problema cuanto mayor prisa mostremos a nuestro interlocutor.

El “Col·legi Oficial de Metges de Barcelona” (COMB 2004) plantea una serie de recomendaciones, algunas de las cuales nos permitimos complementar con técnicas propias de los primeros auxilios psicológicos:

- Efectuar un contra-balance emocional. Lo cual podemos interpretar como, emplear la técnica del modelado para mediante nuestra conducta tranquila inducirla en nuestro interlocutor.

- Liberar la tensión emocional del paciente. Una técnica idónea para ello sería la “escucha activa”.

- Avisar un compañero para que se integre a la entrevista con la finalidad de que ayude a solucionar el motivo de tensión. Debemos cuidar de que no se interprete como un intento de “superar en número al adversario”.

- Reconocimiento de las posibles deficiencias propias y de la organización. Lo cual, por descontado, no implica reconocer disfunciones inexistentes.

- Manifestar los propios sentimientos al paciente. Pero nunca como reproche, ya que corremos el riesgo de volver a empezar, solo se trata de que el mal rato pasado no se quede “dentro”.

Con decirle “en estas situaciones yo también lo paso muy mal” es suficiente.

Capítulo 5.

¿Qué hacer cuando se produce una situación de violencia física?

5.1 Si no estamos solos

5.2 Si estamos solos

5.1 Si no estamos solos

Acudirá todo el personal de la zona que no esté efectuando tareas vitales e intentara disuadir y/o reducir al agresor y proteger a la víctima.

Si no se trata de pacientes la reducción será mejor que la efectúen los servicios de seguridad del centro y si la situación excede las atribuciones de los agentes de seguridad, deberá ser la propia policía, ya que cuentan con los medios y el entrenamiento apropiados para ello.

Cuando nos enfrentamos a la contención física de un paciente lo contenemos para evitar que se haga ningún daño. Pero no es suficiente con que nosotros lo sepamos, él debe también saber que no estamos enojados ni pretendemos dañarle.

Se aconseja por este motivo, informar al paciente de lo que se le hará y porqué (P. Acinas 2004). Dado que el efecto sorpresa puede favorecer una más segura y rápida reducción muchos profesionales prefieren informar a posteriori. Es evidente que por laboriosa que sea la reducción procuraremos que nadie se muestre enfadado ni falte al respeto de ningún modo a la persona, esto válido para cualquier paciente debe ser maximizado cuando se trate de pacientes psiquiátricos que pueden no entender que está pasando.

Para disminuir al máximo el riesgo será preciso que seamos como mínimo cinco personas, una para sujetar la cabeza y las demás para las extremidades.

Antes de retirar la contención procuraremos mantener una conversación con él para asegurarnos de que se haya tranquilizado, lo cual no será óbice para que se tomen las máximas precauciones al retirarla.

5.2 Si estamos solos:

Cuando ello sea posible huiremos, olvidando en el trayecto incluso la dignidad si es preciso. Si no podemos huir y nos están atacando, siempre que sea posible interpondremos alguna protección entre el agresor y nosotros, silla ligera, carpeta, plancheta...

Incluso un periódico enrollado nos sirve, al aumentar la distancia entre el agresor y nosotros, empleado de modo perpendicular al atacante tiene una cierta resistencia, en cambio de lado se dobla fácilmente.

Si disponemos de alarma de bolsillo (como alarma de fortuna puede valer un pito, bocina...) la emplearemos y pediremos socorro a viva voz hasta que recibamos ayuda, el efecto sorpresa puede ser aprovechado para la huida.

Algunos textos internacionales destacan la conveniencia de que las alarmas sean silenciosas para no excitar todavía más al agresor. A nuestro entender ello dependerá de la distancia a la que se encuentre la ayuda.

Una alarma silenciosa será indicada si la ayuda va a tardar a llegar. Pero en el contexto físico de las instalaciones de urgencias de nuestro país, parece deseable una alarma cuanto más estridente mejor.

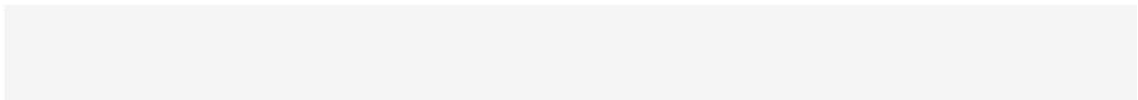
Procuraremos ofrecer la menor superficie al ataque adoptando si las circunstancias lo permiten una posición “de perfil”, protegiendo el abdomen y genitales (o pecho) con el antebrazo y mano. Siempre es mejor mantenernos en pie, ya que las patadas son más peligrosas que los puños, pero si caemos al suelo y no podemos levantarnos, procuraremos adoptar la posición fetal, de modo que agrupemos todo el cuerpo, así protegeremos hasta cierto punto los órganos vitales:

- Nuestros codos protegen los flancos del abdomen
- Nuestras manos cerradas la cara.
- Tensaremos la musculatura de todo el cuerpo.
- Pediremos ayuda a gritos.

Capítulo 6.

Después de la agresión. Denunciar.

ITEM



Existe acuerdo unánime de autores y gestores sobre la necesidad de que todos y cada uno de los casos de agresión, tanto verbal como física, e incluso psicológica (de más difícil demostración), sean registrados y si procede denunciados. Existen diferentes motivos para ello:

- Motivos psicológicos, es bueno para la persona victimizada no resignarse a ello y mantener una actitud activa ante el incidente, ya que ello mejorará su auto-imagen y su autoestima, la forma más fácil y eficaz consiste en denunciar los hechos.
- Motivos legales, una agresión si no es denunciada no ha existido. La “siguiente vez” la justicia no podrá actuar del modo que lo haría ante un reincidente repetido, ya que a efectos legales es “la primera vez”.
- Motivos estadísticos, si existe un registro meticuloso de las agresiones ocurridas y de sus características, se cuenta con información fidedigna del problema en sus justas dimensiones, lo cual permite a los poderes públicos planear políticas preventivas eficaces.

Conocemos protocolos excelentes, como el del Servicio Andaluz de Salud (SAS 2005), o el del Institut Municipal d’Assistència Sanitària de Barcelona (IMAS) o de centros hospitalarios concretos (Villarroya A. y otros 2010), solo insistir que en la aplicación de estos y otros protocolos debe tenerse especial cuidado en:

- Que la denuncia y el proceso que le sigue no resulte revictimizador para el/la denunciante.
- Que en ningún caso “pierda” (tiempo libre, imagen, libertad....) a causa de haber tomado la decisión de denunciar.
- Que en cualquier caso “gane” (imagen, reconocimiento, apoyo, tiempo libre..).
- Que se le preste acompañamiento psicológico. No nos referimos a tratamiento, ya que nos es preciso que una persona presente trastornos para requerir apoyo.
- Que se la proteja no solo de una nueva agresión sino también de los rumores.

La víctima debe ser acompañada a lo largo del proceso por otra persona, a ser posible siempre la misma, que conozca los entresijos del proceso legal,

tenga conocimientos de intervención en crisis para poder asistir a la víctima, e investida de suficiente capacidad de decisión (por ejemplo, para darle el día libre si lo considera necesario).

Además es indispensable que entre sus características personales esté una voluntad de ayudar y una sensibilidad ante el sufrimiento ajeno reconocidas por todo el grupo laboral. Insistimos en lo de todo el grupo, frecuentemente hemos observado percepciones contrapuestas entre la valoración que efectúan los profesionales con tareas de liderazgo, de las que efectúa el grueso del grupo.

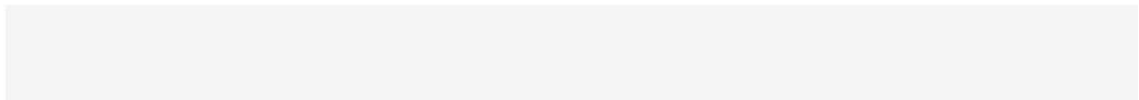
Existe en determinados entornos una visión a nuestro entender extremadamente peligrosa. La relativización de las agresiones cuando estas proceden de personas pertenecientes a grupos culturales minoritarios.

Disentimos totalmente de este enfoque, por paternalista, retrógrado y mojigato. Una agresión es una agresión en todas las culturas y proceda de quién proceda debe ser igualmente denunciada ante la ley, la cual por descontado debe ser igual para todos.

Capítulo 7.

Después de la agresión. Apoyar.

7.1 Los programas de gestión del estrés.



La Organización Internacional del Trabajo (OIT 2002) recomienda que *“Durante todo el periodo de rehabilitación, los trabajadores deben recibir apoyo, debe concedérseles todo el tiempo necesario para que se recuperen, pero también hay que animarles a volver al trabajo.....Sin embargo al principio no ha de someterse a los trabajadores a una presión excesiva; y puede ser que la flexibilidad en forma de trabajo a tiempo parcial , tareas diferentes, o el apoyo de un compañero permitan a la víctima recuperar la confianza. Para las víctimas de la violencia en el trabajo es importante que, cuando vuelvan a él, se sientan en ese entorno seguros contra toda violencia física o psicológica.”*

La insistencia en la “vuelta al trabajo” no se basa en motivaciones mezquinas, en realidad representa la vuelta a la rutina, la cual en un contexto post-incidente crítico se considera deseable, ya que dentro de la rutina cotidiana casi todo es previsible y es percibido como seguro por la víctima.

Es importante que se proporcione apoyo psicológico a la persona agredida y de hecho los protocolos que conocemos en el estado español (Plan de Prevención del SAS y Circuito de Agresiones del IMAS) así lo contemplan.

Sin embargo existe el riesgo de que el profesional agredido decline esta asistencia por varios motivos:

- El profesional sanitario no es necesariamente inmune al prejuicio muy extendido hacia la necesidad de ayuda en salud mental.
- El profesional sanitario puede querer mantener la intimidad respecto a su vida privada, que puede verse afectada indirectamente por la agresión sufrida.
- Lo más probable es que no necesite ayuda clínica, generalmente la única disponible en los centros sanitarios, ya que no tiene ningún trastorno. Quizás solo necesita lo que llamamos acompañamiento y soporte emocional, y aceptaría este tipo de ayuda de buen grado.

Pensamos que el planteamiento debe ser otro, que no pasa tanto por ofrecer inmediatamente ayuda clínica, como un escalonamiento de la ayuda psicológica:

- Apoyo psicológico inmediato, dentro del marco de la intervención en crisis y de la asistencia psicológica a víctimas. Desde esta perspectiva,

entendemos a la víctima enfrentada no a un “trauma” sino a un incidente crítico, es decir una situación que según la persona puede o no desencadenar en ella una crisis, lo cual no excluye que pueda necesitar ayuda.

Esta primera ayuda de emergencia puede emplearse paralelamente para una evaluación inicial del impacto.

- A partir de esta evaluación se puede plantear:

- Acompañamiento. En el trayecto a su domicilio o en el proceso de tramitación de la denuncia

- Facilitación. De las rutinas alteradas por el incidente o de las tareas a él vinculadas, por ejemplo puede ser indicado proporcionar un canguro que se haga cargo de los hijos de la víctima mientras ésta efectúa la denuncia, o proporcionarle un vehículo con el mismo fin.

- Seguimiento según las circunstancias aconsejen.

- Telefónico.

- Mediado. A través de algún compañero con cierto nivel de confianza que informa de la evolución de la víctima.

- Visitas periódicas.

- Participación en procesos que ayuden a la elaboración e integración del incidente en el continuum vital del individuo. Dinámicas de grupo, grupos de ayuda entre iguales, *counselling*...

- Unos pocos casos pueden desarrollar trastornos, generalmente de tipo ansioso, depresivo o de estrés postraumático y precisar de ayuda psicológica y/o psiquiátrica.

7.1 Los programas de gestión del estrés.-

La existencia de agresiones en un centro se suma a los factores de estrés siempre presentes en los centros sanitarios, lo cual contribuye a hacer más necesaria la presencia de programas destinados a ayudar al profesional a manejar dicho estrés (ENA 2002).

La dirección y plasmación de estos programas la lleva a cabo un psicólogo formado y consiste a efectos prácticos en:

A nivel grupal

Dinámicas de grupo.

Entrenamiento en técnicas de relajación.

Desactivación grupal ante incidentes.

A nivel individual

Counselling.

Desactivación individual ante incidentes.

Seguimiento tras incidentes o periodos de elevado estrés.

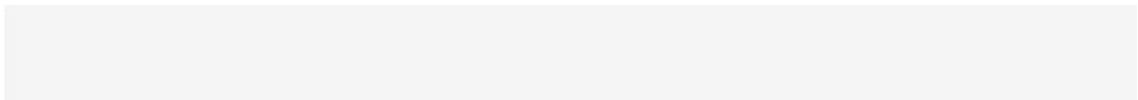
Estos programas con valor propio de modo independiente a la gestión de incidentes violentos, pueden cruzarse con los programas de apoyo psicológico a víctimas de agresiones en el entorno laboral.

De hecho la asistencia a las víctimas, la gestión del estrés y la asistencia e información a los acompañantes y familiares puede ser llevada a cabo por el mismo grupo de profesionales, tal como se plantea en el anexo D de este mismo trabajo.

Capítulo 8.

Después de la agresión. Prevenir.

ITEM



La repetición de agresiones en un mismo centro, no es tanto la evidencia de un fracaso en las medidas de seguridad adoptadas, como un síntoma de que la zona, sector, barrio... presenta graves problemas de convivencia, es obvio que no nos estamos refiriendo a las agresiones protagonizadas por enfermos psiquiátricos.

No es un secreto para nadie la existencia de entornos donde la violencia interpersonal se considera una forma legítima e incluso razonable de dirimir los conflictos.

Ante este tipo de situaciones en que las agresiones no son ocasionales, cuando existe una cultura de violencia, la metodología expuesta a lo largo de los anteriores capítulos no será suficiente, es preciso cambiar las reglas de juego, al menos respecto a lo que el centro sanitario se refiere.

Existe la necesidad de un "Plan de intervención integral".

Partiremos para ello de:

- Una definición del problema. Lo más clara y objetiva posible.
- Establecimiento de una línea base de agresiones. Tanto físicas como verbales, esta línea base permitirá en el futuro objetivar los progresos e retrocesos del plan.
- Definición de los objetivos y su temporización. A medida que avance el plan, ambos deberán adecuarse de modo realista.
- Conocer los medios humanos y materiales (económicos) disponibles, delimitarán más claramente que cualquier declaración bienintencionada, hasta donde se nos permite llegar.

Desarrollo del plan:

- Creación del grupo de trabajo destinado a la implementación del Plan. Formado por:
 - Director del Plan, con funciones y dedicación exclusiva al mismo.
 - Representante de la Dirección, cualificado para proporcionar sin mediadores, el soporte y los recursos necesarios.
 - Asesoramiento jurídico de la institución.

- Representante cualificado del departamento de Recursos Humanos.
- Responsables de los servicios de Urgencias, hospitalarias y pre-hospitalarias.
- Representantes sindicales.
- Responsable del gabinete de comunicación.
- Consultores expertos en ámbitos concretos:
 - Psicólogos.
 - Asistentes sociales.
- Mediadores culturales, en el caso de existir comunidades diana diferenciadas.

Debería valorarse en cada caso la conveniencia de incorporar, y el grado de implicación, de la sociedad civil del entorno del centro hospitalario: asociaciones de vecinos y otros.

Este grupo de trabajo que puede constituirse en plenario, en diferentes sub-grupos de trabajo o un grupo director ejecutivo según demanden las circunstancias. Habrá de desarrollar:

- Un Plan de Formación, específica y cualificada, destinada al personal sanitario, administrativo y de seguridad. Este punto es considerado como fundamental e indispensable en todos los foros de discusión sobre el tema de agresividad en urgencias (en el anexo E se aporta nuestra experiencia con el curso SASCAU).
- Propuestas de cambios ambientales, en ocasiones aprovechando las modificaciones de tipo general que se produzcan en el centro, en ocasiones las modificaciones deberán ser promovidas directamente. Si es preciso se establecerá un grupo de trabajo secundario con los arquitectos.
- Elaborar y cuando proceda modificar protocolos de afrontamiento de agresiones, interacción sistemática y auto-defensa, establecer una red de respuesta.
 - Protocolo de agresiones.
 - Apoyo permanente y dilatado en el tiempo (presencial y telefónico):

- Médico.
- Legal.
- Psicológico, inserido en un programa general de gestión del estrés (individual y grupal).
- Práctico/Logístico.

- Protocolo de interacción, se trata de consensuar en cada equipo sanitario el tipo de respuesta que se da a las situaciones de agresividad, de modo que cada cual sepa cómo debe actuar.

- Red de respuesta y soporte, establecida en todo el conjunto del centro, se trata de una red más humana que técnica, pensada para la movilización, puede estar formada por anteriores agredidos formados en técnicas de primeros auxilios psicológicos, su objetivo es el de crear un entorno protector a la víctima.

- Adecuación realista de fases y plazos de implementación.

Para la implementación del Plan deberán establecerse unos plazos temporales apropiados, a contar en meses. Con tareas concretas a efectuar y orden de prioridad de estas.

- Instalación del Programa

- Educación de la población general y diana, mediante:

- Las escuelas de la zona (los maestros también son agredidos).

- Medios de comunicación: reportajes, entrevistas...

- Publicidad convencional.

El objetivo: Crear un estado de opinión favorable al plan. Dos ideas centrales: "Ninguna agresión sin respuesta" y "tolerancia cero a la violencia" (ENA 2006).

Puede resultar adecuado asociar y establecer paralelismos con la violencia doméstica y escolar.

Tareas esenciales:

- Organizar la red de respuesta y soporte.

- Determinar composición.

- Establecer tareas.

- Mantener relaciones de colaboración con los jueces y fiscales de la zona, mantenerlos al corriente del problema y de lo que pretendemos. Pueden ayudarnos a ponderar la oportunidad e incluso la legalidad de las medidas que nos proponemos aplicar.

- Modificar si corresponde las medidas de seguridad del centro.

- Respuesta ante la agresión

- Activación del protocolo, acompañamiento.

- Activación del equipo de respuesta y soporte.

- Difusión pública de lo sucedido.

- Respuesta activa pública. Por ejemplo: Concentración en la puerta del centro.

- Acompañamiento colectivo (si procede -por ejemplo, si existen amenazas-) a efectuar la denuncia y durante el proceso.

- Resultaría ideal la detención y encarcelamiento cautelar del agresor, por los efectos que esta contingencia temporal "conductista" tendría sobre la percepción del agresor. Sin embargo consideraciones de tipo legal que no viene al caso discutir, probablemente hagan difícil que esto se produzca en una parte considerable de los casos.

- Difusión pública de las consecuencias legales de la agresión, cuando estas se produzcan.

- Evaluación de los resultados.

- Aprovechamiento publicitario del éxito y corrección de las disfunciones detectadas.

Continuidad.

- Mantenimiento del programa de gestión del estrés

- Adaptación de parte del Plan a determinadas agresiones verbales

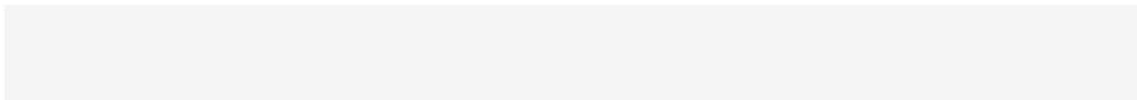
- Revisión periódica del Plan.

- Actualización de la formación específica al personal sanitario, administrativo y de seguridad.

Capítulo 9.

Conclusiones.-

ITEM



Llegados a este punto, podemos pararnos y efectuar dos reflexiones:

La primera que, a pesar de que tomemos todas las medidas expuestas y de que disminuya significativamente su número, pueden continuar y de hecho continuarán produciéndose agresiones.

La segunda que, observando detenidamente nuestras propuestas vemos que a través de ellas estamos pidiendo esfuerzos concretos al conjunto de los sectores implicados.

Que en el fondo nuestras propuestas consisten en que cada cual cumpla con sus obligaciones, que cada cual desarrolle su parte del trabajo:

Que la dirección de los centros ponga en marcha sus recursos, administrativos, legales, asistenciales, de imagen..

Que la justicia se implique y tome decisiones a veces comprometidas y en ocasiones incluso valerosas.

Que los sindicatos asuman el problema como propio y movilicen a sus afiliados y se impliquen a fondo en el tema.

Que los profesionales individualmente estén a la altura de las circunstancias y no se limiten a cubrir el expediente.

Que las propias víctimas asuman una actitud de firmeza y denuncien los hechos.

Que la sociedad civil, que en definitiva es usuaria de la sanidad, a través de sus organizaciones: asociaciones de vecinos, de usuarios y otras, apoyen y hagan suyas las iniciativas que se emprendan para acabar con la violencia.

En definitiva, que esta sociedad la cual con sus disfunciones genera individuos que agreden a sus semejantes, cuando estos solo intentan ayudarles, sea también capaz de reaccionar generando soluciones eficaces.

ANEXO A.

La empatía.-

La empatía, es la capacidad que tenemos los humanos para ponernos en lugar de nuestro interlocutor. Es decir, poniéndonos en su lugar podemos saber aproximadamente que piensa, siente y sobre todo que necesita, solo con preguntarnos a nosotros mismos que sentimos, necesitamos y nos viene a la mente.

Podemos imaginar así como puede sentirse un paciente o un usuario y qué tipo de información demanda. Debemos transmitir esta empatía que experimentamos a la persona, sea mediante nuestras palabras (actitud comprensiva y justificativa de sus reacciones) sea mediante nuestra actitud corporal (posición a la altura de la persona, no rehuir su mirada).

Emplear la empatía nos hace establecer un vínculo humano y humanitario con nuestro interlocutor.

ANEXO B.

Qué es y cómo se lleva a cabo la escucha activa.-

Mediante la técnica de escucha activa, no solo escuchamos a la persona sino que también le transmitimos que es objeto de nuestro interés sincero y atención, así:

- Mantendremos en la medida de lo posible contacto ocular con la víctima.
- Ocasionalmente podemos repetir la última frase que ha emitido la víctima en forma de pregunta para que la explique. O repetirla como si la estuviéramos considerando.
- Podemos establecer contacto físico con la persona, siempre en partes distales del cuerpo (mano, antebrazo..). Tras una frase de fuerte contenido emocional o reveladora podemos presionar suavemente, transmitiendo así nuestra comprensión. Si se trata de una situación de agresividad, se desaconseja el contacto físico, ya que puede ser interpretado como un intento de dominación.
- Asentir con la cabeza o la mirada, transmite nuestra atención al interlocutor.
- Nuestra escucha para con la víctima no debe estar exenta de precauciones, no podemos asentir con la cabeza intentando mostrar apoyo a la persona cuando dicho apoyo pueda ser interpretado como acuerdo con lo expresado, si ello es disfuncional. Tal sería el caso de alguien que verbaliza querer acabar con su vida. Ante ello sería más adecuado repetir la expresión en forma de pregunta, el dialogo resultante nos permitiría argumentar a favor de la supervivencia.
- Hacer las preguntas adecuadas facilita la reubicación de la persona asistida, así:
 - Emplearemos preguntas abiertas, que no puedan contestarse con un sí o un no.
 - Preguntando sobre sus ocupaciones habituales, ayudamos a la persona a re-situarse en la normalidad de lo cotidiano.

- Preguntando sobre lo ocurrido, ayudaremos a la persona a pensar, es decir a pasar de lo emocional que es inmanejable, a lo cognitivo o pensamiento consciente y por consiguiente elaborable.

ANEXO C.

Albert Bandura y el experimento del muñeco Bobo.-

Albert Bandura (1925), psicólogo canadiense de origen ucraniano.

Su modelo teórico es el conductual-cognitivo. Es famoso por su trabajo sobre la teoría del aprendizaje social, y por establecer la categoría de auto-eficacia.

Su experimento más conocido es el del “muñeco Bobo” sobre la conducta agresiva en la infancia.

Gran parte de su carrera investigadora y docente la ha desarrollado en la Universidad de Stanford. En 1974 fue elegido presidente de la *American Psychological Association*.

El experimento.-

Unos niños de guardería, veían una película en la que una estudiante golpeaba a un muñeco bobo (muñeco hinchable con aspecto de payaso y forma de huevo, con un peso en su base que tras ser empujado lo devuelve siempre a la posición inicial). No solo pegaba al muñeco, le gritaba; ¡estúpido! y otras frases de contenido agresivo, también se sentaba sobre él golpeándole con un martillo.

Tras el visionado entraban en una sala de juego, en la cual disponían de pequeños martillos y un muñeco bobo.

En la sala reproducían de modo bastante equivalente todas las conductas que la chica había mantenido con el muñeco; le golpeaban, insultaban y maltrataban. Todo ello sin mediar ningún tipo de refuerzo, es decir habían modificado su conducta solo observando cómo lo hacía otra persona.

Bandura modificó y repitió de muy diversos modos el experimento hasta estar seguro de su significado, llegando incluso a emplear un payaso de verdad. Y formuló a partir del fenómeno observado (aprendizaje por observación o modelado) la teoría social del aprendizaje.

ANEXO D

El rol del psicólogo de urgencias.-

Este tema ya lo planteamos hace años como ponencia en unas Jornadas y lo hemos seguido caracterizando en otros trabajos (Lorente F. 2004, 2007 y 2008), reproducimos parcialmente el último de estos:

"... Objetivos:

Reducir en el ámbito físico de las urgencias hospitalarias, los niveles de estrés de los miembros de los equipos sanitarios, los pacientes y sus acompañantes. Mejorando así la calidad asistencial y la percepción de ésta, protegiendo del mismo modo la salud laboral de los profesionales sanitarios.

Función:

- Organizar los espacios de interrelación, desde el conocimiento proporcionado por la psicología social (ambiental).*
- Informar, facilitar y acompañar, a los pacientes, usuarios y a sus acompañantes desde la metodología propia de la psicología de las emergencias, procedente en una parte importante de las técnicas de intervención en crisis.*
- Intervenir sobre el estrés grupal e individual del personal sanitario mediante los programas de gestión del estrés y el conocimiento propio de la psicología de la salud.*
- Intervenir en la prevención y manejo de las situaciones de agresividad, mediante programas de prevención y afrontamiento de conductas agresivas.*
- Proponer medidas e iniciativas tendentes a mejorar, desde el conocimiento propio de la psicología de las organizaciones, la calidad laboral y asistencial.*
- Educar para la salud en la medida que las circunstancias lo permitan.*

Organización:

Cada centro contará con un psicólogo supervisor que dirigirá y coordinará los diferentes psicólogos de guardia.

Tras incidentes críticos, el psicólogo supervisor será responsable de la desactivación de los psicólogos de su equipo. Promover la elaboración y gestión del estrés regular del equipo sanitario también estará a su cargo.

Método:

El psicólogo de emergencias trabaja en equipo siempre, a pesar de que en un momento dado su presencia pueda ser individual, la gestión de su propio estrés no permite un trabajo individualista.

En el caso que nos ocupa (las urgencias hospitalarias), además formará parte del equipo sanitario, del que deberá nutrirse en cuanto a información.

Respetará los límites que le marque en cada caso el responsable médico, comunicando a los familiares únicamente lo que éste le autorice.

Estos límites tienen su contraparte lógica en el médico, que deberá informar de modo leal, claro y comprensible al psicólogo del estado, curso y pronóstico del enfermo. Así como de las variaciones que pueda seguir la situación. Entre ambos acordarán lo que pueda o no decirse, en caso de desacuerdo el médico como responsable (legal y moral) que es del paciente, tendrá siempre la última palabra, del mismo modo será el que mantenga la comunicación final con la familia, durante la cual podrá contar si lo desea con la presencia del psicólogo.

Se implicará lo antes posible en las situaciones que se pueda prever agresividad para gestionarlas y reconducirlas en la medida de lo posible. Cuando haya existido agresión, un psicólogo del equipo, no necesariamente el más directamente implicado, efectuará el acompañamiento a lo largo de todo el proceso burocrático y legal, dando soporte y asistencia al profesional victimizado.

El grueso del trabajo del psicólogo de urgencias se realiza sobre el terreno, es decir en las salas de espera informando, acompañando y conteniendo a los familiares y acompañantes, o en los boxes junto a los enfermos con idénticas tareas.

Lo cual no excluye que deba disponer de un despacho de consulta para situaciones o entrevistas concretas. Dotado además de una pantalla donde reciba imágenes de la sala de espera.

El papel del psicólogo consiste esencialmente en resolver los problemas antes incluso de que estos se presenten, su presencia en ningún caso debe generar problemas nuevos. En estas circunstancias el mejor psicólogo es aquel que hace su trabajo y no se le ve ni se le oye fuera de los momentos destinados a ello.

Pre-hospitalaria:

A nuestro entender el rol del psicólogo de urgencias emergencias y catástrofes se desempeña con óptimo aprovechamiento en el ámbito de las urgencias hospitalarias, estas son un espacio privilegiado de intervención ya que por él tarde o temprano pasan la casi totalidad de las víctimas y sus familiares (Lorente F.2005).

En otros trabajos hemos fijado nuestra posición al respecto, la asistencia psicológica a las víctimas sobre el terreno del accidente o siniestro, es llevada a cabo de modo para-profesional por los mismos actuantes (sanitarios, bomberos, policías...) mediante las técnicas de primeros auxilios psicológicos (Lorente F. 2008).

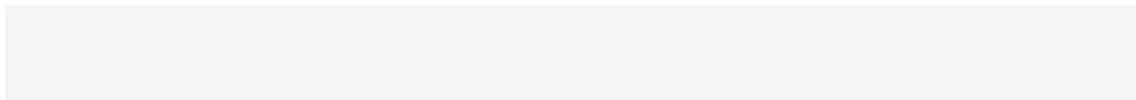
No estamos en contra de ocasionales salidas fuera del centro, pero estas deben ser más la excepción que la norma. La intervención de un psicólogo de urgencias en las emergencias fuera del centro, debe ir más dirigida a intervenciones de larga duración, como puedan ser rescates, búsquedas, evacuaciones de contingentes importantes.

En accidentes con elevado número de víctimas, lo cual implica que los rescates se dilatarán en el tiempo, puede ser aconsejable la intervención de psicólogos de emergencias (Acinas P. 2007).

En zonas demográficamente saturadas es sostenible la figura del psicólogo de emergencias integrado en los servicios pre-hospitalarios, atendiendo las llamadas "emergencias psico-sociales" y las urgencias psiquiátricas sobre el terreno.

No así en zonas de amplia dispersión demográfica, en las que el número de servicios no lo justifica. En los centros hospitalarios ubicados en zonas con baja densidad de población puede tener sentido que las pocas emergencias psicológicas pre-hospitalarias que se produzcan sean cubiertas por los psicólogos de urgencias de guardia en los hospitales".....

U E M



ANEXO E

Seminario práctico de Afrontamiento de Situaciones Conflictivas y de Agresividad en Urgencias (SASCAU).-

El curso SASCAU, de 10 horas lectivas, diseñado e impartido por el autor, se ha llevado a cabo a lo largo de estos últimos tres años en la sede del Instituto de Estudios Médicos (IEM) de Barcelona.

Con este curso se planteó un plan de formación específico, partiendo de las experiencias internacionales al respecto y empleando como referente conceptual la psicología de las emergencias.

La previa exposición teórica se pone en práctica, mediante técnicas de *role-play*, en las cuales los interlocutores son actores profesionales previamente formados en la reproducción de casos reales que han tenido lugar en centros hospitalarios. Los actores responden a la interacción de modo reactivo a la intervención del alumno conforme a perfiles psicológicos predefinidos. Posteriormente se analizan los casos.

Los alumnos han valorado de forma muy positiva el curso, tal como puede observarse en las tablas que presentamos al final de este anexo. Pensamos que es importante la valoración efectuada por ellos, dado que la satisfacción del alumno acostumbra a ir pareja a la integración de los aprendizajes.

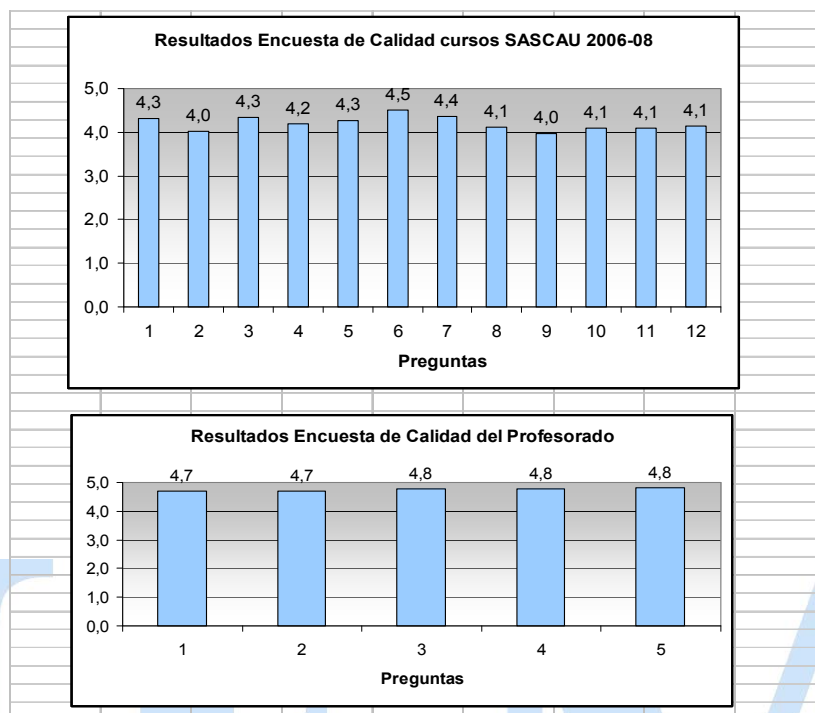
Se han llevado a cabo, hasta el momento de escribir estas líneas, 16 ediciones de este curso al personal del Servicio de Urgencias del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) de Barcelona, (Hospital del Mar, Hospital de l'Esperança y Centre Peracamps) y al personal de servicios de urgencias hospitalarios y de Centros de Atención Primaria del *Institut Català de la Salut* (ICS), con un total de 264 alumnos hasta el momento. Están previstos para el cuarto trimestre de este año 5 ediciones más para un total aproximado de 100 profesionales

Se ha incluido como módulo obligatorio en los másteres universitarios de urgencias del IEM desde el curso académico 2006-07. En concreto en el Máster de Medicina de Urgencias y Emergencias de la Universidad de Barcelona (UB) y en el Máster de Asistencia Integral en Urgencias y Emergencias para Enfermería del Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), lo cual suma unos 300 alumnos más hasta la fecha.

Una mesa de debate y dos talleres inspirados en el curso fueron presentados el 2008 en el Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), en Salamanca, con un gran éxito de participación.

El curso SASCAU también ha formado parte de la oferta formativa del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB).

1.-¿Los locales han cumplido los requisitos para la realización de este tipo de cursos?
2.-¿La asignación de tiempos para las clases teóricas han sido adecuadas?
3.-¿La asignación de tiempos para las clases prácticas han sido adecuadas?
4.-¿El material docente para las clases Prácticas ha sido adecuado?
5.-¿El material docente para las clases Teóricas ha sido adecuado?
6.-¿Qué le ha parecido la organización del curso?
7.-¿Se han respetado los horarios establecidos?
8.-¿Cree que este curso le será útil?
9.-¿Ha adquirido nuevos conocimientos teóricos?
10.-¿Ha adquirido nuevas habilidades prácticas?
11.-¿Podrá utilizar los conocimientos y habilidades adquiridas en su práctica diaria?
12.-¿Considera que los días y horas han sido acertadas?
1.- Cree que tienen los conocimientos y habilidades suficientes.
2.-¿Han explicado con claridad?
3.-¿Han escuchado a los alumnos?
4.-¿Han creado un clima de trabajo adecuado?
5.-¿Han alentado la participación?



A lo largo de las sucesivas ediciones del curso, de modo parejo a los aprendizajes conseguidos por los participantes, han ido surgiendo elementos de análisis y reflexión.

Destaca en primer lugar la percepción por parte de los profesionales sanitarios, de una elevada presión del entorno, común a los trabajadores en interacción directa con el público y la sobrecarga de trabajo endémica en la sanidad.

Esta presión en ocasiones viene derivada del compromiso vigente entre las necesidades asistenciales y lo "políticamente correcto". En especial si nos referimos a comunidades culturales concretas y al rol que en ellas se asigna a la mujer, y que sus componentes hacen extensivo a las profesionales de la sanidad. En una porción significativa del colectivo, se mantiene una actitud pasiva ante las agresiones, se espera de modo poco racional, una intervención "totalitaria" por parte de la administración-dirección que acabe con las agresiones, sin tan siquiera presentar denuncia de ellas.

Los gestores han hecho su parte del trabajo elaborando protocolos meticulosos y en líneas generales podemos valorarlos como bien diseñados, pero no encuentran el modo de que los afectados los asuman. Uno de los factores a valorar y desarrollar sería pues la motivación.

El conjunto de malas experiencias, amenazas y agresiones, hace que el personal establezca un dintel de seguridad ante la agresividad relativamente bajo. Solicitan la ayuda de los agentes de seguridad y perciben que estos frecuentemente tienen dificultades para inhibir la propia violencia. Atribuyen eso a un exceso de rotación y a la baja preparación para interaccionar de modo no violento del personal de seguridad.

A lo largo de los ejercicios de *role-play*, se planteaban situaciones dramatizadas con actores. Estaban pensadas inicialmente como estrategias didácticas para facilitar el aprendizaje. La similitud con las experiencias de violencia recordadas vivamente por las personas participantes, desembocó en situaciones catárticas sobre las que se trabajó ayudando a elaborarlas e integrarlas. Resultando que las dramatizaciones en estos contextos, cumplen un papel no solo pedagógico sino también terapéutico. No es la primera vez, ni la última, que las expectativas y los objetivos se ven superados por la realidad y los cursos SASCAU no son la excepción.

BIBLIOGRAFÍA.-

- Acinas M^a P. -"Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario (I y II)." Alcalá la Real -Jaén-:Ed. Formación Alcalá. (2004).
- APA "DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Masson Ed. - (2005).
- Bandura A. Ross D. & Ross S.A. "Transmission of Aggression through Imitation of Aggressive Models" *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582. (1961).
- Bandura A. "Influence of Models" Reinforcement Contingencies on the Acquisition of Imitative Responses" *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 1, n^o 6. 589-595. (1965).
- Benveniste KA, Hibbert PD y Runciman WB. "Violence in Health Care: the Contribution of de Australian Patient Safety Foundation to Incident Monitoring and Analysis" *Medical Journal of Australia* 183,7. 348-351. (2005).
- Bruguera M., Sàrrias R., Pérez R., Ruiz P., Martínez M., Benet J., Montané E., Viger M., "Informe sobre la violència en el lloc de treball. L'experiència dels metges de Barcelona" Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (2004).
- Brunet Ignasi "Catástrofes, asistencia psicológica y organización ambiental" *Cuadernos de Crisis*. 1 (1), 9-16. (2002) Disponible en: www.cuadernosdecrisis.com
- Buckman R. "Com donar les males notícies. Una guia per a professionals de la salut." Eumo Editorial. (1998).
- Bulbuena A., Martin LM.,Arceaga JM. "Experiencia de una unidad móvil de urgencias psiquiátricas en Barcelona (EMSE-061). Equipo Multidisciplinar de Soporte Especializado" *Avances en Salud Mental Relacional*. Vol.6,3. (2007).
- California State Department of Industrial Relations, Cal/OSHA. "Guidelines for Security and Safety of Health Care and Community Service Workers" (1998), Disponible en: www.dir.ca.gov/dosh/dosh%F5publications/hcworker.html
- Cardona M. y Carmona J.V. "El estrès del familiar en la unidad de críticos" *Enfermería Integral*. Marzo, 3-8, (2005).
- Cantera LM.Cervantes G. y Blanch JM."Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios" *Papeles del Psicólogo*. Vol.29(1), 49-58, (2008).

- Cervantes G., Cantera L., Blanch J.M. "Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo. Incidentes violentos notificados por Internet en Catalunya entre 2005 y 2007; resultados de un estudio piloto" Archivos de Prevención de Riesgos Laborales 11(1): 14-19, (2008).
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona "Guía per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges".- Quaderns de la bona praxi nº17. Barcelona: COMB. (2004).
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona "Violencia en el lloc de treball" Servei d'Informació Col·legial, nº 110 Feb. Abr. (2004).
- Costa M. y Lopez E. "Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling". Pirámide. (2006)
- Davis M., McKay M. y Eshelman E.R. "Técnicas de Autocontrol Emocional" Ed. Martínez-Roca, Barcelona, (1985).
- De Diego R. y Guillén C. "Mediación. Procesos, tácticas y técnicas". Pirámide. (2006).
- De Nicolás L et al. "Intervención psicológica en situaciones de emergencia y desastres". Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del gobierno vasco(2000).
- Chapell D. y Di Martino V. "Violence at Work", Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety, vol. 6(1) (1999).
- Di Martino V. "Directrices Marco para afrontar la Violencia Laboral en el sector de la Salud" OIT/CIE/OMS/ISP, Ginebra (2002).
- Emergency Nurses Association, "Position Statement: Violence in the Emergency Care Setting" (2006) . Disponible en: <http://www.ena.org/about/position/>
- Emergency Nurses Association, "Position Statement: Stress Management Strategies" (2002) . Disponible en: <http://www.ena.org/about/position/>
- Everly GS. Flannery RB. Mitchell JT. "Critical Incident Estress Management (CISM): A Review of the Literature".Aggression and Violent Behaviour 5(1), 23-40. (2000).
- Fernandez J.M. y Ortiz M.M. "Los conflictos. Como desarrollar habilidades como mediador". Pirámide. (2006).
- Fernandez A. Rodriguez B. "Intervención en crisis" Madrid:Ed. Síntesis, guías técnicas de psicología clínica. (2002).

- Huertas D. "El futuro de los sapiens en nuestras manos" *Ars Medica. Revista de Humanidades* 1: 37-53. (2008).
- Institut Municipal d'Assistència Sanitària, Consorci Sanitari de Barcelona. "Circuit d'Agressions", accesible a través de la intranet del IMAS, en: prevenció de riscos laborals, circuit d'agressions.
- Irish College of General Practitioners "Violence and Aggression (V&A) in the General Practice Workplace. Dealing with the Aftermath", Disponible en: <http://www.icgp.ie/widgets/print.cfm/loc/10-3-3/pt/maininner> (20-2-2008).
- Krug EG et al. "World report on violence and health" Geneva, World Health Organization (2002).
- Lazarus R.S. y Folkman S. "Estrés y procesos cognitivos". Barcelona: Ed. Martínez Roca Universidad. (1986).
- Lorente, F. "Apoyo psicológico a los intervinientes. El grupo olvidado en el día a día". Ponencia 1 er. Congreso de Psicología de las Emergencias, Cruz Roja, Huesca. (2004).
- Lorente F. "El rol del psicólogo emergencista" Cuadernos de Crisis nº4, vol.1, Disponible en: www.cuadernosdecrisis.com (2005)
- Lorente F. "Asistencia psicológica a las víctimas". Materiales del Postgrado de Asistencia Prehospitalaria Urgente. Universitat de Barcelona Virtual (2007).
- Lorente F. "La asistencia psicológica a las víctimas de los accidentes de tráfico". *Rescate Vial*. nº 5 (1er. trim.), 58-59. (2007)
- Lorente F. "Asistencia psicológica a víctimas. Psicología para bomberos y profesionales de las emergencias". Madrid. Arán Ediciones (2008a).
- Lorente F. "Agresividad en urgencias contra los profesionales" Ponencia en la mesa "Agresividad en urgencias contra los profesionales sanitarios": XX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Salamanca (2008b).
- Lorente F. "Las tareas del psicólogo de urgencias". *Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes*. vol. 8 nº3 (2008c)
- Martín-Granizo M. "La respuesta penal ante las situaciones de conflictividad" Ponencia en la mesa "Agresividad en urgencias contra los profesionales sanitarios". XX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, Salamanca (2008)

- Meichenbaum, D. "Tratamiento de clientes con trastornos de estrés post-traumático: un enfoque cognitivo-conductual", Revista de Psicoterapia. vol. V, nº17, 5-84. (1993).
- Mitchell, Jeffrey "Group Crisis Support. Why it works, when & how to provide it". Chevron (2009).
- Molina E. "Manejo de enfermería en pacientes con cuadro de agitación" Ed. Glosa S.L. Barcelona (2001) -pendiente de reedición-.
- Morrison J.L., Lantos J.D., Levinson W., "Aggression and Violence Directed Toward Physicians" Journal General Internal Medicine, v.13 (8), 556-561,(1998).
- Nais J., Carter I.H., Gray R.W., Stevens T., Tissier J. M., y Gantley M.M. "Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies" Family Practice vol. 19 (5), 504-510, (2002).
- OSHA (U.S. Dep. of Labor Occupational Safety & Health Admn.) "Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers" . Disponible en: www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html
- Rose S., Vison JI., Wessely S. "Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review)" In; The Cochrane Lybrary, Issue 4, Chichester, UK; John Wiley and Sons, Ltd. (2003).
- Rubin B. y Bloch E.L. "Intervención en crisis y respuesta al trauma, teoría y práctica". Bilbao:Desclée de Brouwer. (2001).
- Seoane R. "Consideraciones respecto al ambiente térmico". Riesgo Laboral 31, 34-36. Abril (2010).
- Servicio Andaluz de Salud "Actuaciones ante agresiones a profesionales del SAS", SAS Información, nº26, 3-4, (2005).
- Servicio Andaluz de Salud "Plan de prevención y atención de agresiones para los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía", Disponible en www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud
- Slaikou K, A. "Intervención en crisis, manual para práctica e investigación". México: Ed. El Manual Moderno. (1996) .
- Torres J, Pena J.M. y Ortiz M., "El paciente agitado, su manejo en urgencias". (2007) Disponible en:

<http://www.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema1/agitado%20en%20urgencias.pdf>

- Valdes M. y de Flores T. "Psicobiología del estrés" Ed. Martínez Roca. Barcelona (1990)

- Villarroya A. , Pallares E. , Folgar C.E. y Fernandez J.L. "Plan de Actuación ante agresiones en un hospital: Propuestas de Intervención". Riesgo Laboral 29, 46-50. Nov. (2009).

IEM

