

# *Agresiones a los profesionales del* **SUMMA 112**

## LÍNEAS DE ACTUACIÓN PARA SU PREVENCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la frecuencia y naturaleza de las agresiones que sufren los profesionales asistenciales de los servicios de urgencia y emergencia del SUMMA 112 por parte de pacientes y/o familiares/acompañantes y las variables implicadas con el fin de establecer las necesidades más importantes para poder aportar soluciones y recursos al respecto. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado de los distintos servicios de urgencias (n=32) y emergencias (n=38) localizados en las distintas áreas geográficas de la Comunidad de Madrid evaluando a los profesionales pertenecientes a los distintos estamentos (135 médicos, 127 enfermeras y 179 técnicos en emergencias médicas). De acuerdo a los resultados se ofrecen propuestas de actuación en distintas líneas que ayuden a prevenir las agresiones.

Por **MÓNICA BERNALDO DE QUIRÓS**. Doctora en Psicología, Máster en Intervención Conductual en Psicología de la Salud. Profesora titular interina de la Universidad Complutense de Madrid (mbquiros@psi.ucm.es). **J.C. CERDEIRA**. Diplomado universitario en Enfermería, Especialista en Salud Mental. Subdirector de Enfermería del SUMMA 112. **M.M. GÓMEZ**. Doctora en Psicología. Profesora titular interina de la Universidad Complutense de Madrid. **A.T. PICCINI**. Licenciada en Psicología, Máster en Psicología Clínica y de la Salud. Becaria pre-doctoral de la Universidad Complutense de Madrid. **M. CRESPO**. Doctora en Psicología, Especialista en Psicología Clínica. Profesora titular de la Universidad Complutense de Madrid. **F.J. LABRADOR**. Doctor en Psicología. Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid.



La violencia laboral en el sector salud se ha convertido en un problema de vital importancia debido a la magnitud que ha alcanzado. En los últimos años ha ocurrido un importante cambio en la cultura de la población que accede a los servicios de salud: los pacientes y familiares exigen cada vez más lo que en muchos casos lleva a desencadenar situaciones violentas. Este tipo de agresiones hacia los profesionales van en aumento en todos los paí-



Summa 112



Summa 112

## Cualquier profesional que trabaja en un hospital puede ser objeto de violencia, pero esa posibilidad se incrementa en los profesionales que trabajan en urgencias

ses industrializados y no industrializados, llegando a representar un motivo de preocupación para los profesionales del sector salud.

Si bien cualquier profesional que trabaje en un centro sanitario como un hospital o centro de atención primaria puede ser objeto de violencia, esta posibilidad se ve incrementada en aquellos profesionales que desempeñan su labor en servicios de urgencias y emergencias. Sin embargo, a pesar de los múltiples estudios que se han realizado en el área de las urgencias hospitalarias, se ha dedicado una menor atención a las urgencias extrahospitalarias. Tan solo hay cinco estudios en este ámbito, tres de ellos realizados en países escandinavos (i.e. Suecia y Noruega)<sup>[1-3]</sup> y dos en Australia<sup>[4-5]</sup>.

En la mayor parte de los estudios en urgencias hospitalarias las tasas de agresión física rondan entre el 20 y el 40%, pero aún son mayores las de agresiones



Summa 112

verbales, con porcentajes muy variables que van del 47 al 91,4%.

Los agresores son principalmente varones, de mediana edad (entre 35-65 años), con una capacidad psíquica alterada debido a problemas mentales o al consumo de alcohol o drogas, aunque la causa desencadenante en los servicios de urgencia suele ser el tiempo de espera. Además, se ha observado un progresivo incremento en la utilización de armas blancas o de fuego por parte de los usuarios.

En cuanto a las variables situacionales, la mayor parte de los estudios indican que durante el turno de noche-madrugada la incidencia de violencia tanto física como verbal es mayor, aunque otros estudios hallan una mayor incidencia durante el turno de mañana. Las áreas de triaje, de observación y los puestos de enfermería son las zonas en donde más suelen ocurrir los incidentes. En urgencias extrahospitalarias tan solo un estudio<sup>[1]</sup> analiza estos datos, indicando que las agresiones se pueden producir en cualquier momento del día, sobre todo los fines de semana, y por lo general tienen lugar en el domicilio de los pacientes.

El objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia y naturaleza de las agresiones que sufren los profesionales asistenciales de los servicios de urgencias y emergencias del SUMMA 112 por parte de pacientes y/o familiares/acompañantes y las variables implicadas, con el fin de establecer las necesidades más importantes para poder aportar soluciones y recursos al respecto.

## Material y método

### Participantes

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado proporcional al número de profesionales que trabajan en los distintos servicios de urgencias y emergencias del SUMMA 112, teniendo en cuenta que se incluyera una proporción igual de profesionales médicos, enfermeras y técnicos en emergencias médicas (TEM) celadores y/o conductores de las distintas áreas geográficas de la Comunidad de Madrid.

Para ser incluidos en el estudio los profesionales tenían que pertenecer a uno de estos tres estamentos profesionales

y haber trabajado en el SUMMA 112 durante al menos un año. Se excluyó a aquellos profesionales con un contrato laboral inferior a un mes y/o que prestaban asistencia en calidad de suplentes o de refuerzo.

Se contactó con un total de 545 profesionales, de los cuales 41 (7,52%) no cumplían los criterios de inclusión. De los 504 que cumplían estos criterios, 35 (6,94%) rechazaron participar y 18 (3,57%), aunque aceptaron, no devolvieron las baterías cumplimentadas, obteniendo una tasa de respuesta del 89,49%. Otros diez (1,98%) se descartaron por una incorrecta cumplimentación de las baterías, quedando finalmente la muestra compuesta por 441 profesionales.

La muestra quedó constituida por 135 médicos, 127 enfermeras y 179 enfermeras procedentes de 70 servicios. De ellos, 32 eran servicios de emergencias en concreto: 19 Unidades Móviles de Emergencias (UME) y 13 Vehículos de Intervención Rápida (VIR), así como 38 servicios de urgencias, específicamente: 1 Centro de Urgencias Extrahospitalarias (CUE), 25 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), 5 Unidades de Atención a Domicilio de Enfermería (UAD-E) y 7 Unidades de Atención a Domicilio Médicas (UAD-M).

### Variables e instrumentos

Se diseñó una ficha con la finalidad de recoger los datos sociodemográficos más relevantes de los profesionales (edad, sexo, estado civil y nivel educativo), así como información relativa a la actividad laboral (categoría profesional, recurso en el que trabajan, situación laboral actual, tiempo en el actual puesto de trabajo, experiencia profesional y bajas laborales en el último año).

Asimismo, se utilizó un cuestionario de diseño propio para recoger la información sobre la frecuencia con que el profesional ha sido objeto de agresio-

## Para la muestra del estudio se contactó con un total de 545 profesionales de la sanidad, que quedaron finalmente reducidos a 135 médicos y 306 enfermeras procedentes de 70 servicios de emergencia y urgencias

nes por parte de pacientes y/o familiares/ acompañantes, así como un análisis más detallado de la agresión más grave que haya sufrido. Este cuestionario constó de 18 ítems, y para su elaboración se tuvo como referencia el Cuestionario sobre Agresiones en el Medio Sanitario de Martínez-Jarreta *et al.*<sup>[6]</sup>. El cuestionario se dividió en dos partes. La primera hacía alusión a la frecuencia con la que el profesional ha sido objeto de algún tipo de agresión (agresión física, amenazas, o insultos/injurias), definiendo en cada caso las conductas que implican cada uno de los tipos de agresión. Así, los profesionales debían puntuar la frecuencia de dichas agresiones mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 0 = «nunca», 1 = «nunca, pero he sido testigo de otros compañeros», 2 = «en una ocasión», 3 = «entre 2 y 5 ocasiones» y 4 = «en más de 5

ocasiones». Solo en caso de que hubiera experimentado algún acontecimiento se les pedía que describieran brevemente el episodio que consideraran más grave; de lo contrario se daba por finalizado el cuestionario.

A continuación, en un segundo bloque del cuestionario y centrandolo en el episodio considerado más grave, se les pidió que proporcionaran información relativa a la gravedad, cuándo tuvo lugar el episodio, día de la semana en que ocurrió, momento del día y dónde ocurrió (en la consulta, en el domicilio del paciente, etc.). Respecto al agresor, se incluyeron preguntas sobre sus características personales (sexo, edad, pertenencia a una etnia, religión o cultura distinta a la mayoría del país, capacidad psíquica), sobre su número (una o varias personas) y sobre su condición (paciente, familiar o acom-

pañante). Con respecto a la agresión propiamente dicha, se preguntó sobre los motivos de la misma, medios utilizados para agredir (insultos, agarrar, empujar, mordedura, etc.), zona corporal afectada por la agresión, resultado de la agresión (sin lesión resultante, hematoma, excoriación, etc.). Por último, se preguntó si necesitó asistencia médica, tratamiento quirúrgico o psicológico, baja laboral o envió un parte de lesión al juzgado como consecuencia de la agresión.

### Procedimiento

A través del SUMMA 112 se envió un SMS y un correo electrónico a todos los profesionales informando sobre los objetivos y características del estudio, fecha de comienzo y la forma en que se llevaría a cabo la evaluación. Asimismo, el subdirector de enfermería de urgencias del SUMMA 112 se puso en contacto telefónico con los responsables y/o profesionales de los distintos servicios para solicitar su participación voluntaria en el estudio, así como para informar del día en que un evaluador externo acudiría al centro.

La recogida de datos se llevó a cabo por ocho evaluadores externos entrenados que acudían a cada servicio y que, tras una breve entrevista de cribado para comprobar que los profesionales cumplían los criterios de inclusión, les explicaban de forma verbal el objetivo del estudio y les entregaban un documento que contenía la misma información que se les había proporcionado sobre el objetivo del estudio solicitando por escrito su consentimiento informado, garantizándoles en todo momento el anonimato. Acto seguido, los evaluadores entregaban y explicaban los cuestionarios a los profesionales, resolviendo las posibles dudas y acordando con ellos un momento en el mismo día laboral en el que recogerían las baterías.



Summa 112

## Análisis de datos

Para conocer las variables sociodemográficas y laborales de la muestra, la frecuencia y naturaleza de las agresiones, variables situacionales y perfil del agresor se utilizaron estadísticos descriptivos y de frecuencias.

## Resultados

### Características sociodemográficas y laborales de la muestra

La tabla 1 recoge las características sociodemográficas y laborales del total de la muestra. Como puede observarse predominan los hombres (64,6%),

con una edad media de 45 años, casados o conviviendo en pareja (65,1%), con una titulación superior, media o a nivel de bachillerato o formación profesional. Aproximadamente la mitad de ellos trabajan en servicios de emergencias y la otra mitad en servicios de urgencias, predominando los TEM, seguidos por médicos y personal de enfermería; la mayoría son fijos (84,5%), su experiencia profesional es de una media 18 años y llevan una media de 11 años en el actual puesto laboral. Una tercera parte de ellos ha tenido una media de una baja laboral en el último año de aproximadamente un mes de duración.

### Frecuencia de los distintos tipos de violencia y naturaleza de las agresiones

Como muestra la tabla 2, algo más de un tercio de los participantes (34,5%) ha sido objeto de alguna agresión física por parte de pacientes o familiares/acompañantes durante su trabajo en el SUMMA 112, llegando en un 6,1% de los casos a haber sufrido agresiones físicas de manera continuada (en más de cinco ocasiones). Mucho más alto es el porcentaje de los que han sufrido amenazas, e insultos o injurias, que afectan a más de tres cuartos de los participantes (en concreto, un 75,3% para amenazas y un 76,2% para insultos o injurias). Es de destacar además que en

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y laborales del total de la muestra

Total n=441	
<b>Género (%)</b>	
Hombre	64,6
Mujer	35,6
<b>Edad media (DT)</b>	44,46 (9,31)
<b>Estado civil (%)</b>	
Sin pareja	34,9
Casado/a o conviviendo en pareja	65,1
<b>Nivel de estudios (%)</b>	
Primarios/Eso	10,2
Formación profesional/ Bachiller	23,4
Titulación media	29,1
Titulación superior	37,3
<b>Tipo de servicio (%)</b>	
Emergencias	51,5
Urgencias	48,5
<b>Tipo de profesional (%)</b>	
TEM	40,6
Enfermera	20,8
Médico	30,6
<b>Situación laboral (%)</b>	
Fijo	84,5
Temporal	15,5
<b>Años en el puesto de trabajo M (DT)</b>	11,14 (8,24)
<b>Experiencia profesional M (DT)</b>	18,28 (8,40)
<b>Baja laboral en último año (%)</b>	35
Número de bajas M (DT)	1,34 (0,91)
Días de baja M (DT)	31,48 (60,91)



Summa 112

Los cuestionarios que contestaron los profesionales de la sanidad incluían preguntas sobre frecuencia y características de las agresiones, así como sobre el agresor

**Tabla 2.** Frecuencia de agresiones físicas, amenazas, e insultos-injurias (n=441)

	Agresión física	Amenazas	Insultos o injurias
Testigo	15,2%	8,2%	7,5%
Nunca	50,3%	16,6%	16,3%
1 vez	15,2%	9,8%	11,1%
2-5 veces	13,2%	29,7%	22,2%
> 5 veces	6,1%	35,8%	42,9%

**Tabla 3.** Frecuencia de agresiones físicas y verbales (n=441)

	Agresión física	Agresión verbal
Testigo	15,2%	5,5%
Nunca	50,3%	12,9%
1 vez	15,2%	11,7%
2-5 veces	13,2%	25,0%
> 5 veces	6,1%	44,9%

ambos casos de agresiones verbales encontramos una alta frecuencia de agresiones continuadas. Así, un 35,8% de los participantes ha sufrido amenazas de manera continuada (en más de cinco ocasiones), llegando a un 42,9% los que se han visto sometidos en más de cinco ocasiones a insultos o injurias.

A estos habría que sumar los participantes que aun no habiendo sido víctimas directas de estas formas de violencia, sí que han sido testigos de la violencia ejercida sobre algún compañero, cifras

que alcanzan el 15,2% para agresiones físicas, el 8,2% para amenazas y el 7,5% para insultos o injurias.

En consecuencia, podríamos decir que los porcentajes de los que no han vivido experiencias de violencia (ya sean directas o indirectas) alcanzarían a la mitad de los participantes en el caso de las agresiones físicas (50,3%), disminuyendo considerablemente para amenazas e insultos-injurias (16,6% y 16,3%, respectivamente), lo que parece indicar que solo una minoría de los profesionales del

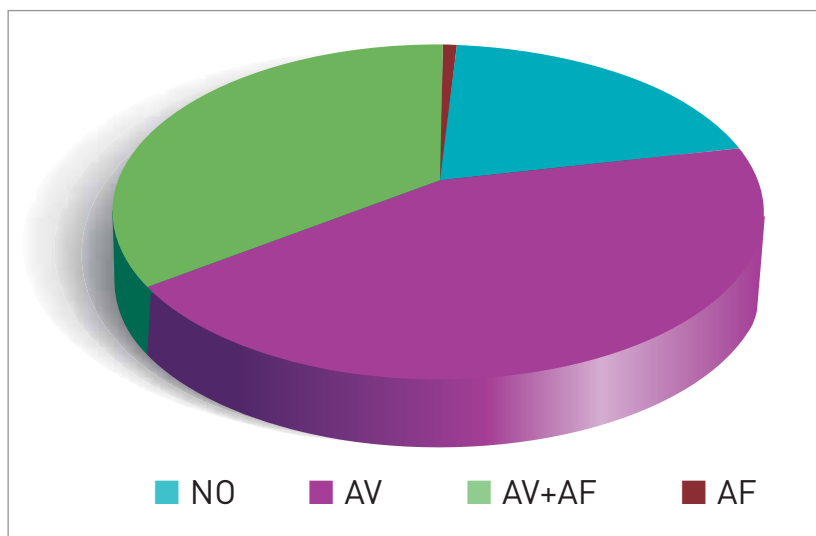


Summa 112

SUMMA 112 (en torno al 16%) no han tenido vivencias de agresiones verbales en el desempeño de su trabajo.

Si se consideran conjuntamente amenazas e insultos-injurias como dos variantes de agresiones verbales, que en muchos casos se dan de forma simultánea, los datos (véase tabla 3) indican que asciende hasta un 81,6% los participantes que han sufrido directamente alguna agresión verbal (de una u otra forma), siendo en más de la mitad de los casos continuadas (un 4,9% las han sufrido en más de cinco ocasiones). Además, un 5,5% ha sido testigo en alguna ocasión de este tipo de agresiones, por lo que el porcentaje de participantes que no ha tenido ningún tipo de experiencia de agresión verbal es de tan solo un 12,9%.

Tomando en conjunto los datos, y tal y como puede apreciarse en la figura 1 un 18,1% de los participantes no habían sufrido directamente ningún tipo de agresión en el desempeño de su trabajo. La mayoría, un 47,2%, habían sido víctimas de alguna agresión verbal (amenazas, insultos, injurias), mientras que un 34,2% habían sufrido tanto agresiones verbales como físicas. Fue minoritario el porcentaje de los que habían sufrido únicamente agresiones físicas (0,5%, que se corresponde con dos sujetos de la muestra).



**Figura 1.** Porcentajes de participantes que han sufrido agresión verbal (AV), agresión física (AF), ambas (AV+AF) o ninguna (NO) (n=441).

**Tabla 4.** Naturaleza de la agresión, zonas corporales afectadas y resultados de la agresión

Total N=441	
<b>La agresión implicó (%)</b>	
Insultos, injurias	86,9
Amenazas verbales	87,5
Comportamientos amenazantes	83,8
Coacciones	42,2
Retención contra su voluntad	16,8
Agresión al mobiliario	39,4
Agarrar/ empujar	40,2
Bofetada/ puñetazo	14,5
Patadas	16,8
Mordeduras	3,9
Tirón de pelo	4,2
Arañazos	8,7
Lanzar objetos	24,0
Intento de estrangulamiento	2,0
Empleo de arma blanca	10,6
Empleo de arma de fuego	4,5
Escupir	0,6
Otros	1,7
<b>Zona corporal afectada (%)</b>	
Cráneo /facial	11,5
Cuello	4,2
Tronco	13,2
Extremidades superiores	16,8
Extremidades Inferiores	7,0
<b>Hubo lesión debida a la agresión (%)</b>	21,8
<b>La agresión física produjo (%)</b>	
Hematomas	13,2
Herida contusa	5,6
Excoriación	4,8
Herida cortante	2,8
Fractura	0,8
Otros	2,2
<b>La agresión requirió (%)</b>	
Asistencia médica	10,9
Tratamiento quirúrgico	1,1
Asistencia psicológica	2,5
Envío parte de lesión al juzgado	11,2
<b>Baja laboral debido a la agresión</b>	
Días de baja laboral M (DT)	18,33 (23,58)

Como puede observarse en la tabla 4, la agresión implicó fundamentalmente amenazas verbales (87,5%), insultos y/o injurias (86,9%), comportamientos amenazantes (83,8%), coacciones (42,2%), conductas de agarrar/empujar (40,2%), agresiones al mobiliario (39,4%) y lanzar objetos (24%). En la mayor parte de los casos no hubo lesión resultante de la agresión y solo un 11,2% enviaron un parte de lesión al juzgado.

### Perfil del agresor

Tal y como muestra la tabla 5, el agresor era una persona (67%), varón (78,3%), de entre 30 a 50 años (53,3%), con una capacidad psíquica no alterada (55,2%); solo en aproximadamente una tercera parte de los casos el agresor tenía alguna característica étnica o social específica (72%), y en el caso de existir alguna las dos terceras partes eran de etnia gitana.



Summa 112

**Tabla 5.** Variables relacionadas con el agresor

Total n=441	
<b>Número de agresores (%)</b>	
Una persona	67,0
Varias personas	33,0
<b>Quién era el agresor (%)</b>	
Paciente	42,4
Familiar o acompañante	53,9
Ambos	33,7
<b>Sexo del agresor (%)</b>	
Hombre	78,3
Mujer	18,3
Ambos	3,4
<b>Edad del agresor (%)</b>	
Menos de 18 años	2,3
Entre 18-30 años	30,2
Entre 30-50 años	53,3
Entre 50-70 años	9,5
Mayor de 50 años	0,6
<b>El agresor tenía algún rasgo étnico o social (%)</b>	
<b>Características específicas del agresor (n=89)</b>	
Gitano	73,0
Norteafricano	6,7
Africano	1,1
Latinoamericano	13,6
País del Este	3,4
Situación marginal	2,3
<b>Capacidad psíquica del agresor (%)</b>	
No alterada	55,2
Alterada	21,3
Bajo efectos de alcohol o drogas	23,6

Como puede apreciarse en la figura 2, los motivos principales de la agresión fueron la disconformidad con el tratamiento (36,1%) y el tiempo de espera (29,3%), y el menos frecuente la comunicación del fallecimiento del paciente (1,7%).

### Variables situacionales

Preguntados por el episodio más grave que han sufrido, el 74,6% indica que ocurrió hace más de un año, en casi la

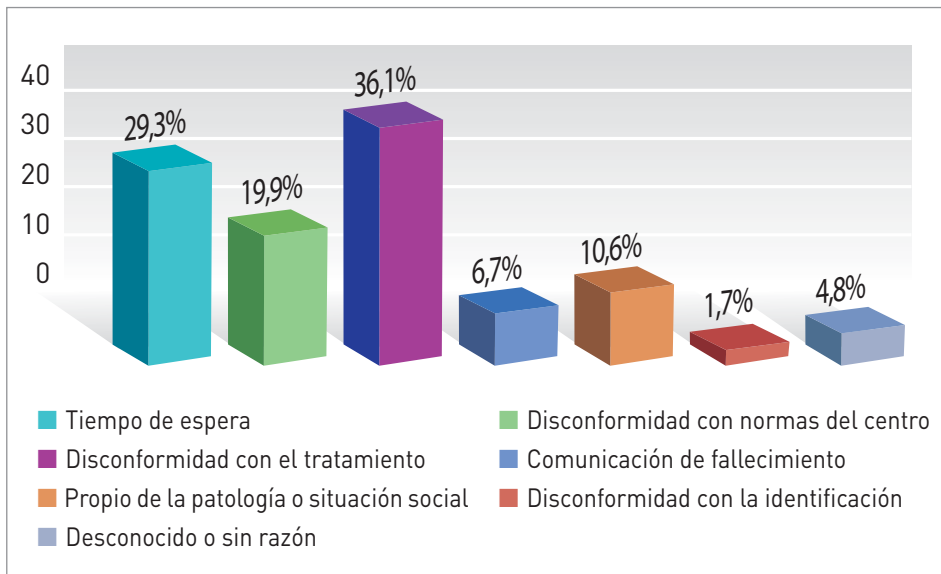


Figura 2. Motivos principales de las agresiones sufridas por los profesionales

mitad del los casos (44,1%) no recuerdan el día de la semana en qué sucedió pero sí el momento del día, aunque domina la noche (53,6%) seguida de cerca por el día. En casi la mitad de los casos (46,9%) sucedió en el domicilio del paciente, seguido por la consulta (20,4%).

La tabla 6 resume algunas de las variables situacionales que rodeaban al episodio más grave.

larios *in situ*. El presente estudio es el primero en evaluar la frecuencia de agresiones en urgencias y emergencias extrahospitalarias en España, y evalúa el mayor servicio de urgencias y emergencias extrahospitalarias de Europa y uno de los mayores a nivel mundial. Por tan-

to, puede ser un buen indicador del problema existente en el sector.

El estudio cuenta con una muestra amplia (se ha evaluado a 441 profesionales, de servicios distribuidos por toda el área geográfica de la Comunidad de Madrid), pertenecientes a los distintos estamentos profesionales y a las distintas modalidades de servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias, con un muestreo aleatorio estratificado y un procedimiento riguroso. Asimismo, se ha puesto especial cuidado en el procedimiento seguido, no se ha utilizado el procedimiento más tradicional de enviar los cuestionarios por correo o dejar que los depositen en una urna, sino que los evaluadores se han desplazado a los distintos servicios para entregar y recoger los cuestionarios, y han contado con una supervisión directa para resolver posibles dudas al mismo tiempo que se controlaba en cada momento los cuestionarios entregados y recogidos. Sin duda, ha resultado de gran ayuda que uno de los integrantes del equipo investiga-

## Discusión

Pocos estudios se han ocupado de evaluar las agresiones que sufren los profesionales sanitarios que trabajan en urgencias o emergencias extrahospitalarias y los que lo han hecho se han centrado en evaluar a los profesionales paramédicos probablemente por las diferencias en la organización de los sistemas sanitarios de urgencias, ya que en general en los países anglosajones prima el servicio de transporte de los pacientes hacia el sistema hospitalario, mientras que en el modelo continental europeo (Francia, España y Alemania) se pone el foco en facilitar los servicios médicos hospita-

Tabla 6. Variables situacionales del episodio más grave

Total n=441	
<b>Cuándo ocurrió (%)</b>	
Hace más de un año	74,6
Hace más de 3 meses pero menos de un año	15,1
Hace más de un año pero menos de 3 meses	6,4
En el último mes	3,9
<b>Día de la semana (%)</b>	
De Lunes a viernes	30,2
Fin de semana	25,7
No lo recuerdo	44,1
<b>Momento del día (%)</b>	
Durante el día	41,6
Durante la noche	53,6
No lo recuerdo	4,7
<b>Lugar donde ocurrió (%)</b>	
En la consulta	20,4
En el mostrador de la entrada	11,5
En la sala de espera	7,8
En el domicilio del paciente	46,9
En el portal del domicilio del paciente	5,3
En la calle	10,9
En el coche o la ambulancia	2,0
En otro lugar	1,7



dor fuera el subdirector de enfermería del SUMMA 112, encargado de ponerse en contacto con los responsables y/o profesionales de cada servicio.

## **Frecuencia y naturaleza de las agresiones**

Los datos encontrados resultan preocupantes si se considera que algo más de un tercio de los participantes (34,5%) ha sido objeto de alguna agresión física por parte de pacientes o familiares/acompañantes a lo largo de su trabajo en el SUMMA 112. Sin embargo, están dentro de las cifras ofrecidas por la mayor parte de los estudios realizados en urgencias hospitalarias que indican porcentajes del 20 al 40%<sup>[7-10]</sup> y en emergencias extrahospitalarias, que indican porcentajes un poco mayores, del 38 al 42%<sup>[1,4]</sup>, a excepción del estudio de Skibeli Joa *et al.*<sup>[2]</sup> donde el porcentaje de agresiones físicas baja al 13%, probablemente porque el periodo de medida son los últimos doce meses, ya que en el estudio de Petzáll *et al.*<sup>[1]</sup> el porcentaje baja del 42% al 16%, cuando el periodo de medida son los últimos doce meses.

Mucho más alto es el porcentaje de los

## **Tres cuartas partes de los profesionales incluidos en el estudio recibieron agresiones verbales durante su trabajo en el SUMMA, y un tercio de ellos fueron objeto además de agresiones físicas**

que han sufrido amenazas, e insultos o injurias, que afectan a más de tres cuartos de los participantes (75,3% para amenazas y 76,2% para insultos o injurias). Aquí se observa una mayor variabilidad en los estudios revisados, que puede venir dada por la variedad de definiciones empleadas. Si comparamos los resultados con los de otro estudio español<sup>[11]</sup> en el que se utiliza el mismo instrumento de medida, los porcentajes aquí obtenidos son superiores tanto en violencia física como en violencia verbal, donde ellos obtuvieron un 11% y un 64% respectivamente. No obstante, hay que tener en cuenta que se evaluaron centros de atención primaria y hospitales, y den-



tro de estos últimos el departamento de urgencias fue donde se encontraron más agresiones.

Por otra parte, si se considera que algunos de los participantes aunque no han sido víctimas directas han sido testigos de las agresiones sufridas por otros compañeros, los porcentajes de los que han vivido experiencias de violencia (ya sean directas o indirectas) alcanzarían a la mitad de los participantes en el caso de las agresiones físicas (49,7%) y a la mayor parte en el caso de las agresiones verbales (83,4%), coincidiendo también con otros estudios realizados en emergencias extrahospitalarias<sup>[4-5]</sup>.

En una amplia mayoría de los casos las agresiones implicaron violencia verbal de diversa índole, siendo las amenazas la conducta más frecuente (87,5%). Las agresiones físicas, aún dándose en un porcentaje elevado de los participantes, no fueron graves, implicando fundamentalmente conductas como agarrar/empujar (40,2%), agresiones al mobiliario (39,4%) o lanzar objetos (24%), sin dar lugar en la mayor parte de los casos (78,2%) a lesiones resultantes de la



Summa 112



Summa 112

agresión. No obstante la utilización de armas aparece en un porcentaje preocupante (15,1%), especialmente las armas blancas (10,6%). A pesar de todo, el porcentaje es menor que en otro estudio más reciente de emergencias extrahospitalarias<sup>[1]</sup> donde se habían utilizado armas blancas o de fuego en un 27% de los casos.

### Perfil del agresor

Los resultados referidos al género y la edad del agresor, varón de entre 30-50 años, concuerdan con los resultados obtenidos en urgencias hospitalarias y otros ámbitos sanitarios<sup>[12-14]</sup>.

No obstante, se observan diferencias en cuanto a la capacidad psíquica del agresor. Los resultados del presente estudio indican que en poco más de la mitad de los casos el agresor no tenía su capacidad psíquica alterada (55,2%) y la otra mitad estaba cubierta a partes iguales entre los que sufrían algún trastorno psiquiátrico (21,3%) y los que estaban bajo efectos de alcohol o drogas (23,6%). Estos resultados contrastan con los resultados obtenidos en urgencias hospi-

talarias<sup>[7,9-10,15-18]</sup> y extrahospitalarias<sup>[1-2]</sup> así como en otros ámbitos sanitarios<sup>[14,19-20]</sup>, señalándose que de forma mayoritaria el agresor suele sufrir algún trastorno psiquiátrico o estar bajo el efecto de alcohol y drogas.

Los motivos principales de la agresión fueron la disconformidad con el tratamiento (ser derivados a otros servicios o no recibir medicación) (36,1%) y los tiempos de espera (21,3%). Los estudios llevados a cabo en urgencias hospitalarias y extrahospitalarias suelen dar como motivo principal de la agresión sufrir algún trastorno psiquiátrico o estar bajo los efectos del alcohol o drogas. No obstante, señalan que el desencadenante de la agresión suele ser el tiempo de espera para ser atendidos<sup>[7,9-10,15-18]</sup>. El hecho de que en este estudio aparezca como motivo principal la disconformidad con el tratamiento puede venir derivado de la propia naturaleza de los servicios al tratarse de urgencias extrahospitalarias, en las que en muchas ocasiones es necesario derivar al paciente al hospital utilizando sus propios medios cuando no se trata de una situación de emergencia.

### Variables situacionales

En aproximadamente la mitad de los casos la agresión sucedió en el domicilio del paciente (46,9%), resultado que coincide con los descritos en otros estudios<sup>[21-22]</sup>.

## Conclusiones

Del estudio realizado sobre las agresiones que sufren los profesionales asistenciales de los servicios de urgencias y emergencias del SUMMA 112 de la Comunidad de Madrid se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Tres cuartas partes de los profesionales han recibido agresiones verbales (en forma de insultos y/o amenazas)

durante el tiempo que han trabajado en el SUMMA 112, y un tercio de ellos han recibido además agresiones físicas. Si se considera que algunos profesionales, aunque no han sido víctimas directas sí han sido testigos de las agresiones de sus compañeros, la cifra de los que han vivido experiencias de agresiones físicas sube a la mitad (49,7%).

- En la mayor parte de los casos las agresiones físicas no son graves, no dando lugar a lesiones e implicando conductas como agarrar/empujar, agresiones al mobiliario o lanzar objetos. No obstante, hay un porcentaje preocupante de utilización de armas (15,1%), especialmente blancas (10,6%).
- El perfil del agresor coincide con un varón, de entre 30-50 años, siendo en la mitad de los casos una persona que no tiene su capacidad psíquica alterada. Los motivos principales que provocan la agresión son la disconformidad con el tratamiento y el tiempo de espera.
- El lugar donde se dan con mayor frecuencia las agresiones es en la atención a domicilio.

A partir de los resultados obtenidos se proponen varias líneas de actuación:

- Dado que la mayor parte de las agresiones proceden de personas (pacientes o familiares/acompañantes) que no tienen su capacidad psíquica alterada, se propone realizar una campaña de sensibilización dirigida a la población general con el fin de que tomen conciencia de la labor de estos profesionales y de su función, que va dirigida a ayudarles en un momento complicado y cuya colaboración es necesaria para resolver la situación de forma adecuada, ya que de otra forma retrasa y entorpece su solución.
- Por otra parte, sería conveniente tomar algunas medidas de tipo institucional u organizacional encaminadas

a resolver algunas cuestiones que han quedado patentes:

- Es urgente tomar medidas que mejoren la seguridad de los profesionales en la atención que realizan a domicilio.
- En la atención a domicilio convendría hacer un análisis y reducir en la medida de lo posible los tiempos de espera, ya que este es uno de los motivos principales de conflicto con los usuarios.

- Otro punto importante para la prevención es entrenar a los profesionales en el manejo de situaciones conflictivas, de manera que aunque surja el conflicto pueda resolverse sin que desemboque en una agresión o al menos minimizar las posibilidades de que

ocurra. El motivo principal de las agresiones suele ser la disconformidad con el tratamiento. Por tanto, sería importante dotar a los profesionales de habilidades de comunicación, persuasión y negociación que ayudaran a mejorar la relación con pacientes y familiares/acompañantes, así como la puesta en marcha de medidas preventivas de seguridad en la atención a domicilio. ♦

## A MODO DE GLOSARIO

**Emergencias:** situaciones urgentes que ponen en peligro inminente la vida del paciente o la función de un órgano, que requieren una actuación inmediata

**Urgencias:** situaciones que requieren una valoración y respuesta en corto plazo de tiempo, por su potencial riesgo, aunque de entrada no exista un riesgo inminente para la vida del paciente.

**Unidad Móvil de Emergencias (UME):** vehículo de Soporte Vital Avanzado (SVA) con capacidad de atención *in situ* a la emergencia y traslado de pacientes si procede, dotado por un equipo humano y un soporte material especializado en tal fin.

**Vehículo de Intervención Rápida (VIR):** vehículo de SVA sin capacidad de traslado en dicha unidad pero con la capacidad de medicalizar una ambulancia asistencial. Está dotado por un equipo humano y material idéntico al de una UME.

**Centro de Urgencia Extrahospitalario (CUE):** centro que integra recursos de distintos niveles asistenciales (atención primaria, atención especializada y urgencias extrahospitalarias).

**Servicio de Urgencia de Atención Primaria (SUAP):** centro extrahospitalario con profesionales de medicina y enfermería que realizan la cobertura de la demanda asistencial urgente fuera del horario de los centros de Salud de Atención Primaria. En la mayor parte de estos centros (SUAP tipo C) se realiza también la atención a la demanda a domicilio.

**Unidad de Atención a Domicilio médicas (UAD-M) o de enfermería (UAD-E):** vehículo de asistencia domiciliar urgente de medicina o de enfermería que realiza la cobertura de las urgencias domiciliarias fuera del horario de los centros de atención primaria.

## PARA SABER MÁS

- [1] Petzäll K, Tällberg J, Lundin T, Suserud BO. Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *Int Emerg Nurs*. 2011;19:5-11.
- [2] Skibeli Joa T, Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30:55-60.
- [3] Suserud BO, Blomquist M, Johansson I. Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accid Emerg Nurs*. 2002;10:127-135.
- [4] Boyle M, Koritsas S, Coles J, Stanley J. A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emerg Med J*. 2007;24:760-763.
- [5] Koritsas S, Boyle M, Coles J. Factors associated with workplace violence in paramedics. *Prehosp Disaster Med*. 2009;24:417-421.
- [6] Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin*. 2007;128(8):307-310.
- [7] Alameddine M, Kazzi A, El-Jardali F, Dimassi H, Maalouf S. Occupational violence at Lebanese emergency departments: prevalence, characteristics and associated factors. *J Occup Health*. 2011;53(6):455-64.
- [8] Esmaeilpour M, Salsali M, Ahmadi F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *Int Nurs Rev*. 2011;58(1):130-137.
- [9] Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Hoymeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *JONA*. 2009;39(7-8):340-349.
- [10] Tang JS, Chen CL, Zhang ZR, Wang L. Incidence and related factors of violence in emergency departments—a study of nurses in Southern Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2007;106(9):748-758.
- [11] Gascon S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, Rueda MA. Aggression towards health care workers in Spain: A multi-facility study to evaluate the distribution of a growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health*. 2009;15(1):30-6.
- [12] Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner MS, Geisser AD, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med*. 2004;61:495-503.
- [13] Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, Kwok KT, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2006;12:6-9.
- [14] James A, Madeley R, Dove A. Violence and aggression in the emergency department. *Emerg Med J*. 2006;23(6):431-434.
- [15] Belayachi, J, Berrechid K, Am-laiky F, Zekraoui A, Abouqal R. Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact. *J Occup Med Toxicol*. 2010;5:27-37.
- [16] Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B, Kurtulus A, Turkcuier I, Ergin N. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther*. 2006;23:364-369.
- [17] Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med*. 2006;31(3):331-7.
- [18] Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med*. 2005;46(2):142-147.
- [19] Gillespie G. Consequences of violence exposures by emergency nurses. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2008;16(4):409-418.
- [20] Lin YH, Liu HE. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *Int J Nurs Stud*. 2005;42:773-778.
- [21] Gates D, Fitzwater E, Telintelo S, Succop P, Sommers MS. Preventing assaults by nursing home residents: Nursing assistants' knowledge and confidence—a pilot study. *J Am Med Dir Assoc*. 2002;3(6):366-370.
- [22] Grange JT, Corbett SW. Violence against EMS personnel. *Prehosp Emerg Care*. 2002;6(2):186-190.