

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/262969045>

Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. D....

Article in *Emergencias* · June 2014

CITATIONS

8

READS

551

6 authors, including:



[Mónica Bernaldo-de-Quirós](#)

Complutense University of Madrid

52 PUBLICATIONS 201 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Mar Gómez - Gutiérrez](#)

Complutense University of Madrid

32 PUBLICATIONS 143 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Ana T Piccini Larco](#)

Complutense University of Madrid

13 PUBLICATIONS 57 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Maria Crespo](#)

Complutense University of Madrid

133 PUBLICATIONS 1,056 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Quality of Life in dementia patients in long-term care [View project](#)



Resilience in caregivers [View project](#)

Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias

MÓNICA BERNALDO-DE-QUIRÓS¹, JOSÉ CARLOS CERDEIRA², MARÍA DEL MAR GÓMEZ¹, ANA T. PICCINI, MARÍA CRESPO¹, FRANCISCO J. LABRADOR¹

¹Universidad Complutense de Madrid, España. ²SUMMA-112. Madrid, España.

CORRESPONDENCIA:

Mónica Bernaldo-de-Quirós
Facultad de Psicología
Universidad Complutense
Campus de Somosaguas
28223 Madrid, España
E-mail: mbquiros@psi.ucm.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

18-4-2013

FECHA DE ACEPTACIÓN:

15-8-2013

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

AGRADECIMIENTOS:

La investigación ha sido financiada por la Fundación Mapfre.

Objetivos: Conocer la frecuencia y naturaleza de las agresiones en urgencias y emergencias extrahospitalarias, así como las variables implicadas, con el fin de proponer medidas preventivas.

Método: Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, la muestra quedó compuesta por 441 profesionales del SUMMA-112 (135 médicos, 127 enfermeras y 179 técnicos en emergencias médicas) con una tasa de respuesta del 89,5%. Se recogió información sobre variables sociodemográficas y laborales, frecuencia y naturaleza de las agresiones, y variables relacionadas con la agresión. Evaluadores entrenados se desplazaron a cada servicio para entregar y recoger los cuestionarios.

Resultados: El 34,5% de los profesionales recibió agresiones físicas, con un porcentaje significativamente mayor en emergencias que en urgencias (42,7% vs. 25,7%); el 75,3% amenazas y el 76,2% insultos e injurias, sin diferencias significativas en la violencia verbal según el tipo de servicio. En el 46,2% de los casos sucedió en el domicilio del paciente. El motivo principal de la agresión fue la disconformidad con el tratamiento, con diferencias en función del tipo de servicio: en emergencias era el tiempo de espera (41,3%) mientras que en urgencias fue la disconformidad con las normas (30,2%).

Conclusiones: Los resultados indican un alto porcentaje de agresiones físicas, especialmente en emergencias, con una mayor gravedad en la atención a domicilio. Los principales motivos de agresión fueron el tiempo de espera y la disconformidad con el tratamiento. Se recomienda mejorar la seguridad en la atención a domicilio y reducir los tiempos de espera, así como entrenar a los profesionales en el manejo de situaciones conflictivas. [Emergencias 2014;26:171-178]

Palabras clave: Agresiones profesionales. Servicios de Urgencias y Emergencias.

Introducción

La violencia laboral en el sector sanitario se ha convertido en los últimos años en una problemática de vital relevancia debido a la magnitud que ha alcanzado¹. Cerca de un 25% de los incidentes de violencia laboral ocurren en este sector, y aproximadamente un 50% de los profesionales ha sido objeto de algún incidente violento en el transcurso de su vida laboral². En concreto, las acciones violentas por parte de pacientes, familiares y/o acompañantes de los usuarios de los servicios sanitarios hacia los profesionales han ido en aumento en todos los países industrializados y no industrializados en los últimos años, llegando a representar un motivo de preocupación para los

profesionales tal y como han demostrado diversos trabajos¹⁻⁴.

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 incrementa en aquellos profesionales que desempeñan su labor en los departamentos de urgencias y de emergencias⁵⁻⁸. Múltiples estudios han señalado que en este ambiente las agresiones verbales y físicas por parte de los usuarios se desencadenan con mucha más frecuencia y facilidad que en otras áreas sanitarias⁸⁻¹². En general, los estudios revelan altos índices de violencia tanto física como verbal hacia el personal sanitario de los servicios de urgencia hospitalarios por parte de pacientes y/o familiares acompa-

ñantes. En la mayoría de los estudios, los datos indican que las tasas de agresión física se ubican entre el 20 y el 40%^{4,13,14}, llegando en el caso de las agresiones verbales a porcentajes del 90 y en ocasiones hasta del 100%¹⁴⁻¹⁵, si bien es cierto que muchos de los estudios existentes se han realizado en zonas de ámbito musulmán.

Sin embargo, pocos estudios, ninguno en España, se han centrado en analizar la violencia en urgencias extrahospitalarias¹⁷⁻²¹, a pesar de que el riesgo de sufrir incidentes violentos puede ser mayor debido a las menores medidas de seguridad con que realizan su trabajo los profesionales de estos servicios. Los estudios realizados en este ámbito indican que en los últimos 12 meses hasta un 82% de los profesionales habían recibido agresiones verbales^{20,21} y entre un 13-38% habían sufrido violencia física^{17,18,21}.

El objetivo de este trabajo es: (a) conocer la frecuencia y naturaleza de las agresiones que sufren los profesionales de los servicios de urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid, tomando como referencia el SUMMA-112; (b) analizar las diferencias en frecuencia y naturaleza de las agresiones, variables situacionales y perfil del agresor en los distintos tipos de servicios (urgencias y emergencias); y (c) proponer medidas para la prevención de dichos incidentes en función de los hallazgos obtenidos.

Método

Este estudio observacional, analítico y transversal se llevó a cabo en el SUMMA-112, que es el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid, perteneciente al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), que tiene asignada la misión de la atención sanitaria a las urgencias, emergencias y catástrofes en la Comunidad de Madrid. Presta directamente asistencia sanitaria telefónica mediante el servicio coordinador de urgencias (SCU), cuya función es la recepción, coordinación y regulación médica y de enfermería, y da la respuesta más adecuada a la demanda de cada paciente. En el caso de precisar atención a domicilio, se envía un dispositivo de emergencias (unidad médica de emergencia –UME– o vehículo de intervención rápida –VIR–) si hay un peligro inminente en la vida del paciente; o de urgencias (Unidad de Atención a Domicilio –UAD– médica o de enfermería) cuando la situación requiere una valoración y respuesta en corto plazo de tiempo por su potencial riesgo, aunque de entrada no exista un riesgo inminente para la vida. Si el paciente puede acudir a un centro, es

atendido en un servicio de urgencias de atención primaria –SUAP– (que abren en horario complementario a los centros de salud) o en el centro de urgencias extrahospitalario –CUE– (abierto durante las 24 horas).

El tamaño de la muestra (n = 441 de una población total de 1310 profesionales) se calculó utilizando el programa *Raosoft Sample Size Calculator*, (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>), para un nivel de confianza del 99% y un intervalo de confianza del 5%. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado teniendo en cuenta que estuviera representado cada estrato (médicos, enfermeras y técnicos en emergencias médicas –TEM–) en la proporción que le correspondía en cada tipo de dispositivo (e.g. UME, VIR, SUAP, etc.). Se diseñaron 31 rutas (13 en Madrid capital y 18 en el resto de la Comunidad de Madrid) para la realización de las evaluaciones que recorrían las distintas áreas geográficas de la Comunidad de Madrid. Se incluyó a aquellos profesionales que llevaran prestando asistencia en el SUMMA-112 al menos 12 meses, con un contrato laboral fijo o temporal de al menos un mes de forma continua. Los profesionales procedían de 70 servicios, de los cuales, 32 eran servicios de emergencias: 9 UME y 13 VIR; y 38 servicios de urgencia: 1 CUE, 25 SUAP (20 de los cuales prestaban también atención a domicilio), 5 UAD de enfermería y 7 UAD médicas.

Se diseñó un cuestionario con una primera parte en la que se recogían los datos sociodemográficos más relevantes de los profesionales e información relativa a la actividad laboral. En la segunda parte se recogía la información sobre la frecuencia con que habían sido objeto de agresiones por parte de pacientes y/o familiares/acompañantes, así como un análisis más detallado de la agresión más grave tomando como referencia para su elaboración el Cuestionario sobre Agresiones en el Medio Sanitario de Martínez-Jarreta *et al.*²². En primer lugar se les preguntaba por la frecuencia con la que habían sido objeto de algún tipo de agresión (física, amenazas, o insultos/injurias); en cada caso se definió las conductas que implicaban²³. Sólo en el caso que hubieran experimentado algún acontecimiento que implicase algún tipo de agresión se les pedía que describieran brevemente aquel episodio que consideraran más grave, así como información de distintas variables relacionadas con la agresión (características del agente agresor, variables situacionales, zona corporal afectada, resultado de la agresión, tipo de asistencia recibida). Para la evaluación de todos los profesionales que componían la muestra del estudio, se entrenó a 8 evaluadores externos. El

estudio fue aprobado por el Comité Ético de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

A través del SUMMA-112 se envió un mensaje de texto al teléfono móvil y un correo electrónico a todos los profesionales informando sobre los objetivos y las características del estudio. Asimismo, el subdirector de enfermería se puso en contacto telefónico con los responsables y/o profesionales de los distintos servicios para solicitar su participación voluntaria, así como para informar del día en que un evaluador externo iría al centro. Los evaluadores fueron a cada servicio en el día indicado, y tras una breve entrevista de cribado para comprobar que cumplían los criterios de inclusión, explicaban el objetivo del estudio y solicitaban, por escrito, su consentimiento informado, garantizándoles en todo momento el anonimato. Acto seguido, entregaban y explicaban los cuestionarios, resolvían las posibles dudas y acordaban con ellos un momento en el mismo día laboral en el que recogerían los cuestionarios.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas mediante la frecuencia y el porcentaje en las cualitativas y la media con su desviación estándar en las cuantitativas. Se comprobó la normalidad de la distribución de las variables mediante la

prueba de Kolmogorov-Smirnov y posteriormente se realizó un análisis bivalente mediante la prueba de ji al cuadrado para la comparación de variables cualitativas y la U de Mann-Whitney para las cuantitativas, dado que ninguna de las variables consideradas se ajustó a la distribución normal.

Resultados

Tal y como muestra la Figura 1, se contactó con un total de 545 profesionales, de los cuales 41 (7,5%) no cumplían los criterios de inclusión. De los 504 que cumplían los criterios, 35 (6,9%) rechazaron participar y 18 (3,6%), aunque aceptaron, no devolvieron las baterías cumplimentadas, por lo que la tasa de respuesta fue del 89,5%. Diez (1,9%) se descartaron por una incorrecta cumplimentación de las baterías, y por ello la muestra quedó compuesta finalmente por 441 profesionales.

Un 81,2% de los participantes (n = 358) habían recibido algún tipo de agresión física y/o verbal por parte de pacientes o familiares/acompañantes durante su trabajo en el SUMMA-112, de los cuales el 34,5% habían recibido alguna agresión física, un 75,3% amenazas y un 76,2% insultos o injurias). Se observaron diferencias significativas en las agresiones

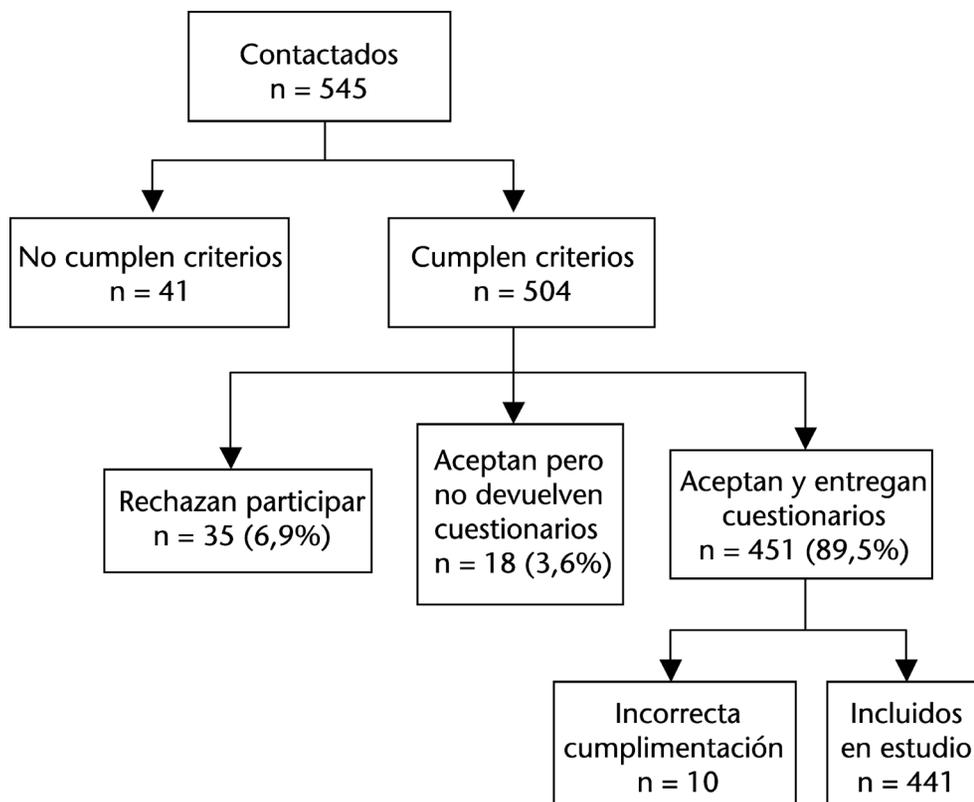


Figura 1. Diagrama de inclusión de los participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra y comparación según el tipo de servicio

	Total N = 441 n (%)	Urgencias n = 214 n (%)	Emergencias n = 227 n (%)	p
Agresión física	152 (34,5)	55 (25,7)	97 (42,7)	< 0,001
Amenazas	332 (75,3)	154 (72,0)	178 (78,4)	0,123
Insultos o injurias	337 (76,4)	161 (75,2)	175 (77,1)	0,656
Sexo varón	284 (64,6)	139 (65,0)	145 (63,9)	0,843
Edad [media (DE)]	44,5 (9,3)	47,7 (9,4)	41,4 (8,1)	< 0,001
Estado civil				
Sin pareja	152 (34,9)	72 (34,1)	80 (35,6)	0,754
Casado/a o conviviendo en pareja	284 (65,1)	139 (65,9)	145 (64,4)	
Nivel de estudios				
Primarios/ESO	45 (10,2)	25 (11,7)	20 (8,8)	0,09
Formación Profesional/Bachiller	103 (23,4)	41 (19,2)	62 (27,4)	
Graduado, diplomado	128 (29,1)	59 (27,6)	69 (30,5)	
Licenciado, doctor, master	164 (37,3)	89 (41,6)	75 (33,2)	
Tipo de profesional				
TEM	179 (40,6)	83 (38,8)	96 (42,3)	0,299
Enfermero	127 (20,8)	58 (27,1)	69 (30,4)	
Médico	135 (30,6)	73 (34,1)	62 (27,3)	
Situación laboral				
Fijo	371 (84,5)	177 (83,1)	199 (85,8)	0,427
Temporal	68 (15,5)	36 (16,9)	32 (14,2)	
Años en el puesto de trabajo [media (DE)]	11,14 (8,24)	12,1 (9,5)	10,2 (6,7)	0,407
Experiencia profesional [media (DE)]	18,28 (8,40)	20,6 (8,9)	16,0 (7,3)	< 0,001
Baja laboral en último año	154 (35,0)	77 (36,0)	77 (34,1)	0,675
Nº bajas [media (DE)]	1,34 (0,91)	1,4 (0,8)	1,3 (0,97)	0,441
Nº días baja [media (DE)]	31,48 (60,91)	40,2 (70,8)	22,9 (48,2)	0,093

TEM: Técnico en Emergencias Médicas; M: Media; DE: Desviación estándar; ESO: educación secundaria obligatoria.

físicas: el 42,7% de los profesionales de los servicios de emergencia habían sufrido este tipo de agresión frente al 25,7% en los servicios de urgencia ($p < 0,001$). Sin embargo, no se observan diferencias significativas en la violencia verbal (amenazas e insultos/injurias) en función del tipo de servicio.

Como puede observarse en la Tabla 1, en el total de la muestra predominaban los hombres (64,6%), con una edad media de 44,5 años. Aproximadamente la mitad de ellos trabajaban en servicios de emergencia (51,5%) y la otra mitad en servicios de urgencia (48,5%), los TEM predominaban (40,6%), seguidos por médicos (30,6%) y personal de enfermería (20,8%); la mayoría eran fijos (84,5%), su experiencia profesional media era de 18 años y llevaban un promedio de 11 años en el actual puesto laboral. Al analizar las diferencias en variables sociodemográficas y laborales entre los profesionales que trabajaban en los distintos servicios (urgencias vs emergencias) sólo se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en la edad, 48 años los de los servicios de urgencia frente a 41 los de emergencias ($p < 0,001$), y en los años de experiencia profesional, 21 años los de los servicios de urgencia frente a 16 los de emergencias ($p < 0,001$).

Las Tablas 2 y 3 muestran los resultados de los participantes que habían sido objeto de alguna agresión ($n = 358$). En cuanto a la naturaleza de las agresiones del episodio más grave, como

muestra la Tabla 3, éstas implicaron fundamentalmente amenazas verbales (87,5%), insultos y/o injurias (86,9%), comportamientos amenazantes (83,8%), coacciones (42,2%), conductas de agarrar o empujar (40,2%), agresiones al mobiliario (39,4%) y lanzar objetos (24%). En la mayor parte de los casos no hubo lesión y sólo un 11,2% enviaron una parte de lesiones al juzgado. En los servicios de emergencia, la agresión implicó más comportamientos amenazantes (87,6%) ($p = 0,045$), conductas de agarrar o empujar (45,7%) ($p = 0,031$) y retenciones en contra de su voluntad (21%) ($p = 0,033$). En cuanto a las zonas corporales afectadas por la agresión, sólo se observaron diferencias significativas en la zona del tronco, donde el 17,7% de los profesionales de los servicios de emergencias se han visto afectados en la agresión en esta zona frente al 8,2% en los servicios de urgencias ($p = 0,008$).

En un 67% de los casos (Tabla 3) el agresor era una única persona, varón (78,3%), de 30 a 50 años (53,3%), con una capacidad psíquica no alterada (55,2%), en el 28% de los casos tenía alguna característica étnica o social específica y, en el caso de existir alguna, en el 73% de los casos eran de etnia gitana. 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%). En los servicios de ur-

Tabla 2. Naturaleza de las agresiones y sus consecuencias, y comparación según el tipo de servicio

	Total N = 358 n (%)	Urgencias n = 172 n (%)	Emergencias n = 186 n (%)	p
Tipo de agresión implicada				
Insultos, injurias	311 (86,9)	145 (84,3)	166 (89,2)	0,21
Amenazas verbales	313 (87,5)	148 (86,0)	165 (88,7)	0,524
Comportamientos amenazantes	300 (83,8)	137 (79,7)	163 (87,6)	< 0,05
Coacciones	151 (42,2)	73 (42,4)	78 (41,9)	0,923
Retención contra su voluntad	60 (16,8)	21 (12,2)	39 (21,0)	< 0,05
Agresión al mobiliario	141 (39,4)	61 (35,5)	80 (43,0)	0,160
Agarrar/empujar	144 (40,2)	59 (34,3)	85 (45,7)	< 0,05
Bofetada/puñetazo	52 (14,5)	25 (14,5)	27 (14,5)	0,996
Patadas	60 (16,8)	22 (12,8)	38 (20,4)	0,065
Mordeduras	14 (3,9)	5 (2,9)	9 (4,8)	0,42
Tirón de pelo	15 (4,2)	6 (3,5)	9 (4,8)	0,604
Arañazos	31 (8,7)	13 (7,6)	18 (9,7)	0,574
Lanzar objetos	86 (24,0)	41 (23,8)	45 (24,2)	0,937
Intento de estrangulamiento	7 (2,0)	2 (1,2)	5 (2,7)	0,451
Empleo de arma blanca	38 (10,6)	14 (8,1)	24 (12,9)	0,17
Empleo de arma de fuego	16 (4,5)	5 (2,9)	11 (5,9)	0,205
Escupir	2 (0,6)	1 (0,6)	1 (0,5)	0,956
Otros	6 (1,7)	3 (1,7)	3 (1,6)	0,923
Zona corporal afectada				
Cráneo/ facial	41 (11,5)	22 (12,9)	19 (10,2)	0,507
Cuello	15 (4,2)	9 (5,3)	6 (3,2)	0,431
Tronco	47 (13,2)	14 (8,2)	33 (17,7)	< 0,01
Extremidades superiores	60 (16,8)	25 (14,6)	35 (18,8)	0,323
Extremidades inferiores	25 (7,0)	11 (6,4)	14 (7,5)	0,836
Agresión con resultado de lesión	78 (21,8)	37 (21,6)	41 (22,0)	0,926
Tipo de atención requerida por la lesión				
Asistencia médica	39 (10,9)	21 (12,3)	18 (9,7)	0,498
Tratamiento quirúrgico	4 (1,1)	2 (1,2)	2 (1,1)	0,933
Asistencia psicológica	9 (2,5)	3 (1,8)	6 (3,2)	0,506
Envío parte de lesión al juzgado	40 (11,2)	21 (12,3)	19 (10,3)	0,616
Baja laboral por la agresión	18 (5,0)	9 (5,3)	9 (4,8)	0,855
Días de baja laboral [media (DE)]	18,3 (23,6)	26,8 (27,7)	12,7 (20,1)	< 0,001

TEM: Técnico en Emergencias Médicas; M: Media; DE: Desviación estándar.

gencias era más frecuente que el agresor fuera una única persona (75%) ($p = 0,002$).

En el 46,9% de los casos, la agresión sucedió en el domicilio del paciente, seguido por la consulta (20,4%). En los servicios de emergencia las agresiones se produjeron más en el domicilio (61,3%) ($p < 0,001$) y en la calle (17,2%) ($p < 0,001$), mientras que en los servicios de urgencia sucedieron más en la consulta (35,5%) ($p < 0,001$), en la zona de *triaje* (21,5%) ($p < 0,001$) y en la sala de espera (12,2%) ($p = 0,003$). Mientras que en los servicios de emergencias el motivo principal de la agresión era el tiempo de espera (41,3%) ($p < 0,001$) y la propia patología o situación social (14,5%) ($p = 0,016$), en los servicios de urgencia era la disconformidad con las normas (30,2%) ($p < 0,001$) o no existía una razón aparente (10,5%) ($p < 0,001$).

Discusión

El presente estudio ha sido 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 tanto, puede ser un buen indicador de la problemática existente en el sector. Sin embargo, a pesar de que ha contado con una muestra amplia de profesionales pertenecientes a distintos estamentos y a las distintas modalidades de servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarios, sólo se ha evaluado a los profesionales de la Comunidad de Madrid, por tanto sería necesario un futuro estudio que evalúe la problemática en otras comunidades.

Los datos encontrados resultan preocupantes si se considera que algo más de un tercio de los participantes han sido objeto de alguna agresión física por parte de pacientes o familiares/acompañantes. Sin embargo, están dentro de las cifras ofrecidas por la mayor parte de los estudios realizados en urgencias hospitalarias que han indicado porcentajes del 20 al 40%^{4,7,14-15,24-25}, y en emergencias extrahospitalarias, con porcentajes un poco mayores, del 38 al 42%^{18,21}.

Se observó un porcentaje significativamente mayor de profesionales que habían recibido agre-

Tabla 3. Perfil del agresor, lugar y motivo de la agresión y comparación según el tipo de servicio

	Total N = 358 n (%)	Urgencias n = 172 n (%)	Emergencias n = 186 n (%)	p
Agente agresor				
Una persona	240 (67,0)	129 (75,0)	111 (59,7)	< 0,01
Varias personas	118 (33,0)	43 (25,0)	75 (40,3)	
Agente de la agresión				
Paciente	151 (42,4)	81 (47,6)	70 (37,6)	0,119
Familiar o acompañante	192 (53,9)	82 (48,2)	111 (59,1)	
Ambos	13 (3,7)	7 (4,1)	6 (3,2)	
Sexo del agresor				
Hombre	274 (78,3)	129 (77,2)	145 (79,2)	0,741
Edad del agresor				
< 18 años	8 (2,3)	3 (1,8)	5 (2,8)	0,956
18-30 años	105 (30,2)	50 (28,2)	55 (31,1)	
30-50 años	200 (53,3)	100 (58,5)	100 (56,5)	
50-70 años	33 (9,5)	17 (9,9)	16 (9,0)	
> 50 años	2 (0,6)	1 (0,6)	1 (0,6)	
Presencia de característica étnica o social específica del agresor	99 (28,0)	44 (25,4)	55 (30,2)	0,345
Características específicas				
Gitano	65 (73,0)	29 (76,3)	36 (70,6)	0,61
Norteafricano	6 (6,7)	3 (7,9)	3 (5,9)	
Africano	1 (1,1)	1 (2,6)	0	
Latinoamericano	12 (13,6)	5 (13,2)	7 (13,7)	
País Europa de Este	3 (3,4)	0	3 (5,9)	
Situación marginal	2 (2,3)	0	2 (3,9)	
Capacidad psíquica del agresor				
No alterada	192 (55,2)	99 (58,2)	93 (52,2)	
Alterada	74 (21,3)	33 (19,4)	41 (23,0)	
Bajo efectos de alcohol o drogas	82 (23,6)	38 (22,4)	44 (24,7)	
Lugar de la agresión				
Consulta	73 (20,4)	61 (35,5)	12 (6,5)	< 0,001
Triaje	41 (11,5)	37 (21,5)	4 (2,2)	< 0,001
Sala de espera	28 (7,8)	21 (12,2)	7 (3,8)	< 0,01
Domicilio	168 (46,9)	54 (31,4)	114 (61,3)	< 0,001
Portal	19 (5,3)	5 (2,9)	14 (7,5)	0,060
Calle	39 (10,9)	7 (4,1)	32 (17,2)	< 0,001
Coche o la ambulancia	7 (2,0)	2 (1,2)	5 (2,7)	0,451
Otro lugar	6 (1,7)	3 (1,7)	3 (1,6)	0,923
Motivo principal de agresión				
Disconformidad con identificación	6 (1,7)	3 (1,7)	3 (1,6)	0,934
Tiempo de espera	104 (29,3)	28 (14,4)	76 (41,3)	< 0,001
Disconformidad con las normas	71 (19,9)	52 (30,2)	19 (10,3)	< 0,001
Disconformidad con el tratamiento	129 (36,1)	70 (32,7)	59 (31,9)	0,084
Comunicación de fallecimiento	24 (6,7)	7 (4,1)	17 (9,2)	0,059
Propia patología o situación social	38 (10,6)	11 (6,4)	27 (14,5)	< 0,05
Causa desconocida o sin razón	21 (4,8)	18 (8,4)	3 (1,3)	< 0,001

TEM: Técnico en Emergencias Médicas.

siones físicas en los servicios de emergencias. Esto puede ser debido a que la atención se realiza a domicilio, donde también existe una mayor probabilidad de recibir una agresión tal y como señalan otros estudios^{26,27}. 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. Aquí se observa una mayor variabilidad en los estudios revisados, que puede ser debida a la variedad de definiciones empleadas. Si comparamos los resultados con los de otro estudio español²⁸ 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 obtuvieron

un 11% y un 64%, respectivamente. No obstante, hay que tener en cuenta que se evaluaron centros de atención primaria y hospitales, y dentro de estos últimos, el departamento de urgencias fue donde se encontraron más agresiones. Sin embargo, no se observan diferencias entre los distintos tipos de servicios: todos reciben una tasa elevada de agresiones verbales que abarca a las tres cuartas partes de los profesionales.

En una amplia mayoría de los casos las agresiones implicaron violencia verbal de diversa índole, y las amenazas fueron la conducta más frecuente. Las agresiones físicas, aún dándose en un porcentaje elevado de los participantes, no fueron graves (e.g. agarrar/empujar, agresiones al mobiliario,

lanzar objetos), y no produjeron lesiones en la mayor parte de los casos. En los domicilios la gravedad en la naturaleza de las agresiones fue mayor, e implicó más comportamientos amenazantes, conductas de agarrar o empujar e incluso retenciones en contra de la voluntad de los profesionales.

En cuanto al número de agresores, era más frecuente que fuera una única persona en los servicios de urgencia, ya que probablemente en el domicilio del paciente resulta más fácil la implicación de otros agresores. Los resultados referidos al género y la edad del agresor, varón entre 30 y 50 años, concuerdan con los resultados obtenidos en urgencias hospitalarias y otros ámbitos sanitarios^{29,30}. No obstante, se observaron diferencias en cuanto a la capacidad psíquica del agresor. Los resultados del presente estudio indicaron que en poco más de la mitad de los casos el agresor no tenía su capacidad psíquica alterada y la otra mitad estaba cubierta a partes iguales entre los que sufrían algún trastorno psiquiátrico y los que estaban bajo efectos de alcohol o drogas. Estos resultados contrastan con los resultados obtenidos en urgencias hospitalarias^{4,7,13} y extrahospitalarias¹⁷, así como en otros ámbitos sanitarios³⁰, en los que se ha indicado que el agresor suele sufrir algún trastorno psiquiátrico o estar bajo el efecto de alcohol y drogas.

En aproximadamente la mitad de los casos la agresión sucedió en el domicilio del paciente. Estos resultados coinciden con los de otros estudios^{16,26}. Analizando la situación por tipo de servicio, las agresiones en los servicios de emergencias se produjeron de forma mayoritaria en el domicilio del paciente, mientras que en los servicios de urgencia estuvo más repartido entre la consulta, el domicilio y la zona de *triaje*.

Los motivos principales de la agresión fueron la disconformidad con el tratamiento (por ejemplo, ser derivados a otros servicios o no recibir medicación) y los tiempos de espera. Los estudios llevados a cabo en urgencias hospitalarias y extrahospitalarias han mostrado como motivo principal de la agresión sufrir algún trastorno psiquiátrico o estar bajo los efectos del alcohol o drogas, aunque el precipitante de la agresión suele ser el tiempo de espera para ser atendidos^{4,7,13,15}. El hecho de que en este estudio haya aparecido 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 si-

tuación de emergencia. Si se atiende al tipo de servicio, el motivo principal de la agresión en emergencias fue el tiempo de espera, mientras que fueron más las normas del centro (por ejemplo, prioridad en la atención al paciente según la gravedad, necesidad de volante o informe clínico para recibir determinadas asistencias) en los servicios de urgencia.

A partir de los resultados obtenidos se proponen dos líneas de actuación. Por una parte, sería conveniente tomar algunas medidas de tipo institucional u organizativo encaminadas a mejorar la seguridad de los profesionales, especialmente en la atención que realizan a domicilio, intentando asimismo reducir en la medida de lo posible los tiempos de espera, ya que éste es uno de los motivos principales de conflicto con los usuarios. Por otra, es importante entrenar a los profesionales en el manejo de situaciones conflictivas, de manera que aunque surja el conflicto, éste pueda resolverse sin que desemboque en una agresión o al menos minimizar las posibilidades de que esto 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 ayuden a mejorar la relación con pacientes y familiares/acompañantes, y priorizar una formación especializada para los servicios de emergencia, ya que son los profesionales más afectados por las agresiones físicas. Dicha formación incluiría no sólo el aprendizaje de las habilidades de comunicación, sino la puesta en marcha de medidas preventivas de seguridad en la atención a domicilio.

Bibliografía

- 1 Di Martino V. Workplace Violence in the Health Sector - Country Case Studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian Study: Synthesis Report. Ginebra: ILO/ICN/WHO/PSI; 2002.
- 2 Cooper C, Swanson N. Workplace Violence in the Health Sector - State of the Art. Ginebra: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2002.
- 3 Farrell G, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *J Adv Nurs*. 2006; 55:778-87.
- 4 Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Hoymeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *JONA*. 2009;39:340-9.
- 5 Alexander DA, Klein S. Ambulance personnel and critical incidents. *Br J Psychiatry*. 2001;178:76-81.
- 6 Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the Emergency Department: A National Survey of Emergency Medicine Residents and Attending Physicians. *J Emerg Med*. 2011;40:565-79.
- 7 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;46:142-7.
- 8 Ryan D, Maguire J. Aggression and violence a problem in Irish. Accident and Emergency Departments. *J Nurs Manag*. 2006;14:106-15.
- 9 Pawlin S. Reporting violence. *Emerg Nurse*. 2008;16:16-21.

- 10 Stirling G, Higgins JE, Cooke MV. Violence in A&E departments: a systematic review of the literature. *Accid Emerg Nurs.* 2001;9:77-85.
 - 11 Uzun O. Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35:81-5.
 - 12 Woolam S. A stance against violence. *Emerg Nurse.* 2007;15:6-8.
 - 13 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;53:455-64.
 - 14 Esmailpour M, Salsali M, Ahmadi F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *Int Nurs Rev.* 2011;58:130-7.
 - 15 Senuzun Ergün F, Karadokovovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev.* 2005;52:154-60.
 - 16 Grange JT, Corbett SW. Violence against EMS personnel. *Prehosp Emerg Care.* 2002;6:186-90.
 - 17 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.
 - 18 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.
 - 19 Suserud BO, Blomquist M, Johansson I. Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accid Emerg Nurs.* 2002;10:127-35.
 - 20 Koritsas S, Boyle M, Coles J. Factors associated with workplace violence in paramedics. *Prehosp Disaster Med.* 2009;24:417-21.
 - 21 Boyle M, Koritsas S, Coles J, Stanley J. A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emerg Med J.* 2007;24:760-3.
 - 22 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 (Barc.).* 2007;128:307-10.
 - 23 Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs.* 2004;13:3-10.
 - 24 Gascón S, Leiter MP, Pereira JP, Cunha MJ, Albesa A, Montero-Marín J, et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs.* 2013;22:3120-9.
 - 25 Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence toward emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs.* 2004;12:67-73.
 - 26 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;3:366-70.
 - 27 Grange JT, Corbett SW. Violence against EMS personnel. *Prehosp Emerg Care.* 2002;6:186-90.
 - 28 Gascón 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 growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health.* 2009;15:30-6.
 - 29 Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen H, Nachreiner NM, Geisser, et al. Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology.* 2005;16:704-9.
 - 30 James A, Madeley R, Dove A. Violence and aggression in the emergency department. *Emerg Med J.* 2006;23:431-4.
-

Physical and verbal aggression encountered by out-of-hospital emergency responders in the autonomous community of Madrid: differences between urgent and emergent care settings

Bernaldo-de-Quirós M, Cerdeira JC, Gómez MM, Piccini AT, Crespo M, Labrador FJ

Objectives: To determine the frequency and nature of violence directed at responders giving urgent or emergent care so that preventive measures can be proposed.

Method: A stratified random sample of 441 emergency responders belonging to the SUMMA-112 emergency health service of Madrid (135 physicians, 127 nurses, and 179 emergency paramedics) were surveyed (response rate, 89.5%). Questionnaire items covered sociodemographic and work variables, frequency and nature of injuries or insults, and the characteristics of the attack. Trained assessors went to each workplace to deliver and collect the questionnaires.

Results: Physical injuries had been sustained by 34.5% of the responders, and the percentage was significantly higher in emergent care contexts (42.7% vs 25.7%); 75.3% had received threats and 76.2% had received insults. We detected no significant difference in the frequency of verbal attacks between urgent and emergent situations. The setting was the patient's home in 46.2% of the violent encounters. The main reason for aggression was dissatisfaction with care provided. Significant differences between the main reasons for attacks in urgent and emergent situations were observed: wait times triggered aggression according to 41.3% of those responding to emergencies, whereas disagreement with regulations led to aggressive behavior according to 30.2% of responders in urgent care situations.

Conclusions: This survey detected a high percentage of physical violence, especially in emergency care contexts. The patient's home was often the scene of the more serious attacks. The main reasons for aggression were wait times and dissatisfaction with care. Responder safety during home visits should be improved. Conflict management training should be provided. [*Emergencias* 2014;26:171-178]

Keywords: Violence. Health care personnel. Emergency health services.