



***DOSSIER: “GESTIÓN DEL CONFLICTO”***

## **GESTIÓN DEL CONFLICTO CON FAMILIARES Y PACIENTES**

### **1. TIPOS DE PACIENTES-FAMILIARES PROBLEMÁTICOS:**

Existen numerosas causas que pueden precipitar la aparición de un conflicto y un profesional sanitario.

La etiología de la conducta conflictiva en el entorno sanitario es muy diversa y existen numerosos factores y situaciones que debemos considerar y que constituyen situaciones de riesgo laboral para el profesional del entorno sanitario. Entre estas situaciones se encuentran:

#### **a. Causas o factores facilitadores del conflicto o una posible agresión.**

- Asistencia domiciliaria. Se trata de una de las situaciones de riesgo más frecuentes e importantes.
- Estrecho contacto con usuarios y clientes, con importante componente emocional (dolor, muerte, sufrimiento, incertidumbre), que puede generar situaciones de riesgo al provocar una percepción de falta de información o de mala calidad asistencial. La demanda de atención urgente agrava la situación de riesgo por el estrés que provoca la misma urgencia.
- Abuso verbal, físico o psicológico; amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio, ataques físicos intencionados, amenazas verbales o con un arma. Se incluyen entre otros las palizas, patadas, bofetadas, tiros, empujones, mordiscos, pellizcos.
- Coacción o delitos contra la libertad e integridad sexual.
- Situaciones en las que se dirime un beneficio económico o administrativo directo o indirecto (recetas de determinados medicamentos, peticiones sin justificación real de Incapacidad Temporal, prestaciones o pensiones de invalidez).
- Elevada presión asistencial.
- Expectativas de pacientes que no siempre se pueden cumplir.
- Necesidades de los usuarios cada vez mayores, que no se corresponden con las posibilidades reales.

- Retrasos y errores en citaciones, procesos diagnósticos y terapéuticos. Listas de espera prolongadas y tiempo de espera prolongado para ser atendidos.
- Masificación en salas de espera, mal diseño o condiciones inadecuadas de las mismas, exceso de confluencia de público, familias alteradas.
- Cambios en la relación médico-paciente debido al trato cada vez más irrespetuoso del paciente hacia el médico, unido a un aumento de la violencia civil.
- Denegación de un servicio solicitado.
- Actuación contra el deseo del paciente.
- Falta de información por parte del usuario.
- Contacto con ciudadanos en cuyos rasgos de personalidad destacan un control de impulso deficitario, baja resistencia a la frustración o cierto perfil de agresividad (lenguaje con tono alto, insultos, palabras groseras, contenido del discurso; contracción de los músculos de la cara, tensión muscular, apretar los puños, señalar con el dedo, cambios de postura rápidos y sin finalidad concreta).
- Actitud del profesional que genere hostilidad: estilos de comunicación (desinterés, frialdad, menosprecio e impaciencia)
- Transmisión de información no real, uso de amenazas, coacciones o insultos por parte del profesional; restar importancia a quejas o críticas por parte del usuario.
- Generar contacto ocular prolongado y tener contacto físico y exceso de proximidad. La vulneración del espacio personal causa un incremento de la tensión física y emocional y puede ser interpretado como una conducta agresiva o potencialmente agresiva por el paciente o familiar
- Profesional con problemas de dependencias, problemas mentales, mala praxis.
- Trabajar solo. Escasez de personal.
- Trabajar en lugares aislados o alejados, trabajar en zonas socialmente conflictivas.
- Atención en domicilio, pisos tutelados, albergues, atención a detenidos, inspección médica.
- Falta de entrenamiento en detectar y abordar al agresor.
- Ausencia de medidas de seguridad.
- Movimientos no restringidos de público en las consultas.
- Pasillos poco frecuentados, salas solitarias o lugares poco iluminados.
- Trabajo con enfermos mentales o consumidores de alcohol y/o drogas y disponibilidad de drogas en el centro.

## **b. Características**

En cuanto a las características de pacientes que pueden generar conflicto o facilitar el burn-out profesional, según Mas Garriga, J.M. Cruz Doménech, N.Fañanás Lanau, A. Allué Buil, I.Zamora Casas, R. Viñas Vidal Atención Primaria 2003; 31: 214-21, la tipología de actitudes en los pacientes hospitalarios que más frustración producen en los profesionales del entorno sanitario, sería la siguiente:

- **PASIVO-DEPENDIENTE**  
("Cuídame")
  - Grandes frequentadores (necesidades sin límite)
  - Baja autoestima y capacidad de toma de decisiones
  - Médico como "madre de recursos inagotables"
  - Agradecidos y seductores
  - Provocan cansancio y agresión
  
- **EXIGENTE-AGRESIVO**  
("No lo haces bien")
  - Grandes demandadores. Utilizan intimidación, devaluación y la inducción de culpa
  - Actitud hostil, querulante, de superioridad, que esconde gran dependencia y temor al abandono
  - Provocan miedo, inseguridad y hasta depresión
  
- **MANIPULADOR-MASOQUISTA**  
("Solucioname")
  - Pesimistas, "sufridores", depresivos
  - Consultan muchas veces por el mismo motivo, aunque rechazan la ayuda porque "no hay nada que hacer"
  - Incumplidor, justificándose en los efectos secundarios de la medicación, que siempre aparecen.
  - Provocan sentimientos de culpa.
  
- **NEGADOR-AUTODESTRUCTIVO**  
("Mi caso es distinto, hagas lo que hagas o haga yo, no funcionará")

- Incumplidores por desconocimiento, pese a la información médica o por negación (decisión personal de no seguir el tratamiento)
- Provocan sentimientos de aversión, miedo, culpa y hasta sentimiento secreto de "ganas de que se muera el paciente"
- **EMOTIVO-SEDUCTOR**  
( "Que bueno eres conmigo, sigue así")
  - Intentan la manipulación sentimental del profesional a partir del halago
- **SOMATIZADOR**  
( "Algo extraño me pasa")
  - Paciente plurisintomático con padecimientos de difícil explicación biomédica.

## **2. COMPORTAMIENTOS NO ESPERADOS DEL USUARIO/PACIENTE EN EL HOSPITAL**

### **a. Causas**

Son múltiples las causas que pueden producir comportamientos no esperados del usuario o paciente.

Anteriormente hemos enumerado un gran número de variables, incluyendo tanto aquellas contextuales, como las provenientes de aspectos relacionados con las alteraciones emocionales del paciente o del profesional que les atiende.

Pero en cualquier caso es importante que tengamos en cuenta que psicológicamente, la lectura intencional y predictiva que hagamos sobre las actuaciones del paciente, puede determinar en un grado elevado, el desarrollo o la prevención del posible conflicto, ya que una gran parte de la comunicación se va a basar en la comunicación no verbal.

Y este tipo de comunicación, no es totalmente controlable por nosotros mismos, de manera que si nos mostramos preocupados, irritados o nerviosos, esperando un comportamiento indeseado, maleducado o incluso agresivo del paciente o familiar, podemos llegar a facilitar la aparición de dicho resultado, en un proceso psicológico con repercusiones conductuales, llamado "profecía autocumplida" ya que cambiará nuestro trato hacia él/ella mostrando de manera verbal y no verbal nuestro rechazo.

De tal manera, mantener la calma y procurar no equivocarnos o hacer lecturas innecesariamente negativas sobre cual será la actitud o la actuación del paciente o familiar y por tanto, no juzgarle, facilitará el establecimiento de una comunicación positiva, minimizando la posibilidad de aparición de conflictos innecesarios.

## **b. Posibles reacciones y comportamientos**

Comentábamos que el conflicto con un familiar o un paciente puede ser generado por una gran diversidad de factores,.

Pero en el caso de que la reacción sea desmedida, aparezca una pérdida de control o el familiar o el paciente reaccione de manera poco apropiada ante un conflicto, generalmente la respuesta a un conflicto será una respuesta agresiva, en lugar de una respuesta asertiva.

Para definir la que es una respuesta agresiva o un comportamiento agresivo, en oposición a lo que sería un comportamiento asertivo, debemos definir el significado de la palabra asertividad e identificar cuando una respuesta es asertiva o no lo es.

La asertividad se sitúa en un punto intermedio entre otras dos conductas polares:

La conducta pasiva permite que terceros decidan por nosotros o pasen por alto nuestras ideas; y la agresividad, que se presenta cuando no somos capaces de ser objetivos y respetar las ideas de los demás.

La asertividad suele definirse como un comportamiento comunicacional en el cual la persona no agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos de forma consciente, congruente, directa y equilibrada.

Todo ello desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia.

Actuar de manera asertiva es mostrar convicción y firmeza en las ideas y objetivos propios, sin perder el respeto a los demás y a uno mismo, expresando de forma adecuada nuestras emociones, ideas u opiniones frente a otras personas. Implica saber comunicar nuestras opiniones sin agresividad ni con temor, pero con fundamento y criterio.

Supone ejercer nuestros derechos y afirmar nuestra posición.

A menudo, las dificultades de una persona para comportarse de manera asertiva, facilitan una acumulación de tensión emocional, que genera una frustración creciente y que puede llegar a desencadenar respuestas explosivas, de un modo en ocasiones muy agresivo.

De esta manera, en muchas ocasiones, la causa real de que una persona pueda actuar en de manera muy agresiva sería en realidad, una fuerte tendencia de la persona a no respetar sus derechos asertivos, actuando de manera sumisa ante los demás.

Un tipo de comportamiento que puede hacer que si se acumulan una serie de sucesos en los que la persona ha experimentado repetidamente la impotencia de no conseguir sus objetivos por actuar una y otra vez de manera sumisa, se puede desencadenar una expresión agresiva, que hace que podamos considerar a esa persona como agresiva, cuando en realidad tiene una fuerte tendencia a actuar de forma sumisa, experimentando en unas y otras ocasiones, serias dificultades para actuar de manera asertiva y respetar sus derechos propios.

<b>La persona que posee un NIVEL ALTO de ASERTIVIDAD</b>	<b>La persona que posee un NIVEL BAJO de ASERTIVIDAD</b>
<p>Comunica sus opiniones o expresa sus deseos con convicción, sin culpa, sin vergüenza y de un modo no violento</p>	<p>Reacciona de forma agresiva a las amenazas y oposiciones o es pasiva y no se enfrenta a ellas, dejándose doblegar</p>
<p>Es capaz de decir que no a peticiones de otros, porque éstas les perjudican</p>	<p>Su estilo comunicativo es defensivo y puede provocar situaciones violentas. O en el otro extremo, utiliza un estilo pasivo por temor a generar conflictos</p>
<p>Recrimina o censura la conducta del otro cuando es necesario, sin agresividad, pero con firmeza</p>	<p>No expresa sus ideas, opiniones o sentimientos; normalmente por miedo a las consecuencias o a las opiniones de los demás o por el contrario, lo hace de una manera brusca</p>
<p>Es honesto consigo mismo, siendo fiel a sus valores y asumiendo los riesgos que pueda conllevar defenderlos</p>	<p>Acomoda sus acciones e ideas a la situación, aunque esto le perjudique por temor al conflicto. O en un extremo opuesto, impone sus ideas y actúa sin importarle el efecto sobre los demás.</p>

### **c. Miedo y desconfianza:**

El entorno hospitalario y las emociones relacionadas con la muerte y la enfermedad pueden ser enormemente ansiógenos para los pacientes y sus familiares y generarles preocupación, miedos, tensión y una elevada activación emocional, que faciliten la aparición del conflicto.

Algunos de los miedos que más comúnmente se presentan, son los siguientes:

- El miedo a no ser capaz de cuidar al paciente cuando se vaya deteriorando.
- No tener ayuda profesional cuando se necesite.
- Miedo a que el paciente no sea tratado correctamente.
- Preocupaciones sobre el manejo de la información entre los familiares.
- Que muera con dolor.
- No haber agotado todos los recursos para hacer frente a la enfermedad
- Temor de que alguien le descubra el diagnóstico y/o pronóstico al paciente.
- Miedo de haber tomado decisión/es equivocadas.
- No saber qué hacer cuando el enfermo haya muerto.
- Miedo a tener que sacar una familia adelante.

### **3. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES QUE PRECEDEN A UNA POSIBLE AGRESIÓN**

Hemos mencionado anteriormente numeroso factores contextuales, actitudinales e incluso fisiológicos que pueden facilitar la aparición de situaciones conflictivas. Debemos tener correctamente identificados los mismos y en la medida de lo posible, minimizada su aparición o sus efectos.

En cualquier caso, muchos de ellos no estarán bajo nuestro control y dependerán de agentes o condicionantes externos, por lo que deberemos concentrarnos en aquellos que sí que podemos manejar, para la prevención de posibles situaciones conflictivas.

De esta manera, seguiremos una serie de recomendaciones y procuraremos identificar según la evaluación de la peligrosidad de la situación, cual será la actuación que deberemos aplicar.

En cualquier caso, una correcta identificación de los factores preventivos de una posible agresión, sería insuficiente si además no aplicamos los protocolos y conductas que permitan que cuando un paciente o familiar comience a sentirse algo inquieto, preocupado o irritado, podamos ayudarlo a sentirse escuchado, atendido y que sienta que vamos a colaborar con el, para la resolución más positiva del conflicto, minimizando la posibilidad de que su frustración aumente y con ello, facilitando la aparición de un comportamiento violento.



## **4. PAUTAS DE TRABAJO**

### **a. Prevención de la aparición de conductas desafiantes**

Tal y como hemos desarrollado anteriormente, existen una gran variedad de factores que pueden facilitar la frustración del profesional y del paciente o familiar.

Y el abordaje exitoso de esos factores, con el fin de minimizar o incluso eliminar sus efectos negativos, constituiría nuestra fuente principal de prevención de los conflictos interpersonales en el ejercicio diario de nuestra profesión.

En este sentido, la labor de “autocuidado” se desvela como fundamental para la correcta atención al paciente.

Este autocuidado incluye hábitos de vida saludables y actividades de ocio y tiempo libre, que permitan al profesional “desconectar” y recargar energías e ilusión en el trabajo. Algo fundamental para prevenir el Burnout profesional, un fenómeno muy negativo, fuente de desmotivación laboral, absentismo y abandono temprano de la carrera profesional.

Dicha prevención se desvela como algo fundamental, pues constituye un factor fundamental de satisfacción laboral y de optimización de la calidad de atención al paciente, lo cual es básico para desarrollar una atención integral en un entorno tan exigente a muchos niveles, como es el entorno sanitario.

Y por otra parte, sentirnos satisfechos en nuestro trabajo, facilitará que el trato al paciente o familiar se realice de la manera más positiva posible, manteniendo un buen autocontrol emocional y por tanto, eligiendo de una manera serena, las respuestas más adecuadas cuando aparezca una situación de conflicto.

En cualquier caso, veremos una serie de recomendaciones para prevenir dichas conductas desafiantes, comenzando por la identificación de las fases de un conflicto.

### **b. Fases de un episodio agresivo y pautas de intervención**

En la aparición y desarrollo de un conflicto entre dos partes, existen una serie de fenómenos y síntomas que se suelen desarrollar de la siguiente manera:

- 1- El conflicto esta latente. Hay situaciones de incomodidad.
- 2- El conflicto se manifiesta Las partes toman conciencia y están comprometidas emocionalmente.
- 3- Aparecen síntomas de tensión. Cambio en los contenidos y en las formas de comunicación.
- 4-Las partes en conflicto toman posiciones. Hay hostilidades mutuas.
- 5- Comienzan conductas estereotipadas. Se refuerza la situación de conflicto

- Sobreentendidos
- Los mensajes ocultos
- Sentimientos de superioridad/inferioridad

6- Surgen nuevos roles Se desencadenan actitudes típicas. El perseguidor asume situaciones de acoso. La víctima tiene sentimientos de resentimiento.

7- Deterioro de la comunicación

8-Comprensión inadecuada de los hechos. Se distorsionan situaciones.

9- Se subestiman coincidencias.

10-Actitudes que dificultan los vínculos. Autoritarismo

- Descalificación
- Discriminación
- Simbiosis

### **c. Estrategias durante el desarrollo de la tensión**

Durante el desarrollo de la fase de tensión creciente, debemos evitar provocar una serie de comportamientos que solo dificultarían aún más una resolución positiva de la situación, poniendo aún más nervioso/a, al paciente o al familiar de lo que ya se puede encontrar, cuando percibe que el desarrollo de la situación no se ajusta de acuerdo a sus expectativas o deseos, sino de una manera muy contraria..

Entre estos comportamientos no adecuados en el trato al paciente o familiar, estarían los siguientes:

- Consejos no solicitados
- Interpretaciones de pensamiento
- Práctica cerrada o poco transparente
- Monólogos largos
- Aliarse únicamente con una persona de la familia
- Trabajar mal con la transferencia
- No poner atención al uso del lenguaje
- Posiciones polarizadas en el conflicto
- Persistir en un solo detalle de la historia del conflicto

- Aceptar las creencias dañinas sin confrontarlas
- Ignorar la información que contradiga las hipótesis
- Desechar hipótesis explicativas de la familia
- Emociones no apropiadas
- Ignorar las emociones de la familiar

#### **d. Pautas en el episodio**

Durante el episodio de crecimiento de un conflicto con un familiar o paciente, deberemos adoptar una serie de estrategias de cara a facilitar la comunicación positiva y la búsqueda de soluciones aceptables y posibles, por ambas partes.

- Mantener la calma. Respiración, tono de voz...
- Usar frases cortas y sencillas
- Distraer la atención del paciente
- Llamarle por su nombre
- Hablar calmado, bajo y extinguir conductas inapropiadas
- No expresar nuestras emociones

#### **e. Análisis de componentes (paciente, entorno, profesional)**

Existen un gran número de técnicas de negociación, que nos pueden facilitar la comunicación con el paciente o familiar. Será importante respetar el lenguaje no verbal (mirada, postura corporal, tono de voz...) así como el lenguaje verbal.

En ocasiones es más importante “cómo se dice” que “lo que se dice”. Ya que aunque el mensaje pueda ser positivo, si lo expresamos de una manera inadecuada, puede no surgir efecto y que el paciente o familiar experimente una frustración aún mayor.

Algunas de las técnicas asertivas o técnicas

**TÉCNICA SANDWICH (A-B-A)** (para hacer críticas) Comenzar expresando algo positivo, pedir después un cambio de conducta al otro y terminar con algo positivo.

**DISCO RAYADO.** Repetir las mismas frases nuestra opinión, intención o propósito. Muestra firmeza y nuestra intención de no autojustificarnos, de manera que facilitamos no ser manipulados

**PARAFRASEAR** (A veces en combinación con el disco rayado) Repetir lo que el familiar o paciente nos ha dicho, con sus mismas palabras.

**INTERROGACIÓN NEGATIVA** (indagar sobre defectos propios) Preguntar qué le ha molestado al paciente o en qué considera que la situación o el protocolo podría mejorar.

**ACUERDO ASERTIVO** (admisión del error, no la etiquetación) Se admite el error, pero no una intencionalidad negativa o que una equivocación equivocada sea representativa de nuestra profesionalidad

**TÉCNICA DEL APLAZAMIENTO** (o time-out) Se aplaza la comunicación para otro momento más adecuado.

**CLAUDICACIÓN SIMULADA:** Reconocer parte de los argumentos de la otra parte en la que llevan la razón, argumentando después las propias o pidiéndole un cambio de conducta, por ejemplo.

**RESÚMENES:** Constituyen una manera de asegurar si hemos entendido la situación, además de facilitar que al resumir sus argumentos, el paciente o el familiar se sienta escuchado.

**AGENDA INVERTIDA:** Se enumeran las peticiones de la otra parte comenzando por aquellas que nos sean más fáciles de atender o solucionar, ya que usualmente habrá expuesto en primer lugar las más frustrantes y más difíciles de resolver. Todo ello al objeto de facilitar una imagen de predisposición, colaboración y escucha que facilite la reducción de la frustración.

## **5. TÉCNICAS DE CONTENCIÓN VERBAL**

Según el protocolo de actuaciones ante personas disruptivas, del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, los consejos para afrontar una situación de conflicto, serían los siguientes:

### **a. Aspectos a evitar en el diálogo y expresión**

Durante la fase de contención verbal, evitaremos los siguientes comportamientos, que solo agravarían aún más la situación:

- Gritar
- Dramatizar o personalizar
- Tocarle, cortarle el paso, hacer movimientos bruscos
- Evitar situaciones de desigualdad (estar de pie) y adaptarlas a lo requerido en cada situación
- Amenazar, emitir juicios de valor
- Mostrar miedo
- “Entrar en el enfado” del paciente/familiar o enfrentarse a el/ella
- Apaciguar

**b. Actuaciones ante la conducta potencialmente agresiva**

- Cuando observemos un incremento de la tensión, deberemos seguir las siguientes pautas:
- Mantener la calma. Procurar controlar nuestra respiración y utilizar un tono de voz adecuado. Si el paciente/familiar comienza a elevar el tono de voz, nosotros lo reduciremos.
- Usar frases cortas y sencillas. En situaciones en las que se incrementa la tensión, ansiedad, facilitan la comprensión de los mensajes.
- Distraer la atención del paciente, buscar un elemento que permita establecer algún tipo de conexión personal o coincidencia contextual. .que muestre en nosotros/as una predisposición cercana y empática. Se trata de emitir una actitud de interés auténtico en su persona.
- Llamarle por su nombre.
- Hablar calmado, bajo y no prestar atención a conductas incorrectas o no aceptables (estableciendo límites lógicos)
- No expresar nuestras emociones

**c. Actuaciones ante la conducta agresiva manifiesta**

- El profesional que se sienta agredido avisará a Seguridad .
- Si el compañero más cercano oye gritos, avisará a Seguridad y entrará en la consulta. Desde administración se avisará inmediatamente a la Policía Nacional (091)
- Hasta que llegue el vigilante de seguridad tenemos que ganar tiempo, con contención verbal: usar un tono de voz calmado, tratar de empatizar, escucha activa y nunca mentirle. Si sentimos peligro físico, huir.
- En el caso de conducta agresiva en el área de administración, avisar también al médico o enfermero del cupo del agresor o de guardia para que sean testigos de la actuación del vigilante de seguridad y validar así, como autoridad pública, su intervención.
- Una vez que intervenga el vigilante de seguridad, dejar que sea él el que hable con el agresor y controle la situación, los afectados o acompañantes: **NO INTERVENIR.**

- Si la agresión se produce fuera del recinto del centro de salud, en el ejercicio profesional, en primer lugar se procurará huir de la situación, llamar a la policía nacional (091) y utilizar la aplicación “AlertCops” que podemos tener descargada en el teléfono móvil.
- Una vez que el agresor se calme: Se le indicará que pida cita para el día siguiente.
- Si la demanda es urgente será atendido por el médico/enfermero de guardia o el de refuerzo en presencia del Personal de Seguridad
- Si se tratara de un niño, lo atenderá el médico de guardia.
- Si fuera personal de administración el afectado, se indicará al agresor que vuelva otro día, y para el resto de profesionales que pida nueva cita.
- Si la agresión sucede durante la atención continuada y hay que atender al agresor, se derivará a urgencias hospitalarias, especificando el motivo “agresión a profesional de guardia”. Y si el profesional agredido no puede continuar en consulta se avisará a otro (según orden de lista de administración para eventualidades durante atención continuada)
- En todos los casos se dejará constancia en el formulario, los insultos exactos y las palabras utilizadas por el agresor. No se cumplimentará la dirección personal del agredido. En su lugar, constará la del centro de trabajo.
- Se comunicarán al Vigilante de Seguridad los datos del agresor y los hechos acontecidos para su tratamiento según protocolo policial.
- Se cumplimentará la documentación necesaria para el “Registro de casos de agresión a profesionales del sistema sanitario público”
  - Solicitud de inscripción según modelo Anexo II del Decreto.
  - Inclusión en el registro, según modelo Anexo III del Decreto.
  - Copia de la comunicación del incidente al responsable del centro y a la Gerencia del Área.
  - Copias de partes de lesiones, atestados o denuncias y resoluciones judiciales, en su caso.
  - Cualquier otra documentación que aporte información al Registro.
- Ante la primera situación de agresión física o verbal, se procederá de inmediato al cambio de cupo del agresor.

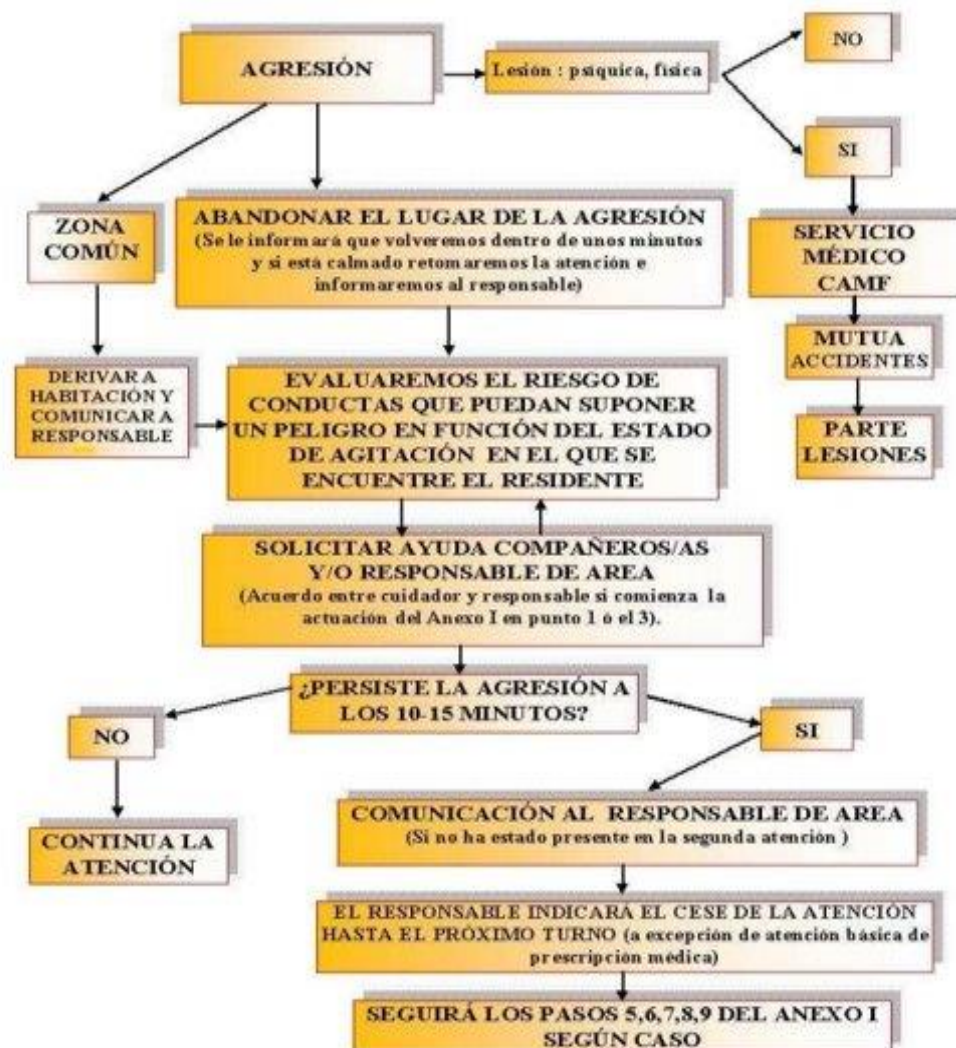
- En todos los casos, el profesional agredido será valorado por el médico de guardia o de refuerzo/retén y se enviará el correspondiente “parte de lesiones” (aunque no haya habido agresión física) al Juzgado de Guardia.
- El médico de guardia dejará constancia de todo en un SOAP en la historia del agresor.
- Gerencia remitirá fotocopia de comunicación de agresiones al Servicio de Prevención.
- El servicio de Prevención llevará evaluación de riesgos y colaborará con el médico en la agresión/accidente
- El S. de prevención añadirá los datos de la agresión y del trabajador agredido en el Registro Centralizado de Agresiones por REMAC (Registro Madrileño de Agresiones y Conflictos)
- Se interpondrá denuncia por parte del agredido en comisaría, poniendo como dirección la del Centro de Salud y no la dirección personal.
- Todo el procedimiento se aplicará también en situaciones de agresión, a personas o bienes personales, fuera del recinto del centro de salud en el ejercicio profesional.
- En el caso de robos o desapariciones de objetos en el centro de salud, se cursará siempre la correspondiente denuncia.

### **Actuaciones del responsable:**

- El personal que perciba la agresión se comunicará con el Responsable e informará de los hechos.
- El responsable llevará el seguimiento del comportamiento de la persona usuaria e intentará paliar la situación.
- Comunicará a la persona usuaria que pasados unos minutos se retomará su atención por la misma pareja de cuidadores.
- Advertirá que en caso de repetirse la actitud agresiva se suspenderá la atención hasta el próximo turno. (A excepción de atención básica de prescripción médica).
- El responsable del área médica-enfermería se personará en la segunda atención dependiendo de:
  - La naturaleza de la agresión.
  - El grado en que haya afectado al personal.
  - Disponibilidad en el momento de dicho responsable.



- Valorará el cese de la atención si permanece la actitud agresiva, hasta el próximo turno. (A excepción de atención básica de prescripción médica).
- Decidirá donde debe permanecer la persona agresora hasta su restablecimiento.
- Designará al personal que retomará la atención en el momento que sea necesario para atenderle de nuevo o le acompañe hasta el lugar designado (habitación, sala de estar, sala de observación...).
- Si es necesario un refuerzo de personal debido a la naturaleza de la agresión, serán apoyados por los cuidadores designados en la programación diaria.
- Si se trata de designar la tarea a otra pareja de cuidadores, se hará igualmente siguiendo el criterio establecido (quedará determinado en la programación diaria y según el turno de trabajo).
- Indicará al personal del resto de los turnos que registre el comportamiento de la persona usuaria en cuestión (indicando nota en incidencias u otros registros al efecto).
- Informará a su jefe inmediato y redactará informe de lo ocurrido.





#### d. Actitud y liderazgo.

*“En pocas palabras, un líder es un hombre que sabe adónde quiere ir, se pone de pie y va”*  
John Erskine

Liderar es saber involucrar a los demás en un proyecto común asumiendo la responsabilidad de ponerse al frente.

Para ello es necesario ser capaz de inspirar valores de acción y anticipar escenarios de desarrollo de la acción de ese grupo. Liderar es conseguir que las cosas sucedan a través de la acción de otras personas.

Implica un desarrollo muy elevado de las competencias de autogestión, motivación y colaboración. La encontramos en comportamientos y situaciones que tienen relación con la orientación de equipos hacia un objetivo determinado.

Es necesaria en muchos ámbitos de la vida, pero especialmente en el laboral y empresarial. Las empresas necesitan personas que sepan dirigir, motivar e involucrar a otras en proyectos comunes.

La persona que posee un NIVEL ALTO de Liderazgo	La persona que posee un NIVEL BAJO de Liderazgo
Establece objetivos y los comunica con ilusión y entusiasmo, da enfoque y motiva al equipo.	Carece de visión, no fija objetivos, ni tiene una idea clara de lo que quiere de su equipo.
Da la cara por el equipo, se responsabiliza del trabajo colectivo y no se pone las medallas. Actúa desde la equidad y la integridad moral.	Se desinteresa del trabajo del equipo, de sus necesidades, sus progresos o dificultades.
Conoce las debilidades y fortalezas de las personas a su cargo, repartiendo las tareas desde este conocimiento del equipo.	Se comunica poco con su equipo y no establece conexión emocional con sus miembros.
Fomenta la participación e iniciativa de todas las personas con las que colabora, manteniendo informado a todos y favoreciendo un buen clima de trabajo.	Conoce poco al equipo, y delega sin considerar las características de sus miembros.
	Se desentiende del trabajo una vez delegado y responsabiliza a los demás de los errores.

El líder debe saber interpretar los signos que el día a día le aporta para descubrir donde hay conflictos o donde se pueden generar y además de reconocer los conflictos debe tener la

capacidad y la habilidad de resolverlos sin que ninguno de sus colaboradores se sienta derrotado.

Los elementos básicos del liderazgo son:

- Visión a largo plazo: implica adelantarse a los acontecimientos, anticipar y detectar oportunidades antes que los demás.
- Persistencia para alcanzarlos objetivos y ofrecer los resultados.
- Capacidad para tomar decisiones, sobre todo bajo presión.
- Dirección que contagie entusiasmo de forma que su equipo perciba las metas planteadas por el líder como propias.
- Buen comunicador capacidad para vender su visión, dar a conocer sus planes de manera convincente.
- Autoconfianza tolerancia a la frustración y pensamiento positivo.
- Capacidad de mando y de utilizar su autoridad cuando las circunstancias lo ameriten.
- Cabal que genera confianza, es coherente, honesto, comprometido, integro.