

Curso 2022 / 2023

# **PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

---

**Intervenciones basadas en la comunicación**

Sandra Gil Núñez



## RESUMEN

**Introducción:** las agresiones a los profesionales sanitarios son una problemática creciente a nivel internacional. Este tipo de violencia afecta mayoritariamente a las enfermeras, y se ve agravada en los servicios de urgencia. Las intervenciones empleadas resultan ineficaces. El análisis de los factores de riesgo permite diseñar las acciones encaminadas a la prevención de la violencia, incluyendo las relacionadas con la comunicación.

**Objetivos:** conocer las intervenciones basadas en la comunicación para prevenir las agresiones hacia los profesionales en los servicios de urgencias, así como identificar los factores de riesgo de dichas agresiones.

**Metodología:** revisión bibliográfica en PubMed, BVS, Dialnet y Cuiden.

**Resultados:** se muestran los diferentes factores de riesgo que dan lugar a las agresiones, agrupables en cuatro áreas. Se identificaron las intervenciones de comunicación que previenen a los profesionales de sufrir un incidente, posibilitando las habilidades necesarias para el manejo de las situaciones asistenciales.

**Discusión:** la etiología de las agresiones muestra un origen multidimensional, a la vez que se puede observar la compleja relación entre los diferentes factores de riesgo. Se deben aplicar medidas preventivas a diferentes niveles, comprendidas en programas de prevención de diseño multifacético. Los profesionales necesitan capacitación específica para el manejo de las diferentes situaciones asistenciales. Las habilidades de comunicación evitan o modifican el riesgo de sufrir una agresión, por lo que es muy recomendable incluir este tipo de formación conductual en los programas preventivos.

**Conclusión:** las intervenciones de comunicación que previenen las agresiones en el servicio de urgencias, se basan en el modelo de desescalada verbal de la violencia, así como en la formación de los profesionales en esta competencia. Los factores de riesgo que dan lugar a este tipo de violencia, son los factores relacionados con los profesionales, los relacionados con el paciente y/o los familiares, los organizacionales, políticos y sociales.

**Palabras clave:** profesionales de urgencias, intervenciones de comunicación, agresión, violencia laboral, prevención.



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	4
3. METODOLOGÍA.....	4
4. RESULTADOS.....	8
4.1. FACTORES DE RIESGO.....	8
4.1.1. Factores de riesgo relacionados con los profesionales.....	8
4.1.2. Factores de riesgo relacionados con el paciente y/o los familiares.....	9
4.1.3. Factores organizacionales.....	10
4.1.4. Factores políticos y sociales.....	11
4.2 INTERVENCIONES BASADAS EN LA COMUNICACIÓN.....	11
5. DISCUSIÓN.....	14
6. CONCLUSIÓN.....	16
7. BIBLIOGRAFÍA.....	18
8. ANEXOS.....	23
8.1. ANEXO I. Clasificación de los artículos.....	23
8.2. ANEXO II. Signos iniciales de comportamiento violento.....	26
8.3. ANEXO III. Lenguaje verbal y no verbal.....	27
8.4. ANEXO IV. Registro de agresiones a enfermeros/as 2021.....	28

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: términos de búsqueda correspondientes a la estructura PIO.....	4
Tabla 2: tabla de búsqueda.....	6

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.....	7
---	---



# 1. INTRODUCCIÓN

La violencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: *“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*, se trata de un problema de afectación universal, provocando repercusiones en todas las esferas sociales (1,2).

Entre las diferentes estructuras sociales que se ven afectadas, el sector laboral es una de ellas. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia en el trabajo como: *“toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”* (3).

A su vez, la realidad actual indica que el riesgo de sufrir violencia y ser objeto de agresión varía en función del sector laboral en el cual se desempeña (2), siendo la incidencia mayor en aquellos en los que se dan interrelaciones personales intensas (4). En base a esto, el sector de la salud se ha convertido en una parte destacable, dándose en él en torno al 25% de los incidentes violentos (5), siendo una problemática social creciente a escala mundial y de alta prevalencia (6).

La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (Cal/OSHA) clasifica la violencia en el trabajo en cuatro tipos en base al agente que produce el acto violento. Se habla de la violencia laboral de tipo I cuando no existe relación entre el agresor y la víctima. En el caso de existir una relación profesional se habla de la violencia laboral de tipo II. La violencia laboral de tipo III se produce al existir una relación laboral entre la víctima y el agresor. Por último, la violencia laboral de tipo IV es aquella violencia que se produce en el trabajo debido a problemas personales (7). Los incidentes relacionados con la violencia que más se dan en el sector de la salud son los de la violencia laboral de tipo II, siendo los agresores el paciente y/o los familiares (6,8).

Este tipo de violencia laboral puede ejecutarse como violencia física, verbal y psicológica (8). Estas dos últimas son las formas más comunes de ejercer violencia

hacia los profesionales (4), suponiendo el 85% del total en España (9). Las agresiones contra los profesionales sanitarios son un riesgo laboral (8), definiendo la OMS la violencia en el trabajo como el factor de riesgo más importante para la seguridad de los profesionales sanitarios (10), siendo a su vez un problema de salud pública (11).

Esto último implica que las agresiones se conviertan en un problema significativo, poseyendo los profesionales del sector de la salud unos riesgos mayores o menores de sufrir violencia laboral de tipo II en base al servicio en el que se desempeñan laboralmente (4). Un amplio número de investigaciones muestran que el personal que se encuentra en los servicios médicos de urgencia posee un alto riesgo de sufrir agresiones, produciéndose cerca del 51% de los incidentes violentos (6,11,12,13,14). Esto se debe al aumento significativo de las agresiones durante un primer contacto estrecho en un posible estado estresante (11).

El riesgo implícito en este primer contacto implica que las enfermeras sean uno de los grupos de profesionales sanitarios más afectado, seguido de los médicos y las auxiliares de enfermería (4,14). El Sindicato de Enfermería (SATSE) contrastó recientemente que alrededor del 80% del personal de las enfermeras ha padecido durante su carrera profesional una o más agresiones (15). A su vez los datos indican que semanalmente enfermería sufre un 9,9% de agresiones (14). Las cifras de violencia, así como la gravedad de la situación se han visto aumentadas en los últimos años debido a la pandemia originada por la COVID-19 (15).

Este incremento de agresiones en el ámbito sanitario trae consigo consecuencias negativas hacia los profesionales que han sufrido dicha violencia, incidiendo de manera grave sobre su salud. Los incidentes violentos afectan negativamente en el momento en el que se está dando la agresión, así como después de la exposición al evento, provocando daños a nivel moral, psicológico y físico (4,8,10).

Además de esto, la violencia experimentada trae consigo repercusiones a nivel organizacional, aumentando los costos. Este último hecho se debe no solo a la disminución de la calidad de la atención ofertada, sino también a la reducción de la productividad de los profesionales (4,16).

El personal soporta unos altos niveles de agresividad, asumiendo las agresiones en el servicio de urgencias como una parte más de su rutina laboral habitual. Esta aceptación de los incidentes de violencia laboral da lugar a un subregistro, el cual



imposibilita conocer la dimensión real del problema (5). A su vez, la falta de notificación de los eventos violentos da lugar a fluctuaciones severas de las tasas de agresiones a nivel mundial (13).

La carencia de informes sobre agresiones sufridas ha sido estudiada y documentada, señalando diferentes barreras que impulsan al personal a no reportar dichas agresiones. La falta de procedimientos, así como de políticas a seguir, la ausencia de respaldo y seguimiento, el miedo y la cultura de aceptación y resignación a nivel individual y organizacional ante esta situación, son componentes que limitan el establecimiento de programas y medidas que resulten efectivas (13).

El conocimiento de los diferentes desencadenantes permite establecer las bases de los programas de prevención de la violencia de enfoque integrado. Este tipo de programas están conformados por intervenciones de medidas destinadas a prevenir dicha violencia (8). Se establecen en un modelo socio ecológico, el cual explica que no hay un único factor desencadenante del acontecimiento violento, contribuyendo al diseño de estos desde una perspectiva holística (12,17).

Estos programas están formados, como mínimo, por dos áreas de intervención basadas en el análisis de los factores de riesgo (4). El primer nivel de intervención se relaciona con acciones organizacionales, mientras que el segundo nivel de intervención hace referencia al cambio de comportamiento de los profesionales, incluyendo estrategias comunicacionales (4,8).

En mi experiencia personal he podido observar las dificultades que enfrentan los profesionales para abordar las situaciones de posible conflicto, utilizando estrategias poco efectivas. En esta línea, las intervenciones basadas en la comunicación proporcionan herramientas útiles para el manejo y control de los incidentes violentos (4). Por este motivo, la realización de este trabajo está enfocada a identificar esas intervenciones eficaces para la prevención de los mismos.

## 2. OBJETIVOS

Se ha elaborado este trabajo en base a los siguientes objetivos:

- Objetivo general: conocer las intervenciones basadas en la comunicación para prevenir las agresiones hacia el personal de la salud en los servicios de urgencias.
- Objetivo específico: identificar los factores de riesgo que dan lugar a las agresiones.

## 3. METODOLOGÍA

La pregunta de investigación planteada es la siguiente: ¿cuáles son las intervenciones basadas en la comunicación que previenen las agresiones hacia los profesionales de la salud en los servicios de urgencias? A través de esta pregunta se planteó la estructura PIO mostrada en la siguiente tabla (tabla 1). Esta estructura ha sido utilizada para acotar y enfocar la búsqueda a los objetivos previamente establecidos.

- Paciente: profesional de la salud de los servicios médicos de urgencia.
- Intervención: intervenciones basadas en la comunicación.
- Resultados: prevención de la agresión.

Tabla 1: términos de búsqueda correspondientes a la estructura PIO. Fuente: elaboración propia.

	DeCs	MeSH	Palabras Clave
Paciente	Servicios Médicos de Urgencia	Emergency Medical Services	Profesionales de Urgencias Profesionales Sanitarios Urgencias
Intervención	Comunicación	Communication	Comunicación
Resultado	Prevención Agresión Violencia Laboral	Prevention Aggression	Prevención Agresión Violencia

Una vez establecida esta estructura, tras la selección de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH), así como las palabras clave, se realizaron una serie de búsquedas bibliográficas estableciendo las estrategias de búsqueda. La búsqueda se realizó durante los meses de noviembre y diciembre de 2022 en las siguientes bases de datos: PubMed, BVS, Dialnet y Cuiden.

Al realizar las búsquedas se obtuvieron una amplia cantidad de artículos, por lo que, para conseguir y seleccionar la información más actualizada y adecuada, se han utilizado los siguientes filtros: los últimos 5 años de publicación y el idioma, acotando las búsquedas al inglés y castellano.

Además de la utilización de los filtros, se han establecido una serie de criterios de inclusión y exclusión para la selección de los artículos:

a) Criterios de inclusión utilizados:

- Los artículos que se desarrollan en el servicio médico de urgencia.
- Los artículos que aportan información sobre las agresiones en los servicios de urgencias.
- Los artículos que describen y analizan las intervenciones comunicacionales empleadas para la prevención de las agresiones en urgencias.
- Los artículos que se centran exclusivamente en la violencia laboral de tipo II.
- Los artículos que identifiquen y analicen los factores desencadenantes de las agresiones en urgencias.

b) Criterios de exclusión utilizados:

- Los artículos centrados en agresiones ocasionadas por otros agentes que no sean el paciente y/o los familiares.
- Todos los artículos que no aporten información sobre las agresiones a los sanitarios y los factores de riesgo en urgencias.

Por su relevancia en relación a las medidas preventivas y los factores riesgo de las agresiones en el ámbito asistencial, se seleccionaron dos estudios tras la búsqueda en PubMed que no son específicos del servicio de urgencias.

En la siguiente tabla (Tabla 2) se muestran las diferentes estrategias de búsqueda aplicadas en las bases de datos mencionadas, el número de artículos obtenido con la estrategia de búsqueda correspondiente, así como el número de artículos obtenido al aplicar los filtros y el número de resultados finales en cada base de datos.

Tabla 2: tabla de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

TABLA DE BÚSQUEDA					
Bases de datos	Nº de búsquedas	Estrategia de búsqueda	R. sin filtro	R. con filtro	R. finales
PubMed	E1	((("Emergency Medical Services"[Mesh]) AND "Communication"[Mesh]) AND "Aggression"[Mesh]) AND "prevention and control" [Subheading])	6	0	0
		("Emergency Medical Services"[Mesh]) AND "Aggression"[Mesh]) AND "prevention and control" [Subheading])	61	18	14
	E2	((("Emergency Medical Services"[Mesh]) AND "Aggression"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh])	47	11	2
BVS	E1	(Servicios Médicos de Urgencia) AND (Comunicación) AND (Agresión) AND (Prevención)	3	0	0
		(Servicios Médicos de Urgencia) AND (Violencia Laboral) AND (Prevención)	41	11	3
	E2	(Servicios Médicos de Urgencia) AND (Agresión) AND (Factores de riesgo)	0	0	0
		(Profesionales de Urgencias) AND (Violencia Laboral) AND (Factores de riesgo)	11	3	1
Dialnet	E1	Profesionales de Urgencias AND Comunicación AND Agresión AND Prevención	6	3	0
		Profesionales de Urgencias AND Agresión AND Prevención	17	8	2
	E2	Profesionales de Urgencias AND Agresión AND Factores de riesgo	12	5	0
Cuiden	E1	("Profesionales sanitarios")AND(("Urgencias")AND(("Violencia")AND(("Comunicación")AND("Prevención"))))	1	1	0
	E2	("Profesionales sanitarios")AND(("Urgencias")AND(("Violencia")AND("Factores de riesgo")))	1	0	0

Para obtener el número total de artículos seleccionados, se siguieron una serie de pasos. Primeramente, se aplicaron los filtros descritos anteriormente, se eliminaron los duplicados y se realizó una revisión leyendo los títulos y los resúmenes. Finalmente se aplicaron los criterios de exclusión e inclusión para obtener un total de 22 estudios. El proceso se muestra en la Figura 1.

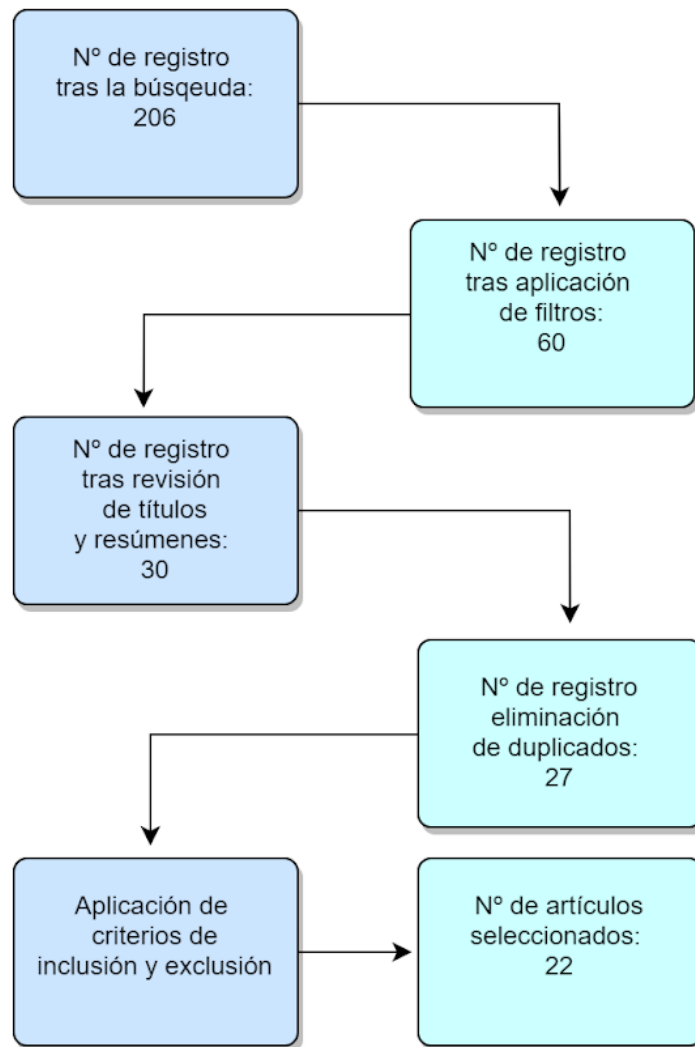


Figura 1: diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica. Fuente: elaboración propia.

Por último, se realizó un análisis de los 22 artículos, clasificando cada uno de ellos en función del tipo de estudio que son. El análisis se muestra en el anexo I. Además de los artículos obtenidos, la búsqueda se completó con un libro: Relación y Comunicación. También con información y documentos extraídos de páginas web oficiales: Ministerio de Sanidad y Consejo General de Enfermería.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1. FACTORES DE RIESGO**

La literatura muestra que existen diferentes factores de riesgo que dan lugar a los eventos violentos. Estos desencadenantes están relacionados con diferentes áreas, entre las que podemos encontrar los atribuidos al propio personal (17,18), algunos de ellos relacionados con las herramientas y técnicas de comunicación, así como con la relación interpersonal entre los profesionales y el paciente (4,5,13).

Por otra parte, los estudios muestran los factores relacionados con el paciente y/o los familiares, influenciados por la clínica que padecen, la situación personal y/o el abuso de sustancias (19). Por último, se encuentran los factores organizacionales, políticos y sociales (4,10,17).

#### **4.1.1. Factores de riesgo relacionados con los profesionales**

Los factores ligados al profesional están condicionados por la falta de amabilidad y cortesía, la transmisión escasa e insuficiente de información, la carencia de conocimientos en cuanto a habilidades de comunicación, el desconocimiento del papel que poseen durante la agresión, y los comentarios desafortunados relacionados con la falta de destreza al comunicar malas noticias (4,11,17,20). Ashton et al. indican que el propio personal debido al desconocimiento sobre herramientas de comunicación puede originar de manera inconsciente la situación violenta (13).

Un estudio publicado en 2021 revela que la falta de comunicación y de formación son unos de los principales desencadenantes de las agresiones (21). La falta de experiencia y el no saber cómo realizar la desescalada verbal, al igual que el desconocimiento de los signos iniciales del acontecimiento violento, favorecen que los profesionales sean víctimas de las agresiones (8,14).

A su vez, la comunicación ineficaz dificulta corregir los desajustes de expectativas y los desacuerdos que se crean entre el profesional y el paciente (4,18). En relación a esto, en España la causa más común de agresión en 2021 fue el trato percibido por el paciente y/o los familiares, hecho que se repite en años anteriores (9).

Un estudio publicado en Reino Unido muestra que el Burnout, conocido como “síndrome de agotamiento emocional”, que experimentan los profesionales produce una menor tolerancia a incidentes violentos (13). La exposición de los profesionales a la violencia laboral potencia el inicio o el aumento de este agotamiento mencionado, debido al estrés crónico acumulado (16,22). El Burnout también puede deberse a la cultura establecida de normalización de las agresiones en los servicios médicos de urgencia, al acoger estas como eventos rutinarios en el lugar de trabajo (23).

Por otro lado, diversos estudios revelan que el sexo femenino y el ser joven son factores que contribuyen al aumento del riesgo de agresión. El Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud, así como Hou et al. y Maguire et al., muestran que pertenecer al sexo femenino aumenta el riesgo de sufrir un incidente violento (9,17,24).

Siguiendo con esto, Murray et al. señalan que los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir violencia verbal, mientras que las mujeres poseen un riesgo mayor de sufrir violencia física, teniendo éstas a su vez mayor número de tasas asociadas a la mortalidad en el servicio de urgencias, como consecuencia de las agresiones (22). En relación a la edad, Caruso et al., Berdejo et al. y Ayuso et al. revelan que ser joven es un factor de riesgo para este tipo de violencia laboral (4,14,25).

El rol ocupacional está directamente relacionado con el índice de agresiones, creando una evidencia consistente de que aquellos profesionales que ofrecen atención directa, al igual que aquellos que están más en contacto con los pacientes y/o con los familiares poseen un riesgo mayor. Por último, las personas en formación y aquellas con poca experiencia laboral son más vulnerables (4,14,22).

#### **4.1.2. Factores de riesgo relacionados con el paciente y/o los familiares**

En cuanto a los factores relacionados con el paciente y/o los familiares, es importante considerar que éstos, por lo habitual, se encuentran en un estado de nerviosismo debido al problema de salud, que bajo su percepción, se trata de algo urgente. El dolor, la incertidumbre y el miedo son factores que llevan al paciente y/o a los familiares a sufrir un deterioro del juicio racional, imposibilitando la gestión de la ira y la frustración, considerando la violencia como una forma de hacer frente a la privación percibida (4,17,19).

Por otra parte, la influencia del abuso de sustancias, así como la adicción, son factores precipitantes para la aparición de las agresiones. Un estudio publicado en 2020 señala de que la mayor parte de los incidentes se asociaban a alcohol y drogas (22). En base a esto, Caruso et al. indican que el alcohol es una de las sustancias más relacionadas con los eventos violentos (4). El tabaquismo también promueve la agresividad, debido a la prohibición de consumo de éste en el medio sanitario (4,19).

Spelten et al. determinan que los pacientes que sufren un problema de salud física como delirio, hipoxia o sepsis pueden desencadenar una situación violenta. Asimismo, las patologías relacionadas con lesiones cerebrales o discapacidad intelectual, así como el autismo y el asperger, pueden dar lugar a alteraciones de la conducta (19). Por otra parte, Davids et al. y Aljohani et al. indican que sufrir un problema de salud mental demostró ser un factor de riesgo (5,21). Por último, el sexo del paciente y/o de los familiares es un factor predisponente para las agresiones. Dos estudios publicados en 2021 y 2022 indican que los agresores en su mayoría son de sexo masculino (11,26), dato que se repite a nivel estatal (9).

#### **4.1.3. Factores organizacionales**

Entre los factores organizacionales, podemos encontrar los relacionados con la calidad estructural y la propia organización sanitaria, las cuales no se ajustan a las expectativas del paciente y/o de los familiares (10). En relación a esto, Caruso et al., Lei et al. y Ferri et al. indican que los largos tiempos de espera, las cargas de trabajo excesivas, el hacinamiento, la falta de personal y de recursos, así como la carencia de programas de prevención efectivos y la falta de seguimiento al personal, están relacionados con un alto índice de violencia (4,26,27).

Murray et al. y Nikathil et al. revelan que los factores organizacionales que resultan estresantes, junto con el estrés acumulado que resulta en agotamiento emocional previamente mencionado, da lugar a que los profesionales de la salud sufran una desensibilización respecto a su trabajo, con falta de empatía. Estos son factores que reducen la calidad de la atención ofrecida al paciente y/o a los familiares, lo que se convierte en un factor predisponente para las agresiones (22,28). Por último, Richardson et al. resaltan que la ausencia de datos sobre incidentes violentos a nivel organizacional aumenta de forma significativa el riesgo de sufrir agresiones (16).



#### **4.1.4. Factores políticos y sociales**

En cuanto a los factores políticos, se puede observar el desajuste entre la efectividad prometida del sistema sanitario con las limitaciones reales de éste, por la falta de inversión, hecho que origina un conflicto (4).

Por último, en relación a los factores sociales, el funcionamiento diferente de los distintos sistemas de salud, así como las diferencias culturales y de idioma, se consideran factores de riesgo (19). A su vez, la creencia de que existe cura para los diferentes problemas de salud, junto con las expectativas de vida ilimitadas, producen una desidealización del sistema sanitario, lo que puede dar lugar a situaciones de violencia (4).

#### **4.2 INTERVENCIONES BASADAS EN LA COMUNICACIÓN**

Entre los hallazgos de varios estudios recientes podemos encontrar la importancia de que los profesionales sean capaces de detectar y abordar los signos de agitación que dan lugar a los eventos violentos. Para así posteriormente, realizar una desescalada de la violencia y evitar complicaciones de la situación mediante las técnicas y habilidades de comunicación, garantizando de esta manera el bienestar de los pacientes y del personal (5,13,29).

Cannavò et al. y Ashton et al. muestran en sus estudios que poca parte de los profesionales reconoce su papel en este tipo de situaciones, a la vez que desconocen los indicadores de aumento de la agresión. Hecho que conlleva a tomar como algo personal el incidente, provocando sentimientos de ira y rabia (10,13). Los signos iniciales de comportamiento violento se muestran en el anexo II (20).

Ashton et al. señalan la relevancia de la comunicación verbal y no verbal en cuanto a las contribuciones de las agresiones; iniciándolas, aumentándolas o controlándolas en función del conocimiento y la capacitación que el personal haya recibido sobre herramientas de comunicación (13). En el anexo III se pueden observar las recomendaciones sobre el lenguaje verbal y no verbal (20).

La evidencia muestra que el abordaje de los pacientes y/o de los familiares debe realizarse de manera no coercitiva, es decir; debe llevarse a cabo dejando al margen la autoridad o la intimidación por alterar la conducta de la persona violenta. El objetivo

es ayudar al paciente y/o a los familiares a calmarse (5,8). Entre las intervenciones de comunicación podemos encontrar la desescalada verbal. Distintos estudios indican que esta intervención es una herramienta útil para la prevención de las agresiones (5,6,8,11,12). La desescalada puede ejecutarse de manera efectiva en un periodo de tiempo menor a 5 minutos, siempre y cuando se realice de forma correcta. Para llevarla a cabo se describen 3 pasos (8):

- 1) Se compromete al paciente y/o al familiar verbalmente.
- 2) Se instaure una relación de colaboración entre el otro y uno mismo.
- 3) Se comienza con la desescalada verbal una vez el agresor no se encuentre en un estado de agitación.

Aquellos profesionales que realizan la desescalada verbal ponen en práctica un modelo sistemático en el que se analizan las circunstancias, se evita reaccionar a la violencia, se escucha con empatía y se ofrece la información necesaria, actuando con profesionalidad (8,10,11). Detectar la conducta violenta para abordarla, realizando la desescalada previa al suceso de agresión, se trata de una estrategia de intervención efectiva (5,27).

En esta línea Tazón et al. explican la manera sistemática en la que se debe abordar la situación. Los autores denominan los primeros indicios de agresividad como “resistencias” opuestas por el paciente y/o los familiares. La manera efectiva de intervenir es aplicando una técnica nombrada respuesta evaluativa, a partir de la cual se debe abordar la preocupación, la desinformación y/o el desacuerdo (30).

La respuesta evaluativa consiste en averiguar la razón por la cual se está generando un clima de disconformidad mediante una serie de preguntas: ¿por qué?, ¿qué es lo que le preocupa?, ¿cómo cree que podríamos solucionar esto?, ¿lo entiende? ¿qué necesita saber/conocer? Una vez se conoce la razón por la cual el paciente y/o los familiares están manifestando su desacuerdo, debe generarse el contexto adecuado en el cual el desacuerdo mencionado pueda resolverse. Esto se consigue mediante la bidireccionalidad, la calidez, la comunicación efectiva, la empatía, la asertividad, la baja reactividad, así como la correcta transmisión de la información y el correcto uso de la comunicación no verbal (30).

El manejo de las diferentes situaciones mediante la puesta en práctica de las habilidades de comunicación, se trata de una manera de intervenir muy especializada

y compleja, algo que puede llevar a que profesionales de la salud sin experiencia no lleguen a realizarla por falta de la misma (8). Para realizar este ejercicio, los profesionales deben recibir una adecuada formación, la cual la mayoría no ha recibido. Este hecho precipita al personal de salud a desconocer los indicadores de la agresión, así como del aumento de la misma (4,10,13).

La formación de los profesionales desde la comunicación para el manejo de las situaciones asistenciales, se trata de una medida efectiva para la prevención de los incidentes violentos (4,8,10). Khan et al. y Drew et al. identifican este tipo de capacitación específica como una buena herramienta (11,29).

Wirth et al. corroboran lo anterior, indicando una mejoría significativa tanto en la seguridad como en las habilidades para el manejo de las diferentes situaciones tras la formación, a la vez que muestran un aumento de la confianza en los trabajadores (6). Además de esto, los profesionales formados en habilidades de comunicación muestran un menor agotamiento y miedo a la violencia, así como una mayor satisfacción laboral y un mayor control (11).

Por otro lado, un estudio publicado en 2022 revela que la capacitación en comunicación puede acogerse como algo prescindible, al no conocer los profesionales su papel en las situaciones de posible escalada de la violencia, ni en la relación interpersonal con el paciente y/o los familiares (12).

Estos programas incluyen diferentes áreas en las que se trabaja la comunicación activa y empática, así como la escucha activa, la correcta transmisión de la información, la identificación de los signos iniciales de agresión y las técnicas de desescalada (8,11,20). Además de esto, la capacitación incluye formación orientada a la comprensión e identificación de la violencia (11).

La formación comunicativa está orientada a las mejoras cognitivas y afectivas, explorando la autoconciencia. De esta manera, se posibilita la facultad de conectar de manera interpersonal con el paciente y/o los familiares, con el fin de mejorar la relación entre ambos (4,8).

## 5. DISCUSIÓN

Tras el análisis de los resultados, se puede extraer que los factores de riesgo que dan lugar a las agresiones de los trabajadores de la salud en los servicios de urgencia se encuentran estrechamente relacionados entre sí, dando lugar a una problemática multidimensional, a la vez que compleja (4,17).

Los desencadenantes de la violencia laboral de tipo II no tienen un único origen. Su origen multifactorial junto con la relación implícita entre ellos, implica la necesidad de establecer y aplicar programas preventivos de la violencia diseñados desde un punto de vista multifacético (12).

Una limitación en relación a esto es el subregistro de las agresiones, ya que la notificación de los eventos violentos permite conocer las causas que dieron lugar al incidente, conociendo así los factores de riesgo (8). Los programas preventivos deben estar enfocados en la tendencia a la subestimación de las agresiones por parte de los profesionales (4).

El subregistro no solo se trata de una barrera que limita el establecimiento de programas que resulten efectivos, si no que puede ser también un factor de riesgo al indicar una falta de reconocimiento de las diferentes formas de violencia (16,18), por lo que la formación en comprensión e identificación de los diferentes tipos de violencia es necesaria (11). En relación a esto, el Observatorio Nacional de Agresiones indica una ausencia total de datos en la Comunidad Autónoma Vasca en el registro de agresiones a enfermeros/as en 2021 (Anexo IV) (31), a pesar de la existencia del protocolo de actuación ante la violencia en el trabajo de Osakidetza (32).

Por otro lado, se encontró que gran parte de los desencadenantes ligados a los profesionales surgen por la carencia de conocimientos en cuanto a las habilidades y técnicas de comunicación (4,11,17,20,13,21). La edad y la falta de experiencia laboral están relacionadas con una menor capacidad de gestionar los incidentes violentos. Esto es debido a una mayor vulnerabilidad por el desconocimiento de las diferentes situaciones asistenciales, por lo que los profesionales jóvenes y con poca experiencia laboral son un colectivo al que especialmente se debe formar en prevención (25). Considero que estar en formación implica no tener experiencia laboral, por lo que creo que es importante formar a los estudiantes también. En cuanto al rol ocupacional, la

formación permite que los profesionales conozcan estrategias de comunicación para gestionar las diferentes situaciones que pudieran ser estresantes, reduciendo así el riesgo de agresión al ofrecer atención directa (22).

Por otra parte, se debe entender y empatizar con la situación emocional que sufren los pacientes y/o los familiares, abordándoles desde el entendimiento de la posible situación de agitación en la que se encuentren (4,17,19). Este manejo de la situación está estrechamente ligado a las herramientas de comunicación, aplicando técnicas efectivas de desescalada se podría rebajar el nivel de agresividad de los pacientes y/o familiares (11). Además de esto, se necesita más formación específica para abordar a pacientes y/o familiares que sufren problemas de salud mental, abuso de sustancias o aquellos con otro tipo de condición que provoque alteraciones del comportamiento (12).

Con respecto al estrés laboral que sufren los profesionales, éste ha sido definido como un factor precipitante para la aparición de las agresiones (26). El estrés puede ser desencadenado debido a los factores organizacionales estresantes (22,28), a la vez que se trata de una consecuencia directa de las agresiones (10). Por lo que este se puede clasificar no solo como consecuencia, sino como factor de riesgo para la aparición de incidentes violentos.

En relación a los factores políticos y sociales, es observable como estos generan un desajuste de expectativas. Los pacientes y/o los familiares acuden al servicio de urgencias con una serie de ideas que no se ajustan a la realidad actual del sistema sanitario (4,19). En relación a la barrera idiomática, esta puede suponer un intercambio de información defectuosa e incompleta entre el personal y el paciente, dando lugar a una falta de comunicación (18,21).

Muchos de los factores mencionados son evitables y modificables mediante el conocimiento y la aplicación de las herramientas de comunicación. La literatura muestra una evidencia sólida en relación a la efectividad de las intervenciones de comunicación para la prevención de la violencia laboral tipo II (4,8,11).

Al realizar el análisis de las intervenciones comunicacionales, se muestra que las técnicas, así como el conocimiento adquirido, están relacionados con un aumento de la confianza y la seguridad para abordar las situaciones violentas, identificando los profesionales estrategias efectivas para controlar la escalada de violencia, y poder

evitar de esta manera el suceso del acontecimiento violento, así como las consecuencias derivadas de éstos (5,6,11,12,13). A pesar de que algunos profesionales no consideraron que las intervenciones correspondan con la labor que se desempeña en su trabajo, los datos indican una satisfacción mayoritariamente significativa (12).

A lo largo de mis ciclos de prácticas, yo misma pude comprobar cómo las enfermeras que no conocen las intervenciones de comunicación, abordaban las situaciones de posible conflicto de manera inefectiva. Al no conocer los signos iniciales, y no poner en práctica la desescalada verbal, la situación se agravó.

La mayoría del personal no conoce estas técnicas, cierta parte de los profesionales puede ponerlas en práctica, pero no resultan igual de efectivas al no hacerlo de manera sistemática, por lo que el entrenamiento es necesario para rediseñar el abordaje y manejo de las agresiones (11).

## **6. CONCLUSIÓN**

Las intervenciones basadas en la comunicación que previenen las agresiones a los profesionales en los servicios de urgencia, se basan en el modelo de desescalada verbal de la violencia aplicado de forma sistemática, y en la formación de los profesionales en comunicación mediante los programas de capacitación.

Las intervenciones basadas en el modelo de desescalada verbal se aplican de forma sistemática de la siguiente manera: detección de los signos iniciales de agresividad, respuesta evaluativa, bidireccionalidad, transmisión de la información adecuada, comprensible y suficiente, en un marco de comunicación establecido en la escucha y la empatía.

Los factores de riesgo que dan lugar a las agresiones hacia los profesionales de la salud en los servicios de urgencias pueden clasificarse en: factores ligados a los profesionales, factores relacionados con el paciente y/o los familiares, organizacionales, políticos y sociales.

Los factores relacionados con los profesionales son los siguientes: el desconocimiento y falta de formación en habilidades de comunicación, el Burnout o “síndrome de agotamiento emocional”, pertenecer al sexo femenino, la falta de experiencia, el rol ocupacional, ser personal en formación y ser joven.

Entre los factores ligados al paciente y/o a los familiares podemos encontrar: la gestión emocional inadecuada debido a las circunstancias en las que acuden a los servicios de urgencias, el abuso de sustancias y la adicción a éstas, los problemas de salud física como el delirio, la hipoxia o sepsis, los problemas de salud mental, las patologías relacionadas con discapacidad intelectual o lesiones cerebrales, padecer asperger o autismo y pertenecer al sexo masculino.

Los factores organizacionales incluyen: la falta de recursos materiales y humanos, la falta de programas de prevención de las agresiones efectivos, la ausencia de seguimiento a los profesionales, la baja calidad estructural y de la organización sanitaria, y el subregistro de las agresiones.

Los factores políticos y sociales son: la falta de inversión, las diferencias culturales, en el idioma y en el funcionamiento de los distintos sistemas sanitarios, y las falsas creencias en relación a la cura de los diferentes problemas de salud y la vida ilimitada.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. World Report On violence and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [consulta, 1/2/2023]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf)
2. Serrano MI, Fernández MT, Satústegui PJ, Urcola F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2019 [consulta, 1/2/2023];(93). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7676828>
3. International Labour Organization. Eliminating Violence and Harassment in the World of Work: Convention No. 190, Recommendation No. 206, and the accompanying Resolution [Internet]. Switzerland: ILO; 2019 [consulta, 1/2/2023]. Disponible en: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_721160.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_721160.pdf)
4. Caruso R, Toffanin T, Folesani F, Biancosino B, Romagnolo F, Riba MB, et al. Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention. Curr Psiquiatría Rep [Internet]. 2022 [consulta, 5/1/2023];24(12):911–924. doi:10.1007/s11920-022-01398-1
5. Davids J, Murphy M, Moore N, Wand T, Brown M. Exploring staff experiences: A case for redesigning the response to aggression and violence in the emergency department. Int Emerg Nurs [Internet]. 2021 [consulta, 5/1/2023];57:101017. doi:10.1016/j.ienj.2021.101017
6. Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A. Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [consulta, 5/1/2023];18(16):8459. doi:10.3390/ijerph18168459
7. Vidal C. La violencia laboral de tipo II desde una perspectiva psicológica. Apunt Psicol [Internet]. 2020 [consulta, 1/2/2023];38(1):3-12. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/107146>
8. Raveel A, Schoenmakers B. Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. BMJ Open [Internet]. 2019 [consulta, 5/1/2023];9(9):e028465. doi:10.1136/bmjopen-2018-028465
9. Ministerio de Sanidad. Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2021 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [consulta, 5/1/2023]. Disponible en:



- [https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/pdfs/Informe\\_agresiones\\_a\\_profesionales\\_del\\_Sistema\\_Nacional\\_Salud\\_2021.pdf](https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/pdfs/Informe_agresiones_a_profesionales_del_Sistema_Nacional_Salud_2021.pdf)
10. Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. Clin Ter [Internet]. 2019 [consulta, 5/1/2023];170(2):e110-e123. doi:10.7417/CT.2019.2120
  11. Khan MN, Khan I, Ul-Haq Z, Khan M, Badia F, Ahmad F, et al. Managing violence against healthcare personnel in the emergency settings of Pakistan: a mixed methods study. BMJ Open [Internet]. 2021 [consulta, 5/1/2023];11(6):e044213. doi:10.1136/bmjopen-2020-044213
  12. Spelten E, van Vuuren J, O'Meara P, Thomas B, Grenier M, Ferron R, et al. Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Workers use?. BMC Emerg Med [Internet]. 2022 [consulta, 5/1/2023];22(1):78. doi:10.1186/s12873-022-00621-9
  13. Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. Int Emerg Nurs [Internet]. 2018 [consulta, 5/1/2023];39:13-19. doi:10.1016/j.ienj.2017.12.004
  14. Berdejo P, Gutiérrez I, Fanlo A, Carnicer M, Campayo B, Gil R. Prevención, manejo y afrontamiento de las agresiones al personal de enfermería en el servicio de urgencias hospitalarias. Plan estandarizado de cuidados. Rev sanit investig [Internet]. 2021 [consulta, 5/1/2023];2(5):e 2660-7085. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-manejo-y-afrontamiento-de-las-agresiones-al-personal-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias-hospitalarias-plan-estandarizado-de-cuidados/>
  15. SATSE: Sindicato de Enfermería. Euskadi [Internet]. Bilbao: SATSE Euskadi; 2011[consulta, 1/2/2023]. Notas de prensa [2 pantallas]. Disponible en: <https://euskadi.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-reclama-el-apoyo-de-todos-los-partidos-a-la-ley-contra-las-agresiones-a-los-profesionales-sanitarios>
  16. Richardson SK, Grainger PC, Joyce LR. Challenging the culture of Emergency Department violence and aggression. N Z Med J [Internet] 2022 [consulta, 5/1/2023];135(1554):9-19. Disponible en: [:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35728213/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35728213/)
  17. Hou Y, Corbally M, Timmins F. Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: A concept analysis. J Nurs Manag [Internet]. 2022 [consulta, 5/1/2023];30(6):1688-1699. doi:10.1111/jonm.13721

18. Borges J, Pereira O, Soares AF, Lima P, De Carvalho C, Ferreira MA, et al. Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences. *Rev. bras. enferm* [Internet]. 2020 [consulta, 5/1/2023];73(5):e20190882.doi:10.1590/0034-7167-2019-0882
19. Spelten E, Thomas B, O'Meara P, van Vuuren J, McGillion A. Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators? *PLoS One* [Internet]. 2020 [5/1/2023];15(4):E0230793.doi:10.1371/journal.pone.0230793
20. León FR, Torres AB. Manual de Recomendaciones Técnicas para la prevención de agresiones al personal sanitario [Internet]. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2021 [1/2/2023]. Disponible en: [https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/pdfs/MANUAL\\_RECOMEND%20TECNICAS%20PARA%20PREVENCION%20AGRESIONES%20PERSONAL%20SAN.pdf](https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/pdfs/MANUAL_RECOMEND%20TECNICAS%20PARA%20PREVENCION%20AGRESIONES%20PERSONAL%20SAN.pdf)
21. Aljohani B, Burkholder J, Tran QK, Chen C, Beisenova K, Pourmand A. Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public Health* [Internet]. 2021 [consulta, 5/1/2023];196:186-197. doi: doi:10.1016/j.puhe.2021.02.009
22. Murray RM, Davis AL, Shepler LJ, Moore-Merrell L, Troup WJ, Allen JA, et al. A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders. *New solut* [Internet]. 2020 [consulta, 5/1/2023];29(4): 487–503. doi:10.1177/1048291119893388
23. Richardson SK, Grainger PC, Ardagh MW, Morrison R. Violence and aggression in the emergency department is under-reported and under-appreciated. *N Z Med J* [Internet]. 2018 [consulta, 5/1/2023];131(1476):50-58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29879726/>
24. Maguire BJ, O'Meara P, O'Neill BJ, Brightwell R. Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature. *Am J Ind Med* [Internet]. 2018 [consulta, 5/1/2023];61(2): 167-180. doi: <https://doi.org/10.1002/ajim.22797>
25. Ayuso D, Pérez F, Fernández MP, Cobos JL, Lletget R, Pedrera B. Agresiones a enfermeras/os en España. Análisis y prevención. *Rev Tesela* [Internet]. 2019 [consulta, 5/1/2023];(26):e1887-2255. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ts/article/view/e12655>
26. Lei Z, Yan S, Jiang H, Feng J, Han S, Herath C, et al. Prevalence and Risk Factors of Workplace Violence Against Emergency Department Nurses in

- China. Int J Public Health [Internet]. 2022 [consulta, 5/1/2023];67:1604912. doi:10.3389/ijph.2022.1604912
27. Ferri P, Stifani S, Accoto A, Bonetti L, Rubbi I, Di Lorenzo R. Violence Against Nurses in the Triage Area: A Mixed-Methods Study. J Emerg Nurs [Internet]. 2020 [consulta, 5/1/2023];46(3):384-397. doi:10.1016/j.jen.2020.02.013
28. Nikathil S, Olaussen A, Gocentas RA, Symons E, Mitra B. Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. Emerg Med Australas [Internet]. 2017 [consulta, 5/1/2023];29(3):265-275. doi:10.1111/1742-6723.12761
29. Drew P, Tippett V, Scott D. Effectiveness of mitigation interventions on occupational violence against emergency service workers: a mixed methods systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep [Internet]. 2018 [consulta, 5/1/2023];16(5):1081-1086. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003412
30. Tazón P, Aseguinolaza L, García J. Relación y Comunicación. 2ª ed. Madrid: Difusión avances Enfermería; 2009.
31. Consejo General de Enfermería [Internet]. Madrid: Consejo general de enfermería; 2023 [consulta, 1/2/2023]. Observatorio Nacional de Agresiones; [2 pantallas]. Disponible en:  
<https://www.consejogeneralenfermeria.org/observatorio-nacional/observatorio-de-agresiones>
32. Osakidetza. Protocolo de actuación violencia en el trabajo [Internet]. Vitoria-Gazteiz: Osakidetza; 2006 [consulta, 1/2/2023]. Disponible en:  
[https://osieec.osakidetza.eus/hospitalcruces/documentos/noticias/Protocolo\\_violencia\\_trabajo.pdf](https://osieec.osakidetza.eus/hospitalcruces/documentos/noticias/Protocolo_violencia_trabajo.pdf)



## 8. ANEXOS

### 8.1. ANEXO I. Clasificación de los artículos.

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO
Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review	Revisión sistemática
Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention	Revisión sistemática
Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals	Estudio observacional y analítico de corte transversal
Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Workers use?	Estudio cualitativo descriptivo (grupos de discusión con análisis temático)
Exploring staff experiences: A case for redesigning the response to aggression and violence in the emergency department	Estudio observacional (entrevistas cualitativas, observaciones etnográficas y análisis temático)
A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression	Revisión sistemática
Prevalence and Risk Factors of Workplace Violence Against Emergency Department Nurses in China	Estudio transversal y analítico descriptivo
Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis	Revisión sistemática

<b>TÍTULO</b>	<b>TIPO DE ESTUDIO</b>
Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review	Revisión sistemática
Violence and aggression in the emergency department is under-reported and under-appreciated	Estudio prospectivo
Challenging the culture of Emergency Department violence and aggression	Estudio prospectivo de cohorte longitudinal
Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: A concept analysis	Revisión (análisis de concepto)
Managing violence against healthcare personnel in the emergency settings of Pakistan: a mixed methods study	Estudio de método mixto: transversal cuantitativo y cualitativo
Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators?	Análisis descriptivo
Violence Against Nurses in the Triage Area: A Mixed-Methods Study	Estudio de método mixto: cuantitativo y cualitativo
Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis	Revisión sistemática
A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders	Revisión sistemática
Effectiveness of mitigation interventions on occupational violence against emergency service workers: a mixed methods systematic review protocol	Revisión sistemática

<b>TÍTULO</b>	<b>TIPO DE ESTUDIO</b>
Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature	Revisión sistemática
Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences	Estudio cuantitativo transversal y analítico descriptivo
Prevención, manejo y afrontamiento de las agresiones al personal de enfermería en el servicio de urgencias hospitalarias. Plan estandarizado de cuidados	Plan de cuidados
Agresiones a enfermeras/os en España. Análisis y prevención	Estudio observacional analítico

## 8.2. ANEXO II. Signos iniciales de comportamiento violento.

INDICIOS DE AGRESIVIDAD	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Lenguaje alterado</li><li>- Tono y gestos amenazadores</li><li>- Tensión en el tronco y/o en los brazos.</li><li>- Encontrarse sentado en el borde del asiento.</li><li>- Nerviosismo, movimiento de piernas constante.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Repiqueteo de los dedos.</li><li>- Dar golpes a los objetos, al abrir las puertas.</li><li>- Expresión verbal de frustración y/o de ira.</li><li>- Discurso en tono elevado.</li><li>- Poner al resto en su contra.</li></ul>

Signos iniciales de comportamiento violento. Elaboración propia con los datos del manual de recomendaciones técnicas para la prevención de agresiones al personal sanitario (20).



### 8.3. ANEXO III. Lenguaje verbal y no verbal.

<b>LENGUAJE VERBAL</b>	<b>LENGUAJE NO VERBAL</b>
Evitar estilos comunicativos que produzcan menosprecio, hostilidad o desinterés.	Evitar el contacto visual prolongado.
Evitar generar expectativas irreales transmitiendo información irreal.	Evitar señalar con el dedo u otras señales corporales interpretables como desafío.
Evitar la amenaza, el insulto y/o la coacción.	Evitar invadir el espacio personal.
Evitar desprestigiar las críticas o las reclamaciones.	Evitar el contacto físico.

Recomendaciones sobre el uso del lenguaje verbal y no verbal. Elaboración propia con los datos del manual de recomendaciones técnicas para la prevención de agresiones al personal sanitario (20).

### 8.4. ANEXO IV. Registro de agresiones a enfermeros/as 2021.



Fuente: Consejo General de Enfermería [Internet]. Madrid: Consejo general de enfermería; 2023 [consulta, 1/2/2023]. Observatorio Nacional de Agresiones; [2 pantallas]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/observatorio-nacional/observatorio-de-agresiones>