

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

*Prevención, manejo y afrontamiento de las agresiones al personal de
Enfermería en el servicio de Urgencias Hospitalarias.
Plan Estandarizado de Cuidados.*

*Prevention, management and confrontation of the aggressions to the
Nursing personal in the Hospital Emergency Service.
Standardized Plan of Care.*

Autora: Paula Berdejo Medrano

Directora: M^a Esther Samaniego Díaz

ÍNDICE

1. Resumen	1
2. Introducción	3
3. Objetivos	6
4. Metodología	7
5. Desarrollo de un Plan Estandarizado de Cuidados	
<i>Presentación del caso</i>	11
a. Valoración	12
b. Diagnósticos de Enfermería y Planificación	13
c. Ejecución	19
d. Evaluación	19
6. Conclusiones	20
7. Bibliografía	21
8. Anexos	25

RESUMEN

Introducción. Las agresiones al personal de Enfermería por parte de los pacientes, se han convertido en un problema real de gran magnitud, cuyas consecuencias negativas podrían disminuir si se realizase una correcta formación a los profesionales acerca de este tipo de situaciones. Se estima que más del 50% del personal sanitario ha sufrido violencia laboral. Dichos actos son principalmente verbales, dándose también casos de daño físico. Cerca del 51% de los incidentes se producen en el servicio de Urgencias; esto es debido al elevado número de pacientes desconocidos, sometidos a largos tiempos de espera y situaciones estresantes entre otros motivos.

Objetivo principal. El objetivo del trabajo es describir la detección y prevención de actitudes agresivas de los pacientes hacia el personal de Enfermería en el servicio de Urgencias Hospitalarias a partir de un caso real; así como desarrollar un plan de actuación y afrontamiento ante este tipo de situaciones. **Metodología.** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos para obtener información actualizada y fiable, con la que desarrollar un Plan Estandarizado de Cuidados basado en el testimonio real de una Enfermera víctima de una agresión en el servicio de Urgencias Hospitalarias. **Conclusiones.** La formación sistemática del personal de Enfermería basada en la detección, prevención y manejo de situaciones de agresividad en un entorno sanitario, puede mejorar el afrontamiento ante las mismas, así como minimizar el impacto global que causa la violencia laboral en los profesionales.

Palabras Clave: *agresividad en pacientes, enfermería y violencia laboral, urgencias hospitalarias, afrontamiento y manejo*

ABSTRACT

Introduction. The aggressions to the nursing staff by the patients have become a real problem of great magnitude, whose negative consequences could be reduced if the staff was provided by a proper training. It is estimated that more than 50% of health workers have suffered workplace violence. These acts are mainly verbal aggressions, also occurring cases of physical damage. About 51% of incidents occur in the emergency service; this is due to high number of unknown patients subjected to long waiting times and stressful situations, among other reasons. **Main objective.** The objective of this work is to describe the detection and prevention of aggressive attitudes of the patients towards the Nursing personal in the Hospital Emergency Service, based on a real case; as well as to carry out an Actuation and Confrontation Plan facing this situation. **Methodology.** A bibliographic search was carried out in the main databases to obtain updated and reliable information with which to develop a Standardized Care Plan based on the testimony of a nurse victim of an aggression in the Hospital Emergency Service. **Conclusions.** The systematic training of Nursing Personal based on the detection, prevention and management of aggressive situations in a healthcare environment can improve nurse's confrontation with them, as well as minimizing the global impact of workplace violence on professionals.

Keywords: *aggressiveness in patients, nursing and workplace violence, hospital emergency, confrontation and management*

INTRODUCCIÓN

Se conoce por "agresión" al acto o forma de conducta puntual realizado intencionadamente con una meta concreta, cuyas manifestaciones físicas o verbales, producen consecuencias negativas hacia el receptor. De esta manera, la "agresividad" es una disposición a realizar dichos actos.

La "violencia" en cambio, se caracteriza por conductas de intensidad, destrucción o malignidad mucho mayores que las observadas en un acto meramente agresivo, así como por su aparente carencia de justificación (1).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), emplea el término "violencia laboral" (a continuación VL) para definir los incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, que pongan en peligro su seguridad, bienestar o salud (2,3). Las agresiones en el lugar de trabajo, ya sean físicas o psicológicas, se han convertido en un problema mundial que va más allá de los contextos de trabajo, pudiendo destacar un riesgo de especial importancia en el sector servicios (2,4,5).

Dentro de éste, el sanitario ocupa un lugar destacado, debido a interrelaciones con todo tipo de personas cargadas con un alto contenido emocional. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), estima que un 25% de los incidentes agresivos en el trabajo se producen en el sector de la salud, y que más de un 50% del personal sanitario ha experimentado altercados de este tipo (4,6).

Un estudio realizado en 10 países europeos, calculó que un 9,9% de los profesionales de enfermería sufre agresiones por parte de los pacientes y/o acompañantes, al menos una vez a la semana. Dichos actos son principalmente verbales, incluyendo amenazas, y en menor medida daños físicos o materiales (7). En la mayoría de las investigaciones, el personal de enfermería es el principal afectado, seguido de médicos y auxiliares de enfermería (8). Además, existe un grupo de personas con una vulnerabilidad mayor, como pueden ser personas en formación, con poca experiencia laboral, jóvenes o mujeres (4,9).

En cuanto a los múltiples factores que originan este tipo de agresiones, se pueden clasificar en tres grupos: los derivados del paciente, elementos que dependen del profesional y agentes relacionados con el entorno (**Anexo I**) (4,9,10). Los profesionales deben conocer dichos factores para poder prevenir la agresividad en la medida de lo posible; asimismo, deben saber detectarla una vez presente ya que en ocasiones puede pasar desapercibida (11,12).

Por otro lado, según un estudio de la Organización Colegial de Enfermería, el servicio de urgencias y emergencias tiene un mayor número de incidentes respecto a otros (13), con un 51,1% de los incidentes totales. Le siguen los centros de atención primaria, con un 33,5%, y finalmente las plantas de hospitalización con un 15% (14,15). Estas cifras están relacionadas con el elevado número de pacientes desconocidos con el que trata el personal de urgencias, pudiendo presentar desordenes psiquiátricos o abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas; lo que aumenta considerablemente el riesgo de exposición de estos trabajadores a situaciones de agresividad, especialmente en el área de triaje (16,17). Además de la masificación de pacientes, se genera un elevado nivel de estrés debido a los largos tiempos de espera, sumado a la falta de información y a situaciones estresantes (18,19).

Un análisis sobre las agresiones producidas en los servicios de emergencias del Hospital de Palamós, realizado durante el año 2011 (20), señala que el 58,2% del personal fue agredido; siendo en su mayoría agresiones verbales, y sufriendo Enfermería el 39% de las agresiones totales. El motivo más destacado expresado por los propios profesionales, estuvo relacionado con el tiempo de espera, con un 54,44%; sin embargo los ataques también se dieron por otros aspectos como: trato recibido (16,67%), discrepancia con el tratamiento (12,22%) o patología psiquiátrica / efectos del alcohol (7,78%). A estos motivos, se debe añadir la escasa formación y el desconocimiento de protocolos de prevención de violencia en un 67,1% de los trabajadores.

En lo que se refiere a las consecuencias, la persona que ha padecido VL, puede presentar síntomas de estrés, ansiedad, temor, aislamiento, alteración de la capacidad para resolver conflictos, pérdida de confianza... A las consecuencias personales se pueden añadir efectos negativos en relación a

la situación económica y laboral del sector, debido a un posible aumento de absentismo laboral, deterioro de la calidad del servicio o descenso de rendimiento (4).

A causa del impacto y de las consecuencias que provoca la agresividad del paciente en los profesionales, consideramos necesario realizar: en primer lugar, un Plan Estandarizado de Cuidados (PEC) y afrontamiento a partir del testimonio de una enfermera que recibió un episodio de este tipo; y en segundo lugar, generalizar un Plan de detección y actuación frente un paciente agresivo.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- 1- Describir la detección y prevención de actitudes agresivas de los pacientes hacia el personal de Enfermería en el servicio de Urgencias Hospitalarias a partir de un caso clínico.
- 2- Desarrollar un plan de actuación y afrontamiento ante una agresión en el servicio de Urgencias Hospitalarias a partir de un caso clínico.

Objetivos específicos:

- 1- Proporcionar información que permita conocer la situación real del problema y actuar en consecuencia.
- 2- Detectar los factores y/o situaciones de riesgo de agresión así como las medidas de control que se deben adquirir ante una conducta agresiva.

METODOLOGÍA

Búsqueda Bibliográfica

En primer lugar, para la elaboración del trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica con la finalidad de hallar información actual sobre el tema analizado.

Para ello se han empleado diferentes bases de datos: Science Direct, Cuiden Plus, PubMed, Medline y Alcorze Base. Las palabras clave que se han empleado para realizar la búsqueda, han sido principalmente: *personal sanitario, paciente agresivo, urgencias hospitalarias, workplace violence y manejo violencia laboral*, entre otras. En ocasiones, ha sido necesaria la aplicación de filtros, como "full text", así como limitar los resultados a los últimos años para obtener información más actual. La revisión bibliográfica se ha elaborado principalmente en los meses de Enero a Marzo de 2017; no obstante ha sido reevaluada a lo largo de la realización de todo el trabajo.

De esta manera, se han encontrado un total de 67 artículos científicos, de los cuales se han empleado 26, tal y como se muestran en la siguiente tabla:

BASES DE DATOS	FILTROS EMPLEADOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CUIDEN	2010 → 2017	personal sanitario and agresión laboral	17	7
	Texto completo	Estudio agresiones and profesional enfermero	5	1
		Manejo violencia laboral	3	1
		Urgencias and agresión laboral	15	7
		Paciente agresivo and urgencias	4	2
ALCORZE BASE		afrontamiento and agresiones and sanitario	1	1
PUBMED	- Full Text - 5 years - Humans	workplace violence and nurse and emergency	9	2
SCIENCE DIRECT	2010 → 2017	"violencia laboral" and sanitario	8	4
MEDLINE		Violencia laboral	5	1
TOTAL			67	26

Además de la búsqueda realizada mediante bases de datos, se han empleado 2 documentos obtenidos de una página web, así como 4 libros de la biblioteca de la facultad.

PAGINAS WEB	DOCUMENTOS UTILIZADOS
http://www.enfermeriadeurgencias.com	2

LIBROS EMPLEADOS DE LA BIBLIOTECA
Vínculos de NOC y NIC a NANDA – I y diagnósticos médicos
Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015 – 2017 (NANDA)
Clasificación de resultados de enfermería (NOC)
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)

Cuestionarios y Escalas

En ocasiones, resulta difícil valorar con exactitud ciertos aspectos en las personas, como pueden ser los sentimientos. Es por ello por lo que va a ser de gran utilidad el uso de diferentes escalas o cuestionarios que cuantifiquen en cierto modo el estado de las personas.

Escalas para valorar la agresividad: (Anexo II) (21,22)

1- Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik

Esta escala está diseñada para evaluar la existencia de sentimientos de agresividad y conductas violentas. Se trata de un instrumento auto – administrado cuya puntuación oscila entre 0 y 34.

Una puntuación ≥ 3 , nos avisaría de la necesidad de un seguimiento más estrecho para la detección de posibles síntomas prodrómicos de agitación/agresión, así como de la adopción de actitudes y formas de comunicación que pudieran inhibir su aparición.

2- Guía para valoración del riesgo de conductas violentas (HCR-20)

Esta guía debe aplicarse a pacientes que posean una historia previa de conductas violentas o que puntúen alto en la escala de riesgo de violencia de Plutchik.

El HCR-20 incluye variables que detectan consideraciones relevantes pasadas (“históricos”), presentes (“clínicos”) y futuras (“de gestión de riesgo”).

3- Escala de Agresividad Manifiesta (OAS)

Por último, cada vez que tenga lugar un episodio de agitación, se debe emplear la Escala de agresividad manifiesta (OAS), para registrar las características del episodio, en donde se diferencia entre: agresión verbal, agresión física contra uno mismo, contra objetos o contra otras personas; así como la intervención aplicada.

Las anteriores escalas se emplearán en el Plan de detección y actuación frente a un paciente agresivo desarrollado en un folleto más adelante.

Escalas de valoración al profesional tras una agresión (Anexo III)

1- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (23)

En esta escala se evalúa el cuadro clínico más frecuentemente asociado a un suceso traumático. Consta de unas escalas específicas, las cuales incluyen sucesos de reexperimentación, evitación y aumento de la activación. La suma de estas escalas proporcionará una puntuación entre 0 y 51, siendo 15 el punto de corte (PC) global.

2- Escala de Ansiedad de Hamilton (24)

En esta escala, el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Además, hace distinción entre ansiedad psíquica (ítems 1-6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7-12 y 13). Sin embargo, esta escala no presenta PC, sino que simplemente una mayor puntuación indica una mayor intensidad de ansiedad.

3- Inventario de estrategias de Afrontamiento, adaptación española (25)

El propósito de este cuestionario es descubrir situaciones estresantes que causan malestar a las personas en su vida cotidiana, y cómo éstas se enfrentan a ellas evaluando aspectos como: si existe evitación de problemas, cómo los resuelve, o si busca apoyo social o lo evita, entre otros.

Procedimiento

En cuanto al desarrollo del trabajo, va a consistir en la realización de un Plan Estandarizado de Cuidados (PEC a continuación). Dicho plan, se ha basado en el testimonio real de una enfermera víctima de una agresión por parte de una paciente psiquiátrica en el servicio de Urgencias Hospitalarias. No obstante, se podría generalizar/estandarizar a otros sucesos de VL en el sector sanitario ya que los diagnósticos enfermeros obtenidos tras la valoración son comunes en este tipo de situaciones.

Por tanto, la población diana a la que está dirigido este PEC va a ser todo profesional de Enfermería que haya recibido una agresión en su puesto de trabajo por parte de un/a paciente.

Además, se ha elaborado un Plan de Detección y Actuación frente a un paciente agresivo el cual se ha plasmado en un folleto.

DESARROLLO

Presentación del caso real

Chica de 21 años de edad, estudiante de 4º curso de Enfermería, se encuentra en el área de triaje del servicio de urgencias del Hospital Miguel Servet.

A éste, acude una paciente de 22 años con una enfermedad psiquiátrica, acompañada por dos policías. El motivo de la visita se desconoce, no obstante la paciente se observa muy alterada, llegando incluso a desafiar a los propios policías.

La enfermera responsable comenta con el médico la posibilidad del uso de contención mecánica, debido a su estado de agitación, y a que tiene antecedentes de escape. En ese momento, al escucharlo, la paciente se abalanza sobre la estudiante de enfermería agrediéndole físicamente y tirándole del pelo hasta caer al suelo, siendo al instante bloqueada por los policías.

Tras el ataque la estudiante, siguiendo el protocolo y aconsejada por el enfermero responsable, realiza un parte de agresiones; se le plantea también la posibilidad de denunciar el caso, sin embargo no lo hace.

Los días próximos, sufrió recuerdos persistentes de la agresión, lo cual le provocaba ansiedad, así como miedo, desmotivación e hipervigilancia. Además, refiere que involuntariamente tiene un trato más lejano con los pacientes desde que ocurrió el incidente.

a. Valoración

Se realiza una valoración integral de la estudiante de Enfermería, según las Necesidades de Virginia Henderson (a continuación VH), las cuales se encuentran detalladas en el **Anexo IV**. De entre todas ellas, se explican a continuación las más interesantes para la realización del PEC.

Necesidad 9 de VH. Evitar peligros: no conocía el protocolo de prevención de agresiones, diciendo textualmente que sería necesaria una mayor formación en este ámbito de la enfermería. (Manifestación de Dependencia)

Necesidad 10 de VH. Comunicación: durante la entrevista se observa nerviosa e intranquila. Asegura que cuando va al hospital se mantiene en un estado de hipervigilancia, además de mostrar síntomas de ansiedad y temor cuando se enfrenta a pacientes conflictivos. (Manifestación de Dependencia)

Necesidad 12 de VH. Ocuparse y realizarse: refiere que "va nerviosa a las prácticas tras la agresión". (Manifestación de Dependencia)

Necesidad 14 de VH. Aprendizaje: desde el incidente, se ha interesado mucho por el tema de las agresiones, así como por formarse más acerca del mismo: prevención, manejo, afrontamiento... (Manifestación de Independencia)

A continuación, se proporciona a la joven las escalas mencionadas anteriormente para valorar de una forma más objetiva y completa su estado actual tras la agresión: la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, la Escala de Ansiedad de Hamilton y una adaptación española del Inventario de estrategias de Afrontamiento, disponibles en el **Anexo III**.

b. Diagnósticos de Enfermería y Planificación (26-29)

Tras la valoración anterior, se obtienen una serie de diagnósticos de enfermería (NANDA) procedentes de las Manifestaciones de Dependencia, de los que se pueden destacar:

- Riesgo de impotencia (00152) r/c conocimiento insuficiente para gestionar una situación
- Afrontamiento ineficaz (00069) r/c agresión física m/p estrategias de afrontamiento ineficaces
- Temor (00148) r/c agresión física m/p aumento de alerta, conductas de evitación, nerviosismo
- Deterioro de la resiliencia (00210) r/c exposición a violencia m/p estrategias de afrontamiento ineficaces

Dichos diagnósticos, así como la planificación de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) para cada uno, se encuentran desarrollados en las siguientes tablas:

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE RIESGO

Riesgo de impotencia (00152) r/c conocimiento insuficiente para gestionar una situación		
Dominio 9 – Clase 2		
<p>Objetivo: La enfermera ayudará a la joven a no vivir una experiencia de falta de control de la situación cuando se enfrente a otro caso similar al vivido, proporcionándole conocimientos para afrontarla adecuadamente y aumentando su autoestima.</p>		
RESULTADOS (NOC) *	<p>1205: Autoestima <i>Puntuación diana del resultado: Mantener a 4 (Frecuentemente positivo)</i> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 120508: Cumplimiento de los roles significativos personales - 120511: Nivel de confianza - 120515: Voluntad para enfrentarse a los demás 	<p>1501: Desempeño del rol <i>Puntuación diana del resultado: Mantener a 4 (Sustancialmente adecuado)</i> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 150101: Desempeño de las expectativas del rol - 150105: Desempeño de las conductas del rol laboral - 150112: Expresa comodidad con la expectativa del rol
INTERVENCIONES (NIC)	<p>5400: Potenciación de la autoestima Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación - Ayudar a afrontar los abusos o las burlas - Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos 	<p>5210: Orientación anticipatoria Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a decidir la forma de solucionar el problema - Utilizar ejemplos de casos que potencien la habilidad del paciente para solucionar problemas - Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles

(*)No se ha especificado el nivel actual de los indicadores anteriores debido a que como no es un problema real, no se puede evaluar algo que no está presente en el paciente.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FOCALIZADOS EN EL PROBLEMA (REALES)

Afrontamiento ineficaz (00069) r/c agresión física m/p estrategias de afrontamiento ineficaces		
Dominio 9 – Clase 2		
La enfermera proporcionará ayuda en el afrontamiento a la joven, ofreciéndole diferentes alternativas para mejorar sus habilidades de interacción social, entre otras.		
RESULTADOS (NOC)	<p>1302: Afrontamiento de problemas <i>Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5 (Siempre demostrado)</i> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 130203: Verbaliza la sensación de control → 1, <i>Nunca demostrado</i> - 130204: Refiere disminución de estrés → 2, <i>Raramente demostrado</i> - 130218: Refiere aumento del bienestar psicológico → 2, <i>Raramente demostrado</i> 	<p>1502: Habilidades de interacción social <i>Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5 (Siempre demostrado)</i> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 150210: Mostrar estabilidad → 2, <i>Raramente demostrado</i> - 150211: Parecer relajado → 2, <i>Raramente demostrado</i> - 150216: Utilizar estrategias de resolución de conflictos → 1, <i>Nunca demostrado</i>
INTERVENCIONES (NIC)	<p>5230: Mejorar el afrontamiento Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva - Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento - Fomentar un dominio gradual de la situación 	<p>4362: Modificación de la conducta: habilidades sociales Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social - Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas - Ayudar al paciente a identificar pautas posibles de acción y sus consecuencias sociales / interpersonales

Temor (00148) r/c agresión física m/p aumento de alerta, conductas de evitación, nerviosismo

Dominio 9 – Clase 2

La joven manifestará no sentir miedo ni nerviosismo cuando se encuentre en un ambiente de trabajo similar a donde sucedió la agresión, no interfiriéndole en la toma de decisiones.

<p>RESULTADOS (NOC)</p>	<p>1404: Autocontrol del miedo <i>Puntuación diana: Aumentar a 5 (Siempre demostrado)</i> Indicadores: - 140406: Utiliza estrategias de superación efectivas → 2, <i>Raramente demostrado</i> - 140410: Mantiene la realización del rol → 1, <i>Nunca demostrado</i> - 140415: Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo → 1, <i>Nunca demostrado</i></p>	<p>0906: Toma de decisiones <i>Puntuación diana: Aumentar a 5 (No comprometido)</i> Indicadores: - 090606: Reconoce el contexto social de la situación - 090603: Identifica las consecuencias - 090609: Escoge entre varias alternativas</p>
<p>INTERVENCIONES (NIC)</p>	<p>5820: Disminución de la ansiedad Actividades: - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación</p>	<p>5240: Asesoramiento Actividades: - Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda - Pedir al paciente que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que sucede - Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades - Reforzar nuevas habilidades</p>

Deterioro de la resiliencia (00210) r/c exposición a violencia m/p estrategias de afrontamiento ineficaces

Dominio 9 – Clase 2

La enfermera tratará de mejorar el patrón de respuestas de la joven ante una situación adversa, mostrándole soluciones prácticas y viables para la resolución de conflictos.

<p align="center">RESULTADOS (NOC)</p>	<p>1309: Resiliencia personal <i>Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5 (Siempre demostrado)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 130915: Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos → 2, <i>Raramente demostrado</i> - 130915: Utiliza estrategias para evitar situaciones de violencia → 2, <i>Raramente demostrado</i> - 130928: Participa en el trabajo → 3, <i>A veces demostrado</i> 	<p>1216: Nivel de ansiedad social <i>Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5 (Ninguno)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 121604: Anticipación ansiosa de situaciones sociales → 2, <i>Sustancial</i> - 121607: Auto percepciones negativas de las habilidades sociales → 1, <i>Grave</i> - 121616: Interferencia con el desempeño del rol → 1, <i>Grave</i>
<p align="center">INTERVENCIONES (NIC)</p>	<p>6160: Intervención en caso de crisis Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentar al paciente a personas que hayan pasado por la misma experiencia con éxito - Ayudar al paciente a decidirse sobre un curso de acción particular (**) - Planificar con el paciente la forma en que pueden utilizarse las habilidades de afrontamiento adaptativas para tratar crisis en el futuro 	<p>5100: Potenciación de la socialización Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el compartir problemas comunes con los demás - Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás - Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas

(**) Para realizar esta actividad, se proporciona a la joven el siguiente folleto informativo, el cual presenta el Plan de actuación a seguir ante un paciente agresivo:

PLAN DE ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE AGRESIVO

(**) *Elaboración propia (4, 30-32)*

PREVENCIÓN



Tener en cuenta

PROFESIONAL

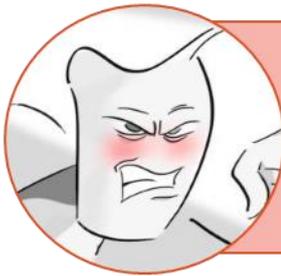
1. Interrumpir paciente
2. Cambios de tema bruscamente
3. Atender exclusivamente datos objetivos
4. Evitar cuestiones difíciles
5. Juicios de valor
6. No separar lo personal de lo profesional

EVITAR



FACTORES DE RIESGO VARIABLES

DETECCIÓN



1. Mirada directa y mantenida
2. Ceño fruncido
3. Cabeza hacia delante
4. Posturas cerradas
5. Tono elevado y habla rápida

ENTORNO

1. Facilitar ambiente adecuado
2. Evitar interrupciones externas
3. Atención a los tiempos de espera

ESCALAS



Riesgo de Violencia de Plutchik
HCR - 20

ACTUACIÓN Y MANEJO

1

CONTENCIÓN VERBAL

ESTRATEGIAS VERBALES



ESTRATEGIAS NO VERBALES

COMUNICACIÓN EFICAZ

- ✓ Lograr alianza con el paciente
- ✓ Negociar soluciones terapéuticas
- ✓ Disminuir la hostilidad y la agresividad
- ✓ Potenciar autocontrol del paciente

- No quedarse solo con el paciente
- Firmeza y objetividad, pero serenidad
- No dar la espalda
- Guardar las distancias (1 m)
- No hacer movimientos bruscos

2

DOMINIO DEL CLIMA

NO MOSTRAR MIEDO



SIEMPRE ALERTA

3

CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA



Fármaco escogido por el médico
Menor dosis posible
VO → si no accede: mejor vía IM

4

CONTENCIÓN MECÁNICA

Registro de autorización médica de CM
Colocar en decúbito supino
Actitud segura y tranquilizadora
Mínimo 4 personas
Uno en cada extremidad
Ventral → EEII → EESS → Tronco
1ª hora → control cada 15 min
2ª hora en adelante → control horario
Valorar cesión de CM c/8h
Tiempo máximo de contención 72 h



c. Ejecución

Una vez realizada la planificación, llega el momento de poner en práctica las intervenciones propuestas en el plan de cuidados, con todas sus actividades, para conseguir los objetivos propuestos.

Para realizar correctamente estas actividades será necesario por parte de la enfermera tener una serie de habilidades: Cognitivas e intelectuales, interpersonales y manuales o técnicas.

Para conseguir una óptima ejecución se deberán seguir los siguientes pasos:

- 1) Preparación para la acción
- 2) Realización de las actividades
- 3) Registro y documentación del Proceso Enfermero

d. Evaluación

Con esta última fase del plan de cuidados, se pretende evaluar el grado de consecución de los objetivos fijados y la resolución o mejora de los problemas detectados en la joven.

A pesar de que la evaluación es un proceso continuo durante todo el plan de cuidados, en esta última fase se revisan los objetivos propuestos para cada diagnóstico, así como las puntuaciones de los indicadores de los NOC.

Para ello, se observará si los niveles de estos han alcanzado la puntuación diana establecida anteriormente, y por tanto, si se han logrado cumplir los objetivos propuestos.

Además, se proporcionará de nuevo la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático así como la Escala de Ansiedad de Hamilton, facilitadas anteriormente en la etapa de valoración, para evaluar la evolución o mejoría de la joven en cuanto a estos aspectos.

CONCLUSIONES

- Según los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica realizada, las agresiones en el sector sanitario constituyen un hecho real, de creciente incidencia y que afecta de manera biopsicosocial a los profesionales sanitarios. La formación sistemática del personal de Enfermería (y de otros miembros del equipo interdisciplinar) basada en la detección, prevención y manejo de situaciones de agresividad en un entorno sanitario puede minimizar el impacto global que causa la VL en los profesionales.
- A partir del caso real desarrollado en este proyecto se ha elaborado un plan estandarizado de cuidados de enfermería (NANDA-NOC-NIC) basado en intervenciones que mejoren la seguridad y el afrontamiento de los profesionales afectados.
- Se debe de generalizar el acceso y utilización de Protocolos de actuación generales y/o específicos ante la VL, tanto en unidades hospitalarias como extrahospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Carrasco M, González J. Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicol.* 2006;4(2):7–38.
- (2) Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública.* 2012;86:279–91.
- (3) Muñoz Pascual JC, Delgado de Mendoza B, Romero Ruiz A, Bermúdez Luque JC, Cabrera Cobos F. Agresiones al personal de los servicios de salud. *Enfermería Docente.* 2008;(89):15–7.
- (4) Altemir Cortes M. Agresiones al personal sanitario: Estrategias de afrontamiento de la conducta agresiva del paciente. Universidad pública de Navarra. Pamplona; 2014.
- (5) Arimany Manso J, Clos Masó D, Gómez Durán E. Sobre las agresiones a profesionales sanitarios. *Atención Primaria.* 2016;48(3):147–8.
- (6) Gil Hernández MR, Del Rio Aragón P, Martín Durán AM, Morales Cobo MC. Violencia: Una constante en el servicio de Urgencias. CR de la SEEUE [Internet]. 2008 [citado 2 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre/pagina7.htm>
- (7) Viotti S, Gilardi S, Guglielmetti C, Converso D. Verbal Aggression from Care Recipients as a Risk Factor among Nursing Staff: A Study on Burnout in the JD-R Model Perspective. Stavroula. 2015, BioMed Research International. Milán: Hindawi Publishing Corporation. 2015; 17
- (8) Rodríguez M, Muñoz R. Perceived barriers and difficulties in the management of violent situations in personal health of a hospital in Madrid. *Nure Inv.* 2016;13(83).
- (9) Martín Albo Palacios J. TFG: Violencia hacia las enfermeras en el entorno laboral. Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
- (10) Ágreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *An Sis San Navarra.* 2001;24(2):65–72.
- (11) Jiménez EC, Valdeolmillos MR. Situaciones difíciles en la consulta de Atención Primaria. 2009;49(210):331–8.

- (12) Alonso Gómez M, Alonso Quintana MA, Armona Aquerreta JM, Cardeñoso Herrero R, Cayón de las Cuevas J, Cobo Castro T, et al. Plan de prevención y atención ante incidentes violentos en el ámbito sanitario público de Cantabria. 2014;21-62.
- (13) De San Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez de Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez Úriz MÁ. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). *Semergen* [Internet]. 2016 [citado 2 Mar 2017];3-8. Disponible en: [http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-avance-resumen-estudio-comparativo-las-agresiones-sanitarios-S1138-3593\(16\)00125-8%5Cnhttp://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359316001258](http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-avance-resumen-estudio-comparativo-las-agresiones-sanitarios-S1138-3593(16)00125-8%5Cnhttp://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359316001258)
- (14) Vidal Martí C, Pérez Testor C. Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España. *Rev Española Med Leg*. 2015;41(3):123-30.
- (15) Organización Colegial de Enfermería CG. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermera. Consejo General. Madrid; 2009.
- (16) Cruz Aguilar MT, Sánchez Robles R, Sánchez Robles V. Agresiones Laborales al profesional de Enfermería en los servicios de Urgencias. *CR de la SEEUE* [Internet]. 2015 [citado 2 Mar 2017]. 4 (45). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2015/pagina8.html>
- (17) Galián Muñoz I, Llor Esteban B, José Antonio RH. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias*. 2014;26:163-70.
- (18) Lau JBC, Magarey J, Wiechula R. Violence in the emergency department: An ethnographic study (Part I). *Int Emerg Nurs*. 2012;20(2):69-75.
- (19) Lau JBC, Magarey J, Wiechula R. Violence in the emergency department: An ethnographic study (part II). *Int Emerg Nurs*. 2012;20(3):126-32.

- (20) Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina Marcos M, Morató Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Glob.* 2013;30:208–19.
- (21) Galián Muñoz I, Bernal Torres J, Díaz Sánchez C, De Concepción Salesa A, Martínez Serrano J. Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y / o Heteroagresividad. Hospital Psiquiátrico Román Alberca [Internet]. Murcia; 2011. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes_agitacion.pdf
- (22) Herrero Ó, Melis F, Negredo L. Riesgo de violencia institucional y comunitaria en delincuentes con trastorno mental. *Anu Psicol Jurídica.* 2015;25(1):21–7.
- (23) Amor P, Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I. Escala De Gravedad De Sintomas Del Trastorno De Estres Postraumatico según el DSM-5: Propiedades Psicométricas. *Ter Psicológica.* 2016;34(2):111–28.
- (24) Escala de ansiedad de Hamilton. *Serv andaluz salud Cons salud.* 2002
- (25) Cano García FJ, García Martínez J, Rodríguez Franco L. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Acta Española Psiquiatr.* 2007;35(1):29–39.
- (26) Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015 - 2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
- (27) Johnson M, Maas ML, Moorhead S, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5th ed. Londres: Elsevier; 2014.
- (28) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- (29) Bulechek GM, Butcher HK, Johnson M, Maas ML, Moorhead S, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos : Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. Amsterdam: Elsevier; 2012.

- (30) Bonill de las Nieves C. The importance of communication skills in the humanization of patients' cares. *Index de Enfermería* [Internet]. 2008 [cited 2017 Feb 24];17(1):74-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- (31) Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J, Casal Angulo C, Gómez Estarlich MC. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*. 2009;21:121-32.
- (32) Aseguinolaza Chopitea L, García Campayo J, Tazón Ansola MP. *Relación y Comunicación. Enfermera siglo XXI*. 1ª ed. DAE, editor. Madrid; 2008.

ANEXOS

Anexo I: Factores causantes de la violencia

Tabla de elaboración propia (4, 13, 14)

Factores derivados del paciente	Elementos que dependen del profesional	Agentes r/c el entorno
Patología <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad complicada - Síntomas difíciles de catalogar - Problema mental no identificado o mal manejado 	Circunstancias del profesional <ul style="list-style-type: none"> - Estrés - Dificultad en el abordaje de contenidos psicosociales - Experiencias negativas anteriores 	Áreas de recepción inapropiadas
Personalidad del paciente	Actitudes y temperamento	Tiempos de espera excesivos
Circunstancias personales	Personalidad del profesional	Fallos reiterados en cuestiones burocráticas

Anexo II: Escalas para valorar la agresividad (21,22)

1

ESCALA DE RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK

	NUNCA (0)	A VECES (1)	A MENUDO (2)	CASI SIEMPRE (3)
1. ¿Se enfada con facilidad?				
2. ¿Se enfada continuamente con la gente?				
3. ¿Se enfurece sin motivo?				
4. Cuando se enfada, ¿coge un arma?				
5. ¿Ha lastimado a alguien en alguna pelea?				
6. ¿Ha lastimado o atacado alguna vez a algún familiar?				
7. ¿Ha pegado o atacado alguna vez a alguien que no sea familiar suyo?				
8. ¿Ha usado alguna vez un objeto para agredir a alguien?				
9. ¿Podría conseguir un arma con facilidad?				
10. ¿Cuántas veces ha sido Ud. detenido por delitos no violentos como irse de una tienda o falsificar documentos?				
11. ¿Cuántas veces ha sido Ud. detenido por delitos como robo a mano armada o agresión violenta?				
			SI (1)	NO (0)
12. ¿Guarda o colecciona armas en su casa y sabe cómo utilizarlas?				

2**GUÍA PARA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CONDUCTAS VIOLENTAS (HCR-20)**

Ítems históricos		(0, 1, 2)
<i>0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/definitivamente presente</i>		
H1	Violencia parcial	
H2	Edad del primer incidente violento	
H3	Relaciones inestables de pareja	
H4	Problemas relacionados con el empleo	
H5	Problemas con el consumo de sustancias adictivas	
H6	Trastorno mental grave <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H7	Psicopatía <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H8	Desajuste infantil	
H9	Trastorno de personalidad <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H10	Incumplimientos de supervisión	
Total ítems históricos		/20

Ítems clínicos		(0, 1, 2)
<i>0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/definitivamente presente</i>		
C1	Carencia de introspección <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
C2	Actitudes negativas	
C3	Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
C4	Impulsividad	
C5	No responde al tratamiento	
Total ítems clínicos		/10

Ítems de gestión del riesgo <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> Out		(0, 1, 2)
<i>0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/definitivamente presente</i>		
R1	Ausencia de planes de futuro viables	
R2	Exposición a factores desestabilizantes	
R3	Carencia de apoyo social	
R4	Incumplimiento a los tratamientos prescritos	
R5	Alto nivel de estrés experimentado	
Total ítems de afrontamiento de situaciones de riesgo		/10

HCR-20 Total	/40
---------------------	------------

Valoración final de riesgo: <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Alta

3**ESCALA DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA. OAS**

FECHA:

TURNO:

HORA DE COMIENZO DEL INCIDENTE:

DURACIÓN DEL INCIDENTE:

LUGAR:

PERSONAL IMPLICADO:

*(De cada grupo, señale las manifestaciones más graves presentes durante el episodio)***AGRESIÓN VERBAL**

1. No presenta	
2. Habla en voz muy alta, grita con enfado	
3. Insultos personales sin gran importancia Ej. "Eres tonto"	
4. Juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a sí mismo	
5. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo ("te voy a matar") o precisa ayuda para controlarse a sí mismo	

AGRESIÓN FÍSICA CONTRA UNO MISMO

1. No presenta	
2. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo	
3. Golpea objetos romos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos (se produce heridas pero sin daño grave)	
4. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves	
5. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrear, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o de los dientes	

AGRESIÓN FÍSICA CONTRA OBJETOS

1. No presenta	
2. Da portazos, desparrama ropa, desordena todo	
3. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos o hace marcas en las paredes	
4. Rompe objetos como ventadas y cristales	
5. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente	

AGRESIÓN FÍSICA CONTRA OTRAS PERSONAS

1. No presenta	
2. Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarra de la ropa	
3. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas (sin daño para ellas)	
4. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones)	
5. Ataca a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas)	

Intervención: *(señale las intervenciones llevadas a cabo durante el episodio)*

- Ninguna
- Contención verbal
- Vigilancia y control
- Retirada de privilegios (permisos, salidas, llamadas...)
- Aislamiento en una sala
- Medicación oral
- Medicación parenteral
- Contención mecánica
- Tratamiento sanitario inmediato por lesiones del paciente
- Tratamiento inmediato por lesiones a otras personas

Anexo III: Escalas de valoración al profesional tras agresión (23-25)

1

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Colóquense en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según frecuencia e intensidad del síntoma.

- **0:** NADA
- **1:** UNA VEZ POR SEMANA O MENOS / POCO
- **2:** DE 2 A 4 VECES POR SEMANA / BASTANTE
- **3:** 5 O MÁS VECES POR SEMANA / MUCHO

Suceso traumático: Agresión física por parte de una paciente

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió? 5 meses

¿Desde cuándo experimenta malestar? Desde que ocurrió el incidente

REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? 2
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? 1
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? 1
4. ¿Sufre malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan algún aspecto del suceso? 3
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? 2

Puntuación de síntomas de reexperimentación (0-15): **9**

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? 1
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? 2
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? 0
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? 0

5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? 1
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? 0
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? 0

Puntuación de síntomas de evitación (0-21): 4

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? 0
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? 1
3. ¿Tiene dificultades de concentración? 1
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? 2
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? 3

Puntuación de síntomas de activación (0-15): 7

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: 20 (Rango 0-51)

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación

SI **X**

Agudo (1-3 meses)

NO

Crónico (>3meses) **X**

Con inicio demorado

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	20
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Reexperimentación (Rango 0-15)	5	9
Evitación (rango 0-21)	6	4
Aumento de la activación (Rango 0-15)	4	7

2 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición	0	1	2	3	4

de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	10
Ansiedad somática	8
PUNTUACIÓN TOTAL	18

3 INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Inventario de Estrategias de Afrontamiento			Puntuación
1	REP	Luché para resolver el problema	2
2	AUC	Me culpé a mí mismo	1
3	EEM	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	2
4	PSD	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	3
5	APS	Encontré a alguien que escuchó mi problema	4
6	REC	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0
7	EVP	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0
8	RES	Pasé algún tiempo solo	1
9	REP	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	2
10	AUC	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	1
11	EEM	Expresé mis emociones, lo que sentía	1
12	PSD	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	2
13	APS	Hablé con una persona de confianza	4

14	REC	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	1
15	EVP	Traté de olvidar por completo el asunto	3
16	RES	Evité estar con gente	1
17	REP	Hice frente al problema	1
18	AUC	Me critiqué por lo ocurrido	1
19	EEM	Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	1
20	PSD	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	4
21	APS	Dejé que mis amigos me echaran una mano	3
22	REC	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	2
23	EVP	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	3
24	RES	Oculté lo que pensaba y sentía	1
25	REP	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0
26	AUC	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	1
27	EEM	Dejé desahogar mis emociones	2
28	PSD	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	2
29	APS	Pasé algún tiempo con mis amigos	2
30	REC	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	2
31	EVP	Me comporté como si nada hubiera pasado	1
32	RES	No dejé que nadie supiera como me sentía	1
33	REP	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	3
34	AUC	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	2
35	EEM	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	3
36	PSD	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	3
37	APS	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	3
38	REC	Me fijé en el lado bueno de las cosas	2
39	EVP	Evité pensar o hacer nada	1
40	RES	Traté de ocultar mis sentimientos	2
		Me consideré capaz de afrontar la situación	1

Claves de corrección:

- Resolución de problemas (REP) → 8/20
- Autocrítica (AUC) → 6/20
- Expresión emocional (EEM) → 9/20
- Pensamiento desiderativo (PSD) → 14/20
- Apoyo social (APS) → 16/20
- Reestructuración cognitiva (REC) → 7 /20
- Evitación de problemas (EVP) → 8/20
- Retirada social (RES) → 6/20
- **Total: 74/160**

**Anexo IV: Valoración según las necesidades básicas de Virginia
Henderson (VH)**

- *Manifestación de Dependencia = MD*
- *Manifestación de Independencia = MI*
- *Dato a Considerar = DC*

1. Oxigenación	
MD	-
MI	- No fumadora
DC	- TA: 105/65 - FC: 61x' - Sat O ₂ : 99%

2. Nutrición e Hidratación	
MD	- Refiere que bebe poca cantidad de agua (<1.5L)
MI	- Sigue una dieta equilibrada y variada
DC	- Talla: 1,73 m - Peso: 55,5 Kg - IMC : 18.54kg/m ² - No presenta problemas digestivos ni en mucosas - En ocasiones, ha tomado complejos vitamínicos

3. Eliminación	
MD	-
MI	- Realiza micción y deposición de forma regular
DC	- Patrón eliminatorio sin alteración - Dismenorrea

4. Moverse y mantener una postura adecuada	
MD	-
MI	- Realiza ejercicio físico 2 veces por semana
DC	- Sin alteraciones observadas

5. Dormir y descansar	
MD	- Puede conciliar el sueño con facilidad, pero se despierta en numerosas ocasiones durante la noche - Se levanta cansada
MI	-
DC	- Refiere dormir 6 horas y media por la noche - Duerme una siesta de media hora por la tarde

6. Uso de prendas adecuadas	
MD	-
MI	- Usa ropa adecuada para la ocasión y el clima
DC	-

7. Mantenimiento de la temperatura corporal	
MD	-
MI	-
DC	- Tª axilar: 36,1°C

8. Higiene e integración de la piel	
MD	-
MI	-
DC	- Higiene corporal adecuada: se ducha diariamente y lava sus dientes 3 veces al día

10. Comunicación	
MD	<ul style="list-style-type: none"> - Se observa nerviosa e intranquila - Refiere hipervigilancia cuando está en su puesto en el hospital, así como sensación de ansiedad y temor cuando se enfrenta a pacientes conflictivos desde que tuvo la agresión
MI	- La paciente se comunica correctamente, sin alteraciones en los órganos de los sentidos
DC	<ul style="list-style-type: none"> - Vive con su hermano - Todos los fines de semana visita a sus padres en el pueblo - Queda con sus amigos frecuentemente - Tiene una relación estable desde hace 5 años

9. Evitar peligros	
MD	
MI	- Interés en conductas saludables
DC	<ul style="list-style-type: none"> - No alergias conocidas - No fuma - Ingesta de alcohol algún fin de semana al mes - Realiza revisiones ginecológicas anuales - No conocía el protocolo de prevención de agresiones de pacientes

11. Creencias y valores	
MD	-
MI	-
DC	- Cristiana católica

12. Ocuparse y realizarse	
MD	- Manifiesta verbalmente que va "nerviosa a las prácticas" tras la agresión
MI	-
DC	<ul style="list-style-type: none"> - Estudiante de 4º Grado de Enfermería - Afirma que le gusta la profesión que ha escogido a pesar del incidente ocurrido - Se interesa por saber más acerca de la enfermería

13. Actividades recreativas	
MD	-
MI	-
DC	<ul style="list-style-type: none"> - Va a clases de canto una vez por semana - Sale con sus amigos varias veces por semana

14. Aprendizaje	
MD	-
MI	- Desde la agresión se ha interesado acerca del tema
DC	<ul style="list-style-type: none"> - Está terminando el grado de Enfermería - Se interesa por conocer más acerca de su profesión