REVISIÓN

Violencia en el medio sanitario

[1]Fernández Álvarez R, [2]Fernández Domínguez MJ, [3]Fernández Álvarez MC, [4]Pena Vetoret R
[5]Menéndez Rodríguez M, [1]Pérez Rodríguez R

[1]Punto de Atención Continuada. Allariz
[2]Unidad de Docencia de Medicina de Familia y Comunitaria
[3]Complexo Hospitalario Ourensano
[4]Xerencia de Atención Primaria
[5]Estudiante de Medicina
Orense

LA AGRESIVIDAD COMO CONDUCTA

El comportamiento violento o agresivo es un patrón de conducta común a la mayoría de las especies animales. La humana no es ajena a este fenómeno, pero algunos autores[1,2,3] destacan en ella algunas peculiaridades. Así, en los animales es menos frecuente la lucha a muerte entre miembros de la misma especie, si bien la probabilidad aumenta en condiciones de cautividad o de importante superpoblación en superficies muy reducidas. La mayoría de los animales muestran lo que se ha denominado una *agresividad amagante*[1], a través de prácticas disuasorias y ceremoniales de exhibición de poder que suponen la ritualización del combate, para eludir el enfrentamiento propiamente dicho.

El ser humano, en cambio, con relativa frecuencia es capaz de llegar a la aniquilación del contrincante. Se han postulado posibles explicaciones, como el hecho de que esta *agresividad letal* compensa la falta de armas naturales en el cuerpo[2]; también la especial habilidad en el manejo de las manos y su capacidad para el manejo de las armas pueden hacer que el contendiente no se someta fácilmente a los signos de superioridad física. Por otro lado, las formas de combate entre humanos han evolucionado hasta el punto de que muchas veces el agresor no percibe las expresiones de la víctima, con lo que no entra en juego la empatía, que es un potente inhibidor de la violencia[4].

Además, parece que la evolución de las especies en su potencial de agresividad se ha visto acompañada de un desarrollo paralelo de los mecanismos que la reprimen[2]. En el humano, por el contrario, ha sido muy alta la velocidad con la que ha podido desarrollar sus capacidades de causar daño al resto de los animales y a los propios congéneres. La disposición para suprimir el impulso agresivo cuando ya no es necesario tal vez no ha evolucionado con la misma rapidez[2].

Si bien el hombre ha podido elaborar otras barreras de contención de la agresividad relativamente eficaces, como las normas sociales, morales y jurídicas, también ha hallado maneras de franquearlas. Así, se han descrito formas de justificar o racionalizar el comportamiento agresivo, como el desplazamiento de la responsabilidad a otros, la deshumanización de la víctima, la difusión de las responsabilidades…[5]

No está claro, en todo caso, el papel de la agresividad en el éxito del ser humano como especie. Algunos autores, en la línea de Konrad Lorentz, sostienen que este rasgo pudo haber contribuido a su éxito evolutivo a través de la selección inter e intraespecífica, y la territorialidad pudo haber propiciado la expansión de la especie humana por todo el planeta[2,3]. Por el contrario, otros expertos señalan que su dominio como especie se debe más bien a su elevada capacidad de cooperación, y que en la evolución del hombre las recompensas no han recaído sobre quienes reaccionaban más instintivamente, sino sobre los que tenían más capacidad de aprender[5,6].

Tampoco los padres del psicoanálisis parecen estar de acuerdo[2]. Así, en la mayor parte de su obra, Freud no concedió a la agresividad un papel cardinal en la conducta humana, pues la entendió como un componente del instinto sexual que refleja la tendencia a dominar como un medio para vencer la resistencia del objeto sexual por vías diferentes al proceso de cortejar; o bien como una desviación hacia los otros del *impulso de muerte*. Addler, en cambio, la situó en el plano central del comportamiento, como motor de la *voluntad de poder* o *afán de superioridad* del ser humano.

Los estudiosos del comportamiento han mantenido apasionados debates sobre el motivo que desencadena las respuestas agresivas. Para algunos[2,3]

los estímulos externos no son imprescindibles, pues la agresividad experimenta un proceso acumulativo que, cuando ha alcanzado unos niveles, debe liberarse para no resultar lesiva a los intereses del individuo. Algo similar a lo que ocurre con los peces *tilapias*[2)], que precisan de vecinos hostiles para poder combatir con ellos, pues de lo contrario acabarán agrediendo a su pareja o a su progenie. Este modelo *acuático* de la agresividad contempla el fenómeno como un rasgo inevitable del individuo que no debe reprimirse sino encauzarse debidamente a través de una *salida segura*. Procesos similares se explican con el concepto de rumiación[5], según el cual la represión de la agresividad después de haber sufrido un ataque da lugar a una mayor intensidad de la respuesta diferida. Otros autores niegan el sustrato fisiológico de estas teorías energéticas del comportamiento y apelan a la inexistencia de un "depósito de energía" en el organismo y al hecho de que el ser humano no sólo es capaz de responder a un estímulo interno o externo generando una respuesta previsible, sino también operando sobre la *fuente del estímulo*[6].

En este sentido se han establecido dos categorías principales de agresividad: la emocional, que ocurre como una respuesta ante la frustración de un individuo negativamente activado, y la instrumental, que es la que pretende provocar un cambio en la actitud del sujeto sobre el que se ejercita la agresión. Otros autores[1,5] incluyen también la lúdica, que es más específica del ser humano y cuya finalidad estriba en la consecución de placer; no es un medio sino un fin en sí misma, un concepto próximo a lo que se ha denominado la *violencia excedente*[7]. Distintos autores han intentado categorizar la agresión con mayor o menor consenso (tabla1).

Entre los mecanismos que intervienen en la génesis y el desarrollo de la respuesta agresiva mencionamos los siguientes por parecernos de interés para entender aspectos de la violencia en el entorno sanitario:

- La percepción de estructuras jerárquicas supone un elemento modificador de la respuesta agresiva. El líder de una manada interpretará cualquier desafío como una invitación a pelear; sin embargo, el individuo que pertenece al escalafón más bajo lo interpretará como una invitación a someterse[1)]. Las agresiones dentro del propio grupo

Tabla 1. Definiciones de formas de agresión adoptadas por la OMS

Violencia física
Es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos. Se incluyen en ella las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos (adaptado de la definición de violencia, de la OMS).

Violencia psicológica
Uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas (adaptado de la definición de violencia, de la OMS).

Agresión/ataque
Comportamiento intencionado que daña físicamente a otra persona. Se incluye la agresión sexual.

Abuso
Comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor de una persona (Asociación de Enfermeras Especialistas de Alberta).

Intimidación/atropello
Comportamiento ofensivo y repetido en el tiempo, con intentos vengativos, crueles o maliciosos de humillar o minar a un empleado o grupo de empleados (Adaptado de Violencia en el trabajo - OIT).

Acoso
Conducta no correspondida ni deseada que se basa en la edad, discapacidad, condición de seropositivo, circunstancias familiares, sexo, orientación sexual, raza, color, idioma, religión, creencias u opiniones políticas, sindicales u otras, origen nacional o social, asociación con una minoría, propiedad, nacimiento u otra condición, y que afecta a la dignidad de los hombres y mujeres en el trabajo (Ley de Derechos Humanos, del Reino Unido).

Acoso sexual
Conducta no correspondida ni deseada, de carácter sexual, que resulta ofensiva para la otra persona y es causa de que esta persona se sienta amenazada, humillada, o avergonzada. (Organización de enfermeras de Irlanda)

Acoso racial
Toda conducta amenazadora, no correspondida ni deseada, que se basa en la raza, color, idioma, origen nacional, religión, asociación con una minoría, nacimiento u otra condición, y que afecta a la dignidad de las mujeres y de los hombres en el trabajo (Adaptado de la Ley de Derechos Humanos, del Reino Unido).

Amenaza
Promesa de recurso a la fuerza física o al poder (es decir, la fuerza psicológica), que produce miedo al daño físico, sexual, psicológico u otras consecuencias negativas en las personas o grupos a los que se dirige.

Fuente: *OIT-CIE-OMS-ISP Directrices Marco para afrontar la violencia en el sector de la salud. 2002*

también están direccionadas por el orden jerárquico; así por ejemplo, se ha visto que los individuos de mayor rango agreden a todos los demás, pero éstos sólo pueden agredir a los de menor categoría, y así hasta los inferiores, que no pueden ejercer la violencia contra otros pero sí recibirla de todos. Es lo que se ha denominado el *orden de picoteo* o *pecking-order*[2].

• La territorialidad se ha invocado como uno de los principales condicionantes de la respuesta agresiva, viendo que el individuo reacciona con tanta o más violencia por las incursiones en su territorio que por el daño potencial que pueda recibir por parte del intruso[2]. La hostilidad territorial, especialmente en circunstancias de superpoblación, obliga a los sujetos a reprimir constantemente sus impulsos agresivos. En el contexto de la sociedad humana, la agresividad territorial puede estar presente de forma menos perceptible, a través de restricciones del comportamiento de los individuos extraños, limitaciones o normas causantes de frustración y, por tanto, de respuestas agresivas. En situaciones de amenaza exterior, los grupos son capaces de tolerar estas restricciones severas sin reaccionar de forma airada, tal como se ha visto en sociedades de babuinos y en grupos humanos bajo amenazas de catástrofes[2,5].

• Otro hecho destacable para nuestro interés es que la conjura contra un enemigo común es uno de los recursos más elementales en el mundo animal y humano para promover la amistad y atenuar los enfrentamientos entre los miembros de un grupo. Es el denominado fenómeno del *bucoemisario*[1], en virtud del cual es rentable mantener un *chivo expiatorio* o *víctima propiciatoria* para asegurar el reforzamiento de las uniones.

• El anonimato y la pérdida de autoconciencia actúan bajando el umbral de la agresión[5]. La información previa que el sujeto tiene sobre su interlocutor también influye en la respuesta, de modo que sujetos advertidos de que se enfrentarán con una persona enojada o de mal carácter, o que no tiene un buen día, toleran mejor la ira o los insultos de ésta. Es lo que se conoce como *información mitigante*. Por ello, el conocimiento preliminar entre médico y paciente puede operar como un inhibidor de la agresividad, al haber una adaptación previa a las mutuas expectativas. Ello explica en parte que el fenómeno sea más relevante en consultas de Urgencias y Emergencias, atención continuada o en consultas de desplazados en áreas turísticas[8,9].

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Tabla 2. Datos sobre violencia en el medio sanitario.

DATO	ÁMBITO	FUENTE
Violencia física: 5% de enfermería, 1,4% de personal facultativo	Gran Bretaña	Dyer y cols. 2003
Violencia física: 6% del personal sanitario Violencia verbal 39% del personal sanitario	Brasil	ILO-INN-WHO-PSI, 2005
Violencia física: 17% del personal sanitario Violencia verbal 52% del personal sanitario	Sudáfrica	ILO-INN-WHO-PSI, 2005
Agresiones físicas o verbales a médicos 73%. Agresiones físicas o verbales a médicos de Atención Primaria: 63%	Gran Bretaña	Hobbs y cols. 1996
Agresiones físicas o verbales a médicos de Atención Primaria: 63% Agresiones físicas o verbales a médicos de Atención Primaria: 3,5%	Gran Bretaña	Wright y cols. 2003
Agresiones físicas o verbales a enfermería: 76%	Hong Kong	Lee y cols. 2006
Agresiones físicas o verbales a recepcionistas: 70% Agresiones físicas a recepcionistas: 17%	Gran Bretaña	Dixon y cols, 2004
Agresiones físicas a personal de Urgencias: 16% Agresiones físicas a personal de Salud Mental: 28%	Australia	Beneviste y cols. 2005
Agresiones físicas a enfermería hospitalaria: 34% Agresiones físicas a enfermería de Atención Primaria: 12%	Canadá	Shields y col. 2009
Agresiones verbales o físicas a médicos de Atención Primaria: 58% Agresiones físicas a médicos de Atención primaria: 12,5%	España	Moreno y cols. 2005
Agresiones físicas a personal de Atención primaria urbano: 17,4% Agresiones físicas a personal de Atención primaria rural: 11,3% Agresiones físicas a personal de grandes hospitales: 21,9%	España	Martínez-Jarreta y cols. 2007
Agresiones a médicos comunicadas: 0,27%	España	Observatrio de Agresiones OMC 2010
Agresiones verbales o físicas al personal sanitario: 80%	España	ANSICH y SEMG 2011
Agresiones a trabajadores sanitarios comunicadas: 1% Agresiones a médicos comunicadas: 1,5 %	Comunidad de Castilla y León	Observatorio de Agresiones Sacyl. 2010
Agresiones verbales o físicas a personal sanitario de AP: 23,6% Agresiones físicas a personal sanitario de AP: 3%	Galicia	Moldes, C. 2006

El concepto de agresión no es común para todos los individuos, sino que está sometido a variaciones interculturales, por lo que los registros no son homogéneos. En este sentido se ha hecho un esfuerzo por definir y unificar conceptos. La Organización Mundial de la Salud[10] define la violencia 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. La OMS destaca la importancia de estandarizar las definiciones de comportamiento violento (tabla 1).

Los datos sobre violencia en el ámbito sanitario también son escasos y heterogéneos. Por un lado, como se ha indicado, las distintas definiciones de agresión pueden dificultar la categorización de la información[11]; por otro, en muchos casos se carece de canales diseñados para comunicar este tipo de incidentes o, si existen, la cumplimentación es insuficiente, para lo que se apuntan varias causas[8], como la percepción de pérdida de tiempo, o el miedo a represalias por parte de los pacientes contra el propio profesional o contra sus familiares. También se apunta el hecho de que los actos violentos asuman naturaleza de normalidad y no de excepción en la práctica habitual de los trabajadores.

El ámbito sanitario no sólo es un escenario más donde la agresividad puede hacer acto de presencia como forma de relación, sino que, por sus especiales características, es uno de los que reúne más probabilidades de que surja.

Así, según las organizaciones internacionales[12] la violencia constituye el mayor problema de los servicios públicos de salud (OMS). La violencia en el entorno sanitario constituye uno de los mayores riesgos junto con el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas y el VIH.

Según datos oficiales, en Europa 9 millones de trabajadores sanitarios sufren violencia física, 3 millones sufren acoso sexual y 13 millones sufren intimidación y acoso laboral (European Foundation, 2000). En Gran Bretaña hay hospitales que están introduciendo puestos de policía en su interior debido al fuerte incremento de violencia contra los trabajadores (Health & Safety Organiser, UNISON, 2003). Un trabajador de la salud es asesinado en Australia cada año[13].

La violencia en el sector sanitario supone alrededor del 25% de la violencia en el trabajo; si nos referimos a violencia verbal, más de la mitad de los trabajadores son o han sido víctimas. Afecta igual a países industrializados que a países en subdesarrollados[12].

Según la Organización Internacional del Trabajo, son los trabajadores de las administraciones públicas los que sufren mayor porcentaje de amenazas en el trabajo (12%), y los profesionales de la salud son los que concentran la mayoría de actos violentos (24%), por encima de los trabajadores de la educación (7%), seguridad (2%) o policía (5%).

La frecuencia de agresiones es muy variable en función del tipo y el ámbito de estudio, así como de la categoría profesional que se considere. Los incidentes totales oscilan entre 12%[14] y 73%[15]. Las agresiones totales a médicos alcanzan hasta 63%[15]. Las agresiones físicas se mueven en un rango de entre 0,5%[15] en médicos de atención primaria hasta 28% en enfermeras de geriátricos[16]. La variabilidad de los datos es amplia (tabla 2).

La mayoría de los estudios sobre el fenómeno de la violencia en el ámbito sanitario se han realizado en Gran Bretaña o Estados Unidos[17]. Los espacios donde más se ha estudiado son servicios psiquiátricos, enfermería hospitalaria, servicios de Urgencias y Emergencias y centros de salud, tal vez por ser las instituciones donde el volumen de actos violentos es mayor[15].

Aunque las categorías profesionales que más frecuentemente son objeto de estudio como víctimas de la violencia son la enfermería y los sanitarios facultativos, lo cierto es que cualquier trabajador del ámbito sanitario puede ser objeto de agresión, pero obviamente están más expuestos los que trabajan de cara al público. Se ha indicado[14,15)] que existe una mayor vulnerabilidad real o percibida para los miembros de minorías, las personas en formación o que están sustituyendo a otras, los trabajadores en situación precaria, las mujeres y los jóvenes. Las categorías más expuestas son los conductores de ambulancias y el personal de enfermería, y a continuación los médicos y personal auxiliar y técnico. Así, aunque hay pocos trabajos sobre agresiones a personal no sanitario, destaca en estudio de Dixon y cols[18], que elaboró un cuestionario a partir de un estudio cualitativo previo y lo distribuyó entre recepcionistas de centros de salud. El 70% comunica encuentros agresivos con

usuarios. Un 17% refiere agresiones físicas.

Los médicos perciben mayor peligrosidad[8] en la consulta de Urgencias o Atención Continuada, sobre todo de noche, y en particular cuando atienden urgencias en el domicilio del paciente.

La enfermería es el colectivo más estudiado como víctima, con mayor incidencia en mujeres según algunos estudios[19], lo cual se agrava por ser también objeto preferente de la *violencia horizontal* o *bulling*. Algunos autores[20] afirman que la enfermería tiene 75 veces más riesgo de sufrir agresiones que el resto de los trabajadores de los servicios públicos y que, a la luz de los datos, es más seguro el trabajo como vigilante de club nocturno. El Health Services Advisory Committee (HSAC) presenta la profesión de enfermería como la más peligrosa en Gran Bretaña[21].

Figura 1
Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre Violencia y Salud. 2003

Es difícil conocer con precisión la evolución temporal de los actos de abuso: la mayoría de los trabajadores que han sido evaluados mediante encuestas o métodos cualitativos perciben que la violencia es un fenómeno en aumento[8,15,22]. El incremento en los registros oficiales puede deberse a un aumento real de la frecuencia o a una mayor sensibilización de los profesionales a la hora de comunicar los incidentes[22].

En España los datos sobre este fenómeno también son escasos y dispares. El estudio de Martínez Jarreta y cols[23] recoge información mediante cuestionarios a 1.845 participantes de Aragón y Castilla-La Mancha; analiza distintas categorías profesionales y servicios que son blanco de agresiones y observa que 11% de la plantilla es víctima de violencia física y 64% de violencia psicológica. El Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial[24], que registra incidentes comunicados por médicos, arroja una tasa de agresiones en 2010 de 2,07 por cada 1.000 facultativos. Otros, como el Observatorio de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, establecen su estadística por encima de 10 por mil para todos los trabajadores, y por encima de 15 por mil para facultativos.

FACTORES CAUSALES DE LA AGRESIVIDAD

El modelo ecológico para entender la violencia propuesto por la OMS[10] (figura 1) permite analizar los factores que influyen en el comportamiento y operan sobre el riesgo de cometer o padecer actos violentos.

En el sujeto, los elementos que actúan como activadores o como barreras del comportamiento agresivo se estructuran en cuatro niveles:

- En un primer nivel actúan los factores biológicos y de la historia personal, que aumentan las probabilidades de que el individuo se convierta en víctima o perpetrador de actos violentos.
- En el segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros.
- En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de éstos.
- El cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad, que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales.

En cada nivel operan asimismo ciertas barreras para contener las opciones de comportamiento violento y generar alternativas al mismo. Las barreras internas pueden ser más eficaces en la contención de la violencia, pues se ha visto que los sujetos que tienen una concepción positiva de sí mismos y un *locus* de control interno adoptan soluciones más efectivas y constructivas frente a los conflictos interpersonales[25]. Las barreras externas, como los estímulos aversivos de oposición frontal o castigo verbal o físico al sujeto que agrede, pueden en ocasiones constituir un modo relativamente rápido de control de la agresión, pero no son capaces de cambiar o eliminar el comportamiento agresivo; en cambio, pueden desencadenar respuestas de

mayor magnitud[4].

En cualquier caso, lo cierto es que un ataque totalmente imprevisto, sin señales de aviso, sin motivo y sin escalada de violencia, es muy infrecuente[14)]. La mayoría de las veces puede identificarse una razón real o percibida para las agresiones y un proceso de activación creciente que puede terminar en violencia física. Su conocimiento puede ayudarnos a prevenir su aparición o evitar sus consecuencias.

La respuesta agresiva de nuestros pacientes se puede considerar como el resultado de la interacción de dos factores: las propias características del paciente y los factores atribuibles al profesional y a las características del entorno.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

La conducta violenta es una elección a menudo tomada por individuos que identifican las causas de sus problemas fuera de ellos mismos[14]. No obstante, los mismos estímulos no son capaces de generar respuesta violenta en todos los sujetos, pues ésta depende de las barreras internas y externas que tenga la persona para decidirse por la violencia.

Los pacientes con antecedentes de haber cometido actos violentos muestran una mayor tendencia a repetirlos[26,27], por lo que este tipo de conductas debería quedar reflejado en la historia clínica, así como las circunstancias o desencadenantes bajo los que emergieron.

Los estímulos que inciden sobre el individuo en el desarrollo de su personalidad son reconocidos factores de influencia[4]. Sujetos que han recibido agresiones o castigos de sus padres han captado la idea de que la agresión es una forma de lidiar con el mundo. También la agresividad simbólica expresada en el cine o la televisión parece tener clara influencia[4,5], bien propiciando conductas de imitación o transmitiendo la convicción de que el estatus social se consigue gracias a ser más agresivo.

Se ha discutido sobre el papel de la patología psiquiátrica. Tradicionalmente se ha asumido una asociación entre enfermedad mental y violencia. Sin embargo, la mayoría de los usuarios de salud mental no son violentos, si bien una pequeña pero significativa minoría sí lo es tanto en el ámbito sanitario como en la comunidad[28]. Uno de los efectos de la desinstitucionalización es que este tipo de pacientes acude con mayor frecuencia a centros de salud y servicios de Urgencias Generales, en los que es recomendable establecer formas de detección o de clasificación rápida de estas patologías y la actuación inmediata para evitar la escalada de violencia[16,28]. Hay trastornos que generan una mayor propensión a adoptar comportamientos agresivos[26], como los cuadros orgánicos cerebrales agudos o crónicos, las descompensaciones de patologías crónicas y ciertos trastornos de la personalidad.

El abuso de alcohol o de drogas es un potente facilitador de la agresión[10,26], hasta el punto de que algunos autores trazan un perfil del paciente agresivo como un hombre, menor de 40 años y con problemas de adicción[15]. Otros consideran que, aunque hay características definidas, los factores que influyen no deben considerarse como variables discretas, pues el fenómeno de activación de la conducta es un proceso continuo[27].

Los factores socioeconómicos también condicionan una mayor probabilidad de conflicto[8,18]. En el estudio de Dixon y cols[18] se presenta la depresión económica y social como el factor más relacionado con la probabilidad de agresión.

La frustración del paciente proviene en algunos casos de no ver cumplidas sus expectativas por parte del sistema sanitario[18]. Si bien normalmente los usuarios declaran sentirse agradecidos por el trabajo que realiza el personal de los servicios de salud, cada vez se incrementan más las expectativas acerca de cuál debe ser el estándar de servicio que han de recibir[20]. A veces ello se debe a que éstas son poco realistas, por improcedentes, excesivas o incurren en prácticas de *consumismo* sanitario[8]. El choque de estas pretensiones con las actitudes de muchos profesionales, basadas en la lealtad al sistema de salud y no en la complacencia, deriva en denegación de peticiones, lo cual se considera una de las causas más importantes de violencia en nuestro medio[23].

Esta dialéctica entre las expectativas de los pacientes y las de los profesionales puede generar en las plantillas una *mentalidad de asedio*[8] o de combate entre dos frentes que se vea alimentada por distintas fuentes de polarización de las posturas: unos, por ejemplo, focalizan la carga de la culpa en el paciente y sus familiares[29]; para otros, el motivo de no agredir a los profesionales es evitar que "se hagan las víctimas"[30]. Estos hechos tal vez deberían promover una reflexión sobre la

conveniencia de ver la relación con nuestros pacientes como una oportunidad de cooperación y no como un frente de beligerancia.

Se han invocado otros factores involucrados[20]: los estresantes agudos (dolor, ruido, aglomeraciones) o aspectos como la baja autoestima y la pérdida de autoconfianza del paciente. También los comportamientos sociales o culturales estereotipados han sido señalados como fuente de conflictos.

EL PROFESIONAL Y EL ENTORNO

Puesto que la mayoría de los estudios sobre violencia en el medio sanitario se han realizado tomando la perspectiva del profesional, hay ausencia de datos sobre las características o actitudes de los trabajadores de la salud que pudieran influir en los conflictos violentos. El fenómeno de la agresividad que la conducta del profesional puede ejercer de una u otra forma sobre el paciente no ha sido evaluado suficientemente.

Así, a pesar de la abultada frecuencia de agresiones a enfermeras, en ciertos ámbitos el personal de enfermería revela que son los médicos, y no los pacientes, su principal fuente de estrés y de falta de confianza en las propias habilidades[20].

A veces el propio sistema fracasa a la hora de dar respuesta a las aspiraciones legítimas de los pacientes. Las esperas o demoras de atención son el desencadenante más frecuente de la agresión[23] y una de las mayores fuentes de insatisfacción en nuestro medio[31]. Le siguen en importancia las discrepancias en la concesión de bajas o en la prescripción de medicamentos[23].

El ambiente sanitario, y en particular el hospitalario, es extraño para toda persona excepto para quien trabaja en él[20]. Hallarse en el propio territorio es un conocido factor activador de conductas agresivas[4] ante las que los profesionales debemos ejercer autovigilancia y un esfuerzo por mostrar al usuario que las instituciones sanitarias también a él le pertenecen. La atención en la comunidad invierte la situación y aumenta la vulnerabilidad de los profesionales, que actúan a modo de *invitados* en el domicilio del paciente[20)].

Hay elementos atribuibles al profesional que pueden actuar como aceleradores de la intensidad del conflicto, como son la rivalidad y la lucha por el poder, el uso de barreras de comunicación o la ausencia de modelos de conducta[32]. Un estudio cualitativo sobre las experiencias del personal de atención primaria como víctimas de encuentros violentos concluye que los profesionales perciben la agresividad como algo que proviene del paciente, y al equipo como víctima de la misma, pero no se analizan las causas subyacentes; tampoco se dispone de estrategias de manejo distintas de las que puede tener cualquier persona, lo cual denota que no se ha desarrollado una comprensión profunda de la agresividad como fenómeno complejo[33].

Las relaciones médico-paciente deberían fomentar su sentido de cooperación y reducir su aspecto de competitividad, pero los elementos que albergan de rivalidad y lucha por el poder deben ser reconocidos. Especialmente en nuestro medio operan aspectos que forman parte de la relación médico-paciente, como son el pudor, el honor y la autoridad[34]. El pudor hace que el sujeto perciba en sí mismo una posición de debilidad cuando revela elementos íntimos de su cuerpo o de sus emociones. Ello establece ya una asimetría en el poder que el médico ejerce sobre el paciente; no obstante, esta percepción puede aminorarse si el médico ejercita también la expresión de parte de sus emociones a través de la empatía.

El honor es una forma ancestral de entender la virtud en el sentido de *mantener la cara* y defender la propia imagen. La hipertrofia del honor o el erróneo concepto de dignidad pueden conducir al profesional a considerar que debe defender su papel aunque sea a costa de no modificar sus posturas.

La autoridad del médico ha sido tradicionalmente asumida por el paciente y, aunque todavía en la actualidad sigue habiendo muchos usuarios que prefieren modelos profesionales paternalistas, los pacientes valoran cada vez más la escucha, la información y que se tenga en cuenta su opinión[35]. Esto hace que el papel del médico sufra una transformación a medida que los pacientes están cada vez más capacitados para expresar sus propias expectativas. Se mueve así en la ambivalencia entre la función de agente del Estado o de la Autoridad y la de abogado del paciente[34].

CONSECUENCIAS DE LOS ENCUENTROS VIOLENTOS

Según la Organización Internacional del

Trabajo[12], la violencia en el medio laboral es la mayor fuente de alienación, desigualdad, desmoralización, estigmatización y discriminación.

Presenta costes económicos directos importantes por las bajas médicas que ocasiona, el gasto en los procesos judiciales y las indemnizaciones. También costes indirectos, pues afecta negativamente a la eficiencia y rentabilidad de los servicios públicos; las acciones encaminadas a combatir la violencia en el trabajo contribuyen a aumentar la productividad.

Los costes económicos intangibles se refieren al deterioro de la imagen de la corporación, la desmotivación de los empleados y la menor implicación y creatividad.

Algunos estudios han evaluado el coste de las agresiones contra las plantillas. En 2003 las agresiones contra el personal del Servicio de Salud de Gales supusieron un coste de 6 millones de libras (Auditor General for Wales) y en Estados Unidos se ha calculado que el coste derivado de los problemas de violencia contra el personal sanitario supone 4,2 mil millones de dólares al año[12].

Las consecuencias sobre el profesional no han sido suficientemente estudiadas. En todo caso parecen contribuir o guardar relación con el desarrollo del síndrome de *burnout*, aunque no está claro el peso que tiene en su desarrollo. Entre las repercusiones emocionales que genera se mencionan desmoralización, sentimientos de autoculpa, temor por la propia seguridad, miedo a cierto tipo de pacientes. También provoca disfunciones familiares y sociales, cuadros de estrés postraumático, agorafobia, insomnio, depresión y otros trastornos psiquiátricos[8,15].

Las consecuencias de índole profesional incluyen desmotivación y falta de seguridad, con incremento de la probabilidad de cometer errores[36]; son circunstancias que contribuyen a generar la ya mencionada *mentalidad de asedio*, que ocasiona un repliegue en la oferta de atención a los pacientes, lo que se ha denominado prestación de *servicios mínimos*[8]. Se ha comunicado un aumento de las prescripciones, mayor frecuencia de derivaciones y expulsión de pacientes agresivos fuera del cupo.

Por otro lado, es conocido el círculo violencia-estrés: la violencia genera estrés, y el estrés generado aumenta la probabilidad de ocurrencia de conflictos violentos. Los profesionales que han sufrido agresiones en los últimos 12 meses muestran un mayor nivel de estrés y preocupación[37].

También se ve afectado el mercado laboral[8]. En ciertos servicios se hace difícil la contratación de profesionales por miedo a ser agredidos. La violencia contra la enfermería es una de las principales causas de la escasez de enfermeras en Estados Unidos[38].

PREVENCIÓN Y MANEJO DE LOS ENCUENTROS VIOLENTOS

El abordaje puede establecerse en los tres niveles clásicos de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Ello exige trabajar en el sentido de disminuir la probabilidad de aparición de encuentros agresivos, manejar el encuentro agresivo cuando ocurre y actuar una vez sucedido el incidente para minimizar sus consecuencias y disminuir la probabilidad de recurrencia.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Comienza por conocer y controlar los factores facilitadores e inhibidores de la agresividad, así como minimizar las *agresiones* que el propio sistema puede estar ejerciendo sobre los usuarios. También ha de intervenirse para disminuir las oportunidades de ataques físicos perpetrados contra el personal.

CONTROL DE LOS FACTORES CAUSALES

Hay ciertos elementos que actúan como conocidos facilitadores de la respuesta agresiva, que deben minimizarse o eliminarse de los espacios sanitarios.

El ruido excesivo y las altas temperaturas resultan ser importantes activadores de conductas agresivas[4].

Las aglomeraciones que determinan compromiso de espacio o invasión del espacio personal entre los sujetos actúan como elemento activador[4)]. La presencia de un número excesivo de acompañantes también puede generar conflictos[15]. Sin embargo, si las personas acompañantes ejercen un efecto estabilizador sobre el paciente se debe permitir su presencia[39].

Se recomiendan las actividades de

entretenimiento en las salas de espera, como la lectura, la televisión o los juguetes para niños[13]. El humor y el esparcimiento son conocidos antagonistas de la agresividad[4].

Es recomendable lograr un ambiente relajante con colores suaves, decoración agradable, iluminación adecuada y asientos cómodos[13]. Las situaciones de incomodidad física también constituyen un factor que contribuye a la génesis de conflictos[4].

Deberían reducirse los elementos de *hostilidad* que puedan transmitir al usuario el mensaje de que se encuentra en un territorio extraño. El paciente debe conocer a quién debe dirigirse y quién se dirige a él. Así, los uniformes sanitarios con etiquetas de identificación pueden actuar como freno a la violencia según las circunstancias[13]. No se recomiendan las recepciones poco accesibles con estructuras que actúan a modo de barrera, como rejillas, ventanillas o pantallas de cristal[8,27]. Los trabajadores de recepción deben ser percibidos por los pacientes como anfitriones y nunca como lo que se ha denominado *dragones detrás de una mesa*[27].

Deben establecerse márgenes de flexibilidad para que las normas no sean interpretadas como obligaciones o limitaciones intolerables[13]. Los constantes mensajes de interdicción o limitación de la libertad de movimientos deben ser bien seleccionados y evaluados, pues las prohibiciones y la represión constante de las conductas generan respuestas agresivas[1].

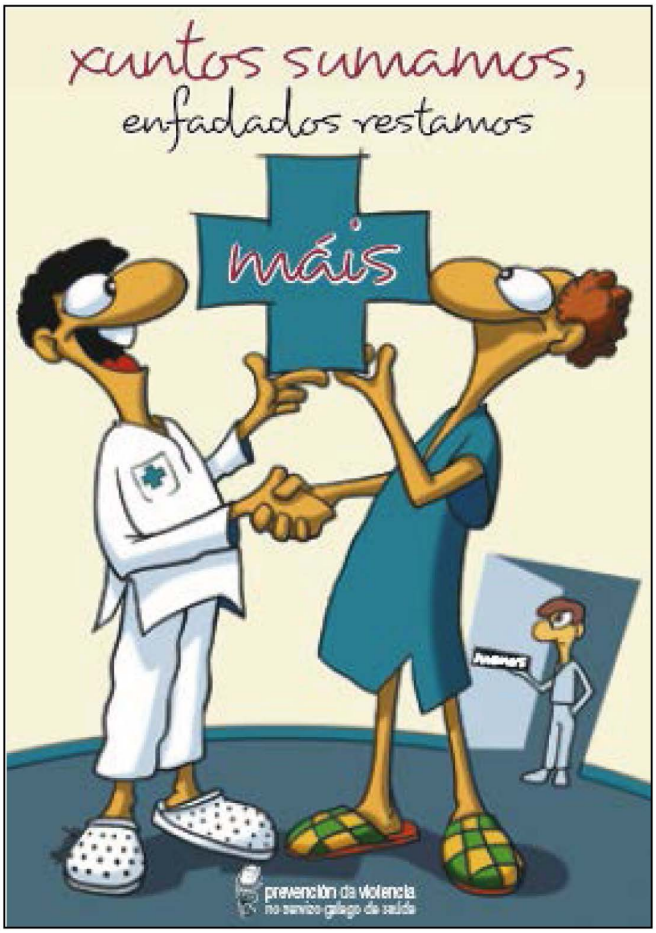
Hay que reducir en lo posible lo que pueda interpretarse como una agresión a los derechos de los usuarios, como las excesivas demoras[13], o las transgresiones de las normas de forma injustificada por parte del personal o la parquedad a la hora de proporcionar información.

El usuario no debería percibir el organigrama sanitario como una jerarquía donde él representa la inferior de las categorías. Ello puede conducir a que trate de disputar su puesto en el escalafón con el personal subalterno y generar conflictos en las recepciones. Así, los recepcionistas de centros de salud advierten que los pacientes que se dirigen a ellos con grosería a menudo se comportan con humildad y corrección cuando entran en consulta[8]. Debería promoverse la práctica de informar debidamente y dar explicaciones a los pacientes[8] de un modo activo y cordial, desprovisto de frialdad o desgana.

Se deben facilitar vías de respuesta alternativas a la violencia[13], como los circuitos de reclamaciones formales libres de toda represalia o buzones de sugerencias que garanticen el anonimato.

Las campañas institucionales han tratado de trabajar distintos aspectos de la prevención de conflictos promoviendo estudios y recogida de datos, legislación adecuada y canales de atención a las víctimas[13]. Los aspectos más visibles de las mismas son los mensajes que tratan encomiar las conductas amigables (figura 2) y de afear las conductas violentas o advertir de forma velada o explícita (figura 3) de las consecuencias de las mismas.

Figura 2



La efectividad de las campañas institucionales está sujeta a controversias. Una de las más conocidas fue la desarrollada en 1999 en Gran Bretaña conocida como *NHS Zero Tolerance*, la cual se basó en dos presupuestos: transmitir a la población que la violencia ejercida contra el personal del Servicio Británico de Salud es intolerable y reforzar la conducta de los trabajadores acerca de no transigir con acciones violentas. Los mensajes empleados del tipo "no vamos a permitir la violencia aquí" llegan a ser confusos[20], pues pueden someter

al ciudadano a un escrutinio innecesario sobre su conducta o inducir la idea de que cualquiera puede ser violento. No parece que haya logrado disminuir la percepción de riesgo de los profesionales[18]; la variación de los índices de actos violentos es difícil de evaluar, pues los incidentes registrados se incrementaron, aunque ello puede atribuirse a una mayor disposición del personal para comunicarlos o denunciarlos[22].

Figura 3

Fuera de las instituciones sanitarias, en el medio comunitario, la administración puede promover conductas cordiales a través de instrumentos como los medios de comunicación, de cuyo peso en el umbral de agresividad del público existen suficientes pruebas, ya que pueden promover conductas violentas[4,5] o contribuir a evitarlas. Así, la experiencia en Sudáfrica con una serie de televisión para adultos ha aumentado de forma significativa la voluntad de cambiar comportamientos y actuar contra la violencia[10].

PREVENCIÓN DE LOS ATAQUES

Deben retirarse del alcance de los pacientes los objetos que puedan servir como armas contundentes[26] (pisapapeles, sujetalibros…) o punzantes (abrecartas, tijeras…).

Donde la infraestructura lo permita, ha de considerarse la posibilidad[13] de reservar una sala independiente para los pacientes con perturbaciones emocionales, intoxicados, separar sujetos o pandillas que puedan agredirse…

Es preciso instalar alarmas silenciosas o botones de pánico que puedan ser pulsadas por el profesional sin que el atacante lo advierta, y que sean detectadas por el resto del personal[27]. Actualmente este sistema ya está implantado en centros de salud en nuestro medio, aunque no disponemos de datos de evaluación de los mismos.

Se recomienda que las salas de consulta tengan dos salidas, o bien que la ubicación del paciente no se halle obstaculizando el camino de salida del profesional hacia la puerta[13].

En el ámbito institucional se han ensayado diversas medidas preventivas con diferente resultado. En Australia se ha tratado de reducir la violencia por parte de familiares de enfermos hospitalizados ofreciéndoles firmar una especie de *contratos de conducta*. Si el contrato no se firma o no se cumple el visitante es declarado persona "no bienvenida" y no puede efectuar la visita. No obstante, se ha discutido la validez de este tipo de intervenciones[17], pues en ocasiones los conflictos surgen por diferencias de opinión acerca de la calidad de los cuidados que se otorgan a los pacientes y estas acciones no contribuyen a garantizarlos.

Otras medidas de aplicación son la instalación de circuitos cerrados de televisión[20] o salas antipánico en determinados servicios.

La contratación de guardias de seguridad es otra de las propuestas en función del volumen o peligrosidad del servicio[20]. No disponemos de estudios de evaluación de esta medida. Algunos profesionales opinan que pueden ser efectivos aunque nunca como medida única o principal; la *fortificación* de los servicios, en particular los de atención primaria, puede tener un efecto contraproducente[11]. Es posible que la sola presencia de los mismos pueda tener algún efecto disuasor, aunque también es sabido que la presencia de armas es un activador del comportamiento violento[4,5]. Dyer indica que esta medida no ha demostrado eficacia a la hora de disminuir el número de incidentes[22].

Un caso particular es el de pacientes psiquiátricos agitados. Con ellos también la contención verbal debe intentarse como primera medida. La mayoría de estos pacientes se sienten aterrados por la pérdida de control y perciben los esfuerzos para protegerlos de sus propias actuaciones. Hay que conseguir que el paciente entienda que precisa recibir una ayuda que le devuelva el control sobre sí mismo.

MANEJO DEL ENCUENTRO AGRESIVO

Las habilidades en el manejo de episodios violentos forman parte del curriculum oculto de los

profesionales[32], forjado más a través de sus propias experiencias que de la formación que hayan recibido en ese campo.

Se recomienda la formación del personal en técnicas y habilidades de entrevista, y de detección y manejo de situaciones de violencia[8,9,13]. Éstas deben incluir también a personal no sanitario[37] y evaluarse la efectividad del entrenamiento[18]. Los programas de formación y talleres de entrenamiento parecen reducir los episodios de violencia[17,40]. La capacitación debería incluir el conocimiento de las peculiaridades de etnias o culturas minoritarias[8].

La entrevista propiamente dicha con el *paciente agresivo* exige conocer algunas de las claves de la agresividad y debe partir de una actitud genuina del profesional de estar dispuesto a participar en el diálogo, escuchar los puntos de vista de los demás y querer trabajar en colaboración para resolver el problema[20].

La primera actividad es el reconocimiento de las señales verbales y no verbales de agresividad[13,26]. Éstas pueden ser actitudes que traducen tensión[13]: sujetos sentados en el borde de la silla, mandíbulas apretadas, labios fruncidos, dilatación pupilar, aumento de sudoración; o pueden constituir ritualizaciones o simulaciones de la violencia: puños cerrados, actos de golpeo de la mano con el puño, o de dar portazos. El signo predictor más importante de violencia inminente es el comportamiento motor del paciente[39].

Es importante prestar atención a las demandas verbalizadas de queja, como preguntas repetitivas sobre cuándo van a ser atendidos, aumento del tono de voz, monólogos, blasfemias[26]…

Una idea central de la obra de Rof Carballo[1] es que uno de los más potentes desactivadores de la violencia es la ternura. En el campo semántico de la ternura se puede encuadrar la empatía, la amabilidad, el afecto o la cordialidad como armas eficaces para afrontar la violencia.

El primer paso para practicar la cordialidad es el respeto a los límites del paciente. Antes de dirigirnos a él debemos utilizar una fórmula petitoria o de solicitud de permiso, del tipo "disculpe, ¿podría hablar con usted un minuto?"[26] o similares, manteniendo la distancia física. Si accede a *abrirnos la puerta* ya podemos introducir elementos cordiales, de los cuales el primero, tras identificarnos, es estrechar firmemente las manos. Este gesto se ha comparado con los comportamientos de cese de combate estudiados en etología y su significado simbólico puede ser demostrar al adversario que la mano no alberga ningún arma[2].

Si el usuario accede a la solicitud de diálogo debemos elegir cuidadosamente el lugar adecuado para continuar la conversación, pues lo óptimo sería invitarlo a una sala apartada del público, dado que la respuesta violenta es menos probable en un entorno individual que en el seno de un grupo[4,5]. En la sala elegida sería óptimo poder ofrecer al interlocutor alguna actividad incompatible con la ira, como comer un caramelo, tomar alguna bebida, acomodarse en un sillón confortable[26]… No obstante, si el riesgo de ataque es elevado, es mejor mantenerse en lugar visible y contar con la participación de otros miembros del equipo[8].

Hay que tener en cuenta que la respuesta agresiva, una vez iniciada, no cesa en el momento en el que cesa el estímulo; se requiere un tiempo de desactivación[2]. Por ello el paso siguiente es utilizar una fórmula que permita al interlocutor manifestar con libertad de expresión y de tiempo el motivo de su estado de ánimo[26]. Se le invita a que cuente lo que le ocurre mediante una pregunta abierta formulada en tono tranquilo y respetuoso. Permitir que la persona activada haga un vaciado de sus emociones suele actuar disminuyendo el nivel de activación posiblemente debido a que la agresividad pueda extinguirse espontáneamente si no encuentra nuevos activadores en su discurso, o por la importancia que clásicamente se ha atribuido a ejercitar la *ventilación de las emociones*. Para otros, lo decisivo no es exteriorizar los sentimientos, y los pacientes no se benefician tanto de ser escuchados como de recibir *insights*; así, cuando el sujeto es capaz de verbalizar sus sentimientos hace que éstos se trasladen de un plano emocional, de difícil control, a uno racional, más manejable[5].

A esto se refiere el denominado principio de contrabalanceo emocional[41], según el cual, tras aflorar emociones negativas extremas, el individuo es llevado hacia emociones más neutras e incluso positivas, siempre que el interlocutor trate de impregnar al paciente de calma y serenidad y no al contrario.

En este sentido, no son adecuadas ciertas fórmulas que interrumpen el libre vaciado emocional, como las que tratan de restaurar prematuramente la normalidad vetando las expresiones de emoción con intervenciones del tipo "no te preocupes",

"tranquilo"... Tampoco son apropiados los mensajes antagónicos o de censura verbal o no verbal, salvo actitudes intolerables, ni intentos de dar explicaciones a un sujeto que se halla en estado refractario a la escucha[41].

La respuesta natural a una agresión suele tomar una de las dos opciones básicas: lucha o huida. Las circunstancias particulares de la situación, junto con el estilo de conducta interpersonal del agredido, condicionan la elección de una u otra. La respuesta recomendable en el profesional, en la mayoría de las ocasiones, es una tercera, que puede considerarse combinación elaborada de las otras dos, lo que se ha denominado *actitud asertiva*[42]. El autocontrol emocional es uno de los elementos más importantes para conseguir alcanzar esta respuesta, y diversos autores presentan técnicas para entrenarse en ello. El objetivo es conseguir que, al menos de la actitud del profesional, emane calma y tranquilidad, sin que ello suponga una renuncia a sus derechos ni una mengua de su autoestima. Elementos como hablar despacio y de forma clara, adoptar una postura relajada con las manos visibles, no mostrar la menor intención de defenderse[13], son actitudes que ayudan a disipar la voluntad de emplear la violencia. A la vez, hay pruebas de que las reacciones corporales influyen directamente en los sentimientos[5], y mantener actitudes relajadas y suaves puede generar sentimientos de sosiego o, por ejemplo, se puede mejorar el estado de ánimo con el ejercicio de la sonrisa.

En el desarrollo de habilidades para el autocontrol de las emociones se han propuesto precisamente técnicas basadas en la teoría de que, si los sentimientos estresantes inducen signos físicos de tensión, el control de éstos debe inducir sentimientos relajantes, al ser incompatible la relajación con el estrés[42]. En este sentido se han ensayado con éxito las técnicas de relajación, entrenamiento autógeno, biorretroalimentación... Para situaciones *agudas* pueden ser útiles las técnicas de afrontamiento consistentes en entrenarse en la capacidad de relajación, de modo que en todo momento y lugar en que se experimente estrés se pueda liberar tensión, y que hacen hincapié en el control de la respiración y de otras reacciones corporales reflejas. Como inductor o catalizador de estos cambios hacia la *desactivación* se ha propuesto el uso del *mantra*, que es una palabra que se repite varias veces con el objeto de favorecer la concentración en un objetivo y liberar la mente de otros pensamientos. Palabras como "tranquilidad", "calma", "paz" o las orientales "om" (soy), "so-hom" (soy él), "so-ham" (soy ella), han sido indicadas para este uso[42]; y tal vez puedan ser de utilidad para el tema que nos ocupa cuando se emplean en el diálogo con uno mismo, aunque ya se ha señalado el posible efecto contraproducente de dirigirlas al paciente.

También se indica la importancia del efecto desensibilizador[4] que puede tener comunicar negativas o afrontar situaciones de tirantez de forma relajada, positiva e incluso con humor, pues ello contribuye a que se pueda generar una asociación de la frustración con la distensión en lugar de hacerlo con la violencia.

Otras técnicas[42] se basan en modificar las emociones a través de la búsqueda de imágenes mentales o sensaciones inductoras de sentimientos positivos, como evocar un recuerdo agradable o una *razón para ser feliz*, o recurrir al efecto de la música en situaciones de tensión.

Cuando un desafío es respondido, esta respuesta puede generar un nuevo desafío de mayor intensidad, pues las actitudes negativas actúan como cebadoras de nuevas actitudes negativas[5]. La agresividad en sí misma es un activador potente de nuevas respuestas agresivas, tal como se ha estudiado, por ejemplo, en los actos de ensañamiento con las víctimas[5]. El resultado es una escalada de violencia cuyo resultado es el contrario al pretendido.

En la escalada violenta subyace un fondo de competitividad entre individuos por un objetivo, que puede ser un territorio, una pareja sexual, el alimento... La pugna por el control o el poder también se puede llevar al terreno de la consulta, e incluso cuando la disputa se ha trasladado al plano racional los sujetos pueden seguir compitiendo por quién lleva la razón. Saltman y cols describen las cuatro actitudes básicas que puede adoptar el profesional según como aplique su sentido del poder: si considera que su interlocutor es más poderoso, recurre a la acomodación; si ninguno lo es, la evitación; si sólo él desea ostentar poder, surge la competencia; si concibe la igualdad de poderes entre ambos, la colaboración[32].

El objetivo es que el interlocutor perciba que el profesional no desea establecer conflictos de poder o competencia ni persigue la confrontación, sino que busca trabajar en cooperación con el paciente para solucionar un problema[26]; es lo que se ha llamado la *reconducción por objetivos*[41]. Para ponerla en práctica se pueden utilizar fórmulas del

tipo: "¿Qué cree que el equipo y yo podemos hacer por usted?"; o bien, con mayor empatía: "Lo que usted me dice me parece muy interesante, pero hay algo que tiene todavía más interés, que es ver qué podemos hacer ahora mismo por usted"[41].

Así, en lugar de seguir el ritmo que trata de imponer el agresor, el profesional puede incluso orientar su propia actitud en sentido contrario y generar una *escalada asimétrica*. Es conocido el hecho de que la voluntad de persistir haciendo daño tiende a atenuarse cuando el contendiente se muestra débil o indefenso[2], y que la mayoría de las personas ha aprendido que no es correcto agredir a alguien que no es responsable de sus sufrimientos[5]. La sociedad ha reforzado este comportamiento considerando un tabú el ataque a débiles, niños, indefensos o ancianos, así como atacar cuando no media provocación[14]. Así pues, mostrar actitudes más pacíficas e inofensivas, en tanto que el paciente se muestre más excitado, puede ser una herramienta útil, e incluso comunicar verbalmente al interlocutor que nos sentimos agredidos o indefensos, lo que se ha denominado técnica del autodescubrimiento o *self disclosure*[41], utilizando fórmulas del tipo "realmente me siento dañado por su actitud, y en estas condiciones me resulta difícil continuar la entrevista..."

El cambio de conducta también se puede favorecer utilizando la reestructuración positiva y el reforzamiento diferencial de comportamientos alternativos[4] usando fórmulas del tipo "estoy seguro de que alguien como usted es capaz de sentarse a dialogar"; o bien "veo que argumenta perfectamente todo lo que afirma", al objeto de alabar o premiar actitudes tendentes al diálogo.

Para conducir al interlocutor a terrenos más seguros, pero sin renunciar a los objetivos de la entrevista, se han ensayado técnicas como la del entrenamiento asertivo, donde se proponen distintas fórmulas de intervención verbal[42]. El *aplazamiento asertivo* evita responder de forma directa a una interpelación si eso puede empeorar las cosas, con frases como "Es una cuestión muy interesante... Por ello, antes de darle mi opinión, ha de permitirme que tome un tiempo para pensarlo"; o bien "Éste no es el mejor momento para discutirlo... Lo trataremos más tarde si le parece". El *acuerdo asertivo* propone comenzar las frases con una muestra de comprensión o empatía, para favorecer la aceptación de un pacto: "Créame que entiendo que no le resulte agradable...pero creo que deberíamos...". El *disco roto* o *disco rayado* trata de transmitir una decisión ineludible de forma cordial y empática, repitiendo respuestas con idéntico mensaje, pero sin mostrar hostilidad. Ejemplo: "Lo entiendo, pero comprenda que no puedo acceder a lo que me pide", y nuevamente "Quisiera complacerlo, pero entienda que no me está permitido". La técnica del *quebrantamiento del proceso* trata de cortar cascadas de insultos o acusaciones con respuestas lacónicas del tipo "sí", "quizá", "pudiera ser". La *ironía asertiva* responde a los agravios con expresiones de paradójico agradecimiento: "gracias" o "muy amable".

Abundando en ello, se han propuesto técnicas concretas que pueden ser de utilidad, como las que toman la filosofía de algunas artes marciales orientales. Rew y cols[20] proponen el conocimiento del aikido, cuya idea central es reconocer y trabajar con la energía del contrario para resolver el problema, en lugar de oponerse a él; y describe algunos principios básicos de esta técnica que pueden ser útiles: ponerse en el lugar del otro, proceder con calma y concentración, transmitir confianza; son principios que conectan con habilidades aprendidas en entrevista clínica del tipo de empatía, asertividad y baja reactividad.

En parecida línea algunos autores han desarrollado el judo con palabras o judo verbal, utilizado para el entrenamiento de cuerpos de seguridad en habilidades de comunicación y divulgado también como método personal de autoayuda. Las estrategias propuestas[43] abundan en buscar la mejor manera de ignorar los desafíos. Una forma es considerar las palabras ofensivas como sonidos neutros ante los cuales el ofendido es libre de dar la interpretación o elegir la respuesta que mejor convenga a sus intereses, y no a los intereses del agresor. También se plantea que el acto de concentrar los esfuerzos en averiguar las razones profundas que conducen a una persona a actuar de forma agresiva puede resultar un *juego* más interesante que intentar derribarlo. Otras fórmulas ofertadas son el uso de respuestas *desconcertantes*, como pueden ser refranes o aforismos sin relación con la situación que se trata, que centren los esfuerzos del interlocutor en intentar descifrarlas y lo aparten de la línea de discurso en la que estaba instalado. La *réplica desintoxicante* consiste en pedir al interlocutor, una vez calmado, que nos aclare el sentido de sus palabras o el porqué de haberlas empleado.

Deberíamos intentar que el conflicto no entre en las esferas personales de los interlocutores. El

enfrentamiento puede ser despersonalizado entendiendo que el enfado del paciente pueda dirigirse contra un tercero, por ejemplo con el sistema[14]. En ocasiones la búsqueda de una alianza espontánea contra un enemigo común *responsable* de nuestros males puede desviar provisionalmente el riesgo de agresión. En esta línea, el enfoque emotivo-racional[42] opera sobre la base de que no es la realidad, sino la interpretación que hacemos de ella, la que produce emociones negativas. En la raíz del pensamiento irracional está la suposición de que las cosas se hacen para uno, o que las personas deberían ser de otra manera, cuando lo cierto es, de acuerdo con esta línea de pensamiento, que las cosas simplemente ocurren, y que la realidad es exactamente como tiene que ser. Así, por ejemplo, frente al imaginario "este sujeto me increpa porque desea herirme" o "mi paciente es una persona agresiva", opondremos el fehaciente "este sujeto me increpa porque algo lo ha enojado" o "mi paciente es una persona que por alguna razón se comporta agresivamente".

Llegados a este punto, es probable que el peligro haya pasado y comienza el proceso de negociación, cuyo objetivo debe ser lograr un escenario de ganador-ganador. No son recomendables las posturas polarizadas en el proceso negociador con el paciente agresivo: la imposición del criterio del profesional puede alimentar la frustración del paciente; en el otro extremo, cesiones abiertas a los deseos del interlocutor aumentan la ganancia de su comportamiento[4] y actúan como refuerzo para reincidir en futuras ocasiones.

A veces la agresión física, a pesar de todo, tiene lugar, con lo cual nos enfrentamos a una situación de *violencia de emergencia*. En tal caso, lo primero es intentar huir. Si no se puede y la agresión tiene lugar sin armas, se ha recomendado[26] abrazar al sujeto y mantenernos en contacto con él a modo de *clinch* que utilizan los boxeadores para reducir la energía de los golpes del contrario. También aquí se consideran útiles técnicas de artes marciales basadas en la contención física y no en la emisión de golpes, como el judo o el aikido.

Igualmente en pacientes agitados, cuando las técnicas verbales fallan, han de utilizarse medidas de contención física[39]. Ésta, aunque impopular y poco deseable, se hace necesaria si el paciente se convierte en un peligro para sí mismo o para otros, y sobre todo cuando se precisa la realización de una exploración física y/u obtención de pruebas complementarias para un abordaje etiológico del caso. Se realizará por un número suficiente de personas, a ser posible cinco. Una muestra de fuerza suficiente, a veces, puede provocar en el paciente la cooperación espontánea sin necesidad de ejercitarla.

La contención en un paciente grande y agresivo se ejercerá preferiblemente cuando esté distraído, siguiendo un plan específico (cada persona auxiliar podría inmovilizar un brazo o una pierna y el quinto, la cabeza). A continuación, debe colocarse la contención de fibra o cuero (modelos estandarizados). De manera periódica, se comprobará su estado para garantizar su comodidad y seguridad. Se debe hacer un esfuerzo en explicar al paciente lo que la contención supone y la razón de la misma.

LA ACTUACIÓN POST-INCIDENTE

Deben comunicarse al superior jerárquico o responsable del centro y registrarse de forma apropiada todos los incidentes que impliquen violencia física o psicológica y aun incidentes menores en los que no se haya causado daño[13,27,44].

Debe promoverse la reflexión sobre lo sucedido y estudiar lo que se puede hacer para mejorar el abordaje de futuras situaciones[26]. Puede ser útil[32] tratar el episodio como un incidente crítico, comentarlo y revisar la atribución de causas que hizo cada parte, valorar las diferencias entre los valores, habilidades y expectativas de ambos y mantener la vigilancia hacia la tendencia de "ver en uno mismo siempre la razón y en el otro siempre la culpa"[27]. Para la revisión de estos conflictos se ha de contar con la colaboración de otros miembros del equipo o bien de alguien experto en manejo de estas situaciones. No ha sido convenientemente evaluado el abordaje psicológico o psiquiátrico para evitar secuelas a largo plazo[27].

La dirección debe implicarse y proporcionar apoyo inmediato y duradero a todos los afectados. Debe facilitarse asesoramiento legal a través de la administración, sindicatos y organizaciones profesionales en lo referente a tramitación de denuncias a la policía y asistencia jurídica[13].

Una vez se ha producido la situación de violencia, el médico, desde el punto de vista legal y deontológico (artículo 5.1 de la LOPS y artículo 9.1 del Código Deontológico) está legitimado para

romper la relación médico-paciente, salvo caso de urgencia vital del agresor, al haberse quebrado la necesaria confianza del paciente en su asistencia.

Por otro lado, conviene señalar que las agresiones a facultativos o personal sanitario que desempeña sus funciones en el ámbito del Sistema Nacional de la Salud son calificadas como atentado a partir de lo dispuesto en los artículos 550 y 551 del Código Penal. A este respecto ya se ha pronunciado el Tribunal Supremo en su sentencia de 4 de diciembre de 2007, dictada en recurso de casación 759/2007, en la que estima constitutivo de delito de atentado la agresión a un facultativo estatutario que prestaba sus servicios como médico de atención primaria.

VÍAS DE INVESTIGACIÓN

La aproximación al fenómeno del comportamiento violento se ha hecho desde diversos campos. La etología ha tratado de aplicar patrones de conducta animal a la especie humana, sustentados en la observación de similitudes en las conductas y en las áreas cerebrales y mecanismos bioquímicos implicados en la modulación de las mismas[4], aunque la validez de esta traslación ha sido criticada[6].

La psicología experimental aporta muchos datos de estudios realizados directamente en humanos, aunque se señala la existencia de controversias en cuanto a los métodos empleados. Así, por ejemplo, los resultados de los experimentos realizados utilizando la llamada máquina de Buss, o los experimentos clásicos de Bandura con el muñeco Bobo han sido cuestionados en cuanto a su similitud con los escenarios reales[6].

Los estudios de cuantificación de encuentros violentos en el trabajo, y en particular en el ambiente sanitario, como ya se ha indicado, adolecen de defectos de registro de incidentes y de homogeneidad de los datos. Cuando la información se obtiene de comunicación espontánea de sucesos por parte de las víctimas se detecta un importante infrarregistro[13]. Por otro lado, los estudios[11,36] toman habitualmente estos datos de cuestionarios adaptados o elaborados *ad hoc* y ofrecidos a voluntarios, con las consiguientes dificultades de validación, de exactitud de los datos sometidos a sesgos de memoria, así como de cuantificación de los mismos, pues el número de respondedores, que oscila entre 19%[45] y 73%[36], puede estar afectado por la condición de haber sido o no víctimas de agresiones.

Es escasa asimismo la investigación sobre las consecuencias que las agresiones generan. En particular, no se ha estudiado claramente el papel que puede desempeñar la violencia en la aparición de la desmotivación de los médicos de familia, así como el tipo de desmotivación (extrínseca, intrínseca o trascendente) que ocasiona[45]. Es necesario investigar también con mayor profundidad el impacto que en la relación asistencial tienen las agresiones y el apoyo percibido por parte de los profesionales[23].

En cuanto al manejo de los encuentros violentos y del paciente agresivo, la mayoría de la documentación encontrada proviene de revisiones o recomendaciones de expertos, si bien sustentados en los conocimientos disponibles sobre la agresividad, por lo que probablemente este campo pueda ser objeto de investigación.

La metodología cualitativa también se ha utilizado en algunos trabajos. En nuestro medio se ha realizado poca investigación al respecto. La mayoría de los estudios consultados estudian las experiencias o los puntos de vista de los profesionales, especialmente de personal facultativo o de enfermería. Pocos indagan en las vivencias del personal no sanitario, a pesar de que es manifiesta la importancia de conocer su perspectiva[18].

El estudio de Naish y cols[8] constituye cinco grupos focales con trabajadores de distintas categorías de centros de salud. Los resultados le permiten concluir, entre otras cosas, que el personal no sanitario se siente marginado de las reuniones de equipo y no pueden beneficiarse del apoyo y asesoramiento del resto de los profesionales.

Aunque las encuestas de satisfacción pueden aportar datos sobre los comportamientos de los profesionales que agradan o desagradan a los usuarios, no abundan los estudios cualitativos que analicen los encuentros violentos desde la experiencia del paciente. Se debería recoger también el punto de vista de los pacientes con antecedentes de agresión y estudiar cuáles son los elementos desencadenantes de su respuesta agresiva contra el personal de los centros sanitarios[27].

Según la OMS[10] son muchos los motivos para emprender investigaciones sobre la violencia, pero una prioridad fundamental es comprender mejor

el problema en distintos contextos culturales para poder elaborar mejor las respuestas adecuadas y evaluarlas. En nuestro ámbito, debería impulsarse la investigación mediante políticas gubernamentales, la participación directa de las instituciones nacionales (muchos servicios sociales o ministerios del interior, así como la justicia penal, disponen de programas propios de investigación) y la financiación a instituciones universitarias e investigadores independientes.

También debería emprenderse la investigación en el ámbito local. Para obtener los máximos beneficios, las autoridades locales deben involucrar a todos los colaboradores con experiencia aplicable a esta tarea, como centros universitarios (medicina, ciencias sociales, criminología y epidemiología), centros de investigación y organizaciones[10].

Alianza Editorial 1987.

3.- Lorenz K. Sobre la agresión: el pretendido mal.14ª ed. Madrid: Siglo XXI 1985.

4.- Renfrew JW. La agresión y sus causas. Alcalá de Guadaira: MAD 2005.

5.- Berkowitz L. Agresión : causas, consecuencias y control. Bilbao: Desclée De Brouwer 1996.

6.- Montagu A. La naturaleza de la agresividad humana. Versión de Antonio Escohotado. 3ª reimp. Madrid: Alianza 1986.

7.- Sampedro F. A violencia excedente. Santiago de Compostela: Laiovento 2006.

8.- Naish J, Carter YH, Gray RW, Stevens T, Tissier JM, Gantley MM. Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies. Fam Pract 2002;19:504-10.

9.- Ronzón-Fernández A. Violencia del paciente en una consulta de incidencia turística. Aten Primaria 2006;37:119.

10.- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre Violencia y Salud. 2003. Disponible en: whqlibdoc.who.int/publications/2002/9275324220_spa.pdf

11.- Ryan D, Maguire J. Aggression and violence - a problem in Irish Accident and Emergency departments? J Nurs Manag 2006;14:106-15.

12.- ILO-ICN-WHO-PSI, Framework guidelines for addressing violence in the health sector, the trainner manual. 2005. Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/

13.- Mills R. Violence in the consulting room. A multifactorial strategy for prevention and harm minimisation. Aust Fam Physician 2008;37:851-3.

14.- OIT-CIE-OMS-ISP Directrices Marco para afrontar la violencia en el sector de la salud. 2002. Disponible en http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=60039

15.- Hobbs FD, Keane UM. Aggression against doctors: a review. J R Soc Med 1996;89:69-72.

16.- Benveniste KA, Hibbert PD, Runciman WB. Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. Med J Aust 2005;183:348-51.

17.- Forster JA, Petty MT, Schleiger C, Walters HC. Know workplace violence: developing programs for managing the risk of aggression in the health care setting. Med J Aust 2005;183:357-61.

18.- Dixon CA, Tompkins CN, Allgar VL, Wright NM. Abusive behaviour experienced by primary care receptionists: a cross-sectional survey. Fam Pract 2004;21:137-9.

19.- Lee DT. Violence in the health care workplace. Hong Kong Med J 2006;12:4-5.

20.- Rew M, Ferns T. A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. Br J Nurs 2005;14:227-32.

21.- Saines JC. Violence and aggression in A & E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs 1999;7:8-12.

22.- Dyer O. Attacks on NHS staff increasing, MPs say. BMJ 2003 26;327(7:182.

23.- Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. Med Clin (Barc) 2007;128:307-10.

24.- Observatorio de agresiones. Estadística año 2010. OMC. Organización Médica Colegial de España. Disponible en: http://nueva.cgcom.es/sites/default/files/ESTUDIO_AGRESIONES_presentacion_18-1-11_definitiva_0.pdf

25.- Hisli Sahin N, Basim HN, Cetin F. Locus of control and self-concept in interpersonal conflict resolution approaches. Turk Psikiyatri Derg 2009;20:153-63.

26.- Bell CC. Assessment and management of the violent patient. J Natl Med Assoc 2000;92:247-53.

27.- Wright NM, Dixon CA, Tompkins CN. Managing violence in primary care: an evidence-based approach. Br J Gen Pract 2003;53(492):557-62.

28.- Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2006;30:586-98.

29.- Documento Marco para la prevención y actuación frente a la violencia hacia los facultativos (resumen). CESM 2007. Disponible en: http//www.cesm.org/

30.- Asociación El Defensor del Paciente (página principal en Internet). (Consultado el 7 de mayo de 2010). Disponible en: http://www.negligenciasmedicas.com/

31.- Nebot Adell C, Baqués Cavallé T, Crespo García A, Valverde Caballero I, Canela-Soler J. The opinion of the users as opportunity for improvement in primary health care. Aten Primaria 2005;35:290-4.

32.- Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR. Conflict management: a primer for doctors in training. Postgrad Med J 2006;82(963):9-12.

33.- Carter YH, Skelton JR, Kenkre JE, Hobbs FD. Analysis of primary care staff language about aggression at work using concordancing techniques to identify themes. Fam Pract 1997;14:136-41.

34.- Epstein RM, Borrell i Carrió F. Pudor, honor, and autoridad: the evolving patient-physician relationship in Spain. Patient Educ Couns 2001;45:51-7.

35.- Delgado A, López-Fernández LA, De Dios Luna J, Saletti Cuesta L, Gil Garrido N, Puga González A. [Patient expectations of decision making for distinct health problems]. Gac Sanit 2010;24:66-71.

36.- Shields M, Wilkins K. Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. Health Rep 2009;20:7-19.

37.- Bayman PA, Hussain T. Receptionists' perceptions of violence in general practice. Occup Med (Lond) 2007;57:492-8.

38.- Gallant-Roman MA. Strategies and tools to reduce workplace violence. AAOHN J 2008;56:449-54.

39.- Jiménez Busselo MT, et al. Paciente agitado en urgencias. An Pediatr (Barc) 2005;63:526-36.

40.- Phillips S. Countering workplace aggression: an urban tertiary care institutional exemplar. Nurs Adm Q 2007;31:209-18.

41.- Borrell I Carrió J. Manual de Entrevista Clínica. Madrid: Hartcourt Brace 1998.

42.- Davis M, McKay M, Eshelman E. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca 1985.

43.- Berckhan B. Cómo defenderse de los ataques verbales: un curso práctico para que no te quedes sin palabras. Barcelona: RBA 2004.

44.- Plan para a Prevención da violencia laboral no Servizo Galego de Saúde. Sergas 2007. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=60039

45.- Moreno Jiménez MA, Vico Ramírez F, Zerolo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serenab P, Mateios Salido MJ. Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. Aten Primaria. 2005;36:152-8.