

Publicado en “El Médico”, 2006

Accesible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/revistaelmedico/983/2.pdf>

Violencia en la consulta

Autores: Ana M^a Costa Alcaraz, Carlos Almendro Padilla, Emilio Luis López Torres

Centro de trabajos: Centro de Salud Nazaret (Valencia) Centro de Salud Torrent, Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch (Valencia)

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

Correspondencia: Ana M^a Costa.

Centro de Salud Nazaret. Calle Fernando Moráis de la Horra s/n 46024 Valencia; anamc@ono.com

Últimas novedades sobre el tema.

La ética asistencial es uno de los más recientes aspectos de la bioética. Aborda los problemas suscitados en la relación del médico con el paciente, con el equipo de trabajo, y con otros niveles asistenciales, desde una óptica multidisciplinar. Investiga cuestiones frontera entre la calidad, la gestión y los valores profesionales. Algunas de estas cuestiones son el síndrome del quemado (burnout), el acoso en el trabajo (mobbing), los errores médicos, la violencia hacia el médico, la priorización de recursos limitados, las voluntades anticipadas.

Desde el momento del nacimiento los seres humanos interactúan con el medio, aprendiendo respuestas de adaptación. Desde ese mismo instante, factores externos y constitucionales se combinan para configurar modelos de respuesta ante cualquier situación. Cuando la respuesta es disfuncional, termina generando problemas de salud en los individuos y tiene el riesgo de poner en marcha una espiral de violencia en la sociedad. La epidemiología considera la violencia como un problema de salud pública. La detección de comportamientos disfuncionales, tanto a nivel individual como de grupo, y el aprendizaje de respuestas adaptativas, es una forma de educación para la paz. Entre los factores externos determinantes de conductas violentas, es importante el aprendizaje por imitación. El haber sido testigo de comportamientos agresivos predispone a recurrir a la fuerza para aliviar frustraciones personales. El comportamiento violento también viene determinado por factores internos, o de personalidad. Entre éstos, es el predominio de emociones negativas, como la venganza o la envidia, lo que determina que se den comportamientos violentos.

La violencia ejercida contra una persona siempre desencadena estrés, tanto en quien la sufre como en el que la ejerce. El estrés es un estado de alerta que cursa con activación neurofisiológica y mental. Cuando es mantenido indefinidamente, se acompaña de claudicación de la capacidad adaptativa del organismo y, por tanto, termina provocando disfunción o enfermedad.

En estos momentos, el síndrome del quemado es una causa importante de que los médicos enfermen o decidan abandonar su trabajo. Se desencadena por una confluencia de factores presentes en diferente proporción según los casos, tanto institucionales (organización del trabajo, estilo directivo dictatorial,

aumento constante de la presión asistencia, falta de autonomía y de capacidad de decisión del médico por dificultad de acceso a medios complementarios de diagnóstico y tratamiento) como dependientes del profesional (desproporción entre las responsabilidades asumidas y la cualificación, perfeccionismo, desajuste entre los bienes que se busca realizar con el ejercicio profesional y lo que dicho ejercicio permite)

A diferencia del síndrome del quemado, que tiene su origen en factores del profesional o de la organización del trabajo, el síndrome de acoso institucional se desencadena a partir de las relaciones interpersonales dentro de la institución. Consiste en maltrato verbal y/o moral por parte del jefe, de compañeros de trabajo o de ambos, mediante de una serie de actuaciones hostiles que, tomadas de forma aislada, podrían parecer anodinas, pero cuya repetición constante tiene efectos perniciosos.

Según datos del British Medical Journal, hasta un 38% de profesionales sanitarios sufren acoso institucional. En España solo hay estudios a nivel de la población general, con cifras que se sitúan entre un 12 y un 16%.

Los errores médicos constituyen un tema de estudio emergente. Por una parte, aunque errar es humano, en este como en cualquier otro trabajo existe una cierta proporción de errores que podrían ser evitables. Sin embargo, para identificarlos es preciso crear una cultura en la que sea el propio médico quien reflexiones de forma periódica y sistemática sobre los laberintos diagnósticos y terapéuticos de su quehacer cotidiano con el fin de mejorar los mismos.

También es preciso cuidar la red de confianza del paciente para con su médico y viceversa, tan necesaria para conseguir el efecto terapéutico que por sí sola tiene la entrevista clínica. Pero ello sólo es posible en un marco de organización que permita, en primer lugar, dedicar a cada paciente el tiempo que precise sin que, por ello, el médico muera en el intento, por otra parte, poder ocupar parte del horario de trabajo en tareas no asistenciales (entre ellas la revisión de historias clínicas). Como afirman Ordovás y Almendro, no todos los accidentes son consecuencias de errores y, aun cuando lo sean, no todos los errores son consecuencia de acciones que se incluyan dentro de las condiciones susceptibles de responsabilidad jurídica (negligencia, imprudencia o impericia).

El médico debería saber identificar los errores en los que haya incurrido, los cuales ni siempre suceden por incumplimiento del deber asistencial, ni siempre son susceptibles de responsabilidad jurídica. En estos momentos, el marco en el que desarrolla su actividad profesional un médico de familia español, es muy distinto. La cultura de no aceptación de la posibilidad de errar, especialmente cuando la relación médico paciente no se despliega en un tejido de confianza mutua lleva a la proliferación de denuncias judiciales. La sobrecarga asistencial impone una situación casi permanente de recorte del tiempo medio dedicado en las consultas de atención primaria, mayoritariamente por debajo de 10 minutos por paciente. El malestar inherente al ejercicio profesional está cada vez más extendido y a él contribuyen, junto con los dos factores expuestos, los episodios de violencia dirigida hacia el médico por algunos de los pacientes que consultan. Un reciente estudio publicado en el Reino Unido muestra que los profesionales de los centros de atención primaria que trabajan en recepción son los que sufren con mayor frecuencia episodios de violencia y agresión, de los que también, en ocasiones, es víctima el médico. Ello hace pensar que el abordaje del problema de violencia en las consultas tendría que ser multidisciplinar. JC Siurana, recogiendo propuestas de diferentes autores, plantea los rasgos a desarrollar tanto por las empresas como por los profesionales, en su camino hacia la construcción de un mundo no violento. Aún a sabiendas de que la sociedad perfecta es una utopía, vale la pena dedicar esfuerzos a promover una cultura de paz, que fomente el respeto a la libertad, desarrolle la igualdad, y descarte los procedimientos violentos. La libertad, afirma Siurana, debe de ser especialmente respetada porque es uno de los fundamentos de la dignidad humana. Vale la pena realizar esfuerzos para eliminar, de las relaciones sanitarias, las tendencias de comunicación violentas. Por una parte evitar relaciones violentas revertirá en una mejora de confianza de los pacientes y con ello en un ejercicio profesional más satisfactorio para el profesional. Por otra, con el esfuerzo para erradicar la violencia en las consultas de los centros de salud, se estará colaborando, a pequeña escala, en la construcción de una sociedad pacífica. Toda piedra hace pared.

2.1 ¿Qué se puede considerar violencia?

Rojas Marcos define la violencia física contra las personas como el uso intencionado de la fuerza en contra de un semejante, con el propósito de herir, abusar, robar, humillar, dominar, ultrajar, destruir, o causarle la muerte. Como afirma Adela Cortina, el proceder violento requiere de dos elementos esenciales, el uso de la fuerza y el intento de cambiar la tendencia natural de algo.

Las conductas violentas son, pues, conductas antisociales o destructivas que no se justifican por la necesidad de supervivencia, sino por el predominio de la ira como estado emocional. La ira es una emoción intensa que provoca indignación y enfado, distorsionando las evaluaciones cognitivas de la persona, e impulsando hacia comportamientos violentos. Con frecuencia, cuando estamos airados nuestras actuaciones les parecen bastante irracionales a los que nos observan. Personalidad agresiva es la que con frecuencia presenta conductas violentas.

Existen testimonios de conductas agresivas entre seres humanos desde todos los tiempos y en todas las civilizaciones. Desde la antropología Charles Darwin, desde el psicoanálisis Sigmund Freud y desde la etología Konrad Lorenz, defienden la tesis de que la agresividad es una fuente de energía instintiva inagotable, que tiene la misión de conservar al individuo y mantener la longevidad de la especie mediante la selección del más fuerte. Otros como, por ejemplo Eric Fromm, o Albert Bandura, consideran que la agresividad más que instintiva es una forma de respuesta aprendida. El primero atribuye el aprendizaje exclusivamente a las experiencias vividas en el medio familiar. El segundo ha elaborado una conocida teoría según la cual el aprendizaje es predominantemente social, basado en los conceptos de modelamiento, refuerzo y aprendizaje vicario. Sin embargo, como señala Rojas Marcos, hay una diferencia esencial entre la agresividad animal, siempre impulsada por el miedo a ser dañado, y la agresividad en los humanos, que en ocasiones adopta cariz de crueldad, siendo principalmente ofensivo. Cuando matan, los animales lo hacen para sobrevivir y lo hacen de la forma más rápida posible. En las luchas para demostrar superioridad, permite que el contrincante se retire sin perseguirlo. El goce con el sufrimiento ajeno es una característica exclusiva de nuestra especie. Solo el hombre tortura. Por tanto, cualquier actitud

reduccionista respecto a la agresividad en los humanos, como la mantenida por los intelectuales antes citados, resulta simplista y arriesgada. Parece más acertado afirmar que la violencia constituye, junto con el conocimiento y el dinero, uno de los instrumentos que maneja el ser humano para ejercer poder. Del poder emana la autoridad de las personas. Y la autoridad es necesaria en todas las sociedades, especialmente en las complejas, que precisan organizarse jerárquicamente para garantizar un mínimo de fluidez en la organización de sus actividades así como para asegurar un mínimo espacio vital a todos sus miembros, especialmente a los más frágiles. Sin embargo, del reconocimiento de la necesidad de que exista algún tipo de autoridad, no se deriva la afirmación de que el poder siempre va a ser bien usado. Con facilidad se podría poner ejemplos de abuso, o de manipulaciones más sutiles mediante el dinero, o mediante el conocimiento. En todos los casos se puede hablar de violencia, en el sentido de estar violentando la capacidad de decisión y la manera de ser de otra persona. La violencia física es evidente de forma más inmediata. Se le puede considerar como una forma de poder instintiva, sustentada en las emociones más primitivas. Física o psicológica, cualquier tipo de violencia deshumaniza no solo a la víctima, sino también al agresor. Porque rompe la comunicación entre los seres humanos, que sólo pueden desarrollarse como tales en el marco de una comunidad. Como afirman Siurana y Conill, se ha «aprendido a con-vivir» cuando la relación con las otras personas es pacífica. A convivir se aprende desarrollando unos valores morales fundamentales en la relación con los otros.

Los médicos pueden ser víctimas de diferentes tipos de violencia. También, cómo no, pueden ser agentes de violencia, especialmente cuando, muchas veces de forma inconsciente, ignoran la cualidad de ser humano doliente y dirigen la entrevista a un caso clínico despersonalizado. En este capítulo vamos a centrar la reflexión en torno al médico no como agente, sino como sujeto paciente de violencia (figura 1)

En las consultas de atención primaria, afortunadamente, las agresiones físicas se dan con escasa frecuencia. Sin embargo, es posible encontrar actuaciones de violencia no tan extremas, mucho más frecuentes, y más fácilmente controlables mediante una adecuada actuación profesional (tabla 1) Aunque en España a penas existe conciencia de la realidad de este problema, ya se ha

realizado algún estudio. El estilo autoritario del médico, y el conflicto derivado de la tensión entre las necesidades del paciente y la lealtad percibida al sistema sanitario público son, al parecer, las principales causas desencadenantes de tensión y agresividad en la relación médico-paciente. Otros países de nuestro entorno empiezan a investigar la frecuencia de presentación de agresiones en la consulta y las circunstancias acompañantes. Existe mucho más riesgo de sufrir amenazas con objetos o injurias tanto verbales como físicas en las zonas socialmente deprimidas y, casi en su totalidad, los incidentes están provocados por pacientes psicóticos o bajo los efectos del abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas.

Los episodios de violencia parecen estar relacionados, en la mayor parte de los casos, con la negativa del profesional a acceder a una petición relacionada con prescripción de medicamentos, derivación a especialista o con diversas circunstancias de la atención en urgencias y sus autores de episodios violentos son mayoritariamente pacientes jóvenes, o bajo los efectos del alcohol y, en menor medida, pacientes con enfermedad psiquiátrica.

Un reciente estudio, realizado sobre una muestra de 1000 médicos y con una tasa de respuesta del 76%, los autores encontraron que cuando los médicos solicitaban baja en la asignación de un paciente, éste se debía mayoritariamente a haber sufrido violencia, intimidación o conductas abusivas por parte del mismo (59% de los casos; IC 53%-64%), y en un 8% ese tipo de conductas eran motivo adicional al aducido en primer lugar. Solo en un 2% de los casos, la causa alegada era haber recibido una reclamación del paciente. En base a estos resultados, se podría afirmar que la violencia ejercida contra el médico es un problema emergente en las consultas médicas. Es necesario realizar una identificación del problema y perfilar el mismo con la mayor precisión posible, como primer paso para adoptar medidas de prevención orientadas hacia la población que consulta, hacia las habilidades de entrevista del profesional, o hacia los problemas de organización que confluyen en crear tensión ambiental.

Además de lo ya expuesto, también se ejerce violencia contra una persona cuando, mediante coacción física y/o psicológica, no se le permite expresar su forma de ser, así como cuando se le coloca en situaciones de estrés ambiental mantenidas indefinidamente. Una y otra forma de violencia, cuando se llevan al

extremo, son factores determinantes de burnout, o síndrome de estar quemado, y/o de mobbing, o trastorno de ansiedad generalizado por acoso laboral.

La percepción de violencia latente, es decir, cuando no se concreta en agresión verbal o física, es variable. Depende no sólo del agente externo, sino de las características de la persona a la que va dirigida. De ello no se puede deducir que dicha percepción se de exclusivamente en el terreno de la subjetividad, aunque, indudablemente, en parte se da en ese terreno. Como en cualquier otro acontecimiento vital, incluso si hubiera violencia con agresión física, también en este caso las características previas determinan, en parte, las consecuencias que pudiera manifestar la víctima. Pequeños actos de violencia, repetidos indefinidamente en el tiempo, pueden minar al más experto en recursos de entrevista clínica de entre los médicos.

2.2. ¿Cuáles son los factores determinantes de las situaciones de violencia hacia el médico de familia?

Todos los factores implicados en la génesis de violencia hacia el médico de familia se pueden agrupar en tres, que se analizarán a continuación. Factores dependientes de las características de personalidad del paciente, dependientes de la capacidad del profesional para realizar contención, y dependientes de la estructura en la que se realiza la atención médica. En torno a éstos últimos Weisinger desarrolla sus teorías sobre la ira y la empresa modelo. Según este autor, una organización emocionalmente equilibrada es la que consigue que los empleados se sientan escuchados y atendidos en sus necesidades. Ello facilita la interacción positiva entre los profesionales y el equipo directivo.

En todas las situaciones que generan violencia hacia el médico, se puede identificar factores dependientes del paciente, dependientes del profesional, y dependientes del medio en el que se desarrolla la atención clínica (tabla 2) El médico puede, hasta cierto punto, evitar las provocaciones, o modular las respuestas emocionales que desencadenan la ira en ciertos pacientes, sobre todo en los primeros estadios de su manifestación, con el fin de evitar la espiral de violencia que puede terminar en agresión física (figura 2) Una situación que desencadena ira provoca en el organismo una reacción de alerta, con respuesta de excitación fisiológica. Tales cambios fisiológicos impregnan la

evaluación cognitiva, generando pensamientos disfuncionales, los cuales a su vez activan emocionalmente, incrementando la ira. Se activa un circuito de retroalimentación difícil de romper, que impulsará a comportamientos violentos.

2.2.1. Factores estructurales.

La ira presente en una organización, dice Weisinger, sabotea la energía necesaria para el buen funcionamiento de la misma. Aparece cuando la organización impide que un número elevado de sus miembros satisfagan sus necesidades profesionales y dificulta la capacidad de éstos para identificarse con los objetivos de la organización e implicarse en alcanzarlos. Como consecuencia de ello, la propia organización deja de tener cubiertas sus necesidades. Llegados a ese punto, profesionales y organización se culpan mutuamente de no alcanzar los objetivos y se rompe la comunicación entre ambos colectivos. La expresión emocional equilibrada entre equipo directivo de una organización y empleados de la misma, solo aparece cuando unos y otros intercambian carga emocional positiva. Esa interacción tiene como resultado una mayor salud mental y física de los trabajadores y un mejor rendimiento laboral. La estrategia para conseguir dicha interacción positiva, se basa en conocer primero, e intentar compatibilizar con posterioridad, las respectivas necesidades (figura 3)

Cuando, por las condiciones de trabajo impuestas, se tiene que renunciar a la autorrealización profesional a través del ejercicio cotidiano y a ello se añade que no recibe ningún reconocimiento del trabajo bien hecho por parte de la empresa, se está poniendo el techo de cobertura de necesidades en el nivel medio de las que realmente tiene un buen profesional. Es decir, se limita su posibilidad de satisfacción al grado de aceptación en el medio laboral. Si sucediera que en dicho medio no existiera la posibilidad de auténtico trabajo en equipo, estaría mal cubierta la necesidad de aceptación, con lo que las necesidades descenderían un grado más hasta llegar a las necesidades de seguridad. Este escalón de seguridad laboral tampoco se cubre cuando el trabajo en precario se prolonga durante años.

Así, puede darse el caso de empresas ricas en ira en las cuales, por ceguera de sus directivos a las necesidades personales, es casi imposible implicar a los profesionales en la consecución de objetivos, los cuales cada vez más centran sus expectativas profesionales en compensaciones materiales no específicas

del quehacer profesional. Afortunadamente para los profesionales de la medicina, si hubiera deficiencias en la atención que pueda prestar la empresa todavía permanece la relación con el paciente, del que se recibe reconocimiento y la atención al cual permite la autorrealización profesional, como resulta perfectamente expresado en el documento publicado por el Hastings Center en 1996.

Pero uno es el nivel de relación con el paciente, y otro distinto el de relación con la empresa. Con todo lo expuesto anteriormente se viene a afirmar que la humana necesidad de progreso en el desempeño del trabajo cotidiano, cubriendo las etapas expuestas en la pirámide de necesidades, así como la voluntad de tender a la excelencia profesional, entendida como una mejora constante de uno comparado consigo mismo, puede también extrapolarse a la estructura y funcionamiento de las empresas. El modelo de gestión que dichas empresas apliquen será responsable del grado de motivación de sus empleados. E igual que hay empresas excelentes, empresas mediocres y empresas generadoras de ira, podría darse el caso de que existieran empresas perversas. Serían aquellas en las cuales los criterios de gestión no tienen en cuenta a sus trabajadores, ni siquiera en cuanto a cubrir sus necesidades materiales básicas, degradándoles en el ejercicio de su profesión. Y se realizan contratos laborales sin tener en cuenta el criterio de a igual responsabilidad, igual salario.

Las necesidades materiales básicas en el medio laboral son, junto con tener asegurada la subsistencia y disponer de tiempo para la vida privada, otras relacionadas con el espacio arquitectónico. Algunas deficiencias en el espacio de trabajo pueden ser generadoras de estrés y, por tanto, si tales deficiencias no son excepcionales sino habituales, serán generadoras de violencia hacia el médico, como se verá a continuación.

2.2.1.1. Espacio físico.

A las tradicionales deficiencias en las instalaciones de algunos centros de salud, se añaden recientemente otras nuevas, derivadas de los avances tecnológicos. La escasa iluminación de la sala dificulta la percepción de los signos de comunicación no verbal empobreciendo, por tanto, la calidad de las entrevistas clínicas. Los ruidos persistentes, por mal aislamiento, pueden dificultar la consecución de un clima en la consulta propicio para las

confidencias y protector de la confidencialidad. El espacio insuficiente en las consultas y/o en la sala de espera facilita el hacinamiento. El índice de hacinamiento es uno de los indicadores clásicos de riesgo para la salud medioambiental. Es sabido que con el hacinamiento se aumenta la frecuencia de aparición de enfermedades infecciosas y desciende el umbral para las manifestaciones agresivas.

2.2.1.2. Deficiencias en el material de trabajo.

Aunque es casi imposible que los instrumentos de trabajo sean siempre suficientes en cantidad y calidad, pueden darse situaciones de deficiencias extremas en las cuales el médico sienta que se ejerce violencia sobre las condiciones en las que desempeña su actividad profesional. Son aquellas situaciones en las cuales dispone de espacio en el que pasar su consulta, pero no de un conjunto mínimo básico de instrumentos auxiliares para dicha consulta, dado que el país en el que se ubica es uno de los desarrollados y pertenece a la CEE. Se considera conjunto mínimo de instrumentos a aquellos que facilitan la exploración clínica, o los que siendo fáciles de manejar, y teniendo una relación buena sensibilidad/ especificidad, permiten tomar decisiones con menor grado de incertidumbre. Es el caso del diván de exploración, los guantes desechables, la lámpara con lupa, para observar lesiones en piel y mucosas, el otoscopio, el negatoscopio, el oftalmoscopio, el esfigmomanómetro, el fonendoscopio, el glucómetro, el electrocardiograma, el pulsioxímetro.

Otros problemas estructurales que pueden ser agentes de violencia contra el médico están relacionados con la organización del trabajo.

2.2.2. Organización del trabajo.

Los problemas derivados de una mala organización, por deficiencias del trabajo en equipo, pueden verse agravados cuando desde instancias superiores se le niega al médico la mínima posibilidad de autogestión, imponiéndole la forma de organizar su consulta.

2.2.2.1. Deficiencias del trabajo en equipo.

Para que un equipo funcione es necesario, como condición a priori, que se quiera trabajar en equipo. Pero sólo eso no basta. Es preciso, además, que en cualquiera de las etapas del circuito que recorre un paciente cuando entra al centro de salud, se encuentre con verdaderos profesionales.

Se dice de un trabajador es profesional cuando sabe identificar el bien intrínseco de la actividad que realiza, y busca cumplirlo mediante su práctica cotidiana. Aristóteles, en su *Ética a Nicómaco*, habla de dos tipos de acción. La acción propiamente dicha, o actividad que es valiosa por sí misma, y la producción, que es aquel tipo de acción que se despliega exclusivamente para obtener un bien externo. Como el bien intrínseco de la medicina consiste en resolver, de la mejor manera posible, las necesidades de la persona enferma, hacia ello deberían tender la actuación de cualquiera de los componentes del equipo de atención primaria. Y, en segundo lugar, a reducir en lo posible las cargas de trabajo de los componentes del equipo que sufran de mayor presión asistencial así como, de forma prioritaria, a aliviar las cargas de trabajo de quienes tienen mayor grado de responsabilidad frente al paciente, que es el caso de los médicos. Es obvio afirmar que con el exceso de trabajo se incrementa el riesgo de error. Recorriendo el circuito asistencial de un centro de salud, se pueden identificar las diferentes causas de estrés para el médico de familia.

2.2.2.1.1. Cómo se informa en recepción.

Es importante la formación en técnicas de comunicación del personal sanitario que trabaja en recepción de los centros de salud. Son ellos quienes reciben a los pacientes, nada más atravesar el umbral de la puerta. Cuando su estilo informativo es inadecuado, puede tener como efecto un aumento de irascibilidad en los pacientes difíciles, o de impaciencia en los ansiosos. El estilo informativo del equipo de recepción puede dificultar la accesibilidad del paciente al médico, o incrementar la frecuencia de solicitud de cita “por si acaso”. Un inadecuado estilo de información puede incrementar la presión asistencial, empeorar la carga emocional de los pacientes que consultan y, por tanto, aportar una carga suplementaria de violencia a la consulta del médico de familia.

2.2.2.1.2. Cómo se organiza la cita previa.

Los problemas de violencia derivados de la organización de la cita previa para la consulta, se podrían agrupar en, por una parte, los derivados de la mala información a los pacientes que acuden, o llaman por teléfono, para solicitar cita y, por otra, derivados de la imposición externa al médico del ritmo de trabajo en su consulta.

¿Se prioriza la atención en el día para cualquier problema, aunque esto suponga 60 visitas diarias?, ¿se consiente lista de espera de varios días, con el riesgo de retrasar diagnósticos graves?, ¿quién establece el punto de corte?, ¿se deja la decisión a criterio exclusivamente del paciente, con el riesgo de potenciar el abuso de los hiperfrecuentadores y restringir el uso de los más considerados, dañando así la equidad? En muchos casos, estas preguntas tienen difícil solución sin incrementar los recursos humanos del centro afectado. Sea cual fuere la solución que se adopte, siempre será peor aceptada por el médico si no es él quien decide el mal menor respecto a la organización de su consulta, es decir, cuando la forma de organización le viene impuesta desde fuera. Hay que tener en cuenta que la responsabilidad por los errores cometidos no se exige al superior jerárquico que ha impuesto las condiciones. En consecuencia, quien ha de dar cuenta de los errores, es decir, quien ha de dar cuenta de los resultados obtenidos, debería de ser libre para organizar su trabajo según su particular criterio.

2.2.2.1.3. Presión asistencial elevada.

Puede darse el caso de centros cuya presión asistencial impide que dedicar a cada paciente el tiempo necesario sin alargar la jornada laboral más allá de las 7 horas diarias. A consecuencia de la excesiva carga de trabajo, los profesionales que trabajan en dichos centros se enfrentan al dilema de atender a todos los que requieran ser vistos en el día, aunque sin prestarles la dedicación necesaria dada la premura de tiempo, o alargar excesivamente su jornada laboral, con el consiguiente incremento de fatiga mental que ello supone. Esta situación, de forma excepcional, se da en brotes epidémicos. Si hubiera centros de salud en los que la situación no es excepcional, sino habitual, se podría afirmar que consintiéndola se está realizando violencia institucional contra el médico.

2.2.2.1.4. Falta de comunicación con enfermería.

El fin, tanto de la medicina como de la enfermería, es cuidar la salud de las personas que consultan desarrollando para ello, uno y otro profesional, actividades complementarias. Un seguimiento de pacientes, por parte de enfermería, acompañado de la posibilidad de entrevistas diarias con el médico responsable de tales pacientes y supervisión conjunta de los enfermos crónicos, puede facilitar la detección de un mal cumplimiento de tratamientos, o

ayudar en la decisión de retrasar una cita, o permitir la detección precoz de complicaciones en heridas, o mejorar el mal control de problemas crónicos. Cuando, por diferentes causas organizativas, no es posible mantener comunicación fluida entre médicos y enfermeras, esto tiene una doble consecuencia. Por una parte, se duplican los circuitos asistenciales recorridos por los pacientes, por otra, uno y otro colectivo de profesionales trabajan en soledad, sin recibir la información complementaria que siempre es muy útil para ayudar en la toma de decisiones, y sin recibir recíprocamente ese apoyo que es tan necesario en situaciones de sobrecarga asistencial.

2.2.2.1.5. Interrupciones en la consulta.

Los psicólogos han estudiado bien los ritmos de los encuentros humanos. Las interrupciones en una conversación siempre se perciben como manifestaciones de agresividad. La gente reacciona de muy diversas maneras ante un intento de dominación. En todos los casos, se ha comprobado que el mayor trastorno se produce con las interrupciones acontecidas al inicio de la conversación. La interacción, de una u otra forma, se resiente.

En consultas médicas que, de forma habitual, tienen presión asistencial elevada, es decir, tienen más de 25 visitas diarias, es muy difícil evitar que se interrumpan las consultas ya que, restando los 60 minutos que se emplean en visitas domiciliarias o sesión clínica, la totalidad de la jornada laboral se emplea en atender dicha consulta. Tanto las enfermeras, como los pacientes o familiares de los mismos que tienen dudas, sólo pueden acceder al médico interrumpiendo la consulta. Avisos con carácter de urgencia no demorable, llamadas de inspección médica y de algún colega, tienen el riesgo de ir goteando de forma impredecible.

Las interrupciones en la consulta afectan tanto al paciente como al médico. Al primero porque se le rompe el clima adecuado para que narre los problemas por los que consulta, dificultándole la expresión de confidencias. Y también porque, en esos casos, el mensaje no verbal que percibe es que ese tiempo de consulta no es “su tiempo”. Es común que las interrupciones se perciban como signo de hiperoocupación, “el médico tiene demasiado trabajo”, o bien “aunque hable, no se va a enterar, tiene demasiadas cosas en la cabeza” y puede llegar a perder autoestima, “lo mío, después de todo, no es tan importante”.

Al médico le generan violencia al obligarle a dispersar su atención entre la escucha clínica y la demanda externa que genera dicha interrupción, con el incremento de riesgo de errores que ello supone.

2.2.2. Características del paciente.

Ante una misma situación, las características de personalidad de dos pacientes diferentes pueden determinar reacciones que ambos reaccionen de manera muy distinta (tabla 3). Por otra parte, algunas experiencias vitales pueden actuar como factor desencadenante o coadyuvante de comportamientos violentos (tabla 4) Por último, tanto las expectativas, como las ideas racionales y creencias irracionales que el paciente tenga sobre la enfermedad y sobre la adecuada utilización de los servicios de salud, van a determinar en parte el uso o abuso de tales servicios.

2.2.2.1. La violencia según características de personalidad del paciente.

2.2.2.1.1. Tener personalidad insegura y con escasas habilidades sociales puede ser el motivo por el que un paciente presente actitudes a la defensiva, especialmente cuando ha vivido experiencias negativas previas, en sí mismo o en su entorno más cercano, “si llego a hacerle caso a usted, me muero; menos mal que por la noche me fui a urgencias”.

2.2.2.1.2. En las relaciones de malos tratos el rol maltratado/maltratador es, con frecuencia, intercambiable, lo que dificulta la posibilidad de romper el círculo de violencia. Son relaciones llenas de violencia, en las que ésta se expresa, de forma inadecuada, a través de respuestas de contención o de intensificación. La contención, o ira latente, es la respuesta que adopta el maltratado. Refleja una huída instintiva que, en consecuencia, no detiene la provocación, la cual sigue repitiéndose y cierra un círculo disfuncional. La intensificación, o ira manifiesta, es la respuesta que adopta el maltratador. Se expresa mediante preguntas acusadoras, amenazas, y a través de la vociferación y el insulto. La única respuesta funcional a situaciones que despiertan ira es la orientación de ésta. Para ello es preciso contención emocional y verbalizar la ira. El aprendizaje de la orientación es difícil para las personas que se encuentran atrapadas en un círculo de malos tratos, por el refuerzo de respuestas disfuncionales que ello supone y la modelación de la inteligencia emocional que, en consecuencia, se produce. Cuando personalidades con estas características se ven inmersas en situaciones que

les desencadenan malestar, reaccionan con facilidad con respuesta de intensificación de la ira. Si esta situación aparece dentro de la consulta de un médico con pocas habilidades de autocontrol emocional, el propio médico tendrá una respuesta de contención o intensificación, con lo que se desencadenará una espiral de violencia.

2.2.2.1.3. Respecto a los trastornos psiquiátricos de la personalidad, es conocido los enfermos psiquiátricos tienen más posibilidades de ser detenidos por conducta delictiva violenta que las personas mentalmente sanas. Las conductas violentas en estos pacientes suelen seguir la misma escalada que en la población general, comenzando con provocaciones verbales que pueden terminar en actos de agresión física. Los psiquiatras manejan escalas que permiten predecir el comportamiento violento. Una de las más utilizadas es SDAS-9, que pretende evaluar las cogniciones y la conducta agresiva, en pacientes individuales, a lo largo del tiempo. Las puntuaciones van de 0 a 4 puntos, siendo 0 la puntuación cuando el parámetro medido está ausente. Seis de los ítems valorados cubren diversos tipos de conducta agresiva dirigida hacia fuera (agresividad verbal no dirigida, agresividad verbal dirigida, conducta perturbada socialmente, violencia física hacia el profesional sanitario, violencia física hacia otras personas, violencia física hacia las cosas). Tres elementos cubren condiciones de la agresividad dirigida hacia adentro (irritabilidad, negativismo, estados de ánimo disfóricos). Esta escala resulta útil para predecir episodios de violencia hacia los trabajadores sanitarios cuando puntúa altos los ítems de agresividad verbal dirigida y de violencia hacia las cosas. Al valorar los comportamientos por sexo, se ha comprobado que los hombres reincidentes en comportamientos agresivos tienen con mayor frecuencia daño orgánico cerebral, mientras que entre las mujeres reincidentes son más frecuentes los trastornos límite de personalidad.

2.2.2.1.4. El paciente toxicómano.

Los pacientes toxicómanos tienen comportamientos de ira intensificada siempre que sufren el síndrome de abstinencia. Cuanto mayor es la dependencia, más fácilmente reaccionarán violentamente ante la negativa a proporcionarles el estupefaciente. Es bajo los efectos del síndrome de abstinencia cuando golpean, roban y agreden físicamente.

2.2.2.2. Experiencias previas generadoras de ira en la relación médico/paciente.

2.2.2.2.1. El paciente no se siente escuchado.

Por diversos motivos, como falta de tiempo en las consultas, o interrupciones frecuentes, el paciente, especialmente cuando su tiempo de latencia para la comunicación es largo, puede tener dificultad para expresar algunos de los problemas que para él son importantes. Ello puede generar una sensación de frustración crónica que terminará dañando la confianza en su médico y, por tanto, dificultando la alianza terapéutica. El incumplimiento de tratamientos y la consulta “por sorpresa” a médicos privados para después solicitar la prescripción de los tratamientos en recetas del sistema público, ambos comportamientos de violencia hacia el médico de cabecera, están en muchos casos provocados por la sensación del paciente de no ser escuchado.

2.2.2.2.2. Duelo patológico.

La aflicción producida por la pérdida de un referente biográfico importante, pasa por unas fases emocionales hasta llegar a la resolución en un periodo que puede durar hasta un año. Pero una pérdida puede provocar respuestas patológicas en la persona que la sufre. En ese caso, la consecuencia será que el duelo se elabora de forma incompleta. Los duelos no resueltos son una importante causa de trastornos por somatización, ansiedad y depresión, alteraciones todas ellas que pueden acompañarse de irritabilidad fácil en quien las sufre. Si el acontecimiento desencadenante del duelo fue la dificultad para aceptar el diagnóstico de enfermedad terminal de un ser querido y el mal afrontamiento del proceso de su muerte, es fácil que en lo sucesivo se dirijan al médico de cabecera, e incluso a cualquier médico cuando se le solicite asistencia por cualquier motivo, todo tipo de recriminaciones por el tipo de pruebas solicitadas, el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, las características del tratamiento, o cualquier otro aspecto relacionado con la asistencia.

2.2.2.2.4. Estrés crónico por problemas en el entorno familiar o social.

Las dinámicas familiares disfuncionales, es decir, las familias en las que los padres no proporcionan a sus hijos protección, afecto y, de forma gradual, autonomía, son una fuente de estrés crónico, causando con frecuencia causa

el desarrollo de personalidades filiales inseguras, con baja autoestima y propensas a las somatizaciones.

Los trabajos precarios, especialmente cuando no existe una buena red de apoyo social, y se siguen de largos periodos de desempleo, fomentan las conductas adictivas y, en consecuencia, de forma indirecta favorecen los comportamientos violentos.

2.2.2.3. Expectativas, ideas y creencias como causa de violencia.

Las expectativas de atención no cubiertas son el motor que impulsa en sus comportamientos tanto a los pacientes exigentes como a los hiperfrecuentadores, mientras que la divinización de la ciencia y sus posibilidades terapéuticas están en la raíz del comportamiento del paciente hiperdemandador. Estos tres modelos de conducta tienen carga de agresión para el médico, especialmente cuando se da la situación de elevada presión asistencial.

2.2.2.3.1. El paciente exigente.

No se hace referencia aquí a la solicitud de explicaciones respecto a la actuación diagnóstica y terapéutica a seguir, comprensible y deseable en el ejercicio de la autonomía personal. Se trata del comportamiento impaciente de personas con bajo nivel de tolerancia a la frustración ante situaciones de expectativas no cubiertas, como retraso en la consulta respecto a la hora de la cita, interrupción de la consulta por un aviso no demorable, negativa razonada a solicitar determinada prueba o a derivar al especialista, entre otras.

2.2.2.3.2. El paciente hiperfrecuentador.

Se ha definido como hiperfrecuentador al paciente que acude al centro de salud 7 o más veces al año, entre visitas espontáneas y programadas, excluyendo las visitas burocráticas. La constatación, por parte del médico, de que en el listado diario de citas aparece ese entre 5'3% de pacientes recurrentes, que van a relatar los mismos problemas de siempre u otros igual de inespecíficos, le desencadena dos tipos de emociones negativas. Por una parte impotencia, dada la dificultad para actuar de forma resolutiva en relación a los síntomas. Por otra parte, rabia por la barrera de accesibilidad a la cita previa que suponen para otros pacientes que hacen uso racional de la consulta. Estudios realizados sobre las características de estos pacientes, permiten afirmar que en una elevada proporción presentan diversos tipos de

malestar psíquico (21%- 46%) y, en proporción todavía más elevada, disfunción familiar (64'8%).

2.2.2.3.3. El paciente hiperdemandador.

Aunque no hay estudios publicados que ilustren este perfil de comportamiento, es muy fácil que un profesional, haya tenido en su consulta algunos pacientes cuyas demandas de se ajustan a un perfil de cliente, consumidor de servicios y cuantos más mejor. Dichas demandas van desde el rechazo a recibir tratamiento con medios naturales para un problema leve, “¿no me va a hacer ninguna receta?, ¿y para eso he venido yo?”, hasta la resistencia a tomar cualquier nuevo medicamento sin haber recibido explicaciones exhaustivas, “¿pero usted está seguro de que me lo puedo tomar?, ¿además de la pastilla para la tensión y de la pastilla para el colesterol y de la pastilla para el azúcar?, ¿ha visto usted cuántas contraindicaciones tiene, no es un medicamento muy fuerte?, pasando por la actitud de necesitar ser valorados por el especialista ante cualquier problema, sin renunciar a ser estudiados simultáneamente por el médico de cabecera y, a ser posible, procurando que se dupliquen pruebas diagnósticas, o manteniendo cierta propensión a prolongar la recuperación clínica durante sus periodos de incapacidad laboral transitoria. Otro grupo de pacientes hiperdemandadores lo constituye un reducido colectivo que, sin llegar a sufrir neurosis de renta, acuden una y otra vez a la consulta solicitando incapacidad laboral transitoria por procesos banales. Posiblemente, si se estudiaran, se encontraría detrás de todos estos comportamientos abusivos personalidades inseguras, problemas del estado de ánimo y/o disfunciones familiares.

La negociación durante la entrevista, con este tipo de pacientes, es larga en el tiempo y difícil ya que, para lograr una buena comunicación, habría que explorar su sistema de creencias respecto a la enfermedad y sus expectativas respecto al sistema sanitario. Por desgracia, el ritmo de las consultas impide que se pueda dedicar el tiempo necesario, a este tipo de pacientes, para cambiar su actitud. Algo se puede conseguir mediante el seguimiento longitudinal, es decir, tras sucesivas entrevistas a lo largo de los años. Mientras tanto, la actitud de extorsión, que no es sino un modo sutil de violencia, coloca al médico en un dilema. Si se niega a atender a las peticiones del paciente, es posible que se dañe la relación terapéutica, por pérdida de confianza y,

además ello suele conllevar un cierto coste emocional ya que los clientes suelen negarse a salir con las manos vacías. Si atiende una petición que no le parece clínicamente justificada, se evita la tensión emocional pero se daña su autoimagen profesional y ética, ya que en conciencia está actuando contra el principio de la justa distribución de recursos.

2.2.3. Factores dependientes del profesional.

Este tipo de factores hace referencia a los determinantes específicos de la competencia profesional en el manejo de la agresividad. Dicha competencia, que se adquiere mediante el aprendizaje de técnicas de comunicación y de control emocional, así como a partir de la práctica reflexiva de la entrevista clínica, se alcanza de forma variable, y más o menos inmediata, según las características de personalidad del médico.

2.2.3.1. Habilidades de comunicación.

Una de las características del médico de familia es su modelo de entrevista clínica, centrado en el paciente, frente un modelo alternativo de entrevista que está centrado en la enfermedad. El modelo centrado en el paciente tiene en cuenta, además de signos y síntomas que ayudan al diagnóstico clínico, factores psicosociales y comunicacionales que influirán en el grado de bienestar del paciente, en la persistencia de algunos síntomas inespecíficos que no se corresponden con diagnósticos y en el grado de cumplimiento de los tratamientos. En este modelo de entrevista es muy importante la empatía, o capacidad de ponerse en lugar del que consulta y entender cómo se siente, la escucha activa, y la asertividad.

2.2.3.1.1. La escucha activa.

Consiste dejar de lado, temporalmente, el propio punto de vista para sintonizar con el interlocutor. Se manifiesta mediante un conjunto de signos, verbales, no verbales, y paralingüísticos (tabla 5) Entre los signos verbales, los más utilizados son la repetición y el eco. El primero consiste en repetir, de forma resumida y con un tono de voz neutro, lo que está refiriendo el paciente. Se utiliza el segundo cuando el médico repite la última frase dicha por el paciente, una vez que éste ha dejado de hablar. Algunos de los signos no verbales son el asentimiento, el contacto ocular y el movimiento en espejo. El paralenguaje se refiere a los matices de entonación de la voz (irónica, tensa, cortante, melíflua, neutra), tono (alto medio, bajo), ritmo (lento, rápido, atropellado, cortado), así

como a la proxémica, o distancia mínima que hay que respetar en la aproximación coloquial a otra persona, para que ésta no perciba que se invade su burbuja de espacio personal. Se considera que la distancia tiene que ser superior a dos metros cuando el plano de relación entre los que conversan es público, de unos dos metros cuando los interlocutores se relacionan en el plano social, de un metro, aproximadamente, cuando la conversación se desarrolla a un nivel personal, menor de un metro, y con posibilidad de contacto físico, cuando se trata de una relación íntima.

2.2.3.1.2. La asertividad.

Consiste en la capacidad de exponer el punto de vista, emociones u opiniones propias sin provocar respuesta emocional negativa en el interlocutor. La comunicación asertiva permite establecer la propia postura con claridad y, por tanto, genera autoconfianza en quien la practica. Pero a la vez no exige cambios, ni juzga, ni culpabiliza, a la otra persona, por lo que no provoca reacciones defensivas. Permite evitar abusos sin desencadenar respuestas violentas.

2.2.3.2. El control emocional.

Las situaciones estresantes ponen en marcha una respuesta fisiológica de lucha o de huida derivada de la activación del sistema nervioso simpático. Las suprarrenales liberan adrenalina, la cual activa la frecuencia cardiaca y el metabolismo productor de energía. Aumenta flujo de sangre a los músculos, el ritmo respiratorio y la tensión arterial. Esta respuesta es muy útil para enfrentarse a situaciones que comprometen la supervivencia, y también aparece en situaciones que requieren adaptación de conductas. Sin embargo, cuando la respuesta al estrés se repite con mucha frecuencia, o se mantiene indefinidamente en el tiempo, puede aparecer agotamiento y, siempre causa alteraciones de la salud.

Mediante el control emocional se pretende romper el círculo de ira desencadenado por la activación de la respuesta fisiológica al estrés (figura 4). Con ello, el profesional consigue un doble resultado. Por una parte, contener la espiral de violencia en el paciente, por otra, modificar sus procesos emocionales y cognitivos, rompiendo el círculo de retroalimentación de la ira y reconduciéndolos hacia un estado emocional sereno. El aprendizaje de la contención emocional es básico en la prevención del síndrome del profesional

quemado. Desde el análisis transaccional se propone romper, mediante estrategias cognitivo-conductuales, el llamado triángulo de Karpman en el que quedan atrapados médico y paciente, en el curso de ciertas entrevistas, intercambiando los roles de perseguidor, víctima y salvador. (figura 5)

2.2.3.3. El autoanálisis de la entrevista clínica.

La reflexión periódica sobre los problemas de comunicación surgidos en la propia consulta, permite detectar problemas de comunicación y adoptar medidas correctoras. Mantener un buen nivel de comunicación en la consulta tiene ventajas, tanto para el paciente como para el profesional. El primero se siente escuchado y, por tanto, mejora su grado de satisfacción con la asistencia recibida. El segundo aprende a reconducir pensamientos y emociones disfuncionales. Además, mejora el grado de confianza entre ambos y, por tanto, se refuerza el efecto terapéutico de la relación en sí y el aumenta el grado del cumplimiento terapéutico.

A través de juegos de rol, o de análisis de entrevistas vídeograbadas, los colegas pueden analizar en grupo sus entrevistas clínicas. En nuestro país esto se realiza, de forma periódica, en algunos centros docentes.

2.3. Gestión de la agresividad en las consultas.

Rojas Marcos afirma que hay actitudes que fomentan la violencia. La primera es el culto al poder, la segunda la glorificación social de la competitividad y la tercera es la “demonización” de los grupos humanos culturalmente diferentes. Estas tres actitudes se dirigen hacia fuera, es decir, se refieren a nuestra relación con el entorno. Dirigiendo la mirada hacia adentro, para detectar actitudes internas, éstas serían el estilo autoritario de comunicación, la alexitimia, o incapacidad para expresar mediante el lenguaje las propias emociones, y la intolerancia. Estos rasgos, presentados a nivel general, tienen su correspondiente aplicación en el comportamiento del médico dentro de su consulta.

Dando por supuesta la competencia profesional en conocimientos científicos y en habilidades técnicas, hay que atender a las habilidades de relación y a las actitudes cognitivas para gestionar de forma adecuada las situaciones de estrés que generan violencia en las consultas. Así pues, a continuación se proponen, a grandes rasgos, algunas pautas que pueden ser de ayuda.

2.3.1. Atención a las señales de violencia durante la entrevista clínica.

Para conseguir un buen nivel de comunicación en la entrevista clínica, es importante que se atienda tanto a la información que el paciente verbaliza, como a la que elude en la conversación, y también a sus sentimientos. Lo que realmente le preocupa, en algunos casos no coincide con lo que presenta como motivo principal de consulta. Hay un conjunto de señales mínimas (ver tablas 5 y 6) que constituyen la expresión de su estado emocional interno y que una mirada atenta del profesional puede percibir. Es importante que, al inicio del encuentro, se detecte este lenguaje interno para ajustar a dicho lenguaje los ritmos de comunicación del encuentro médico/paciente. Respecto a la comunicación verbal, es conocida la importancia que tienen los primeros momentos de la entrevista. A continuación de unas palabras de introducción, como un rápido saludo, muchos pacientes comienzan a hablar introduciendo un comentario que nos dice mucho sobre su estado mental y anímico. En casos de agresividad latente, es posible reducir la tensión mediante diferentes estrategias:

1. Se puede reaccionar ignorando los mensajes ofensivos y, utilizando un tono cordial, demostrar comprensión.
2. Se puede hacer señalamientos, para hacer consciente al paciente de sus emociones, siempre en voz baja y utilizando un tono neutro. Por ejemplo: "¿Se da cuenta usted de que me está gritando?"
3. También se puede realizar confrontaciones asertivas, expresando al paciente el malestar que produce su actitud.
4. Puede ser útil la técnica de counseling: "Lo veo crispado. Me pregunto cómo se siente, ¿puedo ayudarle en algo?"
5. Otra opción es ceder asertivamente: "De acuerdo, aquí tiene lo que deseaba. Ya me informará del resultado"

Es recomendable ignorar las insinuaciones ofensivas y reconducir la entrevista hacia los problemas de salud.

2.3.2. El valor de la contención emocional.

Mantener baja reactividad emocional ayuda contener los comportamientos de agresividad verbal. Todas las técnicas que ayudan a contener la ira se basan en el principio de que la mejor manera de vencer una actitud a la defensiva es no ponerse a la defensiva. Quien consigue no estar a la defensiva evita la activación de su ira, lo cual le facilita una elaboración cognitiva no sesgada

emocionalmente. Las **tablas 9 y 10** proponen formas de afrontamiento del estrés en la consulta.

Es muy importante atender al tono de voz que se utiliza, procurando que sea bajo, y establecer contacto visual. También tiene mucha importancia escuchar con baja reactividad, Se atenderá a las recriminaciones, sin interrumpir y, a continuación, se devolverá un breve resumen de lo escuchado para continuar dando a conocer las propias razones.

Sin embargo, a veces con esta actitud se logra controlar la propia ira pero no la del paciente. En las ocasiones en que no se consigue cambiar la actitud del paciente, la mejor estrategia es aprender a soportarlo. Eso consiste en cambiar nuestro comportamiento en lugar de pretender cambiar el de la persona que tenemos enfrente. En ocasiones hay que ser capaz de renunciar a que la otra persona cambie, intentando aprender a soportarla mediante la renuncia a expectativas sobre ella. Otra posible estrategia es establecer autolimitaciones. Consiste en prepararse para lo peor, de modo que se pueda afrontar si apareciera.

Ante manifestaciones de agresividad directa, con insultos a amenazas, es conveniente permitir el vaciamiento emocional del paciente sin réplica por nuestra parte. Hay que tener en cuenta que, en esos momentos, está reducida la capacidad de razonamiento objetivo. Una vez se ha calmado, se puede intentar contrabalanceo emocional.

2.3.3. La importancia de delimitar expectativas desde el inicio de la entrevista. Cuando existe escasez de tiempo disponible, la delimitación, desde el primer momento, de los motivos de consulta, así como del tiempo disponible, y la priorización de los problemas para su abordaje en sucesivas consultas, si las condiciones de trabajo así lo impusieran, sitúa al paciente en el marco de la oferta real y evita que el médico se exaspere por desbordamiento de presión asistencial.

2.3.4. La necesidad de evitar las interrupciones.

La entrevista clínica centrada en el paciente, por contraste con la entrevista clínica centrada en el síntoma, tiene en cuenta no sólo el relato de signos y síntomas, sino cual es el estado emocional de la persona en el momento en que se encuentra en la consulta, así como qué sistema de creencias y valores sustentan las ideas que dicha persona tiene sobre su enfermedad. Ello implica,

necesariamente, atender al clima ambiental en el que se desarrollará la entrevista. Por motivos expuestos con anterioridad, las interrupciones en la consulta distorsionan el clima de la entrevista, generando violencia emocional y actuando como precipitante de actitudes agresivas latentes.

2.3.4. El control de la agresividad en el lenguaje.

Además del contenido expresado en lo que se dice al hablar, la expresión oral tiene diferentes significados según la forma en que se expresa. Dicho de otra forma, en la comunicación oral el mensaje que se transmite es un resultado de lo que se comunica mediante signos lingüísticos y paralingüísticos. Cuidar nuestra expresión, al dirigirnos a un paciente, es tan importante como controlar la carga emocional que nos éste nos activa cuando se dirige a nosotros con manifestaciones violentas. Un paciente que eleva el tono de voz está bajo los efectos de la agresividad verbal no dirigida. Cuando la agresividad verbal es dirigida, además de levantar la voz, insulta. La provocación fácil por parte de un paciente es signo de dificultad de autocontrol de la ira. En las diferentes situaciones de agresividad latente se puede, mediante una adecuada actitud, inactivar total o parcialmente la escalada de violencia.

En ocasiones es el profesional quien, con su estilo verbal, puede inadvertidamente ofender al paciente. Delás afirma que el estilo de lenguaje utilizado en la práctica cotidiana indica, en cierto modo, la calidad humana de la asistencia. Habría que intentar utilizar términos que fan trato de cosa a la persona, como “visitar la neumonía”. El esfuerzo por utilizar el nombre propio indica que se prioriza a la persona frente a la enfermedad. Otras frases como “controlado (en lugar de atendido) en este servicio”, colocan al paciente en situación de inferioridad, o indican alejamiento de la corresponsabilidad deseada en una relación que respete la autonomía “se le sometió a...” Algunas palabras, como “pastillero” tienen connotaciones poco respetuosas.

2.3.5 Cómo investigar y analizar los incidentes críticos producidos en la consulta.

La investigación sobre violencia en la consulta se apoya, principalmente, en técnicas cualitativas. Para analizar los errores médicos, los expertos marcan una serie de pautas que podrían perfectamente ser aplicables a otros incidentes críticos y que se enumeran a continuación. El análisis de los incidentes tendría que poner el acento, sobre todo, en los factores

dependientes de la organización, de este modo se estará impulsando una dirección por valores. La aplicación de un protocolo estándar garantiza una investigación sistemática, comprensiva y eficiente. El protocolo disminuye la probabilidad de que se den explicaciones simplistas del suceso investigado y que se asigne la responsabilidad de éste siguiendo una inercia, sin embargo para aplicar de forma adecuada un protocolo es necesario entrenamiento previo. El análisis de incidentes es un poderoso método de formación en ética de las organizaciones.

2.4. El respeto en la diferencia: Construyendo los cimientos para una sociedad pacífica.

Los médicos agredidos por sus propios pacientes experimentan un tipo único de accidente laboral, que se acompaña de un importante desgaste emocional y tiene repercusiones en su salud mental. Existe la posibilidad de entrenar en técnicas psicosociales. Aunque la experiencia en ese terreno es todavía escasa, algunas ya han sido empleadas con éxito en intervención de comunidades afectadas por la guerra y por otras formas de violencia.

Es importante llegar a poder identificar la violencia latente en algunos comportamientos, así como reconducir los factores clínicos y organizacionales de los que pudieran derivar comportamientos violentos. Los estilos directivos autoritarios son una de las principales características institucionales que generan ira. Determinadas áreas de trabajo tienen incrementado el riesgo que comportamientos violentos, debido a que en ellas hay mayor concentración de acontecimientos vitales estresantes. Son la atención a urgencias y a drogodependencias. En cuanto a perfil de pacientes, los que con más frecuencia se comportan con agresividad son los psiquiátricos y los presos. Por último, también hay factores dependientes del profesional. Es un error creer que los médicos con alto nivel de prestigio, poder, o conocimientos no tienen riesgo de sufrir agresiones.

Los esfuerzos para reconducir este problema deberían dirigirse hacia una mayor comprensión de los mecanismos por los que se desencadenan comportamientos violentos.

Las estructuras emocionales y cognitivas que generan ira son las mismas para todos los seres humanos, sea cual fuere su rol social o personal. Es muy importante que los médicos aprendan a identificar, de forma precoz, la

aparición de ira en sí mismos, en sus pacientes, o en la institución para la que trabajan, y se adiestren en mecanismos para desactivar esta emoción. Con ello habrán conseguido reconducir la agresividad.

La educación para la paz es muy importante en la vida cotidiana. Lo que desde siempre se ha llamado la virtud de la paciencia se puede definir, desde la psicología, como un talante que integra componentes cognitivo-conductuales y contención emocional. Nuestra hipótesis es que el aprendizaje de la paciencia puede ayudar a los médicos en la reorientación la ira latente, tanto cuando ésta procede del paciente como en el caso de que se origine en el profesional, evitando una escalada de violencia.

La educación para la paz implica reconocer el valor de la diversidad y la diferencia, sin que ello suponga renunciar a la propia identidad o la aceptación incondicional. Las condiciones necesarias para facilitar aceptación de las diferencias son confianza recíproca y establecer cauces de cooperación mediante la búsqueda de consenso.

Frente a la intolerancia propia del disenso, la educación para la paz se basa en la tolerancia y su valor guía, como afirman Siurana y Conill, es la solidaridad. Construye, mediante el diálogo, mínimos compartidos que permitan crear un espacio en el que convivir, en corresponsabilidad, aceptando la diferencia, sin que ello resulte traumático. Y procura que el rechazo a una forma de pensar o actuar no se identifique con el rechazo a la persona.

La educación para la paz cultiva los aspectos psicológicos y sociales que intervienen en las relaciones humanas. Entre los primeros, tiene gran relevancia la autoidentificación de puntos de control emocional, los cuales modularan la elaboración cognitiva de las experiencias que generan ira, permitiendo reconducir esta emoción. Entre los segundos, es vital la capacidad de negociación, habilidad prosocial de gran ayuda en el desarrollo de las competencias emocionales.

La mejor forma de neutralizar la violencia latente, no es acallarla mediante intimidación o la fuerza represiva sino reconducirla. Si se quiere erradicar la violencia institucional, se trataría de crear estilos directivos que sepan despertar vínculos de pertenencia, de confianza recíproca y de cooperación, fomentando una actitud positiva hacia las diferencias. Si el objetivo es anular la

violencia en las relaciones interpersonales, habrá que trabajar la capacidad de diálogo y escucha.

Las diferencias siempre cuestionan la propia opción, impulsando a profundizar en los motivos que sobre los que se sustenta y, por tanto, depuran inercias y reafirman valores. Así pues, el encuentro con lo diferente siempre supone un reto para el crecimiento personal y de grupo.

Desde el punto de vista social, la convivencia pacífica no se consigue acallar por la fuerza, o ignorando el disenso, optando por la pasividad o por la imposición para evitar el enfrentamiento, sino implicando a los diferentes grupos humanos en la búsqueda de normas compartidas, desarrollando habilidades negociadoras para mantener los acuerdos y compromisos alcanzados, y creando mecanismos de participación en la resolución de conflictos, siempre desde el respeto.

Para ello es importante hablar de los conflictos, llevándolos desde el terreno de la emoción hacia el de la razón para, de este modo, poder crear distancia que permita la negociación.

La negociación en la entrevista clínica consiste en escoger una acción adecuada, logrando un entendimiento compartido con el paciente e implicándolo en su tratamiento. Para llegar a ese entendimiento, es preciso ser explícito. El paciente se motivará para colaborar si conoce las líneas maestras del proceso de decisión clínica y el plan de acción consiguiente. También es conveniente que conozca las áreas innegociables como, por ejemplo, que en esa consulta nunca se harán recetas procedentes de la medicina privada, o que se dispone de poco tiempo para la consulta. Así, el paciente puede concentrar sus energías en negociar lo que es negociable. A medida que surgen diferentes opciones en la discusión de una estrategia, habría que conocer la opinión del paciente sobre cada una. Mediante la atención a signos verbales y no verbales se puede conocer la disposición del paciente en cada momento de la negociación.

Por último, también es importante que, en la organización del trabajo, se adopten medidas de seguridad apropiadas al entorno, para intentar reducir los potenciales riesgos de comportamientos violentos. La creación de una red de vigilancia epidemiológica, similar a la que existe para el control de las enfermedades infecciosas, facilitaría un conocimiento real y exhaustivo de lo

que está sucediendo y permitiría evaluar la efectividad de las intervenciones orientadas a reducir las agresiones sufridas por los médicos en sus consultas. El desarrollo de las habilidades negociadoras desde un marco de participación obliga a reconocer que los razonamientos y sentimientos de los diferentes también son importantes. Por tanto, se construye en un marco de respeto no por una idea abstracta de persona, sino por el ser humano individual con un perfil concreto de necesidades y circunstancias y con el mismo indiscutible derecho a su autonomía moral (teniendo en cuenta, por supuesto, que la autonomía, igual que la libertad, tiene como límite el respeto a los demás seres humanos)

Mediante el desarrollo de competencias emocionales y la práctica de la negociación en la entrevista, es posible el aprendizaje de la no-violencia. Con ello, se habrá conseguido encontrar una vía de resolución de conflictos alternativa a la ley del más fuerte y, así, se estará previniendo la violencia. Según los resultados encontrados por Epstein y Borrell, los médicos españoles saben manifestar de empatía y compasión en las entrevistas con sus pacientes, en contraste con el estilo de entrevista que practican los médicos de los países del norte, tanto en Europa y como en América. Si ello fuera cierto, tenemos la gran responsabilidad de mantener y mejorar esa herencia cultural que facilita la práctica de la medicina centrada en el paciente y reduce el riesgo presentación de acontecimientos violentos en la consulta. Como afirma Cortina, el derecho a vivir en una sociedad en paz es uno de los derechos humanos de tercera generación, y los derechos humanos son el mínimo compartido universalmente que permitirá hacer el mundo habitable y, a cada ser humano, poder encontrar un lugar en el mundo

Puntos clave.

1. Violencia es el uso intencionado de fuerza física de una persona contra otra, con la intención de hacer daño
2. En sentido amplio, se puede entender como violencia:
 - 2.1. La presión psicológica que se ejerce contra una persona, y que le impide expresar su forma ser
 - 2.2. Las deficiencias estructurales productoras de estrés mantenido indefinidamente
3. La violencia hacia el médico es un problema emergente en la literatura científica que puede dañar la relación terapéutica
4. Los actos de coacción o de amenaza son, la causa principal de que un médico decline la responsabilidad de atender a un paciente
5. Los médicos que trabajan para el sistema público, como cualquier trabajador por cuenta ajena, pueden sufrir violencia empresarial
6. La mala organización del trabajo en equipo es una de las causas estructurales de violencia hacia el médico
7. Es posible, mediante el adiestramiento en habilidades de entrevista clínica y la práctica de contención emocional, orientar la ira, evitando que se desencadene una espiral de violencia
8. El aprendizaje de la competencia emocional evita las experiencias de ira en el ejercicio profesional, con lo cual se previene el burnout
9. La competencia emocional y la capacidad de negociación durante la entrevista clínica, disminuyen la presentación de episodios de violencia latente

Bibliografía

1. Siurana JC. La legitimación ético-discursiva del monopolio de la violencia en el estado de derecho y el camino hacia un mundo sin violencia. XIV Congreso de la Asociación Española de Filosofía Moral y Política. La violencia: un análisis ético-político, Sevilla, 17, 18 y 19 de noviembre de 2004; 1-14 (en prensa)

Partiendo de la idea del ser humano como un proyecto de vida que sólo es posible desarrollar desde la relación con otras personas, el autor repasa los determinantes de violencia tanto en las relaciones interpersonales como en las relaciones entre los grupos humanos y termina desarrollando el papel que pueden desempeñar profesionales y empresas en la construcción de un mundo sin violencia. Respecto a los primeros, siguiendo a Juan González Anleo, afirma que una actitud vocacionada, y que siempre considere las consecuencias de las decisiones que se tomen en todas las personas a las que afecte, contribuiría a la construcción de un mundo más justo y, en última instancia, más pacífico. En cuanto al papel de las empresas, siguiendo a Cortina, marca diez rasgos que caracterizan a la empresa ética, proactiva, es decir, que se anticipa a los problemas, capaz de motivar la creatividad de sus empleados, y con estilo directivo por valores.

2. 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 Oct;19(5):504-10. [citado el 30-3-2005]

Estudio cualitativo realizado en el ámbito de la atención primaria de salud, basado en entrevistas personales (n=30) y grupos focales de discusión (n=5), mediante el que se identificaron problemas clave. Subjetivamente se percibía una tendencia creciente a sufrir episodios de violencia y agresión, aunque no se pudo objetivar ya que en ningún centro existían registros de incidentes violentos. Se identificó a los trabajadores de admisión como los de mayor riesgo. La táctica más empleada en el manejo de estas situaciones fue la de apaciguamiento del paciente o la de exclusión del mismo. Se concluye recomendando un registro formal de los incidentes de violencia, la formación de los profesionales en talleres sobre habilidades de

comunicación y la elaboración de protocolos para facilitar un adecuado manejo, por parte de todo el equipo profesional, de las situaciones que generan violencia. También se consideró importante mejorar las condiciones medioambientales de los centros de atención primaria.

3. Lyn Quine. [Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey](#). BMJ. 1999;318:228-32. [Visitada el 30-3-2005]

A través de una encuesta, cumplimentada por empleados del National Health Service, el autor determina la frecuencia con la que dichos trabajadores sufren intimidación en sus puestos de trabajo, así como el apoyo que reciben en dichas situaciones, tanto institucional como por parte de los compañeros, y las repercusiones que esta situación de intimidación tienen sobre su estado de salud. La tasa de respuesta fue de un 70% (n=1100 profesionales) Un 38% de éstos reconocían haber sido intimidados, y un 42% había presenciado la intimidación a otros. Los cargos directivos fueron los que intimidaron con mayor frecuencia. Dos terceras partes de las víctimas habían intentado reaccionar, con malos resultados. El personal de plantilla que había sufrido intimidaciones tenía menor grado de satisfacción laboral, mayor intención de abandonar la profesión y niveles mayores de estrés inducido por el trabajo, sufría con mayor frecuencia depresión o ansiedad, con diferencias estadísticas significativas en todos los casos ($p < 0'001$) Se propone establecer medidas de apoyo regladas para tratar los conflictos.

4. Siurana JC, Conill J. Con-vivir y con-morir. En: Azucena Cruceiro, editora. Ética en cuidados paliativos. Madrid: Triacastela; 2004. p. 63-76.
5. OMC. Criterios básicos para el ejercicio médico en Atención Primaria; [en línea] 2003. [citado el 30-3-2005] Disponible en Wordl Wide Web: www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/atencionprimaria.pdf

Este documento se propone analizar la situación del ejercicio médico en España e indicar las condiciones básicas necesarias para garantizar una práctica adecuada para las necesidades de los pacientes y de la sociedad, y para lograr la excelencia profesional. Analiza las áreas de formación, de organización del trabajo, de recursos humanos y materiales y de reconocimiento profesional. Los autores consideran que en los últimos años se está produciendo un aumento de las agresiones físicas y psíquicas por parte de

algunos usuarios del sistema sanitario hacia los médicos. En ocasiones, los pacientes que tienen frustraciones con el sistema sanitario, del cual no siempre reciben lo que esperan, arremeten contra el profesional que tienen cerca, y en otras ocasiones, los profesionales son intimidados por individuos que le exigen al médico actuaciones de dudosa legalidad, bajo amenazas de agresión. En estas situaciones, cada vez más frecuentes y con escaso respaldo institucional, el médico se siente muy indefenso. Las autoridades sanitarias públicas del Servicio Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad deberían promover el respeto a la dignidad de los profesionales entre los usuarios del sistema, en otros niveles de asistencia, en los medios de comunicación y en la sociedad como conjunto.

6. Ordovás Casaurán R. El paciente de trato difícil en Atención Primaria. En: Merino J, Gil VF, Orozco D, Quince F. Relación Médico Paciente. Ed Universidad Miguel Hernández; 2004 p. 230-252.
7. De Pablo R, Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 1998;22 (9): 580-4.
8. Prieto-Orzanco A. Hostigamiento laboral (*mobbing*) y sus consecuencias para la salud. Aten Primaria. 2005;35(4):213-6.
9. Hébert PC, Levin AV, Robertson G. [Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error](#). CMAJ. 2001;164(4):509-13. [Visitada el 30-3-2005]

Se considera como errores médicos a aquellos acontecimientos adversos, por omisión o por comisión, que son prevenibles. Habría que diferenciar los errores inevitables de las negligencias, o acontecimientos adversos derivados de una praxis por debajo del estándar esperado, tanto en prudencia como en competencia profesional. Este artículo revisa la bibliografía publicada, en Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido, sobre errores médicos, analiza los aspectos éticos, legales y prácticos de tales situaciones, y reflexiona sobre cómo deben ser revelados a partir del planteamiento de casos clínicos. Los autores recomiendan informar de manera oportuna y sincera y proponen pautas sobre cómo informar y qué informar al paciente y/o a sus familiares cuando acontece un error.

10. [Errar es humano, perdonar es divino](#) [Editorial] Revista de la SEMG. 2003;58:646. [Visitada el 29-3-2005]
11. Ordovás Casaurrán R, Almendro Padilla C. Los errores médicos. En: Merino J, Gil VF, Orozco D, Quince F. Relación Médico Paciente. Ed Universidad Miguel Hernández; 2004 p. 177-193.
12. Rojas Marcos L. Las semillas de la violencia. Editorial Espasa Calpe. Madrid 1995.
13. Ness GJ, House A, Ness AR. [Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England](#). BMJ. 2000; 320(7247):1447–8. [Visitada el 30-3-2005]

Los autores comentan los resultados de tres estudios, publicados en los 8 años anteriores, en los que se encuentra que los médicos sufren violencia verbal con una incidencia entre 25% y 59%, y se plantean conocer la frecuencia actual de agresividad hacia éstos profesionales encuestando a todos los médicos de atención primaria de salud que trabajan para la sanidad pública en un área geográfica de Inglaterra (n=419). A los participantes se les solicitó recordar las experiencias de agresión que habían sufrido en el trabajo durante el año anterior, organizadas en cuatro categorías: abuso verbal, amenazas específicas, acción física sin herida, e incidentes serios (incluyendo amenazas con un arma o ataques que conducen a herida física). Un 91% de los consultados devolvieron el cuestionario (244 hombres y 136 mujeres) Las mujeres informaron, con más frecuencia, haber sufrido violencia verbal, y los hombres fueron, con frecuencia más elevada, víctimas de actos de violencia con contacto físico (en 1 caso) o de incidentes graves.

14. Morrison J, Lantos J, Levinson W. Aggression and Violence Directed Toward Physicians. J Gen Intern Med. 1998;13(8):556-61.
15. Pickin M, Sampson F, Munro J, Nicholl J. [General practitioners' reasons for removing patients from their lists: postal survey in England and Wales](#). BMJ. 2001;322(7295):1158–9. [Visitada el 30-3-2005]

Los autores enviaron una encuesta a una muestra aleatoria de 1000 médicos. Se recuperaron 748 encuestas útiles. En los seis meses anteriores, 300 médicos habían solicitado cambio de uno o más pacientes. El comportamiento violento, amenazante o abusivo fue el motivo principal

para solicitar el cambio en el 176 de los casos (59%; DE 53% a 64%) y un motivo adicional en 24 casos (8%). Otros motivos considerados principales fueron la quejas presentadas por algún paciente en 5 casos (2%), el incumplimiento del calendario de vacunación infantil en 4 casos (1%), y el incumplimiento con el examen citológico en un 2 (7%).

16. Fernández-López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández Mejía, R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? Aten Primaria. 2003;31(8):524-6 .
17. Varela Ruiz F J. [Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de Atención Primaria](#). Medicina de Familia (And). 2000;2:141-4. [Visitada el 30-3-2005]
16. Mancera Romero J, Muñoz Cobos F, Paniagua Gómez F, Fernández Lozano C, Fernández Tapia ML, Blanca Barba FJ. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. Aten Primaria. 2001;27:658-62.
17. Hodgins S. [Mental disorder, intellectual deficiency and crime. Evidence from a birth cohort](#). Arch Gen Psychiatry. 1992;49:476-83. [Visitada el 30-3-2005]
18. Sjöström N, Eder DN, Malm U, Beskow J. [Violence and its prediction at a psychiatric hospital](#). Eur Psychiatry, ed Esp 2002;9:166-72. [Visitada el 30-3-2005]

Se valoró el comportamiento agresivo de los pacientes de un hospital psiquiátrico, antes de y después de un curso de formación para los trabajadores, mediante las escalas SDAS y SOAS. Se contabilizó el número de bajas por traumatismos, entre los trabajadores, antes y después del curso. No se encontraron cambios significativos en ninguno de los parámetros valorados. Se encontró que los factores de riesgo de comportamiento violento eran el tener una personalidad agresiva y el comportarse con violencia verbal dirigida hacia los objetos.

19. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennat C. [Repetitively Violent Patients in Psychiatric Units](#). Psychiatr Serv 1998;49(11):1458-61. [Visitada el 30-3-2005]
20. Weisinger H. Técnicas para el control del comportamiento agresivo. Barcelona: Editorial Martínez Roca; 1988.

Mediante técnicas cognitivo-conductuales, a lo largo de 200 páginas, el autor da pistas para detectar las zonas gatillo de la ira y hace diferentes propuestas de autocontrol que van desde la reconducción de los pensamientos automáticos, pasando por la identificación y remodelación de los sentimientos, hasta la propuesta de técnicas para la recuperación emocional de personas crónicamente airadas.

21. Neighbour R. La consulta interior. Cómo desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Barcelona: J&C, ediciones Médicas; 1998.

22. Aiarzaguena Sarriugarte JM. Manejo del paciente con malestar psicosocial en atención primaria. Intervención Depenas. Vitoria: Osakidetza; 2003.

La intervención D-E-P-E-N-A-S, dice el autor, se centra en la detección del sufrimiento psicológico para intervenir sobre éste aplicando una terapia multimodal es decir, interviniendo en diferentes niveles: biológico, cognitivo, afectivo, conductual e interaccional. Los consejos sobre detección de síntomas y de sentimientos enquistados, normalización (o manejo de la culpa), e intervención para el cambio, que en este libro se orientan hacia la atención a los pacientes, aportan al profesional pistas útiles para enfrentarse a emociones con ira tanto cuando se originan en los pacientes como cuando surgen en el profesional.

23. Delás Amat J. Lenguaje médico y ética. Med Clin (Barc). 2005;124(9):359-9.

24. Charles Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, et al. [How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation](#) BMJ. 2000;320;777-81. [Visitada el 30-3-2005]

Aunque una acción u omisión son, con frecuencia, la causa inmediata de un incidente susceptible de considerarse error médico, la investigación de los incidentes revela, con frecuencia, causas subyacentes a la considerada inmediata, que derivan del ambiente laboral o de la organización del trabajo. El análisis de incidentes es un método potente de aprendizaje que podrían utilizar las organizaciones sanitarias. En este artículo se propone la utilización de protocolos para investigar todos los incidentes críticos, ya que así: se asegura una investigación sistemática y eficiente, y se disminuye la

posibilidad de explicaciones simplistas. El análisis de incidentes a partir de la organización permite diseñar estrategias para aumentar la seguridad del paciente. Sin embargo, para aplicar de forma adecuada el protocolo, es preciso un entrenamiento previo. Los autores presentan, a modo de ejemplo, un listado de problemas de organización de la atención sanitaria, situándolos después en su contexto clínico y analizando algunos incidentes.

25. Funes Lapponi S. Resolución de conflictos en la escuela: una herramienta para la cultura de paz y la convivencia. *Contextos Educativos*. 2000;3:91-106.
26. Epstein RM, Borrell I, Carrió F. Pudor, honor, and autoridad: the evolving patient–physician relationship in Spain. *Patien Edu Couns*. 2001;45(1):51-7.
27. Cortina A. Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía. Madrid: Alianza; 1997.

Haciendo un repaso de los diferentes modelos, Cortina analiza hasta qué punto una ciudadanía conscientemente asumida sintoniza con los dos sentimientos racionales más profundos, el de pertenencia a una comunidad y el de realización de la justicia en dicha comunidad. En el camino de construcción de una convivencia pacífica, este libro propone criterios para dilucidar acerca de lo aceptable y lo rechazable en el diálogo entre culturas, construyendo dichos criterios a partir de las cuestiones de justicia (que componen el mínimo deontológico) y las cuestiones de vida buena (o máximo sobre el que siempre hay discrepancias en las sociedades pluralistas) Se insiste en la importancia de educar en los valores cívicos de libertad, igualdad, respeto activo, solidaridad y diálogo. Hay un capítulo dedicado al papel de las profesiones, y de los profesionales. En él se repasa el origen histórico de las profesiones y su evolución hasta nuestros días, y se delimitan los rasgos constitutivos de una actividad para que se pueda considerar profesional. La autora termina afirmando, con Diego Gracia, que al profesional le es inherente ejercer la virtud física, que consiste en desarrollar competencia profesional, y la virtud moral, que exige poner la profesión al servicio de la sociedad.

Figura 1. Factores determinantes de situaciones de violencia hacia el médico

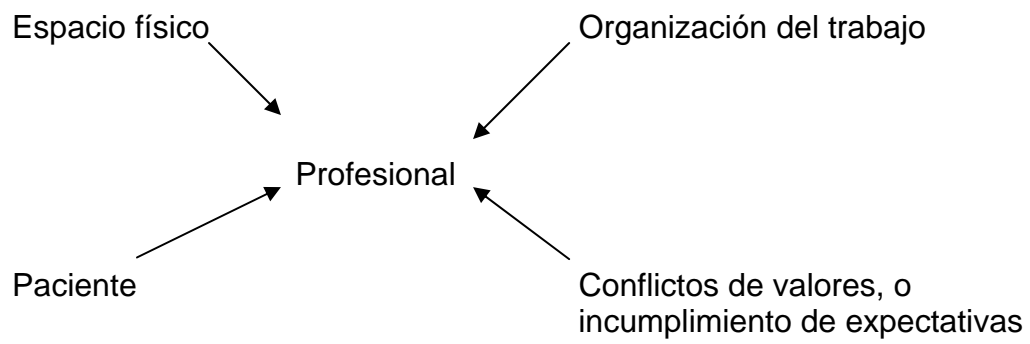


Tabla 1. Tipos de comportamientos violentos

Recriminaciones: censuras de comportamiento, o echar en cara una conducta
Exigencias: demandas imperiosas, imposiciones autoritarias para conseguir algo
Insultos o amenazas: ofensas y provocaciones, mediante palabras o gestos
Agresiones físicas: acometer o embestir, con la intención de hacer daño

Tabla 2. La espiral de violencia en la consulta

Intervenciones del paciente durante el tiempo de consulta	Pensamientos disfuncionales del médico	Réplicas del médico a las intervenciones del paciente
<ul style="list-style-type: none"> • “¡ya era hora! , llevo esperando media mañana” • ... • “tanto esperar, total para que me haga estas cinco recetas... ¿no se puede organizar ésto de otro modo?” • ... • “no he venido antes por no molestar, ¡siempre está la consulta llena!, así que pregunté en la farmacia qué podía tomar” • ... • “¡vaya ahora no quiere hacerme la receta!, ¡llevo años pagando a la seguridad social y tengo derecho a que me den gratis los medicamentos!” • ... • “ésto cada vez funciona peor, ahora ni siquiera te hacen las recetas...” • ... <p>suena el teléfono</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... • “¡encima ahora se va a hacer un aviso urgente!” 	<ul style="list-style-type: none"> • ¡vaya pesada! No es capaz de valorar que no he parado ni para tomar un café” • no confía en mí, solo me utiliza para conseguir recetas, ¿para eso he estudiado tantos años? • ¡es alucinante! ¡por no molestar antes, molesta después! Ya nadie valora el trabajo del médico de familia • está claro que no le interesa mi opinión profesional. La próxima vez no me molesto en explorarle • ¡bah!, no hay motivos para que gaste mis energías en defender un sistema sanitario en el que no me valoran, ni pacientes ni jefes • ¡ésto no hay quien lo aguante!, ¡ahora un domicilio urgente! 	<ul style="list-style-type: none"> • “mire, yo desde las 8’15 estoy sin moverme de aquí” • “vamos a ver, ¿quién le ha prescrito ese tratamiento?” • “¿qué quiere que haga?, usted se lo ha comprado sin consultar a un médico, así que no hay razón para que esta receta la asuma el sistema sanitario” • “¡oiga, señora!, ¿piensa que yo no pago a la seguridad social? Seguramente más que usted, y gasto menos” • “mire: yo no he estudiado tantos años para hacer recetas, sino para atender a personas enfermas” • “está bien!, ahí tiene sus recetas, ¡pero nunca más!; acuérdesese de venir a la consulta antes que a la farmacia, y no al revés”

Figura 2. Espiral de violencia

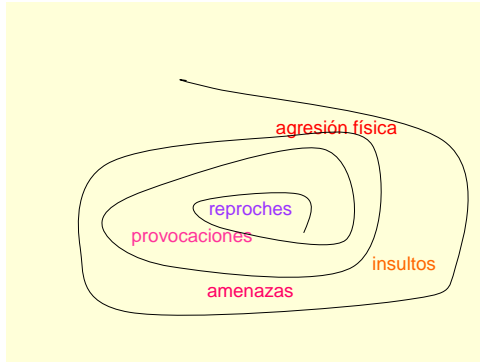


Figura 3. Necesidades del trabajador frente a necesidades de la empresa

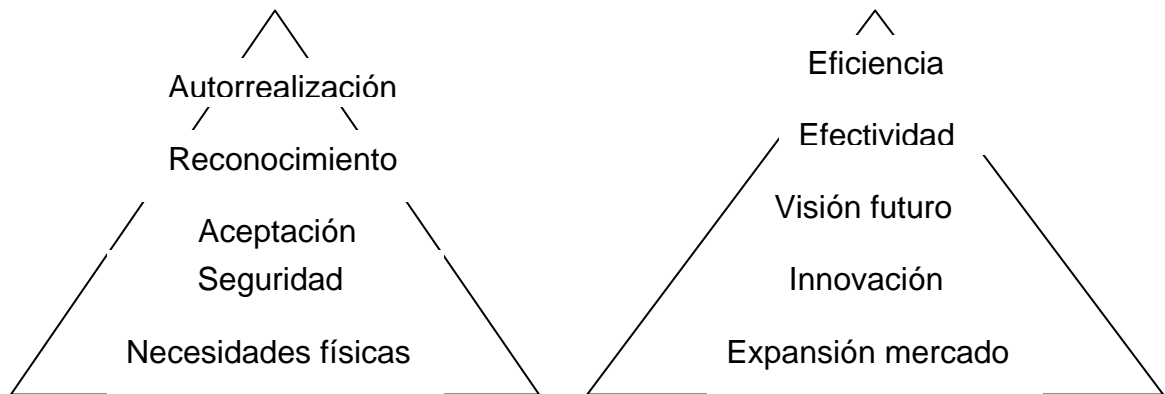


Tabla 3. Tipos de pacientes que reaccionan con agresividad

- El paciente a la defensiva por experiencias negativas previas
- El binomio maltratado/maltratador
- El paciente psiquiátrico
- El paciente toxicómano

Tabla 4. Experiencias del paciente generadoras de comportamiento violento

- El paciente no se siente escuchado
- Duelo patológico
- Conflictos de valores o de expectativas
- Estrés crónico por problemas en el entorno familiar o social

Tabla 5. Escucha activa

Signos verbales	Signos paralingüísticos	Signos no verbales
Preguntar	Entonación	Quinesis
Parfrasear	Ritmo	Expresión facial de asentimiento
Reformular: Contextualizar Acotar	Tono	Contacto ocular
Eco: Repetir	Proxemia	Movimiento corporal en espejo

Figura 4. El círculo de retroalimentación de la ira

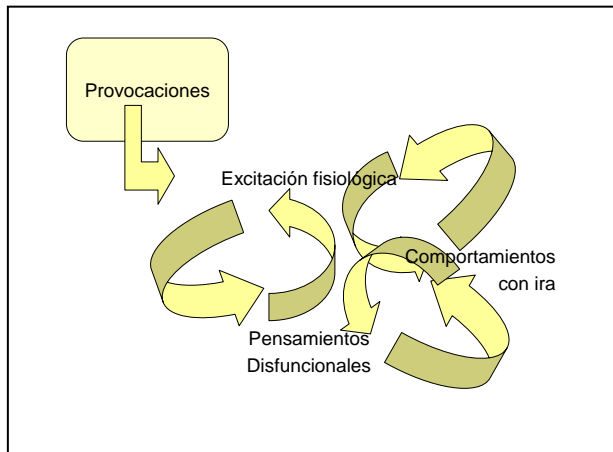


Figura 5. Triángulo de Karpman.

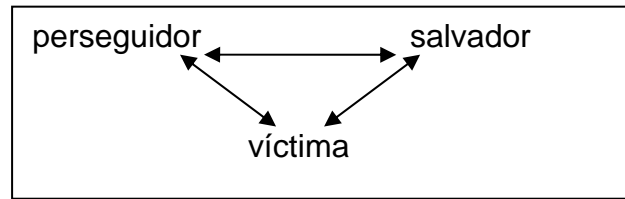


Tabla 6 Detección de agresividad: Atención a los signos en la entrevista

Verbales	No verbales
Introducciones	Mirada
Gambitos	Paralenguaje
Reproches, provocaciones	Expresión facial
Amenazas, insultos	Postura corporal
Censura verbal (lo que se calla)	Gesticulación
Ritmo de pausas y silencios	Proxemia

Tabla 7 Pautas de comportamiento en comunicación no verbal

De afirmación	Mantener la mirada Acomodarse en el asiento Aclarar la voz antes de hablar
De huída	Evitar la mirada Sentarse en el borde del asiento Entrar sin cerrar la puerta

Tabla 8. Manejo del comportamiento agresivo

Escucha neutra	Contención emocional	Conducta asertiva
Atender a comunicación verbal (forma y fondo) y no verbal (postura mirada, manos)	Identificar los propios signos de ira (respiración, tono muscular...)	Reducir la activación de la ira, ofreciendo acomodo (pase, siéntese")
Mirar a la cara, acompañando con gestos	Expresar qué sentimientos ha suscitado la actitud	Legitimar al paciente
No interrumpir	Utilizar tono de voz neutro y bajo	Exponer el propio punto de vista
Resumir lo expresado	Contrabalanceo emocional (entiendo como se siente...)	Negociar, sin justificar las negativas

Tabla 9. Formas de afrontar el estrés por impregnación emocional, cuando el paciente ha salido de la consulta

Rituales de evasión	Comentar a un colega	Cambio de actividad	Iconos
Salir un momento Leer un poco Mirar por la ventana	Actúa como vaciado emocional	Cada cierto tiempo, para evitar desconcentración	Tener a la vista: Pinturas Fotografías Plantas

Tabla 10. Formas de afrontar el estrés, cuando el paciente todavía está presente en la consulta

Estrés externo (interrupciones)	Sentimientos negativos	Estado de alerta
Pedir disculpas al paciente por la situación	Identificarlos Controlar la respiración	Identificar contracturas Relajación isométrica