

XXIX Jornadas Multidisciplinarias
Hospital Municipal de Avellaneda
Dr. Eduardo Wilde
SOCIEDAD, VIOLENCIA Y SALUD

La Agresividad de los Trabajadores Sanitarios

¿Una realidad cotidiana o un imaginario?

Trabajo de Investigación – Epidemiológico Descriptivo

Díaz, Pablo Javier

Radler, Elisabet Rosa

Noviembre de 2013

LA AGRESIVIDAD DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS

¿UNA REALIDAD COTIDIANA O UN IMAGINARIO?

PABLO JAVIER DÍAZ

Cátedra de Citología, Histología y Embriología "B", Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de La Plata

ELISABET RADLER

"...El siglo XX se recordará como un siglo marcado por la violencia. Nos lastra con su legado de destrucción masiva, de violencia infligida a una escala nunca vista y nunca antes posible en la historia de la Humanidad. Pero este legado, fruto de las nuevas tecnologías al servicio de ideologías de odio, no es el único que soportamos ni que hemos de arrostrar...

...La violencia medra cuando no existe democracia, respeto por los derechos humanos ni una buena gobernanza...

...Hablamos a menudo de cómo puede una "cultura de violencia" enraizarse. Es muy cierto...

...Muchas personas que conviven con la violencia casi a diario la asumen como consustancial a la condición humana, pero no es así. Es posible prevenirla, así como reorientar por completo las culturas en las que impera. En mi propio país, y en todo el mundo, tenemos magníficos ejemplos de cómo se ha contrarrestado la violencia. Los gobiernos, las comunidades y los individuos pueden cambiar la situación..."

Nelson Mandela

(Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS 2002)

INTRODUCCIÓN

La violencia es un hecho que se encuentra presente en todos los países de mundo, en todas las culturas y es atemporal. Es la responsable de la muerte anual de 1.6 millones de personas en el mundo, lo que equivaldría a 11 bombas atómicas de Hiroshima-Nagasaki o, a 840 guerras de Malvinas.

Recién en el año 1979, el Director General de Sanidad de los EE.UU expuso en el informe "Healthy People" la necesidad de combatir a la violencia desde la Salud Pública, ya que sus consecuencias impactaban negativamente en los costos sanitarios. Es así que, naciendo desde una perspectiva puramente económica, se iniciaron los esfuerzos para combatir este proceso desde sus raíces. Desde

entonces, numerosos médicos e investigadores en salud pública se han impuesto la tarea de comprender la violencia y encontrar modos de prevenirla. La cuestión se incorporó a la agenda internacional cuando la Asamblea Mundial de la Salud, en su reunión de 1996 en Ginebra, aprobó una resolución por la que se declaraba a la violencia uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo.

El primer interrogante y problema que se suscitó, y que hasta hoy genera controversias, es la definición de “violencia”. Al ser ésta un fenómeno difuso, con imposibilidad de exactitud científica y con una gran importa apreciativa, es una tarea difícil. El simple hecho de comprender y aceptar que el ser humano es un ser biológico, social, cultural y espiritual nos obliga a plantear una definición que abarque todas éstas esferas y que a su vez sea contemporánea y se extienda en el tiempo. Debemos tomar la existencia de comportamientos aceptables e inaceptables, de la moral, las normas y los valores que, de manera inequívoca e ineludible, están influenciadas por las culturas y las sociedades tan vertiginosamente cambiantes y que, en el colectivo imaginario, está tomada como un hecho ineludible a la condición humana. La amplia variedad de códigos morales imperantes en los distintos países hace de la violencia una de las cuestiones más difíciles y delicadas de abordar en un foro mundial.

Es así que la O.M.S. define a 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”***.

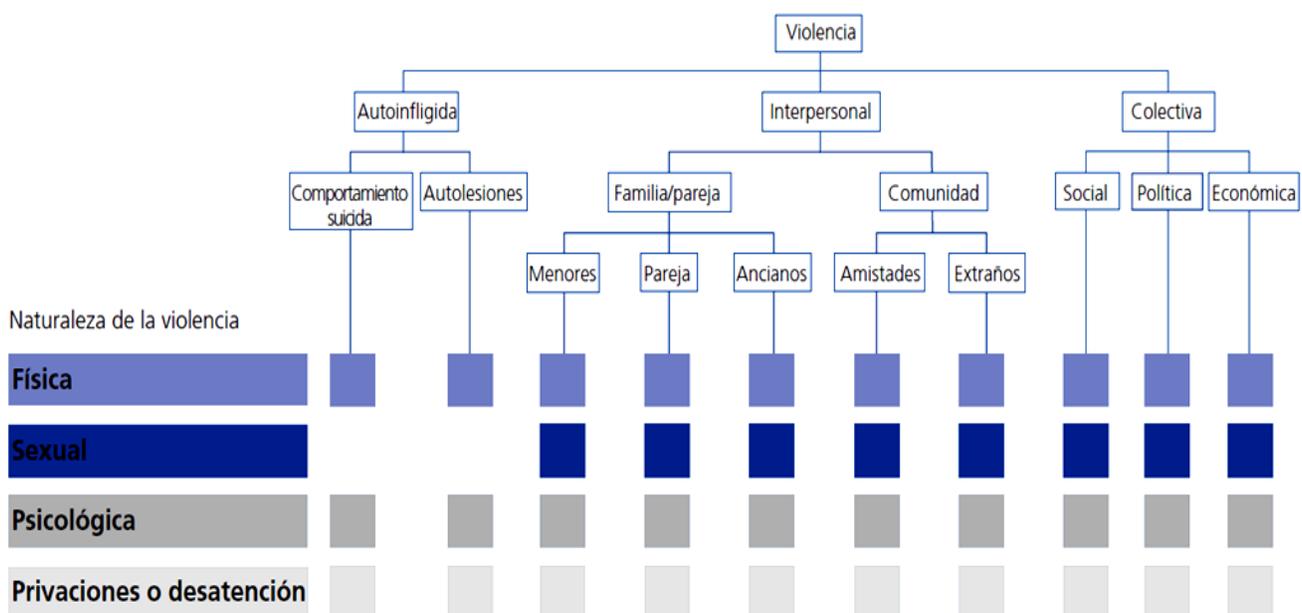
De esta manera se intenta no convertir en patológicos hechos de la vida cotidiana, ni abarcar campos excesivos que hagan perder el sentido real de la violencia.

En términos generales, la respuesta del sector de la salud a la violencia es fundamentalmente reactiva y terapéutica. Se tiende a fragmentarla en áreas de interés y de competencias especiales, por lo que es frecuente pasar por alto tanto la perspectiva general como las relaciones entre las distintas formas de violencia, o sea, la respuesta actual de los servicios sanitarios van en contra de las bases de la Salud Pública, la cual promueve medidas multidisciplinarias generales y masivas sobre la población como un todo, con el fin de evitar la aparición o re-

aparición de hechos nocivos a la salud integral y comunitaria. Cabe destacar que éste proceder no reemplaza a las respuestas que la justicia penal y los derechos humanos dan a la violencia, sino que complementa sus actividades y les ofrece más instrumentos y fuentes de colaboración.

En un intento de comprender a la violencia se han planteado muchas clasificaciones, ninguna de ellas lo suficientemente claras y holísticas; lo que se desprende lo multifacética que logra ser y la consiguiente dificultad para tratarla.

Es así que la O.M.S. utiliza la clasificación del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, la cual pareciera ser la más esquemática para comprender la raíz nodriza de ésta problemática.



Es obvio que no todas las personas corren el mismo riesgo de padecer la violencia; un examen más detenido del problema revela quiénes fueron las principales víctimas y dónde vivían. Tres de cada cuatro víctimas de homicidio eran varones, y las tasas masculinas de muerte por homicidio fueron más de tres veces superiores a las femeninas. La mayor tasa mundial de homicidios correspondía a los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años. En la población masculina las cifras tienden a descender con la edad; sin embargo, este hecho no ocurre en las mujeres. Por el contrario, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad en ambos sexos. Las tasas de muerte violenta varían también en función de los ingresos de los países. En los de ingresos bajos y medios son más de dos veces superiores a las de los países de

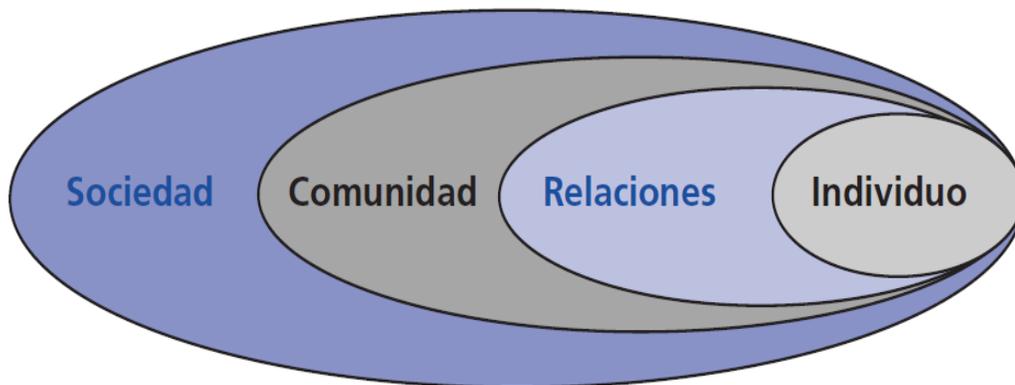
altos ingresos. Estas tasas mundiales ocultan grandes variaciones. Por ejemplo, a escala regional se registran importantes diferencias entre las regiones de la OMS; en la Región de África y en la Región de las Américas, las tasas de homicidio son casi tres veces superiores a las de suicidio. Sin embargo, en la Región de Asia Sudoriental y en la Región de Europa, las tasas de suicidio son más de dos veces superiores a las de homicidio, y en la del Pacífico Occidental las de suicidio casi sextuplican a las de homicidio. Las tasas mundiales ocultan también amplias variaciones dentro de los propios países: entre las poblaciones urbana y rural, entre las comunidades ricas y las pobres, y entre los diversos grupos raciales y étnicos. Sin embargo, las cifras de muertes violentas sólo reflejan una parte de la historia. En todos los países se infligen diariamente malos tratos físicos, sexuales y psicológicos que, además de menoscabar la salud y el bienestar de muchos millones de personas, cuestan cada año a los Estados grandes sumas de dinero en atención sanitaria, costas judiciales, ausentismo y pérdida de productividad. Además, los efectos de la violencia sobre la salud pueden prolongarse más allá del maltrato inicial.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud recurre a un “modelo ecológico” para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Dicho modelo está todavía en fase de desarrollo y perfeccionamiento como instrumento conceptual. Su principal utilidad estriba en que ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan. El modelo permite analizar los factores que influyen en el comportamiento (o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos) clasificándolos en cuatro niveles:

- En el primer nivel se identifican los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los **individuos** y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse o rastrearse se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.
- En el segundo nivel se abordan las **relaciones** más cercanas, como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros, y se

investiga cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos.

- 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 estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos.
- 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. En este nivel, entre otras, se encuentran las Políticas Sanitarias.



PLANTEO DE LA PROBLEMÁTICA

En función de lo antes expuesto, los autores de éste trabajo nos hemos planteado la siguiente problemática:

Los trabajadores de salud vivimos en un medio social por demás, y ya conocido, violento, en el cual nos encontramos en la posición de tener que ofrecer una respuesta a la violencia. Lo que nos convierte en parte de los afectados y en parte de la solución. Pero todo esto... ¿Nos hace violentos? ¿Cómo respondemos ante un ambiente hostil? O sea, ¿Qué tan violentos somos los seres que trabajamos “en” y “contra” la violencia desde el campo de la Salud?

OBJETIVOS

- Identificar el nivel de agresividad de los trabajadores del Hospital Municipal de Avellaneda Dr. Eduardo Wilde.
- Establecer una correlación descriptiva del nivel de agresividad con el tipo de profesión, sexo, edad, años en el cargo y estado civil.
- Plantear un punto de partida para la reflexión personal y grupal de la problemática.
- Proponer éste estudio como elemento para la mejora en la atención integral de los pacientes de ésta institución.
- Generar una base epidemiológica para futuros estudios de investigación en la temática.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para poder cumplimentar con los objetivos se decidió realizar una encuesta de doce preguntas con tres posibles respuestas, para autocompletar por el encuestado. Dicha encuesta fue ideada por la Dra. Vanesa Fernández López (Investigadora del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "12 de Octubre" de Madrid, Doctora en Psicología. Profesora de la Universidad Complutense) y adaptada al ámbito argentino. Los datos solicitados fueron la profesión o cargo, la antigüedad en el mismo, el sexo, la edad y el estado civil. La encuesta fue distribuida para ser completada por todos los trabajadores del Hospital Municipal de Avellaneda Dr. Eduardo Wilde (profesionales médicos, enfermeros, bioquímicos, técnicos, administrativos, maestranza, etc...). Los datos obtenidos fueron volcados en tablas y se han cruzado las variables. A continuación se muestra la encuesta y su forma de interpretación.

1. Mi tono de voz cuando me enfado

- a. Es igual o ligeramente más alto de lo habitual.
- b. Es mucho más alto de lo habitual, prácticamente gritando.
- c. Es notablemente más alto de lo habitual.

- a. Digo y hago algo que cause daño a la persona causante de mi ira.
- b. No hago ni digo nada que pretenda hacer daño a los demás.
- c. Suelo decir cosas que causan dolor a la persona causante de mi ira.

2. Cuando me enfado

3. Tengo un temperamento

- a. Muy amigable.
 - b. Algo irascible y, a veces, un poco agresivo.
 - c. Muy irascible y agresivo.
4. **Cuando hago algo bien y no me lo reconocen**
- a. Me molesta pero qué le vamos a hacer.
 - b. Me dan ganas de gritarles o pegarles un puñetazo.
 - c. Me enfado.
5. **¿Con qué frase estás más de acuerdo?**
- a. La frustración me desanima.
 - b. La frustración irremediablemente acaba en la agresión.
 - c. La frustración irremediablemente causa enfado.
6. **¿Cómo reaccionas cuando alguien te hace una “macana” cuando vas conduciendo (por ejemplo te quitan el sitio, te adelantan de una mala manera...)**
- a. Me enfado conmigo mismo.
 - b. Le pongo mala cara y le hago gestos de desaprobación.
 - c. Le grito, le insulto,... incluso alguna vez me he bajado del coche y le he pegado.
7. **Cuando algún objeto te ha hecho enfadar (por ejemplo se bloquea el ordenador, te has tropezado, etcétera)**
- a. Le meto un puñetazo o patada.
 - b. “Le insulto”.
 - c. Me fastidio.
8. **Qué piensan las personas que te rodean acerca de tus enfados?**
- a. No parece que les disgusten en exceso.
 - b. Que me enfado fácilmente y soy algo irritable.
 - c. Que son desproporcionados y les asusta mi forma de actuar.
9. **Cuando doy mi opinión a alguien**
- a. Me gusta que se lleve a cabo.
 - b. La sugiero.
 - c. La impongo.
10. **Cuando me enfado con alguien y no soy capaz (o no me conviene) decírselo**
- a. Le hago daño psicológicamente (no le hablo, hago “vacíos”, le aílo, etcétera).
 - b. Le contesto de forma escueta para que se dé cuenta de que estoy enfadado.
 - c. Me aguanto sin más, o intento que se me pase.
11. **¿Con qué frecuencia experimentas ira a lo largo de vida?**
- a. Pocas veces.
 - b. Prácticamente a diario.
 - c. Dos o tres veces por semana.
12. **¿En qué medida tus comportamientos agresivos te han causado un problema con la autoridad, tu familia, etcétera?**
- a. Bastantes veces.
 - b. Nunca.
 - c. Alguna vez

Para interpretarla se deben sumar los valores que le corresponden a cada respuesta según el siguiente cuadro:

	A	B	C		A	B	C
1	0	2	1	7	2	1	0
2	2	0	1	8	0	1	2
3	0	1	2	9	1	0	2
4	0	2	1	10	2	1	0
5	0	2	1	11	0	2	1
6	0	1	2	12	2	0	1

En función del número obtenido correlacionarlo con las características de cada rango según corresponda:

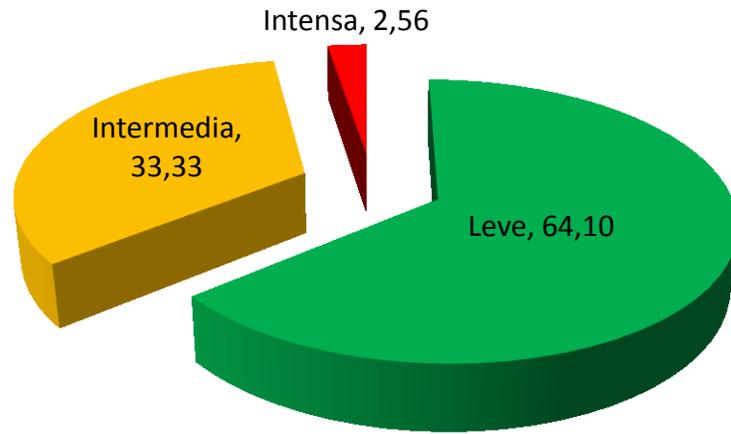
Puntuación	Nivel de agresividad	Característica
0-7 puntos	Leve	El comportamiento no es agresivo. Los enfados son bastante controlados. Esto está muy bien, siempre y cuando no se guarde para uno mismo los niveles de ira.
8-15 puntos	Intermedio	Se expresa el enfado de una manera adecuada. Sin embargo, la ira se manifiesta de forma intensa en algunas respuestas.
16-24 puntos	Intenso	La forma de actuar ante los enfados es desproporcionada, así como el nivel de la

		ira. Se debe controlarte si no se quiere tener más problemas interpersonales y, a la larga, de salud.
--	--	---

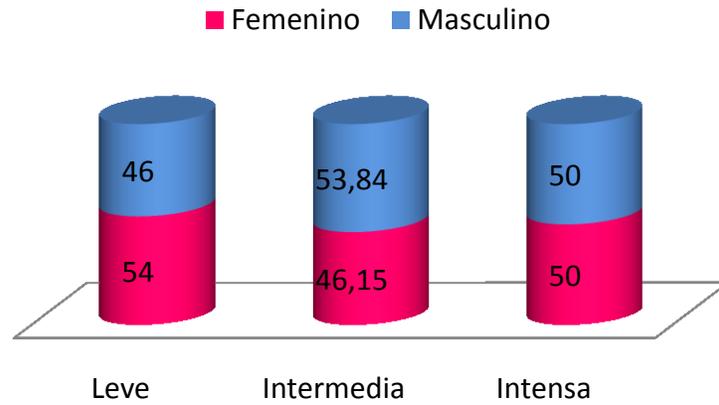
RESULTADOS

	Agresividad Leve		Agresividad Intermedia		Agresividad Intensa	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Total	50		26		2	
Porcentaje	64,10 %		33,33 %		2,56 %	
Sexo	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Total	27	23	12	14	1	1
Porcentaje parcial	54 %	46 %	46,15 %	53,84 %	50 %	50 %
Porcentaje total	34,61 %	29,48 %	15,38 %	17,94 %	1,28 %	1,28 %
Edad	< 45	> 46	< 45	> 46	< 45	> 46
Total	35	15	17	9	1	1
Porcentaje parcial	70 %	30 %	65,38 %	34,61 %	50 %	50 %
Porcentaje total	44,87 %	19,23 %	27,79 %	9 %	1,28 %	1,28 %
Antigüedad	< 15	> 16	< 15	> 16	< 15	> 16
Total	36	14	19	7	1	1
Porcentaje parcial	72 %	28 %	73,07 %	26,92 %	50 %	50 %
Porcentaje total	46,15 %	17,94 %	24,35 %	8,97 %	1,28 %	1,28 %
Estado civil	Soltero	Casado	Soltero	Casado	Soltero	Casado
Total	28	22	11	15	2	0
Porcentaje parcial	56 %	44 %	42,30 %	57,69 %	100 %	0 %
Porcentaje Total	35,89 %	28,20 %	14,10 %	19,23 %	2,56 %	0 %
Profesión	Total	P.P.	Total	P.P.	Total	P.T.
Médicos	23	46%	10	38,46%	0	0%
Enfermeros	6	12%	5	19,23%	1	50%
Administrativos	8	16%	2	7,69%	0	0%
Técnicos y otros profesionales	13	26%	9	31,61%	1	50%

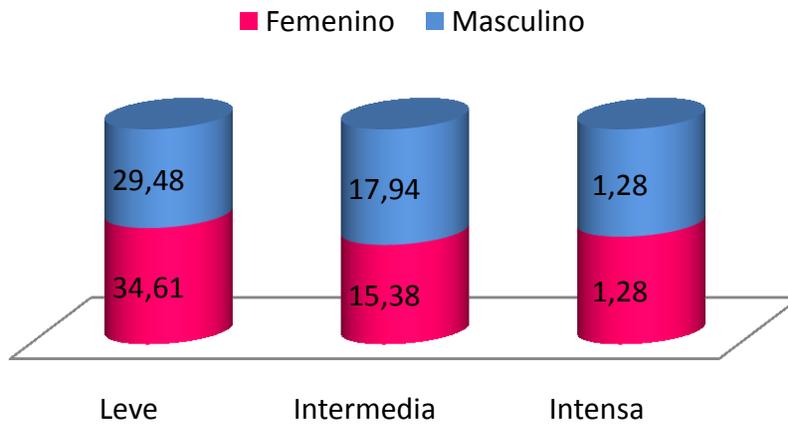
Niveles de Agresividad – Porcentajes Totales



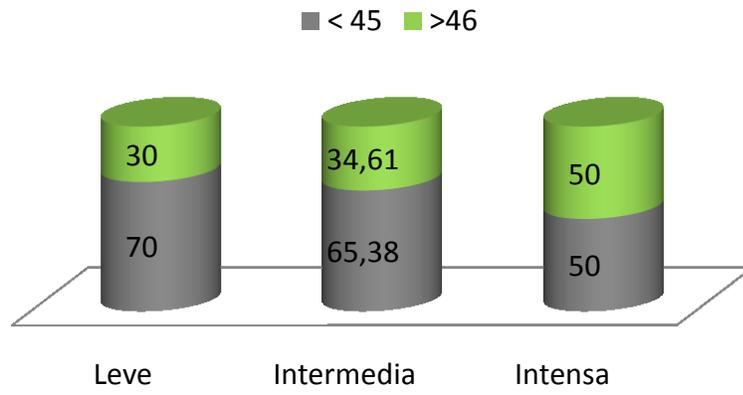
Agresividad según Sexo - Porcentajes Parciales



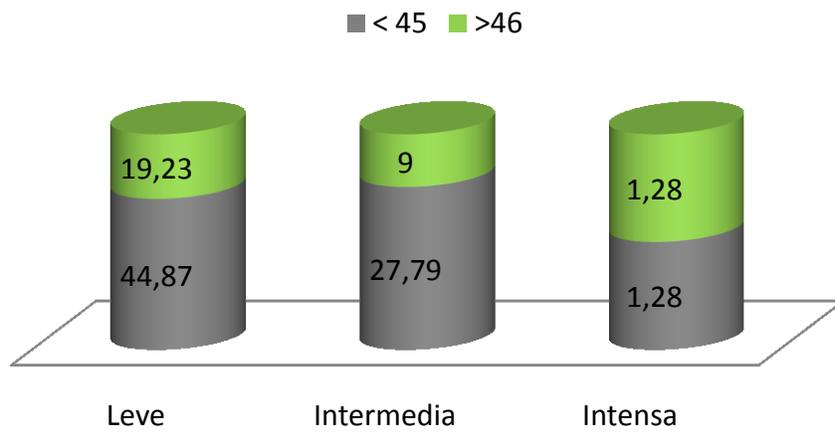
Agresividad según Sexo - Porcentajes Totales



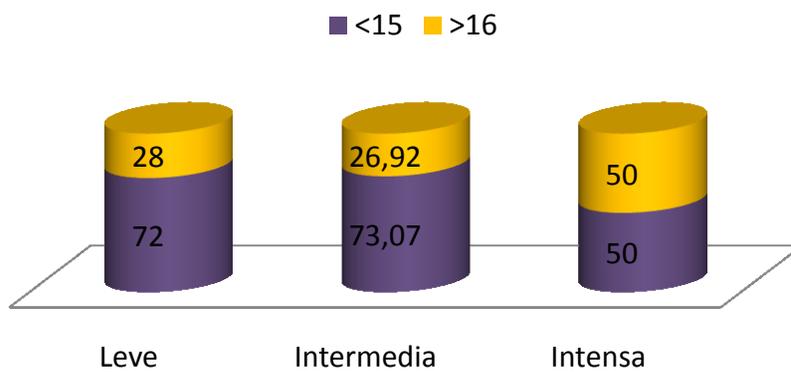
Agresividad según Edad - Porcentajes Parciales



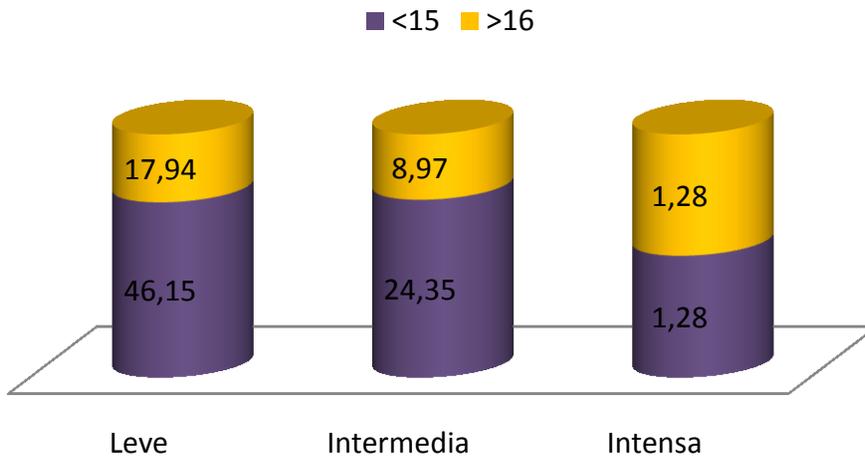
Agresividad según Edad - Porcentajes Totales



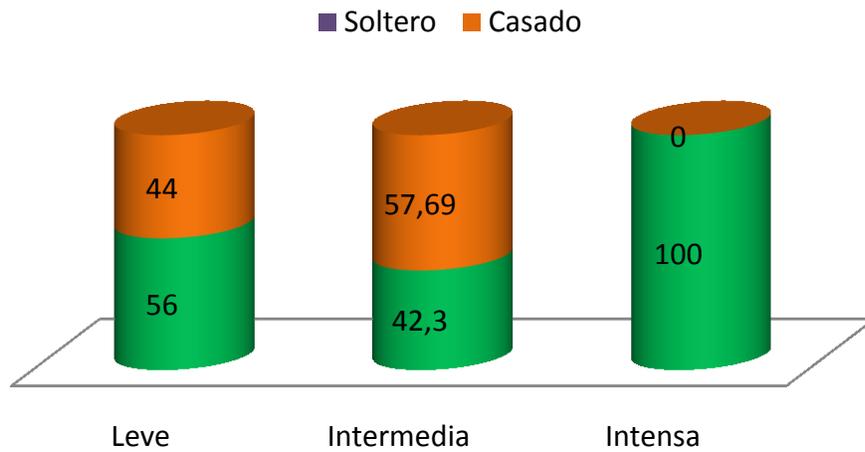
Agresividad según Antigüedad - Porcentajes Parciales



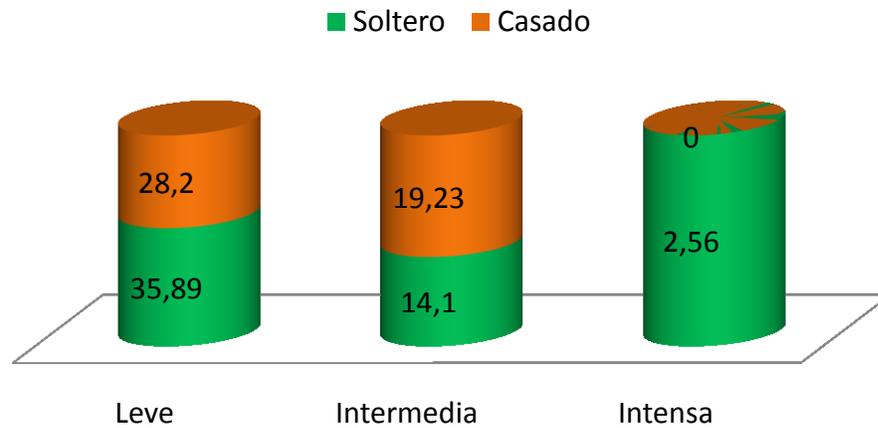
Agresividad según Antigüedad - Porcentajes Totales



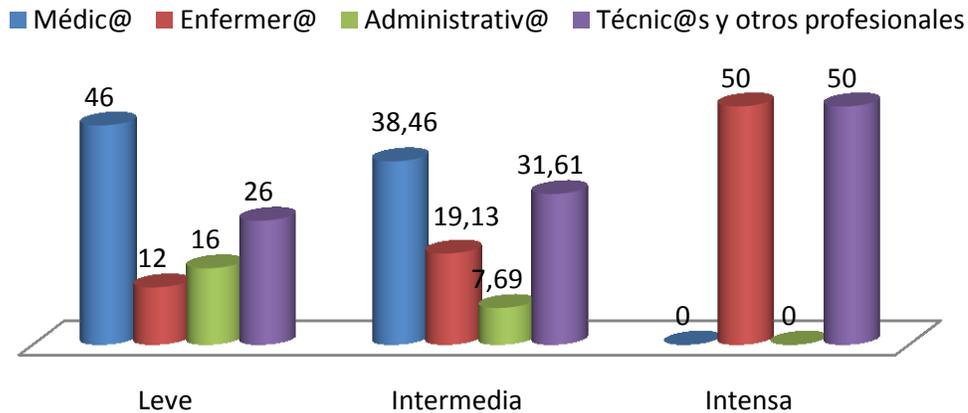
Agresividad según Estado Civil - Porcentajes Parciales



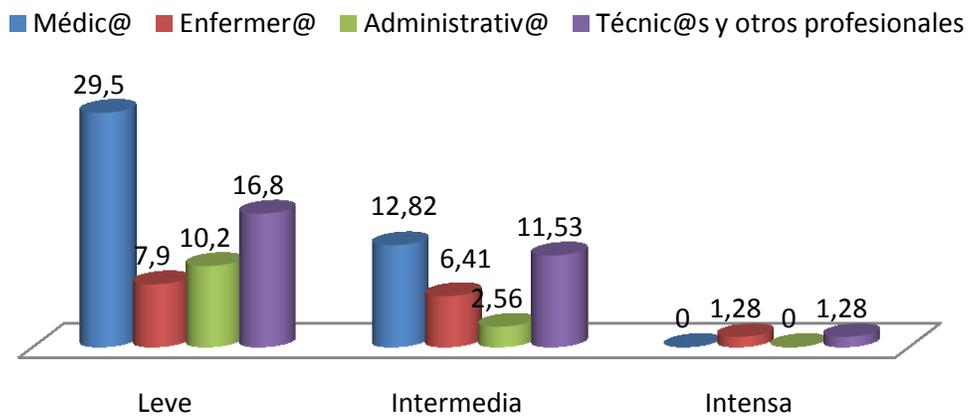
Agresividad según Estado Civil - Porcentajes Totales



Niveles de Agresividad por Cargo - Porcentajes Parciales



Niveles de Agresividad por Cargo - Porcentajes Totales



NOTA:

- Dado la heterogeneidad de los cargos de los individuos encuestados, aquellos que no eran significativamente estadísticos (dado la baja cantidad de número, por ejemplo kinesiólogo, maestranza, mantenimiento, seguridad, etc...) fueron agrupados en “Técnicos y otros profesionales”.
- Aquellos encuestados que en estado civil consignaron “en pareja” o “en convivencia” fueron agrupados con los “casados”, mientras que aquellos que completaron con “viud@” o “divorciad@” lo fueron con “solteros” .

CONCLUSIÓN

Luego del análisis comparativo de los datos, inicialmente podemos concluir que:

- El mayor porcentaje de los trabajadores sanitarios presentan un nivel de agresividad leve (64,10%), seguidos de poco más de un tercio (33,33%) de ellos con un nivel intermedio y con un valor significativamente menor (2,56%) de agresividad intensa.
- El sexo femenino presentan una tendencia de menor agresividad que el masculino.
- Los encuestados menores de 45 años marcaron un patrón de menor agresividad.
- Aquellos trabajadores con menos de 15 años de actividad laboral tienen valores de agresividad más altos.
- Los individuos casados han mostrado una tendencia de mayor agresividad que aquellos solteros.
- Los niveles de agresividad se ordenan de mayor a menor en relación a la función laboral de la siguiente manera: enfermería, técnicos y otros profesionales, médicos y administrativos.

Los autores de éste trabajo creemos que los resultados y conclusiones de una investigación deben abrir nuevos interrogantes que nos lleven a nuevas investigaciones que nos brinden un conocimiento más vasto. Es por ello que nos preguntamos:

- ¿Es aceptable un 33,33 % de nivel intermedio de agresividad en los trabajadores sanitarios?
- ¿Los valores generales obtenidos son similares a la población general?
- Trabajar en y contra la violencia ¿Nos hace más o menos violentos?
- La mujer al tener un modo de pensamiento en red ¿La hace más favorable a enfrentar las situaciones problemáticas con una menor tensión en su comportamiento?

- Paradójicamente... ¿La soltería da un mejor perfil contra la agresividad?
- La actividad laboral y la formación recibida para tal ¿Tienen un impacto real sobre la tendencia a la agresividad?

BIBLIOGRAFÍA

- Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS, 2002.
- Percepción de la violencia y Factores Asociados según usuarios de un consultorios y postas de salud. Concepción, Chile, Paredes Arealo L., Paravic Klijn T., Ciencia y Enfermería XII (1): 39-51, 2006
- Violencia y Salud, Chang J., Rev. Perú Epidemiol. 1995; 8 (1): 3-4
- Violencia y Salud en Colombia, Agudelo S.F., Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 1(2), 1997.
- La violencia y la salud pública, Pellegrino Filho A., Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 5(4/5), 1999.
- La violencia y sus repercusiones en la salud, reflexiones teóricas y. magnitud del problema en México, Híjar-Medina M., López-López M.V, Blanco-Muñoz J., salud pública de méxico / vol.39, no.6, noviembre-diciembre de 1997