

Abordaxe do paciente agresivo: A arte de desactivar

Roberto Fernández Álvarez
PAC de Allariz. Allariz. (Ourense)

María José Fernández Domínguez
Unidade docente de M. F. Y C. (Ourense)

Carlos Menéndez Villalva
Centro de Saúde de Mariñamansa (Ourense)

J. Apolinar Alvarez Mazariegos
Centro de Saúde de Allariz. Allariz. (Ourense)

Cad Aten Primaria
Ano 2010
Volume 17
Páx. 118-124

O FENÓMENO DA AGRESIÓN

A agresividade é definida polo dicionario da Real Academia Galega como un ataque brusco ou violento contra unha persoa e, noutra acepción, como unha acción contraria a algo ou alguén, de carácter moral ou realizada sen violencia física. A Organización Mundial da Saúde¹ define a violencia como o uso deliberado da forza física ou do poder, ben en grao de ameaza ou efectivo, contra un mesmo, contra outra persoa ou contra un grupo ou comunidade, que cause ou teña moitas probabilidades de causar lesións, morte, dano psicolóxico, trastornos do desenvolvemento ou privacións.

Os datos sobre a violencia no ámbito sanitario son escasos e moi heteroxéneos. Por unha banda, as diferentes definicións de agresión poden dificultar a categorización da información². Por outra, en moitos casos carécese de canles deseñados para comunicar este tipo de eventos ou, se existen, a cumplimentación é insuficiente debido a varias causas³.

Coa información dispoñible, as organizacións internacionais⁴ conclúen que a violencia constitúe o maior problema dos servizos públicos sanitarios (OMS), e un dos maiores riscos para a saúde, xunto co tabaco, drogas e VIH (ILO).

A frecuencia das agresións no medio sanitario é moi variable en función do tipo e ámbito de estudo, así como da categoría profesional que se considere. Os eventos totais oscilan entre un 12%⁵ e un 73%⁶. As agresións físicas móvense entre un 0,5%⁷ en médicos de atención primaria e un 28%⁹ en enfermeiras de xeriátricos.

Tampouco é doado coñecer con precisión a evolución temporal dos

actos de abuso. A maioría dos traballadores avaliados mediante enquisas ou métodos cualitativos perciben que a violencia é un fenómeno en aumento^{3,6,8}. Os incrementos nos rexistros oficiais poden deberse a un aumento real da frecuencia ou a unha maior sensibilización dos profesionais á hora de comunicar os eventos⁸.

Os estudosos do comportamento manteñen apaixonados debates sobre o motivo que desencadea respostas agresivas. Para algúns⁹⁻¹⁰ os estímulos externos non son imprescindibles, pois a agresividade experimenta un proceso acumulativo que, cando alcanza uns determinados niveis, debe liberarse para non resultar lesiva para os intereses do individuo. Algo similar ó que acontece con peixes tilapias⁹, que precisan de veciños hostís para poder combater con eles, pois do contrario acabarían por agredir á súa parella ou á súa proxenie. Este modelo "hidráulico" da agresividade contemplaría o fenómeno como un trazo inevitable do suxeito que non debe reprimirse senón canalizarse debidamente a través dunha "saída segura". Procesos similares responderían ó concepto de "ruminación"¹¹, segundo o cal a represión da agresividade despois de ter sufrido un ataque tradúcese nun incremento da virulencia da resposta diferida.

Outros autores negan o substrato fisiolóxico destas teorías do comportamento apelando á inexistencia dun "depósito de enerxía" no organismo e ó feito de que o ser humano non só é capaz de responder a un estímulo interno ou externo xerando unha resposta previsible, senón tamén "operando sobre a fonte do estímulo"¹².

Neste senso, estableceéronse dúas categorías principais de agresividade: a emocional, que ocorre como unha resposta á frustración dun individuo negativamente activado, e a instrumental, que é aquela que pretende provocar un cambio de actitude no suxeito sobre o que se exerce a agresión. Outros autores inclúen tamén a lúdica¹³⁻¹⁴, que sería máis específica do ser humano e a súa finalidade sería a obtención de pracer. Non se trataría dun medio ou "instrumento" nin dunha reacción ante un estímulo, senón dun fin en si mesmo. Un concepto próximo ó que tamén se chamou a "violencia excedente"¹⁵.

Correspondencia

Roberto Fernández Álvarez
Centro de saúde de Allariz, Rúa Oliveira s/n, 32660, Allariz (Ourense)
e-mail: Roberto.Fernandez.Alvarez@sergas.es

Distintos autores intentaron categorizar a agresividade con maior ou menor consenso.

En todo caso, parece claro que a causoloxía dos actos de agresión responde a un modelo multifactorial tamén variable en función do ámbito de estudo. Un ataque totalmente imprevisto, sen sinais de aviso, sen motivo e sen escalada de violencia é moi infrecuente¹⁶. A maioría das veces pode identificarse unha razón real ou percibida para as agresións, así como un proceso de activación crecente que pode terminar en violencia física. O seu coñecemento pode axudarnos a previr a aparición ou evitar as consecuencias.

Os pacientes con antecedentes de comisión de actos violentos amosan unha maior tendencia a repetilos¹⁷⁻¹⁸, polo que este tipo de condutas deberían quedar reflectidas na historia clínica, así como as circunstancias ou desencadeantes baixo os que emerge a conduta violenta.

Outros elementos favorecedores son o abuso de drogas ou alcohol¹⁻¹⁰, a concorrencia de certa patoloxía psiquiátrica¹⁹, ou os factores de depresión económica e social, este último o de maior influencia para algúns autores²⁰.

A frustración do paciente provén en algúns casos de que as súas expectativas non se vexan cumpridas por parte do sistema sanitario. Se ben normalmente os usuarios declaran sentirse agradecidos polo traballo que realiza o persoal dos servizos de saúde, cada vez incrementanse máis as expectativas acerca de cal debe ser o estándar de servizo que deben recibir²¹. Ás veces estas son pouco realistas, por improcedentes, excesivas ou incorrendo en prácticas de “consumismo sanitario”³. A colisión destas pretensións coas actitudes de moitos profesionais baseadas na lealdade ó sistema sanitario, e non na comprecencia, deriva na denegación de peticións, o cal se invoca como unha das causas máis importantes de violencia no noso medio²².

Outras veces trátase de aspiracións lexítimas dos pacientes ás que o sistema non da cumprida resposta. As esperas ou demoras de atención aparecen como factores frecuentes de agresión²² e unha das maiores fontes de insatisfacción dos usuarios²³.

Esta dialéctica entre expectativas dos pacientes e dos profesionais pode xerar nos cadros de persoal o que se denominou a “mentalidade de asedio”³ ou de combate entre dúas fronteas, alimentada por distintas fontes de polarización de posturas. Uns, por exemplo, atribúen a carga da culpa ó paciente e os seus familiares²⁴, mentres para outros o motivo de non agredir ós profesionais é evitar que “se fagan as vítimas”²⁵. Estes feitos acaso deberían promover unha reflexión sobre a conveniencia de ver a relación cos nosos pacientes como unha oportunidade de cooperación e non como unha escusa para a belixerancia.

O papel da agresividade implícita na propia conduta do profesional ou nas características do sistema, e o seu efecto sobre o paciente, non foi debidamente avaliado. Así, por exemplo, a pesar da avultada frecuencia de agresións a enfermeiras, en certos ámbitos o persoal de enfermaría revela que son os médicos, e non os pacientes, a súa principal fonte de estrés e de falta de confianza nas súas propias habilidades²¹. Hai elementos atribuíbles ó profesional que poden actuar como aceleradores da intensidade do conflito como son a rivalidade e a loita polo poder, o uso de barreiras na comunicación ou a ausencia de modelos de conduta²⁶.

As consecuencias da violencia no medio sanitario tamén foron obxecto de avaliación, sobre todo en canto ós elevados custes económicos directos e indirectos⁴. As repercusións sobre o profesional inclúen secuelas emocionais na esfera do medo, depresión e desmotivación^{3,6}. Tamén se describe un incremento na probabilidade de cometer erros e un repregue na oferta de atención ós pacientes, o que se denominou “prestación de servizos mínimos”³.

Abundan os estudos acerca da epidemioloxía do fenómeno violento no ámbito sanitario, sobre todo en países anglosaxóns, pero hai menos bibliografía sobre as consecuencias do mesmo, e poucas evidencias sobre as técnicas de abordaxe. Tentamos condensar a continuación o que os autores propoñen sobre este tema.

O CONTROL DO AMBIENTE

Hai certos elementos que actúan como coñecidos facilitadores da resposta agresiva, que deben minimizarse ou eliminarse dos espazos sanitarios.

O ruído excesivo e as altas temperaturas son activadores demostrados de condutas agresivas¹¹. Tamén as aglomeracións que determinan compromiso espacial ou invasión do espazo persoal entre suxeitos. A presenza dun número excesivo de acompañantes tamén pode xerar conflitos⁶; sen embargo, se as persoas que acompañan exercen un efecto estabilizador sobre o paciente, permitírase a súa estadía.

As actividades de entretemento nas sas de espera, como a lectura, televisión ou xoguetes para nenos recoméndanse⁵. O humor e o divertimento son coñecidos antagonistas da agresividade¹¹.

Lograr un ambiente relaxante, con cores suaves, decoración agradable, iluminación adecuada, asentos cómodos, é recomendable⁵. As situacións de incomodidade física tamén se estudaron como un factor que contribúe á xénese de conflitos¹¹.

Deberían reducirse os elementos de “hostilidade” que poidan transmitir ó usuario a mensaxe de que se atopa nun ambiente estraño. O paciente debe coñecer a quen debe dirixirse e quen se dirixe a el. Así, os uniformes sanitarios con etiquetas de identificación poden

actuar como freo á violencia segundo as circunstancias⁵. As recepcións pouco accesibles con estruturas que actúan a modo de barreira, como reixas, ventanillas ou pantallas de cristal, non se recomendan^{3,18}. Os traballadores de recepción deben ser percibidos polos pacientes como anfitrións, e nunca como o que foi denominado “dragóns tras dunha mesa”¹⁸.

Deben establecerse marxes de flexibilidade para que as normas non sexan interpretadas como obrigacións ou limitacións intolerables⁵. As constantes mensaxes de interdicción ou limitación da liberdade de movementos deben ser ben seleccionadas e avaliadas, pois as prohibicións e a represión constante de condutas xera respostas agresivas¹³.

Reducir no posible o que poida interpretarse como unha agresión ós dereitos dos usuarios, como as excesivas demoras⁵ ou as transgresións de normas de forma inxustificada por parte do persoal ou a parquedade á hora de proporcionar información.

O usuario non debería percibir o organigrama sanitario como unha xerarquía onde él representa a inferior das categorías. Iso podería conducir a que trate de disputarse o seu posto no escalafón co persoal subalterno, xerando problemas nas recepcións. Así, os recepcionistas dos centros de saúde advirten que os pacientes que se dirixen a eles con grosería, a miúdo se comportan con humildade e corrección cando entran en consulta³. Debería promoverse a práctica de informar debidamente e dar explicacións ós pacientes³ dun modo activo e cordial, desprovisto de frialdade ou desgana.

Deben facilitarse vías de resposta alternativas á violencia⁵, como os circuitos de reclamacións formais libres de toda represalia ou buzóns de suxestións que garanten o anonimato.

As campañas institucionais trataron de traballar distintos aspectos da prevención de conflitos promovendo estudos e recollida de datos, lexislación adecuada e canles de atención ás vítimas⁵. Os aspectos máis visibles das mesmas son as mensaxes que tratan de encomiar as condutas amigables e afeitar as condutas violentas, ou advertir de forma velada ou explícita das consecuencias das mesmas.

A efectividade das campañas institucionais está, porén, suxeita a controversia. Unha das máis coñecidas foi a desenvolta en 1999 en Gran Bretaña coñecida como “NHS Zero Tolerance”, a cal se baseou en dous presupostos: transmitir á poboación a idea de que a violencia exercida contra o persoal do Servizo Británico de Saúde é intolerable e reforzar a conduta dos traballadores acerca de non transixir con accións violentas. As mensaxes empregadas de tipo “non imos permitir a violencia aquí” poden ser confusas²¹, pois podería someter ó cidadán a un escrutinio innecesario sobre o seu comportamento ou inducir a idea de que calquera pode ser violento. Non parece que a campaña conseguise diminuír a percepción de risco entre os profe-

sionais¹⁹, e a variación da frecuencia de actos violentos é difícil de avaliar, pois os eventos rexistrados incrementáronse, aínda que isto pode atribuírse a unha maior disposición do persoal para comunicalos e denuncialos⁹.

PREVENCIÓN DOS ATAQUES

A violencia física e as consecuencias derivadas da mesma tamén deben ser obxecto de prevención.

Deben retirarse¹⁷ do alcance dos pacientes obxectos que poidan ser utilizados como armas contundentes (pisapapeis, suxeitalibros) ou punzantes (abrecartas, tesoiras).

Debería considerarse a posibilidade⁵, segundo os casos, de reservar unha sa independente para os pacientes con perturbacións emocionais, intoxicacións, ou separación de suxeitos enfrontados ou pertencentes a bandas que poidan agredirse.

A instalación de alarmas silenciosas ou botóns de pánico que poidan ser pulsados polo profesional sen que o atacante o advirta, e que sexan detectadas polo resto do persoal, é recomendable¹⁸. Actualmente este sistema xa está implantado en centros de saúde do noso medio, aínda que non dispoñemos de datos de avaliación dos mesmos.

Recoméndase que as sas de consulta teñan dúas saídas, ou ben que a ubicación do paciente non se sitúe obstaculizando o escape do profesional cara á porta⁵.

Outras medidas de aplicación²¹ en casos seleccionados son a instalación de circuitos pechados de televisión ou sas antipánico.

A contratación de gardas de seguridade é outra das propostas en función do volume ou perigosidade do servizo²¹. Non dispoñemos de estudos de avaliación desta medida. Algúns profesionais opinan que poden ser efectivos aínda que nunca como medida única ou principal, e que a “fortificación” dos servizos, en particular os de atención primaria, podería ter un efecto contraproducente². É posible que a soa presenza dos mesmos poida ter un efecto disuasor, aínda que tamén é sabido que a visión de armas é un activador do comportamento violento^{11,14}. Dyer O.⁸ indica que esta medida non amosou eficacia á hora de diminuír o número de eventos.

A agresión física, a pesar de todo, ás veces ten lugar, co cal debemos enfrontarnos a unha situación de “violencia de emerxencia”. En tal caso o primeiro é intentar a fuxida. Se non é posible e a agresión ten lugar sen armas, unha recomendación¹⁷ pode ser abrazar ó suxeito e manernos en contacto con el a modo de *clinch* que utilizan os boxeadores para reducir a enerxía dos golpes do contrario. Técnicas de artes marciais baseadas na contención física e non na emisión de golpes, como o judo ou a aikido tamén se postulan como útiles.

MANEXO DO ENCONTRO AGRESIVO

As habilidades no manexo de episodios violentos forman parte do currículo oculto dos profesionais²⁶ forxado máis ó través das súas propias experiencias que da formación recibida nese campo.

Recoméndase a formación do persoal en técnicas e habilidades de entrevista e de detección e manexo de situacións de violencia^{3,5,8}. Esta debe incluír tamén a persoal non sanitario²⁹ e avaliarse a efectividade do entrenamiento¹⁹. Os programas de formación e obradoiros parecen reducir os episodios de violencia³⁰⁻³¹. A capacitación debería incluír coñecementos das peculiaridades de etnias minoritarias³.

A entrevista propiamente dita co "paciente agresivo" esixe coñecer algunhas das claves da agresividade e debe partir dunha disposición xenuína do profesional a participar no diálogo, escoitar os puntos de vista dos demais e querer traballar en colaboración para resolver o problema²¹.

A primeira actividade é o recoñecemento dos sinais verbais e non verbais de agresividade^{5,17}. Estas poden ser actitudes que traducen tensión: suxeitos sentados no borde da cadeira, mandíbulas tensas, beizos apertados, dilatación pupilar, aumento de sudación. Ou poden constituir ritualizacións ou simulacións de ataque: puños pechados, actos de golpeo da man co puño, dar portazos, etc. O signo predictor máis importante da violencia inminente é o comportamento motor do paciente³².

É importante prestar atención ás demandas verbalizadas de queixa, como preguntas repetitivas sobre cando van ser atendidos, aumento do ton de voz, monólogos, blasfemias.

A toma de contacto

Unha idea central da obra de Rof Carballo¹³ é que un dos máis potentes desactivadores da violencia é a tenrura. No mesmo campo semántico podemos situar a empatía, a amabilidade, o afecto ou a cordialidade como actitudes que deben presidir o proceso de abordaxe do paciente agresivo.

O primeiro paso para practicar a empatía é o respecto ós límites que impón o paciente. Antes de dirixirnos a él debemos utilizar unha fórmula de solicitude de permiso, do tipo "desculpe, ¿podería falar con vostede un minuto?"¹⁷ ou similares, mantendo a distancia de seguridade. Se accede a "abrirnos a porta" xa podemos introducir elementos de cordialidade, dos cales o primeiro, tras identificarnos correctamente, é estreitar firmemente as mans. Este acto compárase cos comportamentos de cese de combate estudados en etoloxía e o seu significado simbólico podería ser demostrar ó adversario que a man non alberga armas⁹.

Se o usuario accede á solicitude de diálogo debemos elixir coidadosamente o lugar adecuado para continuar a conversa, pois o óptimo

sería invitalo a unha sala apartada do público, dado que a resposta violenta é menos probable nun entorno individual que no seo dun grupo^{12,14}. Na sala elixida sería óptimo poder ofrecer ó interlocutor algunha actividade incompatible coa ira, como comer un caramelo, tomar algunha bebida, acomodarse nunha butaca comfortable¹⁷. Non obstante, se o risco de ataque é elevado, é mellor manterse nun lugar visible e contar coa participación de outros membros do equipo³.

Desactivar a agresividade do interlocutor

Hai que ter en conta que a resposta agresiva, unha vez iniciada, non cesa no momento en que cesa o estímulo; requírese un tempo de desactivación⁹. Por iso o paso seguinte é un recurso que permita ó interlocutor manifestar con liberdade de expresión e de tempo o motivo do seu estado de ánimo¹⁷. Invítase ó paciente a que conte o que lle ocorre mediante unha pregunta aberta formulada en ton tranquilo e respectuoso. Permitir que unha persoa activada baleire as súas emocións soe actuar diminuindo o nivel de activación posiblemente debido a que a agresividade poida extinguirse espontaneamente se non atopa novos activadores no seu discorrer, ou ben pola importancia que clásicamente se lle atribúe ó exercicio de "ventilar as emocións". Para outros, o decisivo non é exteriorizar os sentimentos, e os pacientes non se benefician tanto de ser escoitados como de "escoitarse a si mesmos" ou recibir "insights", así, cando alguén é capaz de verbalizar os propios sentimentos fai que estes se trasladen dun plano emocional, de difícil control, a outro racional, máis manexable¹⁴.

A isto se refire o denominado principio do "contrabalanceo emocional"³³, en virtude do cal, tras aflorar emocións negativas extremas o individuo é levado cara a emocións máis neutras e incluso positivas, sempre que o interlocutor trate de impregnar ó paciente de calma e serenidade e non ó contrario.

Neste senso non serían adecuadas certas fórmulas que interrompen o libre fluxo emocional, como as que tratan de restaurar prematuramente a normalidade vetando expresións espontáneas con intervencións do tipo: "non te preocupes" ou "tranquilo", etc³⁴. Tampouco serían apropiadas as mensaxes antagónicas ou de censura verbal ou non verbal, salvo actitudes intolerables, nin os intentos de dar explicacións a un individuo plenamente refractario a escoitar³³.

Controlar o propio estado emocional.

A resposta natural a unha agresión soe tomar unha de dúas opcións básicas: loita ou fuxida. A resposta recomendable no profesional, salvo situacións concretas, sería unha terceira que podería considerarse combinación das outras dúas: o que se denomina a actitude asertiva³⁵.

Para poder acadar esta resposta, un dos elementos máis importantes é o autocontrol emocional, e diversos autores presentan técnicas para entrenalo. O obxectivo sería conseguir que, polo menos da actitude do profesional, emane calma e tranquilidade, sen que isto supoña

unha renuncia ós propios dereitos nin unha mingua da autoestima. Elementos como falar a modo e de forma clara, adoitar unha postura relaxada coas mans visibles, non amosar a menor intención de defenderse⁵, son actitudes que axudan a disipar a vontade de empregar a violencia. Á vez, hai probas de que as reaccións corporais inflúen directamente nas emocións¹⁴, e manter actitudes relaxadas e movementos suaves pode xerar sentimentos de sosego ou, por exemplo, pódese mellorar o estado de ánimo co exercicio do sorriso.

No deseño de exercicios para o autocontrol emocional propóñense precisamente técnicas baseadas na teoría de que se os estímulos estresantes inducen signos físicos de tensión, logo, o control destes debe inducir sentimentos relaxantes, ó ser incompatible a relaxación co estrés³⁵. Neste senso, ensaiáronse con éxito as técnicas de relaxación, entrenamiento autóxico, biorretroalimentación, etc. Para situacións "agudas" poden ser útiles as técnicas de afrontamento consistentes en entrenar a capacidade de relaxación de modo que en todo momento e lugar en que se experimente estrés se poida liberar tensión, e que fan fincapé no control da respiración e doutras reaccións corporais reflexas. Como indutor ou catalizador destes cambios cara a "desactivación" propúxose tamén o uso do mantra, que é unha palabra que se repite varias veces co fin de manter a concentración nun obxectivo e liberar a mente doutros pensamentos. Palabras como "tranquilidade", "calma", "paz", etc. indícanse para o este uso³⁵; e tal vez poidan ser de utilidade sempre que se vivise o risco de dirixilas inapropiadamente ó paciente, tal e como se sinalou anteriormente.

Evitar a escalada.

Cando un desafío é respondido, esta resposta pode inducir un novo desafío de maior intensidade, pois as actitudes negativas actúan como cebadoras de novas actitudes negativas¹⁴. A agresividade en si mesma revélase como un indutor potente de novas respostas agresivas, tal e como se estudou, por exemplo, nos actos de ensañamento coas vítimas¹⁴. Esta resposta devén nunha escalada de violencia cuxo resultado é o contrario ó pretendido.

Na escalada violenta pódese identificar un fondo de competitividade entre individuos por un obxectivo, que pode ser un territorio, unha parella sexual, o alimento, etc. A pugna polo control e o poder tamén se pode levar ó terreo da consulta, e incluso cando a disputa se traslada ó plano racional, os suxeitos poden seguir competindo por quen leva a razón.

O obxectivo é que o interlocutor perciba que o profesional non desexa establecer conflitos de poder ou competencia nin persigue a confrontación, senón que trata de traballar cooperativamente co paciente para resolver un problema¹⁷. É o que se chamou "recondución por obxectivos"³³. Para poñela en práctica poderíanse usar fórmulas do tipo: "¿Qué cree que o equipo e máis eu podemos facer por vostede?" ou ben, con máis empatía: "O que vostede me conta paréceme moi

interesante, pero hai algo que ten aínda máis interese, que é ver que podemos facer agora mesmo por vostede"³³.

Así, en lugar de seguir o ritmo que trata de impoñer o agresor, o profesional podería incluso desprazar a súa actitude en sentido contrario, xerando unha "escalada asimétrica". É coñecido o feito de que a vontade de persistir causando dano tende a atenuarse cando o contendente se amosa débil ou indefenso⁹, e que a maioría das persoas aprenderon que non é correcto agredir a alguén que non é responsable dos seus sufrimentos¹⁴. Así pois, expresar actitudes máis pacíficas e inofensivas en tanto que o paciente se amose máis excitado, pode ser unha ferramenta útil. Incluso se pode recorrer a comunicar verbalmente ó interlocutor que nos sentimos agredidos ou indefensos, o que se denominou técnica do autodescubrimento ou "self disclosure"³³, utilizando fórmulas do tipo: "realmente síntome ferido pola súa actitude, e nestas circunstancias resúltame difícil continuar a entrevista..." ou similares.

O cambio de conduta tamén se pode favorecer utilizando a reestruturación positiva e o reforzamento diferencial de comportamentos alternativos¹¹ con solucións do tipo: "estou seguro de que alguén como vostede é capaz de sentarse a dialogar" ou ben: "vexo que argumenta perfectamente todo o que afirma", co fin de gabar ou premiar comportamentos tendentes ó diálogo.

Para conducir ó interlocutor a terreos máis seguros pero sen renunciar ós obxectivos da entrevista ensaiáronse técnicas de entrenamiento asertivo, onde se propoñen distintas fórmulas de intervención verbal³⁵. O "aprazamento asertivo" evitaría responder de forma directa a unha interpelación se iso pode empeorar as cousas, con frases como: "é unha cuestión moi complexa...por iso antes de dar a miña opinión permítame tomar un tempo para pensalo". O "acordo asertivo" propón comezar con empatía certos enunciados que serán mal recibidos, para favorecer a aceptación dun pacto: "Créame que entendo que non lle resulte agradable...pero penso que deberíamos...". A técnica do "disco roto" ou "disco raiado" trata de transmitir unha decisión inapelable de modo cordial, repetindo respostas con idéntico significado, pero con pequenas variacións no significante, e sempre desprovistas de hostilidade. Exemplo: "Entendo, pero comprenda vostede que non podo acceder ó que me pide..."; e novamente "gostárame compracelo...pero entenda que non me está permitido..."; etc. A técnica de "quebrantamento do proceso" trata de cortar cascadas de insultos ou acusacións con respostas lacónicas do tipo "si", "quizá", "puidera ser".

No intento de evitar o enfrontamento e ignorar os desafíos, propóñense ideas como a de profundar e tomar certos elementos da filosofía das artes de loita oriental. Rew e cols²¹ recomendan o coñecemento do aikido, tomando un dos seus principios básicos que sería, no canto de opoñerse ó contrario, traballar coa súa enerxía para resolver o problema. En parecida liña se ten desenvolvido o "judo verbal" ou "judo

con palabras³⁶, unha serie de propostas máis ou menos estruturadas, que se está a utilizar para o adestramento de corpos de seguridade en habilidades de comunicación ou como método persoal de autoaxuda.

Despersonalizar o conflito

Deberíamos procurar que o problema non penetre nas esferas persoais dos interlocutores. O enfrontamento pode ser despersonalizado entendendo que o anoxo do paciente, aínda que executado contra o profesional en persoa, poida realmente estar dirixido contra o seu rol dentro do sistema ou contra o sistema mesmo¹⁶. En ocasións a localización dun inimigo común "responsable" dos nosos males pode desviar provisionalmente o risco de agresión.

Nesta liña, o enfoque emotivo-racional³⁵ opera sobre a base de que non é a realidade, senón a interpretación que facemos dela, a que produce reaccións negativas. Na raíz do pensamento irracional estaría a suposición de que as cousas fanse para un, ou que as persoas deberían ser doutra maneira, cando o certo sería, segundo esta liña de pensamento, que as cousas simplemente ocorren, e que a realidade é exactamente como ten que ser. Así, por exemplo, fronte ó imaxinario "esta persoa incrépame porque quere ferirme" ou "o meu paciente é unha persoa agresiva", opoñeríamos o máis realista "esta persoa incrépame porque está anoxado" ou "o meu paciente é unha persoa que por algunha razón se comporta de modo agresivo".

Chegados a este punto é posible que o perigo pasase e comeza a etapa de negociación, cuxo obxectivo debe ser lograr un escenario de ganador-ganador. A partir de agora, na maioría dos casos, poderemos actuar exactamente como o faríamos en calquera outra situación³³. Non obstante, o feito de culminar con éxito un proceso de desactivación dunha situación de tensión ou agresividade non debe supoñer o peche do episodio. A actuación post-incidente comprende unha serie de procedementos que non deberían omitirse. Así, deben comunicarse e rexistrarse os eventos, incluso os considerados menores nos que non se ocasionase dano^{5,18,37}. A dirección debe implicarse proporcionando apoio inmediato e duradeiro a todos os afectados. Debería facilitarse asesoramento legal ó través da administración, sindicatos e organizacións profesionais⁵. E por último, debe promoverse a reflexión sobre o sucedido tanto desde o plano persoal como desde as reunións do equipo para mellorar a abordaxe de futuras situacións¹⁷. Non convén deixar de lado o piar invisible no que se sustenta a arte de desactivar: actuar antes de que as cousas ocorran.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre Violencia y Salud. 2003. Disponible en: whqlibdoc.who.int/publications/2002/9275324220_spa.pdf
- Ryan D, Maguire J. Aggression and violence - a problem in Irish Accident and Emergency departments? *J Nurs Manag.* 2006 Mar;14(2):106-15.
- 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
- ILO-ICN-WHO-PSI, Framework guidelines for addressing violence in the health sector, the trainer manual. 2005. Disponible [Http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/)
- OIT-CIE-OMS-ISP Directrices Marco para afrontar la violencia en el sector de la salud. 2002. Disponible en http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=60039
- Hobbs FD, Keane UM. Aggression against doctors: a review. *J R Soc Med.* 1996 Feb;89(2):69-72.
- Benveniste KA, Hibbert PD, Runciman WB. Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. *Med J Aust.* 2005 Oct 3;183(7):348-51.
- Dyer O. Attacks on NHS staff increasing, MPs say. *BMJ.* 2003 Jul 26;327(7408):182.
- Storr, A. La agresividad humana. 1ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 1987.
- Lorenz, K. Sobre la agresión: el pretendido mal. 14ª ed. Madrid: Siglo XXI; 1985
- Renfrew, J.W. La agresión y sus causas. Alcalá de Guadaíra: MAD; 2005.
- Ashley Montagu. La naturaleza de la agresividad humana. Versión de Antonio Escototado. 3ª reimp. Madrid: Alianza, D.L. 1986.
- Rof Carballo, J. Violencia y ternura. 2ª ed. Madrid: Ed. Espasa Calpe; 1991.
- Berkowitz, L. Agresión: causas, consecuencias y control. Bilbao: Desclée De Brouwer, D.L. 1996
- Sampedro, F. A violencia excedente. Santiago de Compostela: Laiovento, 2006.
- Mills R. Violence in the consulting room. A multifactorial strategy for prevention and harm minimisation. *Aust Fam Physician.* 2008 Oct;37(10):851-3.
- Bell CC. Assessment and management of the violent patient. *J Natl Med Assoc.* 2000 May;92(5):247-53.
- Wright NM, Dixon CA, Tompkins CN. Managing violence in primary care: an evidence-based approach. *Br J Gen Pract.* 2003 Jul;53(492):557-62.
- Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006 Jun;30(4):586-98. Epub 2006 Mar 6.
- Dixon CA, Tompkins CN, Allgar VL, Wright NM. Abusive behaviour experienced by primary care receptionists: a cross-sectional survey. *Fam Pract.* 2004 Apr;21(2):137-9.
- Rew M, Ferns T. A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. *Br J Nurs.* 2005 Feb 24-Mar 9;14(4):227-32.
- Dyer O. Attacks on NHS staff increasing, MPs say. *BMJ.* 2003 Jul 26;327(7408):182.
- Nebot Adell C, Baqués Cavallé T, Crespo García A, Valverde Caballero I, Canela-Soler J. The opinion of the users as opportunity for improvement in primary health care. *Aten Primaria.* 2005 Apr 15;35(6):290-4.
- Documento Marco para la prevención y actuación frente a la violencia hacia los facultativos (resumen). CESM 2007. Disponible en: <http://www.cesm.org/>
- Asociación El Defensor del Paciente (página principal en Internet). (Consultado o 7 de maio de 2010). Disponible en: <http://www.negligenciasmedicas.com/>
- Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgrad Med J.* 2006 Jan;82(963):9-12.

27. Shields M, Wilkins K. Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. *Health Rep.* 2009 Jun;20(2):7-19.
28. Ronzón Fernández. Violencia del paciente en una consulta de incidencia turística. *Aten Primaria.* 2006;37:119.
29. Bayman PA, Hussain T. Receptionists' perceptions of violence in general practice. *Occup Med (Lond).* 2007 Oct;57(7):492-8. Epub 2007 Jul 25.
30. Forster JA, Petty MT, Schleiger C, Walters HC. kNOw workplace violence: developing programs for managing the risk of aggression in the health care setting. *Med J Aust.* 2005 Oct 3;183(7):357-61.
31. Phillips S. Countering workplace aggression: an urban tertiary care institutional exemplar. *Nurs Adm Q.* 2007 Jul-Sep;31(3):209-18.
32. Jiménez Busselo MT, et al. Paciente agitado en urgencias. *An Pediatr (Barc)* 2005;63(6):526-36.
33. Borrell I Carrió. *Manual de Entrevista Clínica.* Madrid: Hartcourt Brace; 1998.
34. Epstein RM, Borrell i Carrió F. Pudor, honor, and autoridad: the evolving patient-physician relationship in Spain. *Patient Educ Couns.* 2001 Oct;45(1):51-7.
35. Davis M, McKay M, R. Eshelman E. *Técnicas de autocontrol emocional.* Barcelona: Martínez Roca; 1985.
36. Berckhan B. *Cómo defenderse de los ataques verbales : un curso práctico para que no te quedes sin palabras.* Barcelona : RBA, 2004.
37. Plan para a Prevención da violencia laboral no Servizo Galego de Saúde. *Sergas* 2007. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?ldPaxina=60039