



Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo



Todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas, reservados. Está prohibida la reproducción (fotocopias, microcopias o cualquier otro medio), la grabación o la transmisión sobre cualquier tipo de soporte del texto en su totalidad o en partes, sin autorización especial del CIE. No obstante, cortos extractos (menos de 300 palabras) pueden ser reproducidos sin autorización a condición que se cite la fuente.

Copyright © 2007 - Consejo internacional de enfermeras (CIE)
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN: 92-95040-88-0

Impresión: Imprimerie Fornara

INTRODUCCIÓN	3
DEFINICIONES	4
LA VIOLENCIA COMO RIESGO PROFESIONAL	5
REACCIONES INMEDIATAS A LA VIOLENCIA	8
EFFECTOS DEL MALTRATO Y LA VIOLENCIA	10
RESPUESTAS COMPLEMENTARIAS	12
LA SEGURIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO	15
<i>Estructura social</i>	16
<i>Contexto jurídico</i>	16
<i>Cuestiones clínicas</i>	17
<i>Clima organizativo</i>	18
<i>Entorno físico</i>	20
<i>Competencia del personal</i>	22
<i>Posición de la asociación nacional de enfermeras</i>	23
CÓMO ENFRENTAR LA VIOLENCIA	25
EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL	28
LA POSICIÓN DEL CIE	29
REFERENCIAS	30

INTRODUCCION

La incidencia cada vez mayor del maltrato y la violencia en el ámbito de la atención de salud interfiere con la prestación de la calidad de la atención y pone en peligro la dignidad personal y la autoestima del personal de salud. Las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) han identificado el riesgo y documentado los efectos negativos del mismo sobre las vidas profesionales y personales de sus miembros, y están poniendo en marcha estrategias que eliminen este gran peligro de trabajo.

Los objetivos de estas directrices, que complementan la declaración de posición del CIE sobre el **Abuso y violencia contra el personal de enfermería** (2006), son:

1. Examinar la prevalencia, la incidencia y los efectos del maltrato y de la violencia contra el personal de enfermería.
2. Reconocer las reacciones de las enfermeras* frente a incidentes de violencia.
3. Determinar los factores principales de seguridad en el lugar de trabajo.
4. Presentar estrategias tendientes a enfrentar y reducir/eliminar la violencia en el lugar de trabajo.

* El término 'enfermera' se utiliza en sentido genérico, y designa a la vez a hombres y mujeres. La versión original en inglés no plantea este problema.

DEFINICIONES

Para fines de estas directrices, los principales términos se definen de la siguiente manera:

<i>Maltrato</i>	Comportamiento que humilla, degrada o indica de cualquier otra manera una falta de respeto por la dignidad y valor de un individuo. ¹
<i>Hostigamiento sexual</i>	Todo comportamiento no deseado, no reciprocado y mal acogido de índole sexual, que resulta ofensivo a la persona implicada, y le hace sentirse amenazada, humillada o avergonzada. ²
<i>Violencia</i>	Comportamiento destructivo hacia otra persona.
<i>Violencia laboral*</i>	La violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo – incluidos los viajes de ida y vuelta a él – que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud. ³

* Definición adaptada de la Comisión Europea

LA VIOLENCIA COMO RIESGO OCUPACIONAL

La violencia en el lugar de trabajo se manifiesta de diversas maneras y éstas son el maltrato verbal, el asalto con agresión física y el homicidio.

La prevalencia de la violencia contra el personal de enfermería es muy inquietante si se compara con otras profesiones. Ya en 1990, en un estudio llevado a cabo en Pennsylvania (EE.UU.), llegó a la conclusión que el 36% de las enfermeras de la sala de emergencias que respondieron, habían sido físicamente asaltadas por lo menos una vez durante los 12 meses anteriores, mientras que sólo el 6% de los funcionarios encargados de la vigilancia de personas en libertad condicional habían sido atacados físicamente durante el mismo período.⁴

Más recientemente, en Suecia los casos de violencia en el trabajo notificados en el sector de salud son muchos más (24%) que los comunicados en otros sectores, tales como el comercio minorista, la policía, la educación, el transporte o la banca (4 a 7%).⁵ Aun cuando en otro tiempo se pensó que era ante todo un problema de los países industrializados, los estudios pioneros realizados por el Programa conjunto OIT/CIE/OMS/ISP sobre la Violencia laboral en el sector de salud confirman que se trata de problema mundial con proporciones de epidemia. Los abusos verbales, el acoso laboral y el acoso sexual se situaban entre las formas de violencia más comunes; se ha constatado que los incidentes son tan traumáticos como la violencia física.⁶ La violencia en el lugar de trabajo es tan perniciosa que las enfermeras comunican cada vez más frecuentemente que es uno de los motivos por los que dejan la práctica activa. Aiken hace referencia al aumento de la violencia de parte de los pacientes y sus familias en las instituciones de atención de salud, como uno de los tipos de "ira en las salas" estimulados por un sentido general de frustración o insatisfacción con la calidad de los cuidados recibi-

dos. Este comportamiento compromete el civismo del entorno de trabajo y contribuye a unos altos índices de agotamiento laboral en las enfermeras.⁷

Aun cuando los pacientes y sus familias tienden a ser los autores de la violencia física en el lugar de trabajo del sector de salud, los compañeros y los supervisores son las más de las veces responsables de un índice de violencia psicológica inaceptablemente elevado. Más de la mitad del personal de salud que respondió había experimentado al menos un incidente de violencia física o psicológica en el año anterior al estudio realizado por el Programa conjunto: el 76% en Bulgaria; el 67% en Australia; el 61% en Sudáfrica; el 54% en Tailandia; y el 47% en Brasil. El personal de ambulancias, las enfermeras y los médicos comunicaron que sufrían los índices de ofensas más elevados. Que el reconocimiento de la violencia en el trabajo es un factor importante que genera desarreglos de estrés postraumático (DP) es una importante conclusión incontrovertida en todos los países objeto de la encuesta. Entre el 40% y el 70% de las víctimas comunicaron niveles significativos de síntomas de DP.⁸ La correlación entre la violencia y el estrés es particularmente importante por los elevados niveles de estrés que se notifican en todo el mundo en los contextos de atención de salud.

Los incidentes de violencia han estado asociados anteriormente a departamentos específicos en el hospital, tales como las salas de urgencia y los pabellones psiquiátricos. Esto ya no es así y en recientes estudios se demuestra que "las salas generales de pacientes han reemplazado las dependencias psiquiátricas como el segundo lugar en la frecuencia de asaltos". Esta tendencia hacia una creciente violencia general se registra en todos los contextos de atención de salud y se experimenta en las áreas rurales y las urbanas.

Aunque es cierto que los enfermeros también han sido víctimas de maltratos y violencia en el lugar de traba-

jo, este es un fenómeno relativamente reciente, menos frecuente pero igualmente intolerable.

En estudios encargados por el Programa conjunto se ha constatado que la violencia psicológica está generalizada en todas partes y que el abuso verbal ocupa el primer lugar de la lista. En Brasil, el 39,5% de las personas que respondieron habían experimentado abuso verbal en el año anterior; el 32,2% en Bulgaria; el 52% en el complejo del centro de salud; y el 27,4% en los hospitales, en Portugal; el 40,9% en Líbano y hasta el 67% en Australia.

La segunda de las causas principales de preocupación es la intimidación y acoso laboral que han experimentado el 30,9% en Bulgaria, el 20,6% en Sudáfrica, el 10,7% en Tailandia, el 23% en el complejo del centro de salud y el 16,5% en los hospitales en Portugal, el 22,1% en el Líbano, el 10,5% en Australia y el 15,2% en Brasil. Hasta hace muy poco, el perfil característico de la violencia en el trabajo eran en gran medida incidentes graves aislados. Sin embargo, en años más recientes la atención está centrándose en la violencia perpetrada mediante comportamientos repetidos de un tipo que, en sí mismos, serían de importancia relativamente menor pero que, acumulados, pueden convertirse en una forma de violencia muy grave. El abuso verbal y la violencia psicológica, que sólo en el último decenio han aparecido como problemas nuevos en los países en desarrollo, eran hasta entonces virtualmente desconocidos en el mundo en desarrollo. Los resultados de los estudios por países han desvelado, por vez primera, las inquietantes dimensiones de estas dos formas de violencia psicológica en el mundo en desarrollo y en los países en transición.⁹

El hostigamiento sexual, una forma específica de maltrato, ha sido denunciado en el sector de la salud, y las enfermeras han sido sus víctimas en proporción alarmante. Los estudios emprendidos han documenta-

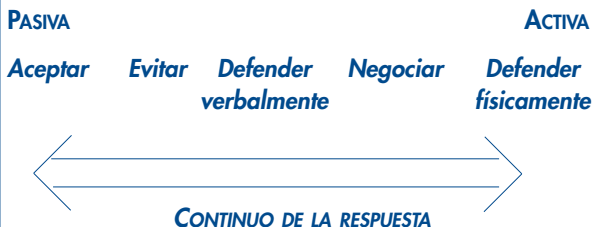
do esta elevada incidencia: por ejemplo, el 64% de las enfermeras entrevistadas en India¹⁰, 90% en Israel¹¹, y 56% en Japón¹². En un estudio llevado a cabo en el Reino Unido, sobre 114 casos declarados de hostigamiento sexual, 98 de ellos eran mujeres. Estas cifras son similares en los países altamente industrializados: 69% en el Reino Unido, 48% en Irlanda y 76% en los Estados Unidos¹³. Es importante que el hostigamiento sexual no sea considerado en forma aislada. La experiencia demuestra que si no es denunciado, tiende a agravarse con el tiempo.

REACCIONES INMEDIATAS A LA VIOLENCIA

Las enfermeras, como individuos, responden a la violencia de diversas maneras. Sus reacciones inmediatas son dictadas por:

- Tipo de personalidad
- Mecanismos aprendidos (conscientes e inconscientes);
- Entorno físico; y
- Expectativas de la sociedad (culturales y profesionales).

Las reacciones inmediatas pueden variar de sumamente pasivas a sumamente activas (véase Cuadro 1). Las enfermeras han aceptado maltratos y violencia como 'parte del trabajo' - actitud lamentablemente compartida a veces por el público general - y los líderes del sistema judicial. Aún en 1986, un magistrado que presidía un caso en el que dos enfermeras acusaban al paciente de haberlas asaltado, dictaminó que el 'consentimiento a trabajar aquí' (un hospital psiquiátrico) era equivalente al consentimiento a ser asaltado".⁴

Cuadro 1. REACCION INMEDIATA A LA VIOLENCIA

Muchas enfermeras prefieren evitar la violencia y así refleja el caso del 30% de las enfermeras que respondieron a una encuesta efectuada en Canadá. De éstas, el 25-35% encontró que esta acción resulta eficaz.¹⁵ Sin embargo, las probabilidades de que esto afecte la relación enfermera/paciente son evidentes, y las consecuencias deben ser consideradas seriamente.

En la misma encuesta, la defensa verbal fue usada por la mayoría de las personas que respondieron, y se concluyó que este mecanismo era más útil para prevenir nuevos casos de violencia (salvo en las instituciones de servicios de extensión hospitalarios). Es interesante observar que este estudio pone de relieve la amplia gama de mecanismos usados por las enfermeras y que su eficacia depende en gran medida de la categoría o tipo de marco de cuidados sanitarios o de pacientes implicados.

La negociación o solución de conflictos fue usada por la mayoría de las enfermeras en todos los marcos de salud, y resultó de utilidad máxima en la psiquiatría, cuidados ambulatorios y atención comunitaria.

La defensa física fue la menos utilizada. Sin embargo, el 80% de las enfermeras que emplearon este mecanismo de respuesta informaron que había resultado útil.

El uso de intervención física es controvertible al bordear cuestiones éticas y jurídicas. Aunque la defensa principal del personal contra los asaltos con agresión es la autodefensa, muchas enfermeras aún se sienten reacias a recurrir a este tipo de mecanismo, y se manifiesta mucha ambigüedad. Por ejemplo, el 70% de las enfermeras censadas en el estudio de Ontario consideraron inapropiado que una enfermera enfrente físicamente el comportamiento violento, incluso si ha recibido formación en la autodefensa. Sin embargo, más de la mitad de ellas (el 56%) apoyó el aprendizaje de la autodefensa como una estrategia para reducir la violencia en el lugar de trabajo.¹⁶

EFFECTOS DEL MALTRATO Y LA VIOLENCIA

Los efectos de la violencia física, el maltrato verbal y el hostigamiento sexual son muy inquietantes habida cuenta de su prevalencia. Las consecuencias de dichos actos incluyen lo siguiente:

- shock, incredulidad, culpabilidad, cólera, depresión, temor opresivo;
- lesión física;
- mayores niveles de estrés;
- trastornos físicos (por ejemplo, jaqueca, vómito);
- pérdida de autoestima y fe en la competencia profesional propia;
- sentimiento de culpa paralizante;
- sentimientos de impotencia y de ser explotados;
- trastornos sexuales;
- comportamiento para evitar una situación que puede afectar negativamente el desempeño de las tareas y reducir la calidad de los cuidados prestados;
- efecto negativo sobre las relaciones personales;
- pérdida de satisfacción en el trabajo;
- absentismo;
- pérdida de ánimo y eficacia del personal;

- aumento de la tasa del movimiento del personal de enfermería
- ansiedad de los pacientes, del personal y de los seres queridos.

Tampoco debe subestimarse el efecto del maltrato verbal. Las consecuencias son muy similares a las del asalto con agresión física y tienen serias repercusiones en la provisión de cuidados. Estudios documentan que un porcentaje significativo del movimiento de las enfermeras está relacionado con el maltrato verbal, y muchas enfermeras deciden abandonar sus carreras debido a ello. La pérdida de enfermeras calificadas intensifica inevitablemente el estrés de una unidad sanitaria, ya de por sí a menudo dotada de personal insuficiente.

La violencia es destructiva por naturaleza y sus consecuencias tienen efectos profundamente negativos sobre los observadores así como las víctimas. En efecto, se ha demostrado que los trabajadores que no habían participado ni presenciado el acto traumático cometido también manifestaban síntomas de estrés a modo de reacción postraumática.¹⁷

Estos incidentes dejan profundas huellas y pueden tener efectos de largo así como de corto plazo. Un estudio demuestra que el 18% (11/61) de las enfermeras víctimas de asaltos con agresión física por parte de pacientes siguen experimentando seis semanas después reacciones moderadas hasta severamente traumáticas seis semanas después. Un control de largo plazo puso de manifiesto que el 16% de los que respondieron tras un año (4/25) aún seguía sufriendo.¹⁸ Estos estudios están confirmados por los estudios de casos de países llevados a cabo por el Programa conjunto OIT/CIE/OMS/ISP. No cabe duda de que la violencia daña a las enfermeras tanto personal como profesionalmente, alterando sus vidas y la calidad de sus contribuciones a los servicios de salud en sus respectivas comunidades.

Por lo demás, la violencia contra las enfermeras disminuye la capacidad de la profesión para contratar y retener enfermeras calificadas.

Las bajas por enfermedad y el descenso de la productividad son frecuentemente efectos secundarios de los accidentes y de las enfermedades laborales. “Las enfermeras muy fatigadas y vulnerables a las lesiones tienen una tasa más elevada de ausentismo y de discapacidad que casi ninguna otra profesión, lo cual perturba los cuidados, dificulta la planificación y cuesta una gran cantidad de dinero al sistema de atención de salud”.¹⁹ La preocupación por la seguridad de las personas no sólo disuade a éstas de entrar o permanecer en la profesión de enfermería, sino que también tiene consecuencias en cuanto a ausencias transitorias del trabajo. Éstas tienden a hacer mayor la carga de trabajo de los compañeros e influyen de manera negativa en la calidad de los cuidados. Tratar los accidentes y las enfermedades laborales es, además, caro y desvía fondos necesarios para emplear y retener a las enfermeras en número suficiente.²⁰

RESPUESTAS COMPLEMENTARIAS

Cuando ocurre un incidente de violencia, debe darse precedencia al tratamiento de los daños, si es preciso. El personal de enfermería que necesita tratamiento o no, elige las siguientes respuestas:

- **Evitar** Esto puede significar evitar el problema o al causante de la violencia. Se manifiesta la interferencia de ello en el desempeño de las tareas y el problema no se puede resolver.
- **Nega** Eventos traumáticos son a menudo reprimidos. El problema no se puede resolver y puede aparecer un comportamiento de inadaptación.

- **Discutir** Se habla del incidente informalmente entre los miembros del equipo, familiares y/o amigos. En un estudio se concluye que la discusión con los miembros del equipo se empleó con mayor frecuencia y resultó eficaz para prevenir nuevos casos de violencia. La discusión con familiares y/o amigos no sirvió para la prevención.
- **Denuncia** Se calcula una denuncia oficial de sólo una quinta parte de los casos. La mayoría de las enfermeras que denuncian estos incidentes considera que no se le toma en serio y, por tanto, que no merece la pena hacerlo. Los empleadores ejercen mucha presión para impedir una denuncia por dar ésta una imagen negativa de la institución a los pacientes futuros y, por consiguiente, ellos no facilitan la denuncia de todos los incidentes de violencia sin que haya un fomento encubierto a la falta de denuncia ni una amenaza de represalias. sion cachée ni menace de représailles.
- **Aconseja** Las víctimas de la violencia así como las personas indirectamente implicadas en el incidente confirman la incidencia positiva de los servicios de consejo. Se han elaborado técnicas especiales que tratan las consecuencias de la violencia. La combinación de técnicas emotivas y de psicoeducación parece facilitar la recuperación de la estabilidad emocional. Los cuidados emocionales deben "tener por objeto manifestar aceptación, respeto y comprensión; comunicar

empatía, tranquilizar y apoyar; alentar la expresión de los sentimientos; suministrar orientación anticipada, y asegurar un seguimiento adecuado". Además, se recomienda a menudo asesoramiento jurídico que asegure la interpretación correcta de los derechos de todas las personas interesadas en el caso de que se entable un juicio.

- **Enjuicia**

Aunque las enfermeras no están jurídicamente obligadas a tolerar un comportamiento que entrañe malos tratos, no es práctica corriente enjuiciar a los agresores. En caso de violencia iniciada por un paciente, no se considera profesional o ético entablar procedimientos judiciales. Las enfermeras siguen culpándose a sí mismas por ser incapaces de hacer frente al comportamiento agresivo, y no se sienten bien preparadas para defender su competencia y sus derechos legítimos en los tribunales. No obstante, el enjuiciamiento también puede ser considerado como parte del proceso de curación para las enfermeras así como un medio para solicitar indemnizaciones. Cabe observar que el enjuiciamiento no es viable en todos los casos de violencia. Por ejemplo, no se considera responsables de sus acciones a los pacientes psicóticos.

Según el Programa conjunto OIT/CIE/OMS/ISP, la comunicación es una condición previa esencial para una respuesta eficaz. En muchos casos faltan los procedimientos de información, no se sigue una investiga-

ción adecuada, no se persigue al causante y la víctima se siente insatisfecha del modo en que se ha tratado el incidente. La debilidad de estas estructuras de respuesta y la falta de apoyo a las víctimas dan lugar a una importante falta de comunicación de los casos: las víctimas de la violencia laboral no comunican el incidente porque piensan que sería inútil, se sienten humilladas o temen unas consecuencias negativas.

En la mayoría de los casos no se aplica una política concreta de violencia en el lugar de trabajo. Lo limitado de la aplicación de las políticas laborales, como se pone de relieve en los informes de los países, es un impedimento importante para abordar eficazmente la violencia en el lugar de trabajo.²¹

LA SEGURIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO

Los empleadores deben proveer un entorno de trabajo seguro y los empleados tienen el derecho a pretenderlo. La seguridad en el lugar de trabajo sanitario depende de diversos factores y cada uno de ellos deberá investigarse cuidadosamente si se han de adoptar las medidas apropiadas para lograr el nivel máximo de seguridad.

Estructura social

Tradicionalmente, muchas culturas han aceptado en forma encubierta la violencia física, el hostigamiento sexual o el maltrato verbal contra las mujeres. Las quejas presentadas por enfermeras han sido frecuentemente minimizadas, ridiculizadas o consideradas vanas en vista de la 'naturaleza humana'. La violencia dirigida contra enfermeros parece ser menos frecuente, pero de ninguna manera más tolerable. Las presiones ejercidas sobre las víctimas masculinas o femeninas para que mantengan el silencio son poderosas, y la falta de

denuncias ha obstaculizado el desarrollo de estrategias eficaces para eliminar o por lo menos reducir la violencia en el lugar de trabajo. El respeto del derecho a la dignidad personal y la intimidad deberá incorporarse en las normas sociales y los códigos de comportamiento.

Contexto jurídico

Ya se ha hecho mención de las actitudes del sistema judicial según las cuales el hecho de estar empleado en el sector de la salud se interpreta como dar consentimiento al asalto con agresión. Es necesario introducir una legislación que apoye el derecho del individuo a un entorno de trabajo seguro y en la que se incluya a los empleados del sector de la salud.

Una legislación específica de cuestiones de seguridad significaría imponer medidas a los empleadores, establecer mecanismos de supervisión para su aplicación y adoptar sanciones disciplinarias en casos de incumplimiento. Por ejemplo, la legislación podría exigir que los hospitales lleven a cabo una evaluación de seguridad, un análisis de los incidentes de violencia observados, un plan para corregir los problemas identificados o que pidan requisitos de estudios específicos a ciertos trabajadores con cargos muy expuestos o responsables o que impongan medidas disciplinarias a las personas que obstaculizan la denuncias de todo acto violento o de asalto con agresión. La legislación aumentaría también las penas por asaltos con agresiones verbales o físicas contra los trabajadores de la salud.

Cuestiones clínicas

La predicción del potencial de violencia ha sido un objetivo muy difundido en años recientes, pero la investigación no ha encontrado aún ningún instrumento fiable para ello. No obstante, los estudios respaldan la teoría de que los trabajadores de atención de

salud están mayormente expuestos a los asaltos con agresión en el futuro por parte de un pequeño porcentaje de pacientes con un historial de comportamiento violento el cual, en realidad, es responsable de la mayoría de los asaltos. Es interesante observar que un historial de comportamiento violento registrado en las últimas horas en la sala de urgencias resultó ser un indicador importantísimo.

Se redujeron los asaltos contra el personal en un 91%²² exhibiendo diagramas de pacientes con antecedentes de asalto o agresión. Una vez más, se pone de manifiesto la importancia de un historial completo del paciente.

Los criterios que han resultado más útiles para indicar el potencial de violencia inmediata son los cambios en el sistema nervioso autónomo. La perspiración, el rubor, los cambios en el tamaño de la pupila, la tensión muscular son algunas de los indicios sutiles usados por las enfermeras. Otros indicios de advertencia son el tono elevado de voz, puño cerrado, mandíbula apretada y paseos en el pasillo. Las enfermeras deben aprender nuevamente a confiar en sus instintos.

La mayoría de las lesiones ocasionadas en los incidentes violentos encuestados se produce por intentar de controlar la violencia del paciente; así pues, se pone de manifiesto que son indispensables contar con técnicas de control más eficaces y/o una dotación de personal suficiente. Además, es importante que en el lugar de trabajo se desarrollen protocolos y procedimientos en materia de las restricciones químicas y médicas así como de la reclusión habida cuenta de la justificación terapéutica y de los derechos del trabajador de salud y del paciente.

Clima organizativo

Las políticas formales de la organización y sus actitudes administrativas afectan mucho el clima en el lugar

de trabajo. El grado de importancia concedida a la seguridad y dignidad del individuo influyen mucho en la seguridad del medio laboral.

La actitud tradicional 'paternalista' por parte de la administración frente al personal de enfermería ha creado sentimientos de dependencia, impotencia y culpa en las enfermeras cuando éstas no han podido resolver los incidentes violentos fomentándose así el proceso de castigar a la víctima. Al contrario, la dirección deberá transmitir un mensaje fuerte y consistente en el que el nivel de tolerancia cara a los malos tratos, el acoso sexual y la violencia en el lugar de trabajo llegue a cero. Esta actitud respaldada por claras políticas y procedimientos por escrito así como un mecanismo de carácter confidencial para la presentación de reclamaciones deberán incorporarse en el código de comportamiento de todos los trabajadores.

Las manifestaciones de un clima organizativo positivo son:

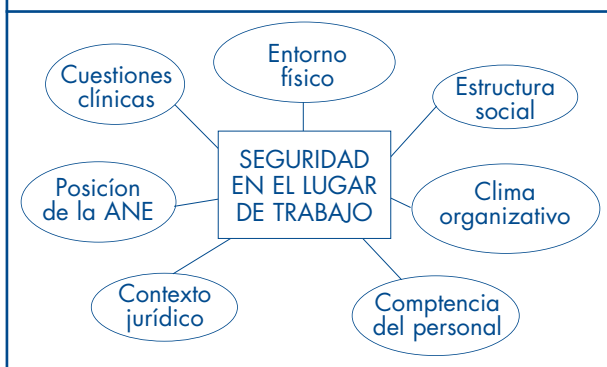
- La dirección asegura que el personal estará al tanto de sus derechos, sus exigencias jurídicas y responsabilidades.
- Se reconoce que la violencia no será tolerada.
- El desarrollo de políticas de seguridad tiene un enfoque multidisciplinario (personal administrativo, de enfermería, médico, de seguridad, auxiliar y doméstico).
- Las decisiones relativas a la admisión y alta de pacientes violentos se adoptan conjuntamente por el médico y la enfermera.
- La investigación periódica de los factores de seguridad se lleva a cabo a través de la identificación de los riesgos y el desarrollo de estrategias para reducirlos.
- Los programas de educación permanente se elaboran tomando en cuenta riesgos profesionales, incluida la violencia, y se asigna suficiente tiempo

libre para la participación en los mismos (véase la sección Competencia del personal, p.22).

- Los niveles de dotación del personal son determinados teniendo presente las necesidades de seguridad de los trabajadores, puesto que la falta de personal o de temporeros guardan relación con el aumento de incidentes de violencia en las dependencias sanitarias.
- La calidad de los cuidados y la competencia del personal se mantienen a nivel óptimo.
- La responsabilidad de los trabajadores no calificados es asignada al personal profesional.
- Las necesidades de los pacientes determinan la combinación de las calificaciones del equipo de salud.
- Se permite al personal que introduzca protocolos de seguridad en el trabajo y organice su trabajo de manera correspondiente.
- Se otorga al personal profesional cierto grado de flexibilidad, para que las reglas y las políticas no sean interpretadas por los pacientes como restricciones intolerables.
- Se asignan fondos para la aplicación y mantenimiento de las medidas de seguridad (es decir, personal de seguridad, iluminación adecuada, alarmas, teléfonos, área de estacionamiento vigilada).
- Las estructuras de apoyo son de fácil acceso para los trabajadores, tales como los servicios médicos, el mecanismo confidencial de presentación de reclamaciones, servicios de asesoramiento con equipos de profesionales de salud mental.
- Se define claramente la responsabilidad para abordar las estrategias anteriores y posteriores relativas a los incidentes con agresión.
- Las políticas de transporte son desarrolladas tomando en consideración los riesgos de seguridad para el personal.

- El movimiento y la gestión de los pacientes de las diversas unidades y servicios de salud deben ser claros y racionalizados para los interesados. Por ejemplo, se han citado las largas esperas en las salas de emergencia y la incapacidad de obtener servicios o recibir explicaciones necesarias como factores que contribuyen al problema de la violencia.
- Se identifican y tratan las actividades y los locales de alto riesgo (esto es, las funciones de almacenamiento de narcóticos o de manejo de metálico).
- Se han desarrollado políticas específicas para los trabajadores sobre el terreno para hacer frente a los riesgos particulares, esto es, la presentación regular de informes, visitas en pareja a las áreas de gran riesgo, apoyo por parte de la policía para ciertas misiones, protocolos escritos que establecen cuándo permanecer o abandonar una situación de alto riesgo.

Cuadro 2: **SEGURIDAD: FACTORES DECISIVOS**



Entorno físico

Deberá tomarse toda medida para reducir los aspectos del entorno físico que acentúan la sensación de estrés y provocan violencia. Aunque anteriormente

estos enfoques se centraran en hospitales y centros sanitarios, se pueden aplicar también, a otros marcos de atención de salud. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Establecer un acceso de entrada y salida seguro en el lugar de trabajo.
- Reducir al mínimo el acceso público a los edificios del hospital, incluidas las viviendas del personal.
- Facilitar el tránsito de los visitantes a partir de una sola entrada principal para ellos.
- Colocar servicios de seguridad en la entrada principal, junto a la vía de tránsito de los visitantes y los departamentos de emergencia.
- Colocar áreas de estacionamiento en las cercanías del lugar de trabajo.
- Brindar iluminación adecuada y eficaz.
- Dar una vía de tránsito a los pacientes apropiada.
- Proveer zonas de recepción espaciosas y tranquilas con lugar suficiente para el personal.
- Ofrecer retretes públicos.
- Facilitar el movimiento de los pacientes.
- Escoger cuidadosamente los colores que no promuevan la agresión.
- Posibilitar al personal la observación de las áreas de recepción.
- Reducir el tedio, ofreciendo actividades (por ej., material de lectura, televisión).
- Escoger muebles, equipo y aparatos que no pueden ser utilizados como armas. El personal debe saber que lapiceras, estetoscopios, cuerdas y sillas pueden ser peligrosos en incidentes de violencia.
- Control de la climatización.
- Instalar sistemas de alarma de emergencia en lugares apropiados.

- Proporcionar equipo apropiado de comunicación para el personal.
- Control de visitantes mediante detectores de metal.

Competencia del personal

Se ha identificado la capacitación insuficiente como un factor que contribuye a la prevalencia de asaltos con agresión y, en realidad, en tres estudios se ha demostrado que un adiestramiento para hacer frente al comportamiento agresivo reduce las lesiones ocasionadas por los asaltos.

En casos de violencia la actitud es vital. La tendencia de las enfermeras de culparse a sí mismas por esos incidentes debe eliminarse. Además, ellas han de reconocer abiertamente que la violencia y el hostigamiento son intolerables en el lugar de trabajo y no aceptar esos incidentes. Una actitud en que el nivel de tolerancia llegue a cero por parte del personal de enfermería es esencial para que se formulen y apliquen escrupulosamente las políticas apropiadas. Por tanto, un programa educativo global incluiría lo siguiente:

- Un nivel de riesgo basado en antecedentes de historia clínica.
- Derechos y responsabilidades legales y éticos de los trabajadores y de la administración.
- Políticas y procedimientos de los empleadores relativos a pacientes agresivos (por ejemplo, prevención, gestión y seguimiento).
- Causas de comportamiento agresivo (médicas, psiquiátricas, sociales).
- Factores que provocan la violencia en el ámbito sanitario.
- El ciclo del asalto con agresión.
- Reconocimiento de violencia inminente.
- Técnicas para interrumpir la escalada de violencia.

- Técnicas para la solución de conflictos.
- Aptitudes de comunicación, incluida la formación en materia de afirmación y orientación.
- Técnicas de control médico y físico.
- Gestión y análisis posteriores al incidente.

Información más detallada sobre las estrategias eficaces para reducir la violencia en el lugar de trabajo en el ámbito de la salud está proporcionada en las *Directrices Marco para Afrontar la Violencia Laboral en el Sector de Salud* (véase www.icn.ch/sewworkplacesp.htm#1). Un manual de formación adjunto (únicamente en inglés) está también disponible de manera gratuita en www.icn.ch/SEW_training_manual.pdf.

Posición de la asociación nacional de enfermeras

Las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) deben atender las preocupaciones de sus miembros y promover políticas que aseguren el logro de sus objetivos personales y profesionales, permitiéndoles ejercer en un medio ambiente seguro. Las posiciones formales e informales adoptadas por la ANE y sus líderes tienen efectos importantes sobre las actitudes de las enfermeras, colegas, empleadores, legisladores y el público en general.

Por intermedio de sus diversos programas, la ANE puede ofrecer:

- Una declaración de principios sobre el maltrato y la violencia contra el personal de enfermería.
- Una toma de conciencia sobre las cuestiones involucradas: la comunidad de la enfermería, el personal del sector de la salud, las autoridades, el público, etc.
- Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo.

- Acompañamiento inmediato así como seguimiento individualizado o apoyo sobre el terreno durante los diversos procedimientos de demanda de compensación y denuncias.
- Educación pública sobre la prevención de la violencia.
- Asistencia en el desarrollo de una cultura de apoyo para la enfermería en la que no se perpetúe la tendencia de las enfermeras de culparse a sí mismas por los incidentes de violencia.
- Consultas sobre los programas de estudio de enfermería para promover imágenes positivas de la profesión y el respeto del derecho de las enfermeras a la dignidad y la seguridad personal.
- Programas de educación permanente sobre la violencia y su gestión.
- Documentación sobre el tema de la violencia.
- Servicios de asesoramiento para los miembros que son víctimas de violencia (emocionales, físicos y jurídicos).
- Servicios de asesoramiento para los miembros que tienen un comportamiento violento (emocionales, físicos y jurídicos).
- Respaldo a través de datos estadísticos y biográficos a fin de trazar políticas atinadas contra la violencia.
- Apoyo de grupos de interés y de redes en materia de normativas contra la violencia.
- Salvaguardia del derecho de las enfermeras a un medio ambiente de trabajo seguro.
- Asistencia en el desarrollo de métodos de trabajo que brinden cuidados de calidad, mantengan niveles adecuados de dotación del personal y promuevan modalidades de comportamiento sin riesgo.

EL ENFRENTAMIENTO A LA VIOLENCIA

Se pueden destacar varios puntos en base a la investigación mencionada anteriormente:

- La violencia en la sociedad es un problema creciente.
- El personal de salud en general y el de enfermería en particular son víctimas de maltratos y de violencia en el lugar de trabajo.
- Las enfermeras han respondido a incidentes de violencia de diversas maneras y con éxitos de distintos grados.
- La violencia es muy destructiva e incide negativamente no sólo en la vida profesional y personal de las enfermeras sino también, en la calidad de la prestación de los cuidados.

Una vez que se haya identificado la violencia en el lugar de trabajo como una preocupación de las enfermeras y una cuestión profesional, será preciso que las ANE elaboren estrategias apropiadas para eliminar estos incidentes, o por lo menos reducirlos. Se recomienda poner en marcha las medidas siguientes para enfrentar el maltrato y la violencia en aumento que padece el personal de enfermería en su medio ambiente de trabajo.

1. Identificar los comportamientos de riesgo y los factores ambientales conducentes

Los factores de riesgo identificados que se asocian a un comportamiento violento son:

- Antecedentes de comportamiento agresivo o violento;
- Diagnóstico de demencia;
- Intoxicación por drogas o alcohol;
- Características del medio ambiente o del tratamiento mismo.

Deberá difundirse plena información acerca de estos factores de riesgo a toda persona que pueda estar implicada en incidentes de violencia así como a los responsables del personal expuesto a esos factores.

2. Tomar medidas preventivas para reducir/eliminar los factores de riesgo

Una vez identificados los factores de riesgo, es necesario elaborar, adoptar y aplicar las medidas para reducirlos/eliminarlos del lugar de trabajo. Mientras que el determinado papel de las ANE dependerá de las partes directamente implicadas, la asociación deberá ante todo abogar por las enfermeras y defender su derecho a la seguridad del lugar de trabajo. Dar respuesta fundamental a las inquietudes de las enfermeras respecto a la violencia consiste en negociar la introducción y la puesta en marcha de métodos de trabajo seguros y apropiados, de las medidas de seguridad y de un mecanismo de carácter confidencial para la presentación de reclamaciones en el lugar de trabajo.

Las ANE deberán reunirse con altos funcionarios de los grupos empleadores y de las organizaciones de salud nacionales pertinentes y otras a fin de proclamar las preocupaciones de las enfermeras y buscar la ayuda de ellos a través de un entorno en el que no se tolere un comportamiento irrespetuoso hacia las enfermeras y otros trabajadores de atención de salud.

3. Aplicar mecanismos para la gestión de incidentes en caso de violencia

Para asistir a los miembros implicados en incidentes violentos, las ANE deberán asegurar que conocen los problemas y son competentes en las técnicas de gestión de la violencia a través de sus programas en materia de formación básica y ampliación de estudios.

4. Garantizar el acceso de todos los interesados a estructuras de apoyo eficaces

Aunque el empleador es responsable de las estructuras de apoyo eficaces para el personal víctima de la violencia, la ANE puede actuar como grupo de presión a fin de introducir o revisar esos servicios en el lugar del trabajo. Si no existen esos servicios, la ANE deberá elaborar mecanismos dentro de su propia infraestructura para atender las necesidades de los miembros, inclusive intervenciones de respaldo individual inmediatamente después de producido el incidente violento. Como las entrevistas resultan ser frecuentemente traumáticas, es indispensable el acompañamiento durante todo el procedimiento de la denuncia, esto es, en la dependencia sanitaria y la estación de policía. A menudo el choque del incidente se siente progresivamente en los días posteriores.

Cuando lo permiten los recursos de la ANE, se puede contratar un abogado para que dé orientación y respaldo legal. Si esto no es posible, la asociación puede forjar vínculos de cooperación con grupos femeninos voluntarios que se dedican a estas cuestiones (por ejemplo, centros de víctimas violadas), asociaciones profesionales de abogados o facultades de derecho que prestan los servicios de los estudiantes del último año.

Si la enfermera lleva a cabo el acto de violencia, la asociación dará consejos y servicios de respaldo de índole diferente.

5. Mantener registros fiables

Reviste gran importancia el respaldo estadístico para identificar los factores de riesgo, analizar las tendencias, formular estrategias preventivas eficaces y evaluar de dichas medidas. La ANE puede iniciar estos estudios, colaborar con otros grupos, verificar los datos recopilados y/o participar en el análisis y la elaboración de políticas.

6. Evaluar los incidentes de violencia y gestionarlos

Las enfermeras implicadas así como la asociación y el empleador deben evaluar la gestión de la violencia y el comportamiento agresivo. Determinar el campo de aplicación continuo de estas políticas y procedimientos es de importancia crucial para mantener la pertinencia de la práctica actual.

7. Elaborar recomendaciones apropiadas según las conclusiones

Una vez que se hayan determinado la pertinencia y la aplicabilidad continuas de las políticas y los procedimientos, se presentarán las revisiones y la justificación de las mismas a toda persona que pueda estar implicada en incidentes violentos a fin de que esas revisiones se puedan incorporar en los códigos de comportamiento.

EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL

El hostigamiento sexual se considera como un tipo de maltrato o violencia. En la actualidad, es sabido que la violación, la forma extrema de hostigamiento sexual, está motivada por el ansia del poder y no por la atracción sexual. Por lo tanto, la mayor parte de las técnicas de gestión que se recomiendan para hacer frente a la violencia se aplican en la gestión del acoso sexual.

En el registro de las quejas se constata que las reacciones físicas y emocionales hacia la violencia y el hostigamiento sexual son muy similares, y ambas tienden a avergonzar y castigar a la víctima. En ambos casos se experimenta también, el temor de perder el empleo.

Se requiere una clara definición de hostigamiento sexual como parte de un programa de prevención y es

imprescindible establecer un mecanismo de carácter confidencial para el tratamiento de esas quejas. Deben establecerse programas educativos para que todos los miembros del personal conozcan las políticas, los procedimientos de investigación y las medidas disciplinarias.

POSICION DEL CIE

El Consejo Internacional de Enfermeras condena todas las formas de maltrato y violencia contra el personal de enfermería, incluido el hostigamiento sexual. Estos incidentes son considerados como una violación del derecho de la enfermera a la dignidad e integridad personales. Además, la violencia en el lugar de trabajo sanitario pone en peligro la prestación de buenos servicios al paciente. Si ha de darse calidad en la atención, deberá asegurarse al personal de enfermería un entorno de trabajo seguro y un trato respetuoso.

Se ha prestado una atención especial a la eliminación del maltrato y la violencia contra el personal de enfermería por representar y considerársele una categoría de trabajadores sumamente expuesta. Cabe recalcar, sin embargo, que el Consejo Internacional de Enfermeras condena enérgicamente esos actos perpetrados contra **toda** categoría de personal de salud, persona empleada o particular.

REFERENCIAS

- 1 OIT/CIE/OMS/ISP. *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. 2002, p.4.
- 2 Ibid. p.4.
- 3 Ibid. p.3.
- 4 Mahoney BS. 1990. Doctoral dissertation.
- 5 Chappell D and Di Martino V. 2006. *Violence at Work*, 3rd ed. Geneva: International Labour Office.
- 6 Di Martino V. 2002. *Workplace violence in the health sector: Country case studies – Synthesis Report*. Geneva: International Labour Office.
- 7 Aiken LH. 2001. *The Hospital Nurse Workforce: Problems and Prospects* [Electronic version]. Prepared for the Council on the Economic Impact of Health System Change, University of Pennsylvania. www.sihp.brandeis.edu/council/pubs/hospstruct/council-Dec-14-2001-Aiken-paper.pdf
- 8 Di Martino V. 2002.
- 9 Di Martino V. 2002.
- 10 Anand A. 2006. *Doctors, nurses face sexual harassment at workplace*. India e-news: www.indianews.com/health/2006/106/27654.htm (accessed 12 Feb 2007).
- 11 Bronner G and Ehrenfeld M. 2003. *Sexual harassment of nurses and nursing students*. *Journal Advanced Nursing* 42(6):637-44.
- 12 Hibino Y, Ogino K, Inagaki M. 2006. *Sexual harassment of female nurses by patients in Japan*. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(4): 400-405.
- 13 Gbézo B. 2001. *Health Services: Where danger lurks*. World of Work (41), Geneva. International Labour Office.
- 14 Cust K. 1986. *Assault: Just part of the job? The Canadian Nurse*. 82(6), p.19-20.
- 15 Manitoba Association of Registered Nurses. 1989. *Nurse Abuse Report*. Winnipeg, Canada. October 12, p.16.
- 16 Nurse Assault Project Team Executive Summary. 1991. Registered Nurses Association of Ontario.
- 17 Worthington K. June 1993. *Taking action against violence in the workplace*. *The American Nurse*. p.12.
- 18 Poster EC and Ryan J. 1993. *Nursing staff responses to patient physical assaults*. Presentation at Conference Violence: Nursing Debates the Issues. American Academy of Nursing. Washington.

- 19 Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S, Irvine Doran D, Kerr M, McGillis Hall L, Vzina M, Butt M and Ryan L. 2001. *Commitment and Care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system – A Policy Synthesis*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, i.
- 20 Kingma M. 2006. *Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy*. Ithaca: Cornell University Press.
- 21 Di Martino V. 2002.
- 22 Drummond DJ, Sparr LF and Gordon GH. 1989. *Hospital violence reduction among high-risk patients*. JAMA. 261(17), p. 2531-2534.

**CONSEJO INTERNACIONAL
DE ENFERMERAS**

3, place Jean-Marteau
1201 Ginebra, Suiza
Tfno. +41 22 908 01 00
Fax +41 22 908 01 01

Correo el.: icn@icn.ch
Web: www.icn.ch