



Agresión horizontal en los trabajadores de la salud

RESUMEN

La interacción agresiva dentro de los equipos de salud repercute en la calidad de la atención hacia los pacientes. La exclusión y el desprecio son formas frecuentes de interacción agresiva. Con la paridad entre género, las mujeres participan también en la competencia por el dominio. La crueldad es la exaltación física o psicológica ante el dolor de una víctima. Esta satisfacción resulta del aprendizaje repetido en un marco evolutivo. Se incrementa en situaciones de escasez de recursos, intensa competencia o ausencia de normas sociales justas. El cerebro humano es un órgano social. El dolor físico y el provocado por situaciones interpersonales transcurren por circuitos neurológicos comunes. Los trabajadores de la salud enfrentan condiciones difíciles que pueden manifestarse en mayor agresión interpersonal. La inclusión y tolerancia ante las diferencias de otros, además de mayor congruencia con valores de salud, pueden disminuir estos comportamientos.

Palabras clave: intimidación, *bullying*, conducta social, educación médica.

Dr. Armando Córdoba-Barrios

Doctor en psicología con especialización en psicoterapia. Instituto Nacional de Perinatología, Departamento de Psicología.

Horizontal aggression in health workers

ABSTRACT

Aggressive interactions in the health personnel have consequences for the quality care for the patients. Exclusion and dismissal are frequent forms of aggressive interaction. With the current sex gender equality, women have more participation in the competition for power. Cruelty is the physical or psychological arousal when witnessing the pain of a victim. This satisfaction is the outcome of repeated learning experiences in an evolutionary framework. It increases with scarcity of resources, intense competition, or lack of fair social norms. The human brain is a social organ. Physical pain as well as pain from interpersonal sources, share common neurological circuits. Health personnel face difficult working conditions that can increase interpersonal aggression. Inclusion, tolerance to differences in the other; as well as more coherence with health values, can decrease these behaviors.

Key words: Bullying, social behavior, education, medical.

Recibido: 9 de junio 2015

Aceptado: 17 de junio 2015

Correspondencia: Dr. Armando Córdoba-Barrios
armandocordova@cablevision.net.mx

Este artículo debe citarse como

Córdoba-Barrios A. Agresión horizontal en los trabajadores de la salud. Rev Sanid Milit Mex 2015;69:357-361.

ANTECEDENTES

La interacción agresiva, generalmente “sutil” en los trabajadores de la salud, tiene consecuencias en la seguridad de los pacientes, pues se omite o distorsiona la comunicación, afecta la calidad del cuidado y atención, limita la funcionalidad del grupo de trabajo y se eleva el grado de estrés individual.¹

Las sutiles interacciones verbales y no verbales, que se repiten para hacer sentir la exclusión de un grupo o menosprecio (reconocimiento) hacia un compañero(a), son eventos frecuentes que pocas veces se reconocen en el comportamiento cotidiano. Sin embargo, implica una dinámica continua de exclusión o inclusión, de aproximación o evitación. Por ejemplo, el mismo saludo, o su ausencia, es en sí un instrumento social que se utiliza para reiterar la calidad de la relación; en un nivel básico, desear “salud” ante la presencia de otra persona equivale a un gesto cotidiano de reconocimiento. Las características no verbales de este gesto pueden comunicar información de la calidad de la relación con la otra persona. El rumor y el engaño son formas marcadas de agresión relacional. En el extremo, mucho menos frecuente, se encuentran comportamientos de hostigamiento, como el abuso y sabotaje.

Los intercambios personales, en general, conforman las estructuras cambiantes del ejercicio del poder en el medio de trabajo.

En las instituciones de salud se reportan conductas cubiertas o pasivas donde se niega la colaboración, con actitud de indiferencia o desprecio.

Algunas causas de estos comportamientos son: deseo de control, venganza, envidia o malestar emocional.² En general, la agresión horizontal (entre pares) disminuye la seguridad de las

víctimas, y ocasiona ansiedad y sentimientos depresivos que pueden reflejarse en errores en su proceder profesional.¹

La agresión horizontal implica un desbalance en la fuerza o influencia social de los implicados. La víctima puede mostrar un comportamiento inhibido, miedo a la confrontación, autoconcepto disminuido, tristeza o aislamiento, que le identifica como susceptible de sometimiento para el agresor.

Con los cambios sociales, en cuanto a la paridad entre género, el placer por dominar a otra persona ha dejado de ser una característica primordialmente masculina. Este placer puede experimentarse por ambos géneros; sin embargo, la manera de ejercer el dominio tiene modalidades que varían de uno a otro.²

El objetivo de este artículo es concientizar respecto a las formas y consecuencias de la agresión interpersonal en los trabajadores de la salud.

Origen evolutivo de la crueldad

El comportamiento de agresión horizontal suele repetirse y practicarse cotidianamente sin atender a sus consecuencias. Con menor frecuencia se toma conciencia del malestar que puede provocar, incluso disfrutar de los efectos que se ocasionan a las víctimas. Un concepto familiar conocido en el humano es el de “crueldad” (de *crudelis*: crudo, sin elaborar, con sangre, que se recrea en la sangre). En un medio actual y civilizado, las expresiones derivadas de esta “crueldad” no necesariamente son violentas, sino que pueden ser sutiles y elaboradas, y entenderse como manifestaciones de esta característica, que implica algún grado de sufrimiento en el otro.

En 2006, Nell³ ofreció una amplia explicación de la crueldad en las agrupaciones sociales



desde la perspectiva de adaptación evolutiva. Define la intención de infligir dolor como un atributo exclusivamente humano, derivado del aprendizaje asociado con la conducta predatoria o de cacería, para conseguir alimentos de mayor calidad nutricional, al matar a un ser vivo y así obtener energía.

A través de los milenios el sacrificio de un ser vivo, para su consumo, ha implicado el sufrimiento de la víctima (a veces por un tiempo prolongado y que finaliza con su muerte) y la satisfacción alimentaria del victimario.

En la actualidad, la crueldad se presenta como un derivado placentero del castigo, del control social o de alguna forma de diversión en determinada cultura. La conducta predatoria puede originar un efecto dopaminérgico en el sistema nervioso central, con los efectos subjetivos de satisfacción que esto implica. La crueldad conlleva una exaltación, ya sea física o psicológica ante el dolor de la víctima. Esta definición excluye situaciones de lucha abierta, especialmente en contextos de guerra, cuya finalidad no es precisamente causar dolor sino neutralizar o eliminar a los oponentes.

Nell³ explica que es frecuente castigar a un individuo cuando se considera que éste va contra la integridad de un grupo, ya que puede amenazar el suministro alimenticio al conjunto y ocasionar vulnerabilidad ante la agresión del grupo rival. Infligir sufrimiento intencionalmente suele incrementar el *status* del agresor.

En general, la crueldad puede aumentar en situaciones de escasez de recursos, intensa competencia o ausencia de alguna estructura social con normas justas. Las conductas sociales de agresión horizontal también pueden implicar crueldad, por ejemplo: aislamiento, vergüenza pública o deterioro de la reputación de un individuo.³

El dolor físico y social

Las experiencias de desconexión social, como la exclusión, el rechazo o las pérdidas relacionales, tienen un valor afectivo negativo. La separación de una figura emocionalmente significativa implica en los mamíferos un sentimiento doloroso.⁴ Los daños a la relación con los demás pueden representar amenazas a la seguridad de las personas. Eisenberger⁵ (2012) señala que el daño social es equivalente a las experiencias de dolor físico, pues ambas comparten algunas estructuras y mapas neuronales. La calidad de la relación con los demás repercute en la valoración de sí mismo. La pérdida de una relación importante o la exclusión de un grupo de pertenencia implican afectos negativos que en su origen evolutivo se asociaron, incluso, con el riesgo de perder la vida.

Un efecto que denota la estrecha relación entre el dolor físico y el social, es que los opiáceos son capaces de disminuir el dolor físico y el malestar derivado de las causas relacionales. Los opiáceos funcionan como sustituto de la recompensa que implica la conexión con otras personas.⁵

El nosotros y los otros

Se sabe que señalar a un adversario, ya sea un grupo o un individuo, provoca mayor unión en un conjunto humano con identidad compartida o intereses comunes. La identificación de otros individuos se clasifica, generalmente, con base en características compartidas o diferentes, discriminando por aspectos de apariencia física, ideologías, niveles socio-culturales, incluso por la afición a equipos de fútbol. Los trabajadores de la salud pueden unirse con base en la especialidad, jerarquía, proximidad física o colaboración, y por el contrario, puede identificarse a un individuo o algún grupo como competidor u oponente.

El cerebro de los mamíferos, particularmente el del ser humano, se ha ido conformando a lo largo de milenios. Su adaptación ha determinado las estructuras y conexiones que se han mantenido por ser funcionales. El cerebro del humano es básicamente social, pues la supervivencia no es posible en el aislamiento.⁶ Ha requerido de los demás para conseguir la satisfacción de sus necesidades. Puede observarse que el individuo parece reaccionar de una manera muy diferente con propios que con extraños. Una persona cordial y considerada con ciertos compañeros puede convertirse en insensible con otros. Esta incongruencia es posible entenderla a partir de que se procesa la información social selectivamente, por medio de diferentes circuitos cerebrales, según la calidad relacional que el otro tiene para la persona. De esta manera, la capacidad empática cambia notablemente según el reconocimiento del otro, ya sea como un amigo o enemigo.⁷

Las estructuras sociales con una jerarquización vertical y estricta pueden promover las relaciones de dominio entre sus integrantes.

Los individuos con orientación social de dominio buscan por cualquier medio una situación de ventaja sobre los demás o el acceso privilegiado a los recursos simbólicos y concretos. La competencia implica la aspiración restringida de privilegios.⁸ En un sistema con normas claras para todos sus miembros, la competencia suele ser mediante méritos y resultados. En un sistema donde el dominio se manifiesta, principalmente, al someter a los demás, la posibilidad de abuso es mayor, con una marcada desconsideración al bienestar de otros y al cumplimiento de las normas de convivencia social. Los "otros" son considerados no afiliados y sin membresía a su grupo, y se perciben como externos al círculo aceptado. La autoridad que promueve la productividad por medio de comparaciones entre los grupos o individuos puede generar una com-

petencia problemática donde algunas personas buscan ganar a cualquier costo.

Los grupos constituidos por trabajadores de la salud u otros, como el militar, tienen una cultura que recalca la diferencia jerárquica y la competencia.⁸ Es frecuente considerar, por ejemplo, que el ambiente de elevado estrés y trabajo en exceso constituyan importantes elementos formativos para producir personas con mayor capacidad de enfrentar dificultades. Esto puede justificar un trato injusto, incluso abusivo.

El personal de la salud tiene condiciones especialmente difíciles de trabajo. Su labor está enfocada a cuidar de los demás, lo que ocasiona un descuido para sí mismos. Están expuestos al dolor humano, pérdida de pacientes con los que se ha construido una relación al trabajo excesivo, provocar insomnio, desaliento, irritabilidad, o manifestarse en agresión hacia los compañeros o colaboradores de menor jerarquía y resultar en una comunicación de menor calidad con los pacientes.^{10,11}

Las instituciones pueden fomentar ambientes con formas reguladas de competencia que premie la colaboración. Este logro de objetivos comunes crea una sensación de pertenencia y permite ver al "otro" integrado al mismo grupo de pares. La labor con actividades compartidas o metas en conjunto es necesaria para conseguir el nivel de desempeño requerido en las metas actuales.

Los sistemas sociales tienden a repetir sus pautas y procedimientos. Así, pueden dejar de considerar las necesidades de los individuos integrantes; sin embargo, cuando las autoridades están conscientes de la importancia de una interacción armónica dentro de los equipos de trabajo, es posible aminorar la frecuencia y el malestar resultante de interacciones sociales agresivas.



Considerar normal las formas interpersonales de agresión de un grupo hacia algún individuo provoca malestar y falta de colaboración para alcanzar la misión institucional. Es necesaria la supervisión dirigida en la atención de este aspecto para fomentar relaciones más cordiales y sin hostilidad. Se han recomendado acciones firmes, con la finalidad de detener las agresiones antes de convertirse en abusos considerados normales.

Con una cultura de inclusión puede contrarrestarse la agresión horizontal en los grupos de trabajo. El aprecio de características diferentes, generalmente complementarias a las del grupo, permite la integración de miembros que inicialmente se percibieron “raros y rechazables”.

Una perspectiva social más saludable se logra al ampliar los límites de un grupo pequeño (a partir de una familia, un grupo de cacería, una tribu) para aprovechar la capacidad de las personas con diversas cualidades. En los trabajadores de la salud, naturalmente el valor de la salud es primordial. Una manera de lograr mayor congruencia consiste en disminuir la agresión horizontal para conseguir mayor bienestar y calidad en el cuidado de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Walrafen N, Brewer MK, Mulvenon C. Sadly caught up in the moment: An exploration of horizontal violence. *Nurs Econ* 2012;30(1):6-12.
2. Turkel AR. Sugar and spice and puppy dogs' tails: the psychodynamics of bullying. *J Am Acad Psychoana Dyn Psychiatry* 2007;35(2):243-58.
3. Nell V. Cruelty's rewards: The gratifications of perpetrators and spectators. *Behav Brain Sci* 2006;29:211-57.
4. MacLean PD. *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. New York: First Plenum Printing; 1990.
5. Eisenberger NI. The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Neuroscience* 2012;13.
6. Pruessner JC. New directions in psychoneuroendocrinology: from methods to applications. *Expert Rev Endocrinol Metab* 2011;6(6):769-71.
7. Rock D. *Your brain at work*. New York: Harper Collins, 2009.
8. Graham-Kevan N. Investigating social dominance in a prison population. *J Crim Psychol* 2011;1(1):15-23.
9. Wadsworth SM. Understanding and supporting the resilience of a new generation of combat-exposed military families and their children. *Clin Child Family Psych Rev* 2013;16:415-20.
10. Lynch JW. *The epidemic of burnout, depression and suicide in medicine*. United States: MedPage Today; [4 de junio de 2015].
11. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: Causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clinic Proceedings* 2005;80(12):1613-22.