

# Comportamiento de médicos residentes de pediatría durante una simulación clínica de un caso de madre violenta en una emergencia pediátrica

## *Behavior of pediatric medical residents during a clinical simulation of a violent mother in a pediatric emergency*

Dr. Diego Enríquez<sup>a</sup>, Dr. Raúl Gómez Traverso<sup>a</sup> y Dr. Edgardo Sztyld<sup>b,c,d</sup>  
Colaboradores: Estanislao Díaz Pumará<sup>e</sup>, Julián Battolla<sup>e</sup>, Lorena Firenze<sup>e</sup>,  
María de la Paz Jaureguizar<sup>e</sup> y Julia Lamborizio<sup>e</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** Los médicos son víctimas frecuentes de violencia tanto física como verbal. Se requiere capacitación específica para preparar al personal para enfrentar estas situaciones.

**Objetivo.** Evaluar, en médicos residentes de Pediatría, durante una simulación de una emergencia pediátrica, el manejo clínico y la conducta ante una madre violenta.

**Materiales y método.** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron los videos de simulaciones de un caso de emergencia pediátrica, en los que participaron residentes de un hospital público pediátrico, de marzo a julio de 2014. La madre del caso agredía verbalmente e interfería física y oralmente con los participantes. Se registró lo conversado durante el *debriefing* (la reunión grupal de evaluación).

**Resultados.** Se observaron un total de 68 médicos residentes divididos en 15 grupos. Doce trataron de manera adecuada el caso; solo 2 de ellos retiraron a la madre a través del personal de vigilancia (conducta recomendada). Otros 2 grupos lograron retirar a la madre del escenario clínico, pero con forcejeos. El 54,4% de los médicos (n= 37) mantuvo contacto físico con la madre. El 95,6% de los médicos no contaba con pautas previas para enfrentar estas situaciones de violencia.

**Conclusiones.** Pocos grupos lograron retirar a la madre violenta de la escena. El contacto físico con la madre sin su consentimiento fue una de las conductas más frecuentemente observadas. Se detectó la falta de pautas institucionales para manejar situaciones de violencia.

**Palabras clave:** simulación de paciente, violencia, violencia laboral.

- a. SIMMER (Simulación Médica Roemmers), Olivos, Pcia. de Buenos Aires.
- b. UAI (Universidad Abierta Interamericana), Buenos Aires, Argentina.
- c. Icahn School of Medicine at Mount Sinai, NYC, EE. UU.
- d. Oklahoma University HealthScienceCenter, Oklahoma City, EE. UU.
- e. Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires.

**Correspondencia:**  
Dr. Diego Enríquez,  
dsenriquez2000@yahoo.com.ar

**Financiamiento:**  
Ninguno.

**Conflicto de intereses:**  
Ninguno que declarar.

Recibido: 11-8-2015  
Aceptado: 19-11-2015

### INTRODUCCIÓN

La profesión médica y de enfermería ha sido asociada crecientemente a un alto índice de asaltos y violencia tanto física como verbal, con indicadores que muestran, en algunos casos, una tasa 4 veces

mayor que en otras ocupaciones.<sup>1-5</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) coinciden en que el 25% de los casos de violencia laboral ocurren en centros de salud y servicios de emergencias.<sup>6,7</sup>

En Argentina, la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y Unicef comunicaron que el 47% de 15 461 pediatras encuestados había dicho que se sentía inseguro en el lugar de trabajo.<sup>8</sup>

A pesar de su frecuencia, los temas vinculados con la agresión hacia el personal de salud se encuentran escasamente incluidos en los programas de capacitación en gran parte de las instituciones del país, aunque existen múltiples herramientas y guías disponibles.<sup>9-11</sup>

La enseñanza médica basada en la simulación de casos se utiliza cada vez con mayor frecuencia, dado que permite aumentar la destreza manual y facilita la fijación de la información necesaria para actuar.<sup>12-15</sup> A su vez, esta metodología provee la posibilidad de obrar como un laboratorio de observación de conductas humanas.

El objetivo primario fue evaluar, en médicos residentes de Pediatría, durante una simulación de una emergencia pediátrica, el manejo clínico y la conducta ante una madre violenta.

El objetivo secundario fue describir las opiniones de los participantes durante la reunión grupal de evaluación (*debriefing*).

## MATERIALES Y MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron videos de simulaciones realizadas por médicos pediatras en formación de un caso clínico pediátrico de taquicardia supraventricular durante un período de 5 meses (de marzo a julio de 2014) en el SIMMER (Centro de Simulación Roemmers). Se invitó a participar a todos los médicos residentes entre primer y tercer año de un hospital público especializado en pediatría de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en el marco de un programa de capacitación conjunta. La selección de los participantes fue por conveniencia, relacionada con la necesidad de su presencia en el hospital. Esto también determinó la conformación de cada grupo participante.

Antes de participar en la capacitación, cada médico residente firmó un consentimiento para que las imágenes grabadas pudieran ser utilizadas en forma anónima en futuros estudios de investigación y se pudieran difundir sus resultados. Además, se preservó su identidad a través de una estrategia informática.

Se realizaron todos los pasos de una simulación clínica, comenzando con el *brief* (demostración de la capacidad del modelo de simulador, el entorno del paciente, como guardia de emergencias y todos los instrumentos y drogas necesarios para la resolución del caso). En ningún momento, se les brindaron pistas, durante este período, sobre el diagnóstico del caso para tratar más que la información de que se trataría de un paciente con compromiso grave del estado de salud. La simulación se realizó sobre el modelo SIM Newborn (Gaumard®) y se completó la sesión de simulación con un *debriefing*, que consiste, básicamente, en un espacio de reflexión compartido, con la presencia de un facilitador, acerca de lo vivido durante el escenario simulado. Puede incluir la observación grupal de las imágenes grabadas.

Durante el escenario de simulación, la madre (personal del centro de simulación) del paciente de 38 días de edad mantenía un trato violento hacia los médicos intervinientes. En su actuación, se refería con violencia verbal y, ante el contacto físico o el intento de desplazamiento, reaccionaba con amenazas de violencia física.

La madre (actuada) interfería física y oralmente con los participantes, buscaba entorpecer el desarrollo del caso clínico y ocupaba, en todo momento, un espacio físico en el que obstaculizaba, en forma significativa, el

normal desenvolvimiento de la actividad médica propuesta.

Durante la observación de los videos, se registraron, en una base de datos, parámetros relacionados con el tipo de contacto entre los médicos participantes y la madre actriz. Para esta investigación, se estudió a través de las imágenes de video, el contacto físico de los distintos segmentos corporales observados entre los médicos y la madre más allá del sentido buscado y su tiempo de duración. De igual forma, se supuso como forcejeo el trato físico ejercido con la fuerza necesaria para vencer la resistencia de la madre. Se consideró contacto visual la mirada realizada por parte del profesional dirigida directamente a los ojos de la madre. Contacto oral se consideró cuando el profesional se dirigía en forma explícita a la madre (actriz).

Se consideraron conductas apropiadas las siguientes:

- No dar respuesta a las agresiones ni insultar ni agredir al agresor.
- Siempre intentar controlar la situación mediante el diálogo.
- Establecer distancia de seguridad del agresor.
- Avisar al personal de vigilancia.

Las variables registradas fueron género de los participantes, duración del caso clínico, número de médicos que tomaron contacto visual, oral y físico con la madre, así como también el número de forcejeos y contactos físicos menores. Se registraron, además, los resultados médicos relacionados con el correcto diagnóstico y tratamiento, y el manejo de la madre apropiado o no ante esta situación.

Finalmente, se registraron las opiniones de los participantes recogidas durante el *debriefing*. Se recabó información acerca de los antecedentes de violencia sufridos por parte de los asistentes y del manejo de situaciones similares en el marco de una emergencia médica, al igual que la existencia o no de pautas institucionales o capacitación específica vinculada con esta problemática o durante la formación recibida hasta el momento.

Se describieron los resultados utilizando estadísticas descriptivas.

## RESULTADOS

Se excluyó una sesión de simulación debido a la ausencia de la actriz que hacía de madre, por lo que se observaron 15 videos correspondientes a 15 grupos, que incluyeron un total de 68 médicos residentes (94,1% de mujeres). La mitad eran residentes de primer año y la otra mitad, de

tercero. Los grupos estuvieron conformados por 5 médicos residentes de Pediatría en 9 oportunidades, por 4 en 5 y por 3 en un solo caso.

La duración del caso clínico simulado fue de 6 minutos en promedio (mínimo de 3 y máximo de 10).

El caso clínico fue bien diagnosticado y tratado de manera adecuada desde lo estrictamente médico en 12/15 grupos.

Cuatro de los 15 grupos lograron retirar a la madre del escenario clínico, 2 de ellos mediante el llamado al servicio de vigilancia y los restantes a través del esfuerzo físico realizado por el mismo grupo asistencial.

En la *Tabla 1*, se describe la forma en que los médicos participantes tomaron contacto visual, oral y físico con la madre. En total, el contacto con la madre se produjo una mediana de 5 veces (mínimo de 2 y máximo de 10) y hubo 2 forcejeos (mínimo de 0 y máximo de 4) por cada grupo.

Durante el *debriefing*, se registró que un 96% (n: 65) de los médicos no contaba con pautas previas acerca del manejo de una situación de violencia en el marco de una emergencia médica. Ninguno de los médicos participantes había vivido situaciones similares a la del escenario simulado ni eventos de violencia explícita. Algunos residentes refirieron haberse sentido intimidados verbalmente algunas veces.

Los médicos participantes destacaron de modo espontáneo la falta de pautas de manejo institucionales y de capacitación sobre violencia hacia el personal de salud durante la formación recibida.

## DISCUSIÓN

En este estudio realizado en el marco de una capacitación, más de la mitad de los profesionales tomó contacto físico con la madre sin su consentimiento. Esta conducta, en el caso de ser transferida a la vida real, puede dar lugar

a recibir como respuesta mayor violencia física hacia los médicos y enfermeros.

La simulación de una madre agresiva determinó el llamado al personal de vigilancia en solo 2/15 grupos evaluados. Los pediatras en formación evaluados reconocieron la falta de atención al tema de la agresión hacia el personal de la salud tanto en el marco institucional como en la formación de la residencia.

La conducta recomendada ante la violencia verbal y física, que incluye no responder a las agresiones, avisar al servicio de seguridad y establecer distancia de seguridad del agresor, fue seguida en muy pocos casos en este estudio.<sup>11</sup>

Las medidas y acciones realizadas por el personal de salud pueden afectar en forma positiva o negativa la resolución de las situaciones de violencia por parte de pacientes o sus familiares. Aunque esto no es efectivo en el ciento por ciento de las veces, se especula que mantenerse alejado físicamente del violento, buscar ayuda en el momento oportuno y manejar una comunicación calmada pueden contribuir a reducir la probabilidad de recibir una agresión.<sup>3</sup> Estos puntos no suelen estar presentes de manera formal en el contenido curricular de las residencias médicas.

En reportes internacionales, se destaca la Medicina como la profesión con mayor índice de asaltos y violencia. Ciertos indicadores muestran esta ocupación como la de la tasa más alta: 8 cada 10000 (2 cada 10000 en los lugares de trabajo en general).<sup>13</sup>

En nuestro país, se percibe, día a día, un aumento de los episodios de violencia. Algunos reportes establecen que la inseguridad y la violencia no cesan en los centros de salud porteños y que un médico, técnico o auxiliar de la salud sufre una agresión física o verbal o un robo, en promedio, cada 48 horas en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.<sup>16,17</sup>

Tabla 1. Descripción de la forma de contacto con la madre violenta

Tipo de contacto	En la serie total de grupos (68 médicos residentes)		Mediana	Mínimo	Máximo
Número de médicos que interactuaron visualmente con la madre	38	55,9%	2	2	5
Número de médicos que interactuaron verbalmente con la madre	36	52,9%	2	1	5
Número de médicos que tocaron a la madre (contacto físico)	37	54,4%	2	1	5

La violencia contra médicos y enfermeras no es un problema exclusivo de Argentina. En Gran Bretaña, una encuesta nacional realizada en 2012 reveló que el 15% de las enfermeras había experimentado violencia física proveniente de los pacientes o familiares y que un 30% de los profesionales de hospitales había sufrido amenazas o insultos.<sup>2</sup> En EE. UU., una encuesta anónima entre 11 000 trabajadores de la salud, a la cual respondió un 50%, mostró que un 39% de ellos había recibido algún grado de agresión física en el último año.<sup>3</sup>

En un estudio reciente en Irán, de una muestra al azar de más de 5000 trabajadores de la salud, se observó que un 74% había padecido algún grado de agresión psicológica en el último año.<sup>18</sup> En Egipto, un estudio que incluyó enfermeras del área perinatal de 8 hospitales encontró que el 86% había experimentado algún episodio de violencia en los últimos 6 meses y que un tercio había sido de tipo físico.<sup>5</sup> En España, un estudio del año 2009 mostró que un 11% de los trabajadores de la salud había sido víctima de una agresión física y un 64% había recibido amenazas, intimidación o insultos.<sup>19</sup>

El antropólogo Edward T. Hall describió, hace ya más de 40 años, las distancias medibles entre las personas mientras interactúan.<sup>20</sup> Naturalmente, las distancias interpersonales varían según culturas y personas, y lo que para unos es una distancia cómoda para otros es una clara amenaza. La distancia corporal muestra el umbral de seguridad personal que necesitan las personas para sentirse bien en su propia zona de confort.<sup>21</sup> Mantener esta distancia corporal es fundamental para no confundir los roles y respetar la intimidad de las personas para evitar la incomodidad y/o sentimiento de amenaza. Vulnerar ese espacio puede generar reacciones violentas, que, sumadas al estado emocional del que se siente agredido, podrían ser de gran magnitud.<sup>2</sup>

Diversas culturas mantienen diferentes estándares del espacio interpersonal. En las culturas latinas, por ejemplo, esas distancias relativas son más pequeñas, y la gente tiende a estar más cómoda cerca de los demás. En las culturas nórdicas, sucede lo contrario. Darse cuenta de estas diferencias culturales mejora el entendimiento interpersonal y ayuda a eliminar la incomodidad que la gente pueda sentir. Adicionalmente, las distancias personales también dependen de la situación social, el sexo y la preferencia individual.<sup>20</sup>

Otro componente que se ha descrito como facilitador de las reacciones de violencia es el grado de estrés y la falta de contención del equipo de salud.<sup>22</sup>

En diferentes centros, se han desarrollado programas para prevenir este tipo de situaciones y se han creado sistemas para clasificar las unidades de asistencia según su riesgo de padecer agresiones.<sup>23,24</sup>

Un estudio reciente realizado en Noruega a través de grupos focales detectó 4 prioridades vinculadas con el sistema para ayudar en el manejo de la agresión: 1. minimizar el riesgo de trabajar solo; 2. estar preparado (tomar precauciones frente a los signos de alerta y estar capacitado); 3. reducir la diferencia entre las expectativas del paciente y lo que el sistema le puede ofrecer; y 4. el respaldo de las autoridades (especialmente, el seguimiento después del episodio).<sup>25</sup>

Queremos resaltar la importancia de reflexionar acerca de esta situación, ya que, por un lado, especialmente el personal de enfermería asume la agresión recibida como parte natural de la tarea y no reporta la mayoría de los casos.<sup>26</sup> Por otro lado, se aumenta la vigilancia o se restringe el acceso a los sectores críticos sin considerar, además, el rol de la interacción personal como generador de episodios de agresión.

Si bien se podría considerar que los residentes de primer año no habrían tenido oportunidad de capacitarse, teniendo en cuenta su fecha de ingreso habitual al programa de residencia y la fecha de realización del estudio, podemos asegurar que estuvieron expuestos al sistema, al menos, 9 meses.

Se compartieron los resultados preliminares de este estudio con el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital, cuyos miembros agradecieron el valioso aporte, que servirá de base para mejorar la capacitación de los residentes de Pediatría.

## **CONCLUSIONES**

Pocos grupos lograron retirar a la madre violenta de la escena clínica, a pesar de haber resuelto en forma favorable el caso clínico.

El contacto físico sin consentimiento de la madre fue una de las conductas más frecuentemente observadas durante el caso de simulación planteado.

Se detectó la falta de pautas institucionales y de capacitación del personal para manejar situaciones de violencia.

Se requieren más estudios para completar la interpretación de dichas observaciones. ■

## REFERENCIAS

1. Nelson R. Tackling violence against health-care workers. *Lancet* 2014;383(9926):1373-4.
2. Lepping P, Lanka SV, Turner J, Stanaway SE, et al. Percentage prevalence of patient and visitor violence against staff in high-risk UK medical wards. *Clin Med* 2013;13(6):543-6.
3. Pompeii LA, Schoenfisch AL, Lipscomb HJ, Dement JM, et al. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *Am J Ind Med* 2015;58(11):1194-204.
4. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2012;12:108.
5. Samir N, Mohamed R, Moustafa E, Abou Saif H. Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. *East Mediterr Health J* 2012;18(3):198-204.
6. International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. Framework guidelines addressing workplace violence in the health sector. Geneva: International Labour Organization;2002. [Acceso: 15 de julio de 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1).
7. International Labour Organization. Violence at work. Geneva: International Labour Organization;2005. [Acceso: 15 de julio de 2015]. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_dialogue/@actrav/documents/publication/wcms\\_111456.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@actrav/documents/publication/wcms_111456.pdf).
8. Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF. Encuesta sobre el ejercicio profesional. 2012. [Acceso: 20 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/unicefargentina/ppt-unicef-sap-12607561>.
9. Oostrom JK, Van Mierlo H. An evaluation of an aggression management training program to cope with workplace violence in the healthcare sector. *Res Nurs Health* 2008;31(4):320-8.
10. Badger F, Mullan B. Aggressive and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury. *J Clin Nurs* 2004;13(4):526-33.
11. Sociedad Argentina de Pediatría. Violencia hacia el equipo de salud en el ámbito laboral. Buenos Aires: SAP; 2013. [Acceso: 7 de octubre de 2015]. Disponible en: [http://www.sap.org.ar/docs/Manual\\_Preencion\\_Violencia\\_Laboral.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/Manual_Preencion_Violencia_Laboral.pdf).
12. Wayne DB, Didwania A, Feinglass J, Fudala MJ, et al. Simulation-based education improves quality of care during cardiac arrest team responses at an academic teaching hospital: a case-control study. *Chest* 2008;133(1):56-61.
13. Campbell JM. Education and simulation training of pediatric intensive care unit nurses to care for open heart surgery patients. *Crit Care Nurse* 2015;35(3):76-81.
14. Steiner M, Langgartner M, Cardona F, Waldhör T, et al. Significant reduction of catheter-associated blood stream infections in preterm neonates after implementation of a care bundle focusing on simulation training of central line insertion. *Pediatr Infect Dis J* 2015;34(11):1193-6.
15. Iriondo M, Szyld E, Vento M, Burón E, et al. Adaptación de las recomendaciones internacionales sobre reanimación neonatal 2010: comentarios. *An Pediatr (Barc)* 2011;75(3):203.e1-14.
16. Fabiola Czubaj. Crecen las agresiones a médicos en muchos hospitales públicos. La Nación. 8 de agosto de 2012. [Acceso: 17 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1497386-crecen-las-agresiones-a-medicos-en-muchos-hospitales-publicos>.
17. Asociacion de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Crece y preocupa la ola de violencia contra los médicos [Internet]. [Acceso: 26 de julio de 2015]. Disponible en: [http://www.medmun.org.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1113:crece-y-preocupa-la-ola-de-violencia-contra-los-medicos&catid=93:new-gremial&Itemid=101](http://www.medmun.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=1113:crece-y-preocupa-la-ola-de-violencia-contra-los-medicos&catid=93:new-gremial&Itemid=101).
18. Fallahi Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, et al. Psychological violence in the health care settings in iran: a cross-sectional study. *Nurs Midwifery Stud* 2015;4(1):e24320.
19. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, et al. Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health* 2009;15(1):29-35.
20. Hall ET. A system for the notation of proxemic behavior. *Am Anthropol* 1963;65(5):1003-26.
21. Knapp ML. La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno. Barcelona: Paidós; 1982.
22. Magnavita N. Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken-and-egg situation-results of a 6-year follow-up study. *J Nurs Scholarsh* 2014;46(5):366-76.
23. Sparrow J. Nursing workplace safety: a look at the numbers. *Tar Heel Nurse* 2015;77(3):6-17.
24. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Aranyos D, et al. Application and implementation of the hazard risk matrix to identify hospital workplaces at risk for violence. *Am J Ind Med* 2014;57(11):1276-84.
25. Morken T, Johansen IH, Alsaker K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Fam Pract* 2015;16:51.
26. Erickson L, Williams-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emerg Nurs* 2000;26(3):210-5.