



Serie Proyectos de Investigación e Innovación

Superintendencia de Seguridad Social
Santiago - Chile

INFORME FINAL

**“Prevalencia de violencia laboral y factores asociados en los/las
trabajadores/as de los servicios de emergencia en establecimientos de salud
públicos y privados. Provincia de Concepción, Chile”**

Tatiana Paravic Klijn
2017





SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

SUPERINTENDENCE OF SOCIAL SECURITY

La serie Proyectos de Investigación e Innovación corresponde a una línea de publicaciones de la Superintendencia de Seguridad Social, que tiene por objetivo divulgar los trabajos de investigación e innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades del Trabajo financiados por los recursos del Seguro Social de la Ley 16.744.

Los trabajos aquí publicados son los informes finales y están disponibles para su conocimiento y uso. Los contenidos, análisis y conclusiones expresados son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es), y no reflejan necesariamente la opinión de la Superintendencia de Seguridad Social.

Si requiere de mayor información, sobre el estudio o proyecto escriba a: investigaciones@suseso.cl.

Si desea conocer otras publicaciones, artículos de investigación y proyectos de la Superintendencia de Seguridad Social, visite nuestro sitio web: www.suseso.cl.

The Research and Innovation Projects series corresponds to a line of publications of the Superintendence of Social Security, which aims to disseminate the research and innovation work in the Prevention of Occupational Accidents and Illnesses financed by the resources of Law Insurance 16,744.

The papers published here are the final reports and are available for your knowledge and use. The content, analysis and conclusions are solely the responsibility of the author (s), and do not necessarily reflect the opinion of the Superintendence of Social Security.

For further information, please write to: investigaciones@suseso.cl.

For other publications, research papers and projects of the Superintendence of Social Security, please visit our website: www.suseso.cl.

Superintendencia de Seguridad Social
Huérfanos 1376
Santiago, Chile.



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



FACULTAD DE ENFERMERIA



“Prevalencia de Violencia Laboral y factores asociados en los/las trabajadores/as de los servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados. Provincia de Concepción, Chile” (Código 179-2015)

Investigador Principal: Dra. Tatiana Paravic Klijn
Co Investigador: Dra. Mónica Burgos Moreno
Fecha de ejecución de la investigación:
Inicio efectivo: Noviembre 2015
Término proyecto: Octubre 2017

Este proyecto fue financiado por la Asociación Chilena de Seguridad,
a través de la Fundación Científica y Tecnológica en el Ciclo 2015 de proyectos de investigación

Concepción 2017

INDICE DE MATERIAS

CONTENIDO	PAGINA
i. RESUMEN	4
ii. ABSTRACT	5
1.- INTRODUCCION	6
1.1.- PROBLEMA	8
1.2.- FUNDAMENTACION	8
1.3.- MARCO TEORICO	9
1.4.- OBJETIVOS	18
1.5.- HIPOTESIS	18
2.- METODOLOGIA	19
2.1.- DISEÑO	19
2.2.- UNIDAD DE ANALISIS	19
2.3.- POBLACION	19
2.4.- MUESTRA	19
2.4.1.-CRITERIOS DE INCLUSION	19
2.4.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
2.5.- INSTRUMENTO	20
2.6.- RECOLECCION DE DATOS	21
2.7.-PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	21
2.8.-ANALISIS ESTADISTICO	21
2.9.-CONSIDERACIONES ETICAS	22
3.-RESULTADOS	24
3.1.- RESULTADOS DESCRIPTIVOS	24
3.1.1.-CARACTERIZACION DE LA MUESTRA: PERFIL BIOSOCIODEMOGRAFICO Y DE TRABAJO	24
3.1.2.-RESULTADOS DE PERCEPCION DE VIOLENCIA FISICA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS	33
3.1.3.- RESULTADOS DE PERCEPCION DE ABUSO VERBAL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS	43
3.1.4.- RESULTADOS DE PERCEPCION DE ACOSO LABORAL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS	52
3.1.5.- RESULTADOS DE PERCEPCION DE ACOSO SEXUAL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS	59
3.1.6.- POLITICAS DESARROLLADAS POR EL EMPLEADOR	65
3.1.7.- FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA VIOLENCIA LABORAL	70
3.1.8.MEDIDAS PREVENTIVAS DE VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO PROPUESTAS POR LOS TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS	75
3.1.8.- RESUMEN DE PERCEPCION DE VIOLENCIA	78

3.2.- ANALISIS BIVARIADO Y COMPARATIVO	80
3.3.- MODELOS DE REGRESION LOGISTICA	92
3.4.- COMPROBACION DE HIPOTESIS	95
4.- DISCUSION	96
5.- CONCLUSIONES	119
6.- SUGERENCIAS	121
7.- LIMITACIONES	121
8.- FINANCIAMIENTO Y PATROCINIO	121
9.- AGRADECIMIENTOS	122
10.- CONFLICTOS DE INTERES	122
11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	123
12.- ANEXOS	135
ANEXO I. Instrumento Recolector de Datos	135
ANEXO II. A. Adaptación Instrumento	152
ANEXO II. B. Preguntas a Revisar en Instrumento	153
ANEXO III. Consentimiento Informado	154

i.- RESUMEN

Objetivos: Determinar prevalencia de violencia laboral y factores asociados en trabajadores de servicios de emergencias en establecimientos de salud; públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile y Generar medidas preventivas de actos violentos propuestos por trabajadores/as y estrategias de afrontamiento basadas en la evidencia del estudio.

Metodología: Estudio descriptivo, correlacional y transversal realizado en cuatro hospitales, dos públicos y dos privados. La muestra de 366 trabajadores fue probabilística estratificada por establecimientos y estamentos. Se utilizó el cuestionario Violencia Laboral en el Sector Salud, de la OMS; OIT; CIE y PSI. Se aplicó estadística descriptiva univariada, bivariada e inferencial con intervalo de confianza del 95%, utilizando SPSS 22.0. Se contó con aprobaciones de comités éticos científicos y el consentimiento informado de los participantes.

Resultados: 63% de los trabajadores percibió al menos un tipo de violencia. 12,9% percibió violencia física, 59,3% abuso verbal, 14,3% acoso laboral y 2,0% acoso sexual. Pertenecer a establecimiento público, ser enfermera, administrativo aumenta el riesgo de percibir al menos un tipo de violencia. Los trabajadores identificaron medidas preventivas relacionadas con organización, usuarios internos y usuarios externos, que sirvieron de insumos en la generación de estrategias de afrontamiento frente a la violencia.

Conclusiones: Los resultados indican alta prevalencia de violencia en servicios de emergencias, justifican la importancia de establecer estrategias en los establecimientos de salud a fin de lograr tolerancia cero de violencia en estos espacios.

Descriptores: violencia laboral, prevalencia, servicios de emergencias (fuente: Decs, Mesh)

ii.- ABSTRACT

Objectives: to determine the prevalence of workplace violence and associated factors among emergency service workers at public and private health centers in the province of Concepción, Chile, and provide preventive measures for violent acts as proposed by workers and coping strategies based on evidence from the study.

Methods: This is a descriptive, correlational and cross-sectional study. The probabilistic sample, which consisted of 366 workers, was stratified according to center and stratified by establishment and occupation. A questionnaire for Work Violence in Health Centers from the OMS, OIT, CIE and PSI, was applied. Univariate, bivariate and inferential descriptive statistics within the center with a 95% confidence interval, was applied by using SPSS 22.0. It had approval of research ethics committees and participants signed an informed consent.

Results: 63% of workers perceived at least one type of violence. 12.9% perceived physical violence, 59.3% verbal abuse, 14.3% mobbing and 2.0% sexual harassment. There is increased risk of perceiving at least one type of violence if you belong to a public center, are a nurse or part of the administrative staff. The workers identified preventive measures related to organization and internal and external users, which served as inputs in the generation of coping strategies to face violence. **Conclusions:** Results show high prevalence of violence in emergency services, which prove the need for directors and workers to take measures in order to achieve zero tolerance to violence in these centers.

Keywords: workplace violence, prevalence, emergency services (sources: Decs, Mesh)

1.- INTRODUCCION

Una de las particularidades de nuestra sociedad a nivel mundial, es el aumento de la violencia y sus repercusiones en diferentes áreas. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad y se expresan en los miles de millones de dólares que cada año se gastan en asistencia sanitaria en todo el mundo, y millones de días laborables perdidos, que restan a la economía de cada país (1,2). Se ha establecido que la violencia es un problema de salud pública, porque afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población (3), su calidad de vida y bienestar. Es un fenómeno que atraviesa todas las fronteras, que es independiente de la raza, edad, condición económica, educación, religión o creencias, orientación sexual y el lugar de trabajo o espacio de desarrollo de actividades diversas.

La violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Algunas formas de esta violencia son sancionadas por las leyes o por la sociedad. Distintas sociedades aplican distintos estándares en cuanto a las formas de violencia que son o no aceptadas (4). Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas en todas partes del mundo (1), éstos pueden ser inmediatos, o bien latentes, y durar muchos años después del maltrato inicial. Puede dar lugar a problemas físicos, psíquicos y sociales que no necesariamente desembocan en lesión, invalidez o muerte(5,6,7).La violencia, a pesar de no constituirse una enfermedad en el sentido tradicional de su comprensión, constituye un problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial (8).

Una característica singular de la violencia es su capacidad para multiplicarse y expandir sus dinámicas y consecuencias. La violencia que se ejerce en contextos sociales amplios, suele trasladarse a las relaciones de la vida privada y familiar (2).

Según la OMS se entiende por violencia, como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico como incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca también las numerosas consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades (1).

La violencia es un comportamiento no deseado, donde cualquiera puede ser víctima en alguna etapa de su vida (9), atentando contra la integridad biosicosocial del individuo que la padece, así como con la personas que interactúan (4).

Según Chapell y Di Martino (10, 11) se reconoce también como expresión de violencia aquellas situaciones en que existe una percepción de mala calidad de servicios o de mala atención, no satisfacción de necesidades de un cliente, proveer de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario y también cuando se abusa o se recibe un trato injusto.

Diversos estudios en la temática de violencia que afecta a los espacios laborales concluyen que precisamente algunos de estos lugares de trabajo y ocupaciones tienen un mayor riesgo de hechos

violentos que otros, alcanzando en este último decenio, notoriedad en establecimientos educacionales y un aumento progresivo en los contextos de salud (2, 12,13,14,15).

Se reconoce en estas investigaciones que la violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud es universal, genera un alto grado de estrés, y puede instar a comportamientos violentos, extendiéndose hacia los usuarios de los servicios de salud, afectando la calidad de la atención, seguridad del paciente y los derechos a los cuales tiene lugar, tales como derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y circunstancia, que comprende lenguaje adecuado e inteligible, actitudes que se ajusten a normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y respetar y proteger la vida privada y honra de las personas. Además, respeto por la interculturalidad, información médica y financiera clara y oportuna, compañía y asistencia espiritual, atención oportuna, resguardo de su ficha clínica, aceptar o rechazar algún tipo de tratamiento o ser parte de una investigación (16). Cuando estos aspectos no se dan en los establecimientos sanitarios pueden suscitarse actos de violencia desde los usuarios y familiares hacia los trabajadores que deben atenderlos, ya que existe una gran brecha entre las expectativas del usuario de recibir una atención de calidad dentro de un marco de respeto y dignidad, y la atención otorgada, produciéndose una tensión que puede desembocar en actos violentos (17, 18,19).

En los contextos de salud se pueden presentar diversos tipos de violencia: física, psicológica, acoso laboral, sexual y racial. Entendiendo por violencia física al uso de la fuerza física contra otra persona o grupo, que puede traer como consecuencia daño físico, sexual o psicológico, puede incluir golpes, patadas, cachetadas, puñaladas, disparos, empujones, mordiscos y/o pellizcos, entre otros. Por otra parte, se ha definido como violencia psicológica al uso intencional de poder, que incluye amenazas de fuerza física, en contra de otra persona o grupo, y que puede causar daño físico, mental, espiritual, moral o al desarrollo social. La violencia psicológica incluye el abuso verbal y el mobbing o acoso laboral, entendiendo el acoso laboral o mobbing como una conducta consciente sistemática y repetitiva de hostigamiento contra un trabajador, a través de acciones vengativas, crueles o maliciosas destinadas a humillar o socavar a una persona o grupo. Finalmente el acoso sexual es entendido como cualquier comportamiento no deseado, no recíproco, y no bienvenido, de naturaleza sexual, que es ofensivo para la persona afectada, y provoca que esa persona se sienta amenazada, humillada o avergonzada (11,20).

En general la evidencia señala que la violencia psicológica es la más frecuentemente percibida por los trabajadores en instituciones sanitarias (30-55), no estando exento de los otros tipos de violencia (56-75). Ante estos antecedentes la violencia laboral en los contextos de salud debería ser considerada de máxima importancia, dado que los trabajadores de salud son agentes de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación que deben actuar en ambientes laborales de respeto, seguridad y trato digno.

1.1.- Problema

Se desconoce cuál es la prevalencia de violencia y sus factores asociados en los trabajadores de unidades de emergencia de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción. Existe escasa información en relación a estudios sobre el fenómeno de la violencia en establecimientos de salud en Chile, y es necesario visibilizar y cuantificar el problema para tomar medidas lo más pronto posible.

1.2.- Fundamentación

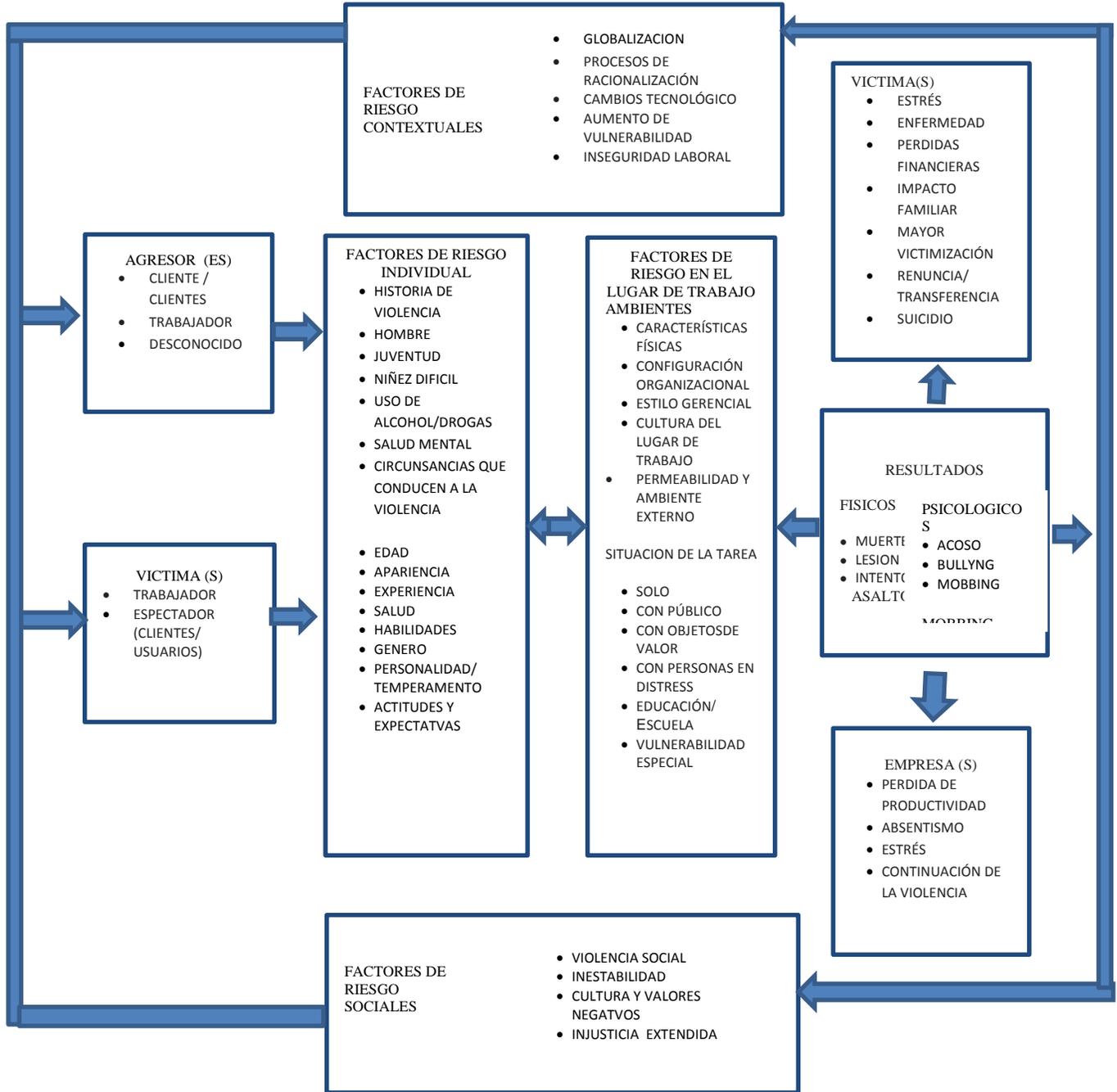
Tener una visión más amplia del fenómeno de la violencia en el sector salud, específicamente en los servicios de emergencias, que permita conocer la situación de violencia percibida por los trabajadores de dichos servicios, para poder abordar esta problemática y aportar información para las políticas ministeriales, las instituciones de salud, y a diferentes profesionales, a objeto de prevenir y/o intervenir si la situación así lo requiere, y con ello evitar las consecuencias negativas que traería esta conducta, que puede por cierto generar un deterioro: en la salud física (dificultad en aparato locomotor, dificultad para conciliar el sueño, fatiga crónica, entre otros), en la salud psicológica (estrés, aislamiento social, desesperanza, adicciones, entre otras), consecuencias para la organización (ausentismo, rotación de personal, reducción de eficiencia y rendimiento, entre otros) y para la familia y la sociedad en su conjunto (2, 11, 26).

Se contribuye de esta forma con el compromiso adquirido por el CIE/OIT de erradicar la violencia en las instituciones de salud, otorgando prestaciones sanitarias en centros de salud seguros y libres de flagelo de la violencia (27,28,29) en total respeto con los derechos de los pacientes, dando así cumplimiento a una cultura de no violencia, especialmente en los recintos relacionados con salud, que deben ser espacios de sanación.

1.3.- MARCO TEÓRICO

La violencia, es explicada desde diferentes teorías y modelos por diferentes autores (11, 21, 22,23,24,25). Para la presente investigación se utilizó como modelo conceptual el planteado por Chapell y Di Martino (10,11). Estos autores crean el modelo interactivo de violencia laboral basado en el modelo de Payner y Warner que esquematiza los factores de riesgo que pueden desencadenar un episodio de algún tipo de violencia, ya sean estos factores individuales, sociales o ambientales, que se encuentran presente en mayor o menor cantidad en una situación de violencia, el que relaciona la interacción de varios factores de riesgo, entre estos se hallan factores personales que provienen del agresor o victimario, de la víctima y del medio ambiente en que se desarrollan las acciones. Este modelo ha sido utilizado como referente en distintas investigaciones que han estudiado el fenómeno de la violencia en los contextos de salud a nivel nacional, tanto hacia los prestadores de salud en los hospitales y en la atención primaria, como hacia los usuarios hospitalizados y usuarios de atención primaria, como también hacia los alumnos que se encuentran desarrollando sus prácticas (30,31,32,33,34,36). A continuación se presenta el modelo.

Figura N° 1. Modelo Interactivo de Violencia Laboral



Fuente: Chapell y Di Martino, 2006. Basado en Payner y Warner, 1988.

Chapell y Di Martino describen el modelo desarrollando los siguientes conceptos:

Agresor:

Los agresores de violencia pueden ser: el cliente / usuario/o paciente de una institución; un trabajador de la misma institución o un extraño a ella.

La naturaleza y el resultado de la interacción de estas categorías de agresor y las víctimas serán ciertamente diferentes dependiendo del trabajo que se esté desarrollando y el ambiente de trabajo en sí. Existen factores de riesgo de violencia altamente asociados a los agresores, tales como:

- *Historia de violencia:* Los padres maltratadores corrientemente han sido abusados cuando niños, y maltratarán a sus propios hijos, la familia constituye el grupo formador de la agresión, además dentro de esta institución social se aprenden en la primera infancia comportamientos agresivos.
- *Sexo masculino:* las actitudes propias de este sexo y la situación de patriarcado que se encuentra profundamente arraigadas en muchas culturas. En general son más violentos los hombres que las mujeres.
- *Ser joven:* la violencia tiende a ser perpetrada más comúnmente por personas en edad entre 15 a 30 años.
- *Abuso de sustancias:* el efecto de una droga en el comportamiento de un individuo es el producto de un rango de factores de droga y no droga, los cuales incluyen propiedades farmacológicas de la sustancia, las características neurológicas individuales, personalidad y temperamento, sus expectativas de los efectos de la droga, y el nivel social en el cual el individuo se encuentra ubicado. La violencia es frecuentemente asociada con el tráfico y distribución de estas sustancias.
- *Ciertas formas de enfermedad mental:* ocasionalmente algunas enfermedades mentales pueden causar actos violentos, tales como paranoia, esquizofrenia.
- *Personalidad:* el mejor predictor de una futura conducta es el comportamiento agresivo en el pasado. Los impulsos hostiles en personas con un inusual control interno pueden resultar en extrema violencia.
- *Condiciones temporales:* se refiere al individuo que se encuentra bajo la influencia del alcohol o las drogas, o que se encuentra con alguna enfermedad o estrés que puede volver su comportamiento impredecible o poco controlado.
- *Expectativas de incertidumbre negativa:* son personas negativamente predispuestas, o con una gran incertidumbre, que como consecuencia se encuentran estresadas o de un humor beligerante.
- *Inmadurez:* se refiere a niños o jóvenes cuyo comportamiento es menos controlado que el de los adultos, o grupos que son fácilmente influenciados para adoptar un comportamiento agresivo.

Víctima

Existen muchos atributos que hacen a la víctima vulnerable de violencia en el lugar de trabajo, tales como:

- *La apariencia y la primera impresión:* son importantes en cualquier trabajo, así como ello puede ajustar el tono de la interacción y establecer el rol de las características del encuentro. En

ocupaciones que involucran contacto directo con miembros del público, por ejemplo, el uso de uniforme puede animar o desanimar a la violencia.

- Los *uniformes* a menudo son usados en ocupaciones en que se espera que el empleado actúe con autoridad para tener el respeto de los miembros del público, además identifican el personal y los distinguen del público. En algunas circunstancias los uniformes desaniman las actitudes violentas, pero hay situaciones en que la presencia del personal uniformado es ofensiva, lo que puede provocar un comportamiento abusivo o violento.
- La *salud* de los trabajadores: puede influenciar en gran medida la interacción con los clientes y el público. Estrés por sobrecarga de trabajo, o formas leves de enfermedad mental, pueden llevar a mal entendidos o engaños que pueden precipitar en respuestas agresivas.
- La edad y la experiencia de los trabajadores: pueden incrementar o disminuir la posibilidad de agresión. La experiencia previa en el manejo de similares situaciones difíciles está relacionada con la edad, permite a los trabajadores reaccionar de mejor forma que el personal más inexperto.
- El *sexo* de la persona puede influenciar en el comportamiento agresivo en muchas formas. Los hombres son más propensos que las mujeres a responder de una manera agresiva a muchas situaciones en el lugar de trabajo, a su vez las mujeres se encuentran bajo un riesgo más alto que los hombres de sufrir ciertos tipos de victimización en el trabajo.
- La *personalidad y la actitud* de los trabajadores: algunos miembros de un grupo de empleados son a menudo mejores que otros para manejar situaciones difíciles, son una cualidad que se encuentra usualmente asociada con pequeñas características de personalidad y estilos de comportamientos. La actitud de los trabajadores y sus expectativas laborales, son factores que también pueden influir en comportamientos agresivos. Las definiciones de roles poco claras con un trabajo en particular pueden influenciar cuanto más violento o potencialmente violento un incidente será manejado.

En suma, las formas en las cuales las víctimas reaccionen ante un comportamiento agresivo aparecen como un factor importante en determinar si la agresión disminuye o se incrementa. Parece ser importante que la víctima no dé motivos al agresor para que se comporte de alguna manera injusta o irracional. Ansiedad y enojo por parte de la víctima pueden también generar la violencia, mientras que un comportamiento controlado puede ayudar a disminuir las tensiones.

Ambiente

Tanto el perpetrador como la víctima interactúan en un lugar de trabajo. El entorno laboral, incluyendo sus características físicas y organizacionales, su estructura, su estilo directivo y cultural, pueden influenciar en la existencia de riesgo de violencia como resultado de esta interacción.

- *Diseño físico*: el entorno laboral puede ser un factor que potencialmente puede actuar, ya sea incrementando o disminuyendo la probabilidad de provocar violencia. Locales copados de público, mal ventilados, sucios y ruidosos, experimentan altos rangos de violencia comparados con aquellos que exhiben buenas condiciones de diseño.
Ajustes organizacionales: aparecen como de igual o mayor importancia dentro de este marco. Una organización deficiente, puede llevar a una excesiva sobrecarga de trabajo a un grupo de trabajadores (mientras que otros permanecen relativamente inactivos), disminuyendo su rendimiento, creando demoras y filas injustificadas, desarrollando actitudes negativas entre dichos trabajadores e induciendo a un comportamiento agresivo de los usuarios. El mismo efecto

puede ser inducido por laboriosos procesos burocráticos, que colocan a empleados como consumidores bajo una fuerte situación de estrés.

- *Estilo de relaciones interpersonales*, estilo directivo, nivel de descentralización de las responsabilidades y la cultura del entorno laboral: un ambiente de trabajo participativo, por ejemplo, donde el diálogo y la comunicación son ampliamente ejercidos, puede ayudar a disminuir los riesgos de violencia. En contraste, un ambiente de trabajo autoritario, con personas trabajando aisladas, con actitudes defensivas y de desconfianza mutua con las personas externas, pueden incrementar el riesgo de violencia.
- *Descentralización de los servicios y las responsabilidades a un nivel local*: Esto puede ayudar a los empleados a volverse más enterados de los asuntos locales y responder de mejor manera a las necesidades de los consumidores. Lo anterior es muy difícil de lograr dentro de una organización centralizada, despersonalizada, donde las relaciones son altamente formalizadas. *Una institución basada en la tolerancia racial*, igualdad de oportunidades y cooperación, puede también contribuir con el establecimiento de un clima de trabajo en donde la violencia cumpla un pequeño papel. En contraste, si la discriminación y segregación son explícitas o implícitas como parte de la cultura de la compañía, esto se puede ver reflejado en todos los comportamientos y las relaciones, tanto externa como internamente.
- *La interrelación entre el ambiente externo y el entorno laboral* también aparece como significativa en términos de predecir violencia. En las instituciones de salud, existe una gran permeabilidad del entorno laboral con el ambiente externo debido a la gran cantidad de personas que circulan, trabajadores, pacientes, alumnos de diversas carreras, proveedores, familiares, servicios externos entre otros.

Según Chapell y di Martino cualquier predicción acerca de la posibilidad de que ocurra un incidente violento en el lugar de trabajo dependerá así de un cuidadoso análisis de las características del entorno, el ambiente externo, el comportamiento del victimario y la víctima en situaciones particulares. Cada situación es una mezcla única que requiere un análisis único. Ese es el porqué de la predicción de que actos específicos de violencia sean extremadamente difíciles. No obstante, parece útil y posible de identificar, en mucho mayor detalle que lo anteriormente explicado, un número de situaciones laborales que aparecen como altamente relevantes para el entendimiento de este tipo de agresiones, y para el desarrollo de estrategias de prevención y control.

Situaciones de riesgo en el trabajo

La magnitud de la exposición a la violencia en el trabajo depende no sólo de la ocupación de la persona, sino también de las circunstancias o situaciones bajo las cuales esta persona se encuentra desarrollando una labor o tarea específica. Estas situaciones de riesgo incluyen otras asociadas tales como:

- *Trabajar solo*: el número de personas que trabajan solas está aumentando. A medida que la automatización se extiende en las empresas y oficinas, a menudo acompañada de procesos de racionalización de producción y reorganización del lugar de trabajo, el trabajo individual se ha vuelto más frecuente. Esta tendencia ha ampliado el tradicional lugar de trabajo en una creciente práctica de sub contratos, trabajos en domicilio. Este empuje ha incrementado la movilidad y el desarrollo de tecnologías de comunicación interactiva que favorecen la gestión

individual. Trabajar en solitario toda la jornada es sólo una parte de este panorama. Una gran cantidad de personas trabajan solas tiempo parcial.

El trabajo en solitario no implica necesariamente un alto riesgo de violencia. Esto es lo generalmente entendido, sin embargo, el trabajar solo puede aumentar la vulnerabilidad de los trabajadores en cuestión. Este nivel de vulnerabilidad dependerá del tipo de situación en la cual el trabajo solitario se esté llevando a cabo.

- *Trabajar con público*: una amplia variedad de ocupaciones y numerosas situaciones laborales involucran contacto con el público. Aunque en muchas circunstancias este tipo de trabajo puede ser generalmente agradable, hay casos en que la exposición al público puede crear alto riesgo de violencia.

Las razones para tal violencia son múltiples, en grandes organizaciones tratando con una gran cantidad de público en general, los trabajadores están cercanos a encontrarse con algunos individuos con historial de violencia, peligrosas enfermedades mentales o que se encuentren intoxicados. Este rango azaroso de agresiones es muy difícil de predecir y puede llevar a incidentes muy serios.

En otros casos, un comportamiento violento puede ser provocado como resultado de la percepción de una mala calidad de servicio. La violencia puede ser desatada por un comportamiento displicente y despreocupado proporcionado por el trabajador del servicio, o sentirse atacado por la organización en sí, basado en el no cumplimiento de las necesidades y expectativas de las personas, las cuales no tienen participación directa con el actual conflicto en ese momento en particular.

La violencia puede resultar como el producto final de la desesperación y la extrema marginalización de los miembros del público buscando una respuesta a sus apremiantes necesidades. La desesperación no involucra necesariamente violencia, sin embargo, esto puede preparar el camino para actitudes de rebeldía contra lo que ellos sienten como un trato injusto, y eventualmente lleva al abuso contra los trabajos que ofrecen el servicio.

- *Trabajar con artículos de valor o manejo de dinero*: siempre que haya artículos de valor o parezca haber, existirá el riesgo de un delito, y cada vez son delitos más violentos. Muchos de los trabajadores de estos sectores se encuentran expuestos a dicho riesgo. En especial riesgo se encuentran los trabajadores de las tiendas, oficinas postales e instituciones financieras, particularmente aquellas en que se maneja dinero en efectivo, policías, guardias.
- *Trabajar con personas con distrés*: la violencia es muy común entre los trabajadores en contacto con personas que sufren distrés, esto es generalmente considerado como una parte del trabajo inevitable. La frustración y la rabia aumentan con el dolor y la enfermedad, problemas de los ancianos, desordenes psiquiátricos, abuso de alcohol u otras sustancias pueden afectar el comportamiento y hacer que las personas se vuelvan física o verbalmente violentas. El aumento de la pobreza y la marginalidad en la comunidad en donde el agresor vive; deficiencias en el entorno donde las actividades de los cuidadores llevan a cabo o las maneras en cómo está organizado; insuficiente entrenamiento y habilidades interpersonales del personal que proporciona estos servicios a la población; y el clima general de estrés e inseguridad en el lugar de trabajo pueden todos contribuir sustancialmente al aumento de los niveles de violencia
Los cuidadores de la salud están a la vanguardia de esta situación, tales como:
 - Personal que labora en unidades de emergencia: el personal de salud y especialmente el personal de enfermería están sometidos a un mayor riesgo de violencia y abuso en el lugar de trabajo.

- Personal de hospitales psiquiátricos: la mayoría de los pacientes son usualmente no violentos, y los episodios de violencia son en muchos casos no traumáticos, sin embargo, algunos episodios de violencia llegan a ser extremadamente severos. En Suecia, las enfermeras psiquiátricas se encuentran tres veces más expuestas a experimentar acoso sexual por los pacientes, comparadas con las enfermeras de otros servicios.
- Ancianos: este grupo etario por su situación de dependencia y aislamiento social se erige como un grupo frágil y vulnerable frente a la violencia.
- Centros de rehabilitación de drogas: estos establecimientos se caracterizan por atender a personas que abusan de ciertas sustancias adictivas, las cuales pueden provocar en ellas comportamiento agresivo y la incapacidad de controlar sus impulsos. Además, la atención de estos pacientes es generadora de gran estrés, lo cual puede intensificar el clima de agresividad imperante.

La violencia que pueden recibir y/o infringir los usuarios al equipo de salud dice relación con múltiples factores. Entre ellos, se pueden mencionar los factores de riesgo: *individuales* que posiblemente incluyan ser mujer, historias de violencia familiar, personalidad agresiva, conflicto y ambigüedades de rol; *ambientales*, que abarcan los organizacionales y situaciones de riesgo: deficientes características físicas del lugar de trabajo, las modalidades de dotación del personal y trabajos por turnos poco adecuados, escasez crónica de personal y uso de trabajadores reemplazantes, responsabilidad solitaria por unidades de atención de salud, periodos de gran actividad y emoción en las unidades de los pacientes que producen gran estrés, lugares de trabajo sumamente accesibles, medidas de seguridad deficientes en los puestos de trabajo, intervenciones que exigen un estrecho contacto y proximidad física.

- *Trabajar en un entorno cada vez más abierto a la violencia*: ambientes que tradicionalmente se han encontrado libres de violencia tal como las escuelas y hospitales, se han visto paulatinamente transformados. Esta tendencia preocupante parece ser reflejada en un crecimiento general de la violencia y malestar de la sociedad, y el colapso de un gran número de valores sociales.
- *Trabajar en condiciones de especial vulnerabilidad*: el aumento del número de trabajadores que se han visto envueltos en trabajos ocasionales y precarios. Tales trabajadores son la mayoría de los empleados en un creciente número de empresas, y muchos de ellos se encuentran sometidos a violencia debido a su estatus marginal.

Dentro de los grupos de especial vulnerabilidad se identifican también los trabajadores de áreas rurales, inmigrantes y personas de distintos orígenes étnicos que experimentan desproporcionados niveles de incidentes violentos. Para estos trabajadores, el abuso y el maltrato puede ser la regla más bien que la excepción, aunque dada la naturaleza de sus relaciones laborales, la evidencia de la violencia laboral de tales trabajadores es extremadamente difícil de obtener.

Consecuencias de la violencia según el modelo

La parte final de la explicación del modelo considera los resultados o consecuencias de cualquier tipo de violencia que ocurra en el lugar de trabajo.

Como una piedra que entra en el agua, la violencia en el trabajo no solamente tiene un impacto inmediato en la víctima, sino que también se expande progresivamente, afectando a otras personas directa o indirectamente involucradas, así como a la empresa o institución implicada y la comunidad. Este efecto explica por qué el costo de la violencia a menudo ha sido subestimado.

Sólo recientemente expertos han comenzado a cuantificar los múltiples y amplios costos de tal violencia.

A nivel individual, el costo del sufrimiento y el dolor personal que resulta de la violencia en el trabajo es difícil de cuantificar. El sufrimiento y la humillación son eventos difíciles de manejar. Las víctimas usualmente llegan a falta de motivación, pérdida de confianza y reducida autoestima, depresión y rabia, ansiedad e irritabilidad. Si las causas de violencia no son eliminadas, o los efectos de la violencia no son contenidos por una adecuada intervención, estos síntomas están cercanos a desarrollarse en enfermedades físicas, desórdenes psicológicos, abuso de tabaco y alcohol, entre otros. Los afectados pueden terminar en accidentes ocupacionales, invalidez y hasta suicidio. Estas consecuencias negativas no sólo afectan a la persona quien es foco de tal violencia sino que a menudo se extienden a las personas próximas a la situación de violencia. Los efectos de la violencia pueden impregnar por completo el lugar de trabajo, la familia de la víctima y a la comunidad en la cual ella vive.

A nivel de costos organizacionales, las causas de violencia inmediata y a largo plazo, terminan por destruir las relaciones interpersonales, la organización del trabajo y sobretodo el ambiente de trabajo. Los empleados llevan el costo directo de pérdida del trabajo e improbables medidas de seguridad. Existe también un costo indirecto de reducción de la eficiencia y de la productividad, disminución en la calidad del producto, pérdida de la imagen de la institución y una reducción en el número de clientes.

Los aspectos del impacto negativo de la violencia en el lugar de trabajo, que afectan adversamente el desarrollo de la institución son: baja de la moral y de la productividad, incremento del estrés, miedo, ausentismo y rotativas de personal.

A nivel de la comunidad, los costos de la violencia impactan económicamente en los cuidados de salud, ya sea en rehabilitaciones de largo plazo, reintegración de las víctimas de la violencia al trabajo, desempleo y costos de nuevas capacitaciones laborales por quienes perdieron su trabajo a causa de tal fenómeno. En tal sentido, la inhabilidad y la invalidez a causa de la violencia en el trabajo son parte del precio a pagar por tal hecho.

Una evaluación de la magnitud total de los costos comunitarios de la violencia en el lugar de trabajo requiere una consideración del impacto de esta violencia en los colegas y parientes de la víctima y en una perspectiva más amplia, el efecto quebrantador que funciona como una multiplicación del miedo y la ansiedad acerca de la criminalidad de la violencia en cualquier sociedad.

Es así, que los factores de riesgo que promueven la violencia en los hospitales, dependen de la ubicación, el tamaño, y el tipo de atención que se entrega. Los factores comunes de riesgo que promueven la violencia en el hospital incluyen: trabajar directamente con las personas volubles,

especialmente si están bajo la influencia de drogas o alcohol o tienen una historia de violencia o ciertos diagnósticos sicóticos; *trabajar con personal insuficiente*, especialmente durante las horas de comer y de visita; el traslado de pacientes; esperas largas por el servicio; salas de espera abarrotadas e incómodas; trabajar solo; mal diseño ambiental; seguridad inadecuada; falta de capacitación del personal y de policías para impedir y controlar las crisis con los pacientes potencialmente volubles; abuso de drogas y alcohol; movimiento ilimitado del público; pasillos, salas, estacionamientos y otras áreas poco alumbradas (76).

Como lo indica el modelo, las consecuencias de la violencia se extienden más allá de lo inmediato, puede alcanzar y ser parte de los factores de riesgo contextuales y de la sociedad que rodea tanto al agresor como a la víctima. El flujo de la violencia desde el lugar de trabajo o de una institución puede producir grietas en la superficie de la sociedad que ya está experimentando inestabilidad y desorientación cultural, y puede alimentar la inestabilidad de la globalización, produciendo inseguridad, injusticias, y aumento de la violencia (11).

Se considera la violencia en el trabajo en el sector salud como uno de los principales factores de riesgos de origen psicosocial a los que se ven sometidos los trabajadores, por lo que se hace necesario conocer la magnitud del problema y visibilizarlo para posteriormente tomar las medidas de prevención y tratamiento que sea necesario, ya que en las instituciones de salud, donde se va en búsqueda de sanación, la violencia debe tener tolerancia cero.

1.4.- OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

1.4.1.- OBJETIVOS GENERALES:

- Determinar la prevalencia de la violencia laboral y factores asociados de los trabajadores de los servicios de urgencia en establecimientos de salud públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile.
- Generar medidas preventivas de actos violentos propuestos por los trabajadores/as y estrategias de afrontamiento basadas en la evidencia del estudio.

1.4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Describir los tipos de violencia laboral, factores que contribuyen, intensidad, frecuencia, horario, lugar, agresores, y el tipo de afrontamiento, preocupación por la violencia, políticas institucionales frente a la violencia y efectividad respecto a estas políticas.
- 2) Relacionar la percepción de violencia laboral con el perfil biosociodemográfico (edad, sexo, pertenencia a grupo étnico, nacionalidad, situación de pareja, estado civil, condición migratoria, país de procedencia y tiempo de permanencia en Chile), antecedentes laborales (estamento, años de experiencia en el área de la salud, años de experiencia en servicio de emergencias, tipo de contrato, jornada de trabajo, horarios de trabajo, número de personas con las que trabaja y contacto físico directo con pacientes).
- 3) Relacionar variables biosociodemográficas y antecedentes laborales con variables de violencia laboral: tipos, intensidad, frecuencia, horario, agresor y el tipo de afrontamiento utilizado por los trabajadores.
- 4) Enunciar las medidas que los propios trabajadores proponen para prevenir los actos violentos, para ser consideradas en las estrategias de afrontamiento que generará este estudio.
- 5) Comparar los resultados obtenidos entre los establecimientos públicos y privados.

1.5.-HIPÓTESIS DE TRABAJO:

- 1.- A mayor experiencia laboral menor prevalencia de violencia laboral
- 2.- La violencia laboral de tipo psicológica es la más prevalente entre los trabajadores del servicio de urgencias
- 3.- Existe mayor prevalencia de violencia laboral durante los turnos nocturnos respecto de los turnos diurnos.
- 4.- Existe mayor prevalencia laboral en las trabajadoras mujeres respecto de los hombres.

2.- METODOLOGÍA

2.1.- Diseño: El presente estudio correspondió a una investigación aplicada, de abordaje cuantitativo, correlacional y transversal, desarrollado en la Provincia de Concepción Chile en dos establecimientos de salud públicos y dos privados, en el período noviembre 2015 al 31 de octubre 2017.

2.2.- Unidad de análisis: El trabajador/a pertenecientes a los servicios de emergencia de dos establecimientos públicos y dos establecimientos privados, de la provincia de Concepción, Chile.

2.3.- Población: Estuvo constituida por trabajadores/as: médicos, enfermeras/os, técnicos paramédicos, auxiliares de servicios y administrativos, pertenecientes a los servicios de emergencias de los establecimientos en estudio, correspondientes a 581 trabajadores/as (Tabla 1).

Tabla N°1. Población trabajadores/as servicios de emergencias en estudio por estamento

ESTABLECIMIENTOS	MEDICOS	ENFERMERAS/OS	TECNICOS PARAMEDICOS	ADMINISTRATIVOS	AUXILIARES	TOTAL
PUBLICO 1	85	48	80	20	37	270
PUBLICO 2	47	27	50	5	18	147
PRIVADO1	35	19	31	22	9	115
PRIVADO 2	17	7	11	9	4	48
TOTAL	184	101	172	56	68	581

2.4.- Muestra: Para el cálculo de tamaño de muestra se consideró estimación de la prevalencia de violencia por intervalo de confianza del 95%, considerando margen de error de 5% ,prevalencia esperada del 50%. Luego de realizar el cálculo con el programa EPIDAT se calculó un tamaño de muestra de 399, obteniéndose finalmente una muestra real de 366. Se obtuvo el 92% de la muestra calculada para este estudio, siendo los médicos el estamento en el cual se obtuvo el menor porcentaje (80%).El muestreo fue probabilístico por estratos para cada establecimiento (Tabla 2).

2.4.1.- Criterios de inclusión. Trabajadores/as de servicios de urgencias que llevaran más de 6 meses en el puesto de trabajo, con el fin de asegurar la probabilidad de exposición al fenómeno de la violencia, que trabajen en jornada diurna o nocturna en la unidad y que accedan participar mediante el consentimiento informado.

2.4.2.- Criterios de exclusión. Trabajadores/as que se encontraran con licencia médica o permiso legal y todos quienes no aceptaron participar en este estudio.

Tabla N°2. Muestra calculada y muestra real obtenida

ESTABLECIMIENTOS	MEDICOS		ENFERMERAS		PARAMEDICOS		ADMINISTRATIVOS		AUXILIARES		TOTAL POR ESTABLECIMIENTO obtenido	PERDIDOS (*)	TOTAL MUESTRA REAL	MUESTRA CALCULADA
	CALCULADA	REAL	CAL	REAL	CAL	REAL	CAL	REAL	CAL	REAL				
HOSPITAL PUBLICO 1	50	44	28	27	48	48	11	9	22	21	149	2	151	159
HOSPITAL PUBLICO 2	34	26	20	20	36	34	4	4	13	13	97	1	98	107
HOSPITAL PRIVADO1	27	16	15	15	24	19	17	17	7	6	73	2	75	90
HOSPITAL PRIVADO2	15	15	6	6	10	9	8	8	4	3	41	1	42	43
TOTAL	126	101	69	68	118	110	40	38	46	43	360	6	366	399

2.5.- Instrumento

Se utilizó el cuestionario “Violencia Laboral en el Sector Salud” (ANEXO I), elaborado y recomendado por la OMS (Organización Mundial de la Salud), OIT (Organización Internacional del Trabajo), CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) y el PSI (Servicios Públicos Internacionales), el que consta de dos partes: una relacionada con variables sociodemográficas y otra conformada por 5 apartados relacionados con la violencia (violencia física, abuso verbal, mobbing, acoso sexual y violencia racial). En la presente investigación se utilizó solo los 4 primeros apartados de violencia, ya que todos los trabajadores pertenecían a una misma raza. Fueron adaptados algunos términos del instrumento al contexto hospitalario en el que fue utilizado para esta investigación (Anexo II).

Este instrumento ha sido utilizado previamente en varios países; Arabia Saudita, Irán, Japón, Líbano, Tailandia, Turquía, Chile entre otros (77, 36). En Chile este instrumento se ha utilizado, siendo traducido al español y retraducido al idioma inglés y nuevamente al español por nativos del idioma inglés y español, y la validez de su contenido evaluado por expertos (36) y aplicado en contexto sanitario.

La confiabilidad fue calculada en variables con respuesta de tipo escalar, resultando alpha de cronbach, según tipo de violencia:

Violencia Física: 0,816

Abuso Verbal: 0,867

Acoso Laboral: 0,917

Acoso Sexual: 0,863

2.6.- Recolección de Datos

La recolección de datos se efectuó entre marzo y junio 2016, con un equipo de 6 encuestadores, (4 mujeres y 2 hombres, profesionales de: psicología, enfermería, ingeniería comercial, bioingeniería y una alumna de enfermería del último año), los cuales fueron previamente capacitados (ANEXO III).

El cuestionario fue entregado a los trabajadores seleccionados en la muestra, previo consentimiento informado por escrito. Los cuestionarios fueron administrados en lugares destinados por las referentes de los establecimientos nombradas por los jefes de servicios, dentro de los hospitales públicos y privados, donde acudían entre 1 a 3 trabajadores como máximo, estando el encuestador siempre a disposición de los trabajadores para cualquier consulta relacionada con el cuestionario.

El tiempo de demora en responder los cuestionarios, tuvo un rango de entre 20 a 45 minutos. 33 trabajadores no respondieron la encuesta, siendo la gran mayoría de ellos pertenecientes al estamento médico, quienes no quisieron o no pudieron atender por la demanda de atención. En general, debemos decir que hubo un muy buen porcentaje de trabajadores de emergencia que respondieron. Solo una trabajadora de un establecimiento público, al leer el cuestionario irrumpió en llanto y se descontroló, se ofreció apoyo de un psicólogo, pero no aceptó, retirándose del lugar.

2.7.- Procesamiento de datos

Los datos fueron procesados en el programa estadístico del programa estadístico SPSS 22.0.

2.8.- Análisis Estadístico

Se comenzó con análisis univariado descriptivo del cuestionario a través de tablas de frecuencias. Luego se realizó análisis bivariado tanto por tipo de establecimiento (privado y público) y por establecimiento. Respecto al análisis inferencial se calcularon intervalos de confianza para la prevalencia de violencia, y para analizar asociación entre variables cualitativas se aplicó la prueba chi-cuadrado de independencia (en caso de no cumplirse los supuestos se realizó la prueba exacta). En el caso de variables ordinales se analizó relación con el coeficiente de correlación de Spearman. En cuanto al análisis multivariado, se construyeron modelos de regresión logística. Para los contrastes se consideró un nivel de significación del 5%.

2.9.- Consideraciones Éticas

Para el presente estudio fueron considerados los requisitos éticos establecidos por Ezequiel Emmanuel (78).

- **Valor.** La investigación tuvo como objetivo conocer la prevalencia de violencia y los factores asociados, consideró información relevante acerca del ambiente de trabajo en el que desarrollan la atención de salud los/las trabajadores/as de los servicios de emergencia.
- **Validez científica:** Se consideró que la metodología planteada es válida y de posible ejecución. En el sentido que se sustenta en un marco referencial que refleja el estado del arte en el tema y justifican el estudio, se plantearon objetivos claros, y el diseño fue cuidadosamente estudiado, apegado a las consideraciones metodológicas de toda investigación científica.
- **Selección equitativa de los sujetos:** Los sujetos que participaron en el estudio correspondieron a un grupo específico, relacionado directamente con las interrogantes planteadas en la investigación al que voluntariamente accedieron a responder, considerando además que estas personas y sus pares, representan los potenciales beneficiadas con los resultados y propuestas que emanen de la investigación.
- **Proporción favorable riesgo – beneficio:** Se estima que los riesgos asociados a la participación de las personas fueron mínimos, éstos se relacionaron fundamentalmente a aquellos asociados con el recuerdo o evocación de situaciones ligadas a salud o a su historia de vida personal, que pudieron ser poco agradables o incomodar al entrevistado durante o posterior a la aplicación de la encuesta. Para estos casos se contempló el apoyo de un psicólogo en caso que el/la trabajadora así lo requiriera. Se estimó que la probabilidad y/o magnitud de los beneficios potenciales esperados sería mayores que los riesgos a los cuales pudieron ser expuestos.
- **Evaluación independiente:** Para realizar el presente estudio fueron obtenidos previamente las aprobaciones previas del comité ético científicos de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Concepción, y los comités ético científicos a los cuales estaban adscritos los establecimientos considerados (ANEXO IV).

Estos permisos se gestionaron entre octubre 2015 y marzo 2016

- **Consentimiento:** Fueron consideradas las autorizaciones de los gerentes y directores de los establecimientos privados y públicos, y de los respectivos jefes de los servicios de emergencias, y posteriormente, fueron solicitados a los trabajadores/as que cumplieran con los requisitos de inclusión, el consentimiento informado (ANEXO V), como requisito individual de participación. En este documento los participantes aceptaron libre y voluntariamente la participación en investigación, cautelando la confiabilidad y anonimato de los datos obtenidos.

Respeto a las personas: El respeto a las personas participantes fue un requisito presente a lo largo de toda la investigación. Este requisito incluyó la voluntariedad de participación, confidencialidad de la información recogida, información clara acerca de los potenciales riesgos y beneficios que podrían emanar durante el curso de la investigación, adquisición del compromiso de información de los resultados obtenidos y asegurar el resguardo de su

bienestar durante su participación en el estudio y la declaración de los investigadores del cumplimiento de buenas prácticas clínicas.

3.- RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos, según análisis descriptivo, bivariado y modelos de regresión logística.

3.1.- RESULTADOS DESCRIPTIVOS

3.1.1.- CARACTERIZACION DE LA MUESTRA: PERFIL BIOSOCIODEMOGRÁFICO Y DE TRABAJO:

Tabla 3. Distribución de la población estudiada por tipo de establecimiento, según rango de edad.

	Global		Privados		Públicos	
	f	%	f	%	f	%
20 a 24 años	16	4,4	9	7,8	7	2,8
25 a 29 años	64	17,5	19	16,4	45	18,1
30 a 34 años	47	12,8	23	19,8	24	9,6
35 a 39 años	48	13,1	18	15,5	30	12,0
Rango de Edad 40 a 44 años	44	12,0	12	10,3	32	12,9
45 a 49 años	45	12,3	10	8,6	35	14,1
50 a 54 años	50	13,7	11	9,5	39	15,7
55 a 59 años	31	8,5	5	4,3	26	10,4
60 años y más	20	5,5	9	7,8	11	4,4
Total	365	99,7	116	100	249	100
No Responde	1	0,3				
Total	366	100,0				
Media Aproximada Edad	n	edad	n	edad	n	edad
	365	40,9	116	38,9	249	41,9

(Δ)

En forma global, el 60% de los entrevistados presentaban entre 20 a 44 años de edad. La media aproximada de edad fue de 40,9 años.

(Δ) Fuente de Tablas 3 a 61: Proyecto ACHS 0179-2015. "Prevalencia de Violencia Laboral y factores asociados en los trabajadores de los servicios de emergencia en establecimientos de salud pública y privada, Provincia de Concepción. Chile".

Tabla 4. Distribución población estudiada, por tipo de establecimientos, según sexo, estado civil y situación de pareja.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Sexo	Mujer	197	53,8	71	60,7	126	50,6
	Hombre	141	38,5	39	33,3	102	40,9
	No responde	28	7,7	7	6	21	8,4
	Total	366	100	117	100	249	100
Estado Civil	Soltero	144	39,3	55	47,1	89	36,0
	Casado	179	48,9	54	46,1	125	50,0
	Viudo	6	1,6	2	2,0	4	2,0
	Divorciado/Anulado	33	9,0	5	4,8	28	12,0
	No Responde	4	1,1	1	0,9	3	1,2
	Total	366	100	117	100	249	100
Situación de Pareja	Con Pareja	156	42,6	44	37,7	112	44,9
	Sin Pareja	58	15,8	20	17,0	38	15,3
	No responde	152	41,5	53	45,3	99	39,8
	Total	366	100	117	100	249	100

El porcentaje de mujeres es mayor en los establecimientos privados.

Aproximadamente la mitad de la muestra de trabajadores/as se encuentran casados y casi el 40% solteros. Al desglosar por tipo de establecimiento existe un mayor porcentaje de casados en los establecimientos públicos. El mayor porcentaje declara estar con pareja. Llama la atención el alto porcentaje (41,5%) que no da respuesta a la situación de pareja.

Tabla 5. Distribución de población estudiada, por tipo de establecimientos, según condición migratoria, país de proveniencia y tiempo de permanencia en Chile.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Condición Migratoria	Si	8	2,2	2	1,7	6	2,4
	No	355	97,0	114	98,3	241	97,6
	Total Respuestas	363	99,2	116	100	247	100
	No Responde	3	0,8				
	Total	366	100				
País de proveniencia	Bolivia	1	12,5	0	0	1	20
	Brasil	1	12,5	1	50	0	0
	Colombia	1	12,5	1	50	0	0
	Ecuador	1	12,5	0	0	1	20
	Inglaterra	1	12,5	0	0	1	20
	Perú	2	25,0	0	0	2	40
	Total respuesta	7	87,5	2	100	5	100
	No Responde	1	12,5				
Total	8	100					
Tiempo de permanencia en Chile	Menos de 12 meses	1	12,5	0	0	1	25
	Más de 5 años	5	62,5	2	100	3	75
	Total respuesta	6	75,0	2	100	4	100
	No Responde	2	25,0				
Total	8	100,0					

Un muy bajo porcentaje de la muestra declara migrar desde otros países. No se observan grandes diferencias porcentuales de migrantes entre establecimientos públicos y privados. Del total de ocho migrantes, la mayoría proviene de América Latina.

Tabla 6. Distribución de la población estudiada, por tipo de establecimientos, según pertenencia a grupo étnico.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Pertenencia Grupo Étnico	Sí	11	3,0	2	1,9	9	3,8
	No	330	90,2	103	98,1	227	96,2
	Total	341	93,2	105	100	236	100
	Respuestas	25	6,8	12	10,3	13	5,2
Tipo de Etnia	Total	366	100,0	117	100	249	100
	Mapuche	7	63,6	2	100	5	100
	Total	7	63,7	2	100	5	100
	Respuesta	4	36,4	0	0	4	44,4
Total		11	100	2	100	9	100

Sólo 11 trabajadores/as declaran pertenecer a un grupo étnico (3%). De éstos 9 se encontraban en el establecimiento público. Del total de los que declararon pertenecer a una etnia corresponden a mapuches.

Tabla 7. Distribución de la población estudiada, por tipo de establecimientos, según estamento de trabajadores/as.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Estamento	Médico/a	101	27,6	31	27,0	70	28,5
	Enfermero/a	68	18,6	21	18,3	47	19,1
	Técnico paramédico	111	30,3	29	25,2	82	33,3
	Auxiliar de Servicio	43	11,7	9	7,8	34	13,8
	Administrativo/a	38	10,4	25	21,7	13	5,3
	Total	361	98,6	115	100	246	100
	No Responden	5	1,4				
Total		366	100				

De la muestra obtenida se observan porcentajes similares de los diversos estamentos médicos y de enfermeras en establecimientos públicos y privados. En el estamento administrativo se destaca un porcentaje bastante mayor en los establecimientos privados. Sin embargo, el estamento auxiliar de servicio y técnico paramédico, el porcentaje es mayor en los establecimientos públicos.

Del total de la muestra un 1,4% no declara el estamento al que pertenece.

Tabla 8. Distribución de la población estudiada, por tipo de establecimientos, según variables de trabajo.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Años de Experiencia laboral en salud	Menos de 1 año	12	3,3	11	9,6	1	0,4
	1 a 5 años	84	23,0	26	22,8	58	23,7
	6 a 10 años	66	18,0	22	19,3	44	18,0
	11 a 15 años	37	10,1	16	14,0	21	8,6
	16 a 20 años	40	10,9	11	9,6	29	11,8
	Más de 21	120	32,8	28	24,6	92	37,6
	Total	359	98,1	114	100	245	100
	No Responde	7	1,9				
Años de Experiencia laboral en servicio de emergencia	Menos de 1 año	30	8,2	24	21,1	6	2,4
	1 a 5 años	98	26,8	29	25,4	69	28,2
	6 a 10 años	74	20,2	22	19,3	52	21,2
	11 a 15 años	50	13,7	15	13,2	35	14,3
	16 a 20 años	42	11,5	8	7,0	34	13,9
	Más de 21	65	17,8	16	14,0	49	20,0
	Total	359	98,1	114	100	245	100
	No Responde	7	1,9				
Tipo de contrato	Indefinido	216	59,0	82	73,9	134	57,5
	Plazo Fijo	103	28,1	19	17,1	84	36,1
	Honorarios	25	6,8	10	9,0	15	6,4
	No Responde	22	6,0				
	Total	366	100,0				
Trabaja sistema de turnos nocturnos	Si	287	78,4	76	65,0	211	84,7
	No	79	21,6	41	35,0	38	15,3

Destaca en la muestra que el mayor porcentaje declara tener más de 21 años de trabajo en el área de la salud.

Se observa que en los establecimientos públicos existe un mayor porcentaje de trabajadores con más de 21 años de trabajo en el área de la salud, que en el área privada.

En relación a los Años de Experiencia laboral en servicio de emergencia se destaca en forma global que el 55,2 % de la muestra de trabajadores/as presenta entre uno y 10 años de experiencia en el servicio en estudio.

Los resultados por tipo de establecimiento señalan que las mayores diferencias porcentuales entre el público y privado se presentan en los años de experiencia laboral en el rango menos de un año, donde existe un 21, 1% de trabajadores/as en este rango en los establecimientos privados y un 2,4% los públicos.

Sólo el 59% de muestra obtenida tiene contrato indefinido. Un 6% no responde el tipo de contrato que mantiene con el establecimiento.

Un mayor porcentaje de trabajadores presenta contrato indefinido en los establecimientos privados.

El 75,7% de la muestra obtenida trabaja a tiempo completo en los servicios de emergencias.

El 91,5% trabaja en sistema de turnos nocturnos, esto es, entre 20: 00 y 08: 00 hrs.

El 97,5 % de los trabajadores/as tienen contacto con los pacientes, mientras que el 1,6% no lo tiene.

Una gran mayoría trabaja en turnos nocturnos, dada la naturaleza del servicio.

Tabla 9. Distribución de la población estudiada, por tipo de establecimientos, según tipo de paciente, área de especialidad en la que trabaja frecuentemente en el servicio de emergencias, lugar que considera trabajo principal y cantidad de personas con las que trabaja directamente.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Tipo de pacientes(*)	Pediátricos	61	16,7	15	12,8	46	18,5
	Adolescente (15 - 21 años)	64	17,5	25	21,4	39	15,7
	Adulto joven (22 a 45 años)	90	24,6	36	30,8	54	21,7
	Adulto (46 – 65)	106	29,0	43	36,8	63	25,3
	Adultos Mayores (66 años y más)	99	27,0	30	25,6	69	27,7
	Todas las anteriores	179	48,9	54	46,2	125	50,2
Sexo de los pacientes	Mujeres	15	4,1	9	7,8	6	2,4
	Hombres	5	1,4	2	1,7	3	1,2
	Hombres y Mujeres en igual frecuencia	342	93,4	104	90,4	238	96,4
	Total	362	98,9	115	100	247	100
	No Responde	4	1,1	2	1,7	2	0,8
	Total	366	100	117	100	249	100
Área de especialidad (*)	Medicina General	190	51,9	49	41,9	141	56,6
	Cirugía General	154	42,1	37	31,6	117	47,0
	Traumatología-Ortopedia	133	36,3	36	30,8	97	39,0
	Pediatría	126	34,4	27	23,1	99	39,8
	Neurocirugía	51	13,9	3	2,6	48	19,3
	Otro	44	12,0	6	5,1	38	15,3

(*) la suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

Continuación **Tabla 9**. Distribución de la población estudiada, por tipo de establecimientos, según tipo de paciente, área de especialidad en la que trabaja frecuentemente en el servicio de emergencias, lugar que considera trabajo principal y cantidad de personas con las que trabaja directamente.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Trabajo principal (más del 50% del tiempo)	Servicio de emergencias	332	90,7	99	84,6	233	93,5
	Otro	34	9,3	18	15,4	16	6,5
	Total	366	100	117	100	249	100
Número de personas con las que trabaja directamente	Trabaja solo	11	3,0	3	2,7	8	3,3
	Con 1 a 5 personas	67	18,3	28	24,8	39	16,1
	Con 6 a 10 personas	76	20,8	36	31,9	40	16,5
	Con 11 a 15 personas	37	10,1	21	18,6	16	6,6
	Con más de 15 personas	164	44,8	25	22,1	139	57,4
	Total	355	97,0	113	100	242	100
	No responde	11	3,0	2	1,7	0	0,0
Total	366	100	115	100	242	100	

Se destaca que el mayor porcentaje de pacientes que atienden pertenecen al grupo etario de adultos y adultos mayores.

Se mantiene los grupos etario de adultos y adultos mayores en el sector público, mientras que en el sector privado destaca la atención al grupo perteneciente a adulto joven y adulto.

La gran mayoría de los trabajadores atiende con igual frecuencia a hombres y mujeres.

Destaca que el mayor porcentaje de los trabajadores/as se desempeña en el servicio de emergencias en el área de medicina y cirugía general.

El servicio de emergencia representa el trabajo principal para la gran mayoría de los trabajadores en estudio.

Se observa que en los hospitales públicos el mayor porcentaje de funcionarios trabaja con más de quince personas directamente, a diferencia de los establecimientos privados en los que en mayor porcentaje trabajan mayoritariamente con grupos de seis a 10 personas.

Tabla 10. Distribución de población objetivo, por tipo de establecimientos, según preocupación respecto a la violencia, existencia de protocolos para reportar violencia, conocimientos sobre cómo usar protocolos, incentivación y quien incentiva el reporte.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Preocupación por la violencia (1 = no está preocupado; 5 = muy preocupado)	1	39	10,7	23	20,7	16	6,6
	2	28	7,7	11	9,9	17	7,0
	3	63	17,2	24	21,6	39	16,1
	4	75	20,5	21	18,9	54	22,3
	5	148	40,4	32	28,8	116	47,9
	Total	353	96,4	111	100	242	100
	No Responde	13	3,6	6	5,1	7	2,8
	Total	366	100	117	100	249	100
Existencia de Protocolos para reportar violencia en el trabajo	Sí	214	58,5	71	66,4	143	61,1
	No	127	34,7	36	33,6	91	38,9
	Total responden	341	93,2	107	100	234	100
	No Responde	25	6,8	10	8,5	15	6,0
	Total	366	100	117	100	249	100

Continuación **Tabla 10.** Distribución de población objetivo, por tipo de establecimientos, según preocupación respecto a la violencia, existencia de protocolos para reportar violencia, conocimientos sobre cómo usar protocolos, incentivación y quien incentiva el reporte.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Conocimiento uso de protocolos	Sí	142	66,4	50	73,5	92	66,2
	No	65	30,4	18	25,5	47	33,8
	Total responden	207	96,7	68	100	139	100
	No Responde	7	3,3	3	4,2	4	2,8
	Total	214	100				
Se incentiva al reporte	Sí	178	48,6	61	56,0	117	49,2
	No	169	46,3	48	44,0	121	50,8
	Total responden	347	94,8	109	100	238	100
	No Responde	19	5,2	8	6,8	11	4,4
	Total	366	100	117	100	249	100
Quien incentiva (*)	Jefe servicio	122	68,5	50	82,0	72	61,5
	Colegas	61	34,3	17	27,9	44	37,6
	Sindicatos	24	13,5	6	9,8	18	15,4
	Familia/amigos	5	2,8	2	2,3	3	2,6
	Otros	13	7,3	4	6,6	9	7,7

(*) la suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

El 60,9 de los trabajadores se encuentran preocupados o muy preocupados por la violencia en su lugar de trabajo.

Los trabajadores de los establecimientos privados están menos preocupados por la violencia que los pertenecientes a establecimientos públicos.

Sólo un 58,5% responde que existen protocolos para reportar la violencia en su lugar de trabajo. Son porcentualmente similares las respuestas de los trabajadores respecto a la existencia de protocolos para reportar la violencia en su lugar de trabajo tanto en los establecimientos públicos como privados.

De los que respondieron conocer la existencia de protocolos para reportar violencia el 66,4% refiere tener conocimiento del manejo de éstos.

En los establecimientos privados un 73,5% conoce el manejo de los protocolos para reportar violencia, a diferencia de los públicos que corresponde a un 66,2%.

Existe una similar distribución porcentual entre quienes refieren si se incentiva o no el reporte de violencia en el lugar de trabajo.

En los establecimientos privados un mayor porcentaje de trabajadores/as manifiesta que se incentiva el reporte de violencia.

La persona que mayoritariamente incentiva a reportar actos de violencia es el jefe de servicio, tanto en los establecimientos públicos como privados.

3.1.2.- RESULTADOS DE PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Tabla 11. Prevalencia y caracterización de la violencia física en los servicios de emergencia de establecimientos en estudio.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Violencia Física	Si	45	12,4	5	4,4	40	16,1
	No	317	86,6	109	95,6	208	83,9
	Total	362	98,9	114	100	248	100
	No responde	4	1,1				
	Total	366	100				
Incidente Típico	Si	38	84,4	2	40,0	36	94,7
	No	5	11,1	3	60,0	2	5,3
	Total	43	95,6	5	100	38	100
	No responde	2	4,4				
	Total	45	100				
Agresor (*)	Paciente/Cliente	39	86,7	4	80,0	35	87,5
	Miembros del equipo de emergencias	3	6,7	0	0	3	7,5
	Funcionarios de otros servicios	0	0,0	0	0	0	0
	Parientes del paciente/cliente	16	36,6	2	40,0	14	35,0
	Supervisor/Jefe/gerente	1	2,2	0	0	1	2,5
	Público en general	1	2,2	0	0	1	2,5
	Otros	1	2,2	0	0	1	2,5

Continuación **Tabla 11.** Prevalencia y caracterización de la violencia física en los servicios de emergencia de establecimientos en estudio.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Lugar del incidente	En el servicio de emergencia	44	97,8	5	100	39	100
	No responden	1	2,2				
	Total	45	100				
Intensidad de la violencia física	Baja	13	28,9	3	60	10	26,3
	Mediana	21	46,7	2	40	19	50
	Alta	9	20	0	0	9	23,7
	Total	43	95,6	5	100	38	100
	No responden	2	4,4				
	Total	45	100				
Hora en que ocurrió	08:00 – 14:00	3	6,7	0	0	3	7,7
	14:01 – 20:00	10	22,2	2	40	8	20,5
	20:01- 08:00	17	37,8	1	20	16	41
	No recuerda	14	31,1	2	40	12	30,8
	Total	44	97,8	5	100	39	100
	No responde	1	2,2				
	Total	14	100				
	Total	45	100				

Continuación **Tabla 11**. Prevalencia y caracterización de la violencia física en los servicios de emergencia de establecimientos en estudio.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Día de la semana	No recuerda	35	77,8	4	80,0	31	79,5
	Lunes a Domingo	9	20,0	1	20,0	8	20,5
	Total	44	97,8	5	100	39	100
	No responde	1	2,2				
	Total	45	100				
Pude haberse evitado	Si	19	42,2	3	60,0	16	42,1
	No	24	53,3	2	40,0	22	57,9
	Total	43	95,6	5	100	38	100
	No responde	2	4,4	0			
	Total	45	100				

(*) La suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

El 12,4% de los trabajadores/as manifiesta haber sido agredido físicamente. El porcentaje de agresión física es mayor en los establecimientos públicos que en los privados..

De los que percibieron violencia física la gran mayoría responde que es un incidente típico del lugar de trabajo.

Respecto al agresor, son identificados el paciente y sus familiares como los principales victimarios.

Casi la totalidad de los incidentes ocurrieron en el mismo servicio de emergencia.

En relación a la intensidad de la violencia física percibida, ésta se encuentra mayoritariamente en el rango de mediana intensidad. En establecimientos privados el mayor porcentaje de la intensidad percibida se encuentra en el rango de baja intensidad.

En general se destaca que en el horario de turno nocturno, entre 20:00 y 08:00 se presentan con mayor frecuencia los episodios de violencia física.

Un poco más de la mitad de los trabajadores/as no recuerda los días de la semana en que más frecuentemente ocurrieron los hechos violentos.

En general la mayoría señala que los incidentes de violencia física no pudieron ser evitados.

Tabla 12. Tipo de Afrontamiento de los trabajadores/as de los servicios de emergencias frente a los incidentes de violencia física.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Tipo de Afrontamiento	No hice nada	17	37,8	2	40,0	15	37,5

(*)	Le dije a la persona que parara	14	31,1	2	40,0	12	30,0
	Le conté a amigos/familia	5	11,1	0	0,0	5	12,5
	Le conté a un colega	18	40,0	1	20,0	17	42,5
	Pedí ser transferido a otro lugar de trabajo	2	4,4	0	0,0	2	5,0
	Pedí ayuda a asociación de profesionales	2	4,4	0	0,0	2	5,0
	Hice un reporte del incidente	7	15,6	1	20,0	6	15,0
	Hice como si nunca hubiese ocurrido	7	15,6	0	0,0	7	17,5
	Traté de defenderme físicamente	3	6,7	0	0,0	3	7,5
	Busque consejería profesional	1	2,2	0	0,0	1	2,5
	Lo reporté a un superior	12	26,7	2	40,0	10	25,0
	Pedía ayuda al sindicato	1	2,2	0	0,0	1	2,5
	Entablé demanda legal	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Otros	2	4,4	5	100,0	2	5,0

(*) La suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

Se destaca que ningún trabajador/a entabló demanda a causa de la violencia física percibida, sólo un 2,2 % buscó consejería profesional y un 15,6% hizo un reporte del incidente. La gran mayoría no hace nada frente al incidente. En los establecimientos públicos un 7,5% de las personas agredidas trataron de defenderse físicamente.

Tabla 13. Consecuencias de la agresión física en los trabajadores/as de los servicios de emergencias.

	Global		Privados		Públicos	
	f	%	f	%	f	%
Sí	11	24,4	1	20	10	27

	No	31	68,9	4	80	27	73
Salió herido a causa del incidente	Total	42	93,3	5	100	37	100
	No Responde	3	6,7				
	Total	45	100				
Solicitó atención	Sí	3	27,3	0	0	3	50
	No	3	27,3	0	0	3	50
	Total	6	54,5	0	0	6	100
	No Responde	5	45,5				
	Total	11	100				
Tuvo licencia médica después de la agresión	Si	3	6,7	0	0	3	8,1
	No	39	86,7	5	100	34	91,9
	Total	42	93,3	5	100	37	100
	No responde	3	6,7				
	Total	45	100				
Por cuanto tiempo	1 día	1	33,3	0	0	1	33,3
	1 semana	1	33,3	0	0	1	33,3
	2- 3 semanas	1	33,3	0	0	1	33,3
	Total	3	100	0	0	3	100

Se destaca que en general un 24,4 % de los trabajadores/as resultó herido a causa de la agresión física, y que del total el 6,7% requirió licencia médica.

Tabla 14. Consecuencias para los trabajadores/as en relación al ataque/ agresión física percibida.

	Global		Privado		Público	
	f	%	f	%	f	%
Nada	20	44,4	4	80,0	16	44,4

	Un poco	10	22,2	1	20,0	9	25,0
Son reiterativos los pensamientos/ imágenes del ataque violento que sufrió	Moderadamente	8	17,8	0	0,0	8	22,2
	Mucho /Muchísimo	3	6,6	0	0,0	3	8,4
	Total	41	91,1	5	100	36	100
	Perdidos	4	8,9				
	Total	45	100				
Evita pensar o hablar acerca del ataque	Nada	15	33,3	3	60	12	33,3
	Un poco	15	33,3	0	0	15	41,7
	Moderadamente	3	6,7	0	0	3	8,3
	Mucho /Muchísimo	8	17,8	2	40	6	16,7
	Total	41	91,1	5	100	36	100
	Perdidos	4	8,9				
	Total	45	100,0				

Continuación **Tabla 14.** Consecuencias para los trabajadores/as en relación al ataque/ agresión física percibida.

	Global	Privado	Público
--	--------	---------	---------

		f	%	f	%	f	%
Está atento, vigilante y a la defensiva desde que sufrió el ataque	Nada	12	26,7	2	40	10	27,0
	Un poco	8	17,8	0	0,0	8	21,6
	Moderadamente	8	17,8	2	40,0	6	16,2
	Mucho /Muchísimo	14	31,2	1	20,0	13	35,1
	Total	42	93,3	5	100	37	100
Perdidos		3	6,7				
Total		45	100,0				
Tiene la sensación de que todo lo que ha hecho asociado a la violencia sufrida, ha demandado un esfuerzo de su parte	Nada	21	46,7	3	75,0	18	50,0
	Un poco	5	11,1	0	0,0	5	13,9
	Moderadamente	7	15,6	1	25,0	6	16,7
	Mucho /Muchísimo	7	15,6	0	0,0	7	19,4
	Total	40	88,9	4	100	36	100
	Perdidos	5	11,1				
Total		45	100,0				

Un 46,7 % del total trabajadores/as que percibió agresión física, presentó reiterativos pensamientos/ imágenes del ataque violento que sufrió, en distintas intensidades.

Un 57,8% evitó pensar o hablar acerca del ataque en distintas intensidades.

Un 49% se mantiene moderado o muy atento, vigilante y a la defensiva desde que sufrió el ataque del cual fue víctima.

A un 31,2% le ha demandado un esfuerzo moderado y mucho esfuerzo todo lo relacionado con la violencia.

Tabla 15. Medidas tomadas en respuesta a los actos de violencia física y consecuencias para el agresor reportados por los trabajadores de los servicios de emergencias.

	Global		Privado		Público	
	f	%	f	%	f	%
Si	3	6,7	0	0,0	3	8,9

	No	32	71,1	3	100	29	85,3
	No sé	2	4,4	0	0,0	2	5,9
El empleador tomó medidas	Total	37	82,2	3	100	34	100
	No responden	8	17,8				
	Total	45	100				
Quién tomó las medidas	Médico jefe de emergencias	3	100	0	0,0	3	100
Consecuencias para el atacante/ agresor	Ninguna	3	100	0	0,0	3	100

Solamente en un 6,7 % de los casos (3 personas), el empleador tomó medidas frente a la agresión, mientras que un 71% señala que no se tomaron medidas. Igualmente un 6,7% (3trabajadores/as) manifestaron que los hechos de violencia no tuvieron consecuencias para el victimario.

Tabla 16. Apoyo entregado a las víctimas y razones por las que no se reporta violencia física en el lugar de trabajo.

			Global		Privado		Público	
			f	%	f	%	f	%
Respecto a la agresión su jefe o empleador ofreció	Consejería profesional	Si	3	6,7	0	0,0	3	14,3
		No	22	48,9	4	100	18	85,7
		Total	25	55,6				
	Opción de reportarlo	No Responden	20	44,4				
		Si	7	15,6	1	25,0	6	30,0
		No	17	37,8	3	75,0	14	70,0
	Total	24	53,3					
	No Responden	21	46,7					
Satisfacción de la víctima con la forma de tratar el incidente	Muy Insatisfecho	7	15,6	1	20,0	6	21,4	
	Insatisfecho	8	17,8	1	20,0	7	25,0	
	Ni satisfecho ni insatisfecho	9	20,0	2	40,0	7	25,0	
	Satisfecho	3	6,7	0	0,0	3	10,7	
	Muy satisfecho	6	13,3	1	20,0	5	17,9	
	Total	33	73,3	5	100	28	100	
	No responde	12	26,7					
	Media	2,8		2,8		2,8		
DE	1,4		1,5		1,4			
Razones para no reportar (*)	No fue importante	16	35,6	2	40,0	14	35,0	
	Me sentí culpable	1	2,2	0	0	1	2,5	
	No sirve de nada	14	31,1	0	0	14	35,0	
	Otro	1	2,2	0	0	1	2,5	
	Me sentí avergonzado/a	3	6,7	0	0	3	7,5	
	Asustado/a de consecuencias negativas	2	4,4	0	0	2	5,0	
	No sabía a quién reportarlo	6	13,3	0	0	6	15,0	

(*) la suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

De las 25 víctimas sólo al 6.7% (3 trabajadores/as) de ellas, les ofrecieron consejería profesional. Respecto a la agresión el jefe ofreció reportarlo sólo a un 15,6% (7) de trabajadores/as afectados. El 33% de las víctimas responden que están muy insatisfechas e insatisfechas y sólo un 20% evalúa como satisfecho o muy satisfecho el trato que se le dio al incidente. Dentro de las razones para no reportar el incidente, un 35,6% estableció que no fue importante, un 31,1% indicó que reportarlo no sirve de nada y un 13,3% no sabía a quién reportarlo.

Tabla 17. Percepción de violencia física como testigo y reporte en los últimos 12 meses.

		Global		Privado		Público	
		f	%	f	%	f	%
Testigo de violencia física en los últimos 12 meses	Sí	117	32,0	10	9,7	107	53,7
	No	186	50,8	93	90,3	93	46,5
	Total	303	82,8	103	100	200	100
	No Responde	63	17,2				
Frecuencia en la que ha sido testigo de violencia física en los últimos 12 meses	Una vez	19	16,2	4	40,0	15	14,9
	2 – 4 veces	43	36,8	2	20,0	41	40,6
	5 – 10 veces	17	14,5	3	30,0	14	13,9
	Muchas veces en un mes	19	16,2	1	10,0	18	17,8
	Una vez a la semana	7	6,0	0	0,0	7	6,9
	Diariamente	6	5,1	0	0,0	6	5,9
	Total	111	94,9	10	100	101	100
No Responde	6	5,1					

El 32,0 % de los entrevistados señala haber sido testigo de agresión física en el trabajo en el último año.

El 16,2 % señala que muchas veces en un mes es testigo de violencia física en el lugar de trabajo.

3.1.3.- RESULTADOS DE PERCEPCION DE ABUSO VERBAL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Tabla 18. Prevalencia y caracterización de la violencia verbal en los servicios de emergencia de establecimientos en estudio.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Abuso verbal en el trabajo	Si	216	59,0	52	45,2	164	65,9
	No	148	40,4	63	54,8	85	34,1
	Total	364	99,5	115	100	249	100
	No responde	2	0,5				
	Total	366	100				
Frecuencia abuso verbal	Todo el tiempo	41	19,0	4	7,7	37	22,7
	A veces	149	69,0	35	67,3	114	69,9
	Una vez	25	11,5	13	25,0	12	7,4
	Total	215	99,5	52	100	163	100
	No responde	1	0,5				
Total	216	100					
Quien fue el agresor (*)	Paciente/Cliente	127	58,8	32	61,5	95	57,9
	Miembros del equipo de emergencias	29	13,4	9	17,3	20	12,2
	Funcionarios de otros servicios	16	7,4	4	7,7	12	7,3
	Familiares del paciente/cliente	113	52,3	19	36,5	94	57,3
	Supervisor/Jefe/Gerente	18	8,3	0	0,0	18	11,0
	Público en general	25	11,6	3	5,8	22	13,4
	Otros	2	0,9				

(*) La suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

Continuación **Tabla 18.** Prevalencia y caracterización de la violencia verbal en los servicios de emergencia de establecimientos en estudio.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Este abuso es típico en su lugar de trabajo	Si	188	87,0	38	74,5	150	91,5
	No	27	12,5	13	25,5	14	8,5
	Total	215	99,5	51	100	164	100
	No responde	1	0,5				
	Total	216	100				
Intensidad del abuso verbal	Baja Intensidad	42	19,4	17	32,7	25	15,2
	Mediana Intensidad	111	51,4	25	48,1	86	52,4
	Alta intensidad	59	27,3	10	19,2	49	29,9
	No responden	4	1,9	0	0,0	4	2,4
	Total	216	100	52	100	164	100
El incidente pudo haberse evitado/prevenido	Sí	130	60,2	27	54,0	103	64,0
	No	81	37,5	23	46,0	58	36,0
	Total	211	97,7	50	100	161	100,0
	No contestaron	5	2,3				
	Total	216	100,0				

Un 59% de los trabajadores/as informa haber percibido abuso verbal en el trabajo. Este porcentaje aumenta en los establecimientos públicos (65,9%). El 69% informa que este abuso se presenta “a veces” y un 19% informa que “siempre”. Este porcentaje aumenta en establecimientos de tipo público.

Respecto al agresor, un 58,8% identifica a los pacientes y un 52,3% a los familiares, tendencia que se mantiene en los establecimientos públicos y privados. En tercer lugar son identificados los miembros del equipo de emergencias, con un 13,4%.

Los trabajadores/as responden que estos abusos son típicos en su lugar de trabajo, especialmente en los establecimientos públicos, presentando porcentajes de 74,5 a 91,5%.

La mayoría de estos abusos se perciben de mediana intensidad con un 51,4%, siendo similares los porcentajes en los establecimientos tanto públicos como privados. Los abusos de alta intensidad los perciben un porcentaje no despreciable de 27,3% de trabajadores, siendo mayor esto en los trabajadores/as de establecimientos públicos.

El 60,2% de los trabajadores/as señalan que los incidentes de abuso verbal pudieron haberse evitado.

Tabla 19. Tipos de afrontamiento de los trabajadores/as de los servicios de emergencias frente a los incidentes de abuso verbal percibido.

	Global		Privados		Públicos	
	f	%	f	%	f	%
No hice nada	45	20,8	11	21,2	34	20,7
Le dije a la persona que parara	94	43,5	19	36,5	75	45,7
Le conté a amigos/familia	29	13,4	8	15,4	21	12,8
Le conté a un colega	62	28,7	12	23,1	50	30,5
Pedí ser transferido a otro lugar de trabajo	2	,9	0	0,0	2	1,2
Pedí ayuda a la asociación de profesionales	4	1,9	0	0,0	4	2,4
Afrontamiento (*) Hice un reporte del incidente	16	7,4	3	5,8	13	7,9
Hice como si nunca hubiese ocurrido	28	13,0	7	13,5	21	12,8
Traté de defenderme físicamente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Busqué consejería profesional	3	1,4	0	0,0	3	1,8
Lo reporté a un superior	59	27,3	19	36,5	40	24,4
Pedí ayuda al sindicato	2	,9	0	0,0	2	1,2
Entablé demanda legal	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otros(especifique)	18	8,3	7	13,5	11	6,7

(*) la suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

El afrontamiento mayormente utilizado por los trabajadores/as de emergencias frente al abuso verbal fue “le dije a la persona que parara”, en un 43,5%, seguido de “se lo conté a una colega” en un 28,7%, y se lo reporté a un superior, en un 27,3%. En los establecimientos privados “se lo reporté a un superior” tiene un mayor porcentaje que en los establecimientos públicos. Sólo un 1,4% buscó consejería profesional y nadie entabló alguna demanda legal.

Tabla 20. Consecuencias emocionales para los trabajadores/as en relación al abuso verbal percibido.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
	Nada	110	50,9	30	58,8	80	51,6
	Un Poco	62	28,7	16	31,4	46	29,7
Son reiterativos los pensamientos e imágenes del ataque violento que sufrió	Moderadamente	22	10,2	2	3,9	20	12,9
	Mucho	9	4,2	3	5,9	6	3,9
	Muchísimo	3	1,4	0	0,0	3	1,9
	Total	206	95,4	51	100	155	100
	No Responde	10	4,6				
	Total	216	100				
	Nada	89	41,2	22	44,0	67	42,7
	Un Poco	60	27,8	16	32,0	44	28,0
	Moderadamente	33	15,3	7	14,0	26	16,6
Evita pensar o hablar acerca del ataque	Mucho	21	9,7	5	10,0	16	10,2
	Muchísimo	4	1,9	0	0,0	4	2,5
	Total	207	95,8	50	100	157	100
	No responde	9	4,2				
	Total	216	100				

Continuación **Tabla 20.** Consecuencias emocionales para los trabajadores/as en relación al abuso verbal percibido.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Está atento o vigilante y a la defensiva desde que sufrió el ataque (*)	Nada	84	38,9	26	53,1	58	36,9
	Un Poco	50	23,1	10	20,4	40	25,5
	Moderadamente	31	14,4	8	16,3	23	14,6
	Mucho	26	12,0	5	10,2	21	13,4
	Muchísimo	15	6,9	0	0,0	15	9,6
	Total	206	95,4	49	100	157	100
	No responde	10	4,6				
Total	216	100					
Tiene la sensación que todo lo que ha hecho asociado a la violencia ha demandado un esfuerzo de su parte (*)	Nada	106	49,1	27	55,1	79	50,6
	Un Poco	47	21,8	12	24,5	35	22,4
	Moderadamente	18	8,3	4	8,2	14	9,0
	Mucho	21	9,7	4	8,2	17	10,9
	Muchísimo	13	6,0	2	4,1	11	7,1
	Total	205	94,9	49	100	156	100,0
	No contestaron	11	5,1				
Total	216	100,0					

(*) La suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

El mayor porcentaje de trabajadores dice no tener pensamientos e imágenes reiterativas del ataque violento que sufrió (50,9%), y un 38,9% responde que los tiene sólo un poco o moderadamente, un 5,6 indica que estos pensamientos se repitieron mucho o muchísimo. Por otra parte, un 41,2% no evita hablar o pensar en la agresión, mientras que un 44,6% evita en distintos grados hablar del problema. Un 38,9% no se encuentra atento ni vigilante desde que sufrió el ataque, mientras que un 43,5% si se encuentran más atentos y vigilantes en distintos grados desde que tuvieron el problema. Un 49,1% responde que después de la agresión no tienen la sensación de haber realizado un mayor esfuerzo de su parte, mientras que el 45,8 % responden que después de la agresión sí significó un mayor esfuerzo en distintas intensidades.

Tabla 21. Medidas tomadas en respuesta al acto violento de abuso verbal y consecuencias para el agresor.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Se tomaron medidas para investigar las causas del abuso verbal	Sí	24	11,1	12	23,5	12	7,6
	No	141	65,3	25	49,0	116	73,9
	No lo sé	43	19,9	14	27,5	29	18,5
	Total	208	96,3	51	100	157	100
	No contestaron	8	3,7				
Total		216	100				
Quién tomó las medidas (*)	Médico Jefe Emergencias	10	41,7	5	41,7	5	41,7
	Asociación Profesionales	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Sindicatos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Carabineros	4	16,7	2	16,7	2	16,7
	Enfermera jefe de emergencias	11	45,8	4	33,3	7	58,3
	Otro	5	20,1	3	25,0	2	16,7

(*) la suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

Continuación **Tabla 21.** Medidas tomadas en respuesta al acto violento de abuso verbal y consecuencias para el agresor.

	Global		Privados		Públicos	
	f	%	f	%	f	%
Ninguna	5	20,8	1	8,3	4	33,3
Fue reportado a carabineros	2	8,3	1	8,3	1	8,3
Fue suspendido	0	0,0	0	0,0	0	0,0
No lo sabe	6	25,0	2	16,7	4	33,3
Se emitió advertencia verbal	6	25,0	4	33,3	2	16,7
Agresor fue acusado judicialmente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otro: cambio de turno, conversa con el agresor.	3	12,5	2	16,6	1	8,3

(*) la suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

Sólo 11,1% de trabajadores /as informan que se tomaron medidas para investigar las causas del abuso verbal, siendo la enfermera jefe con un 45,8% y el médico jefe de emergencias con un 41,7% quienes tomaron estas medidas. Las consecuencias para el agresor fueron sólo una advertencia verbal, en un 25%, y ninguna consecuencia el 20%. Sólo fue reportado a carabineros en un 8,3%.

Tabla. 22. Apoyo entregado a las víctimas y razones por las que no se reporta abuso verbal en el lugar de trabajo

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Su empleador o jefe le ofreció (*)	Consejería profesional	13	6,0	5	9,6	8	4,9
	Opción de reportarlo	27	12,5	5	9,6	22	13,4
	Otro apoyo	11	5,1	5	9,6	6	3,7
Cuán satisfecho está ud con la forma en que se trató el incidente (**)	Muy insatisfecho	62	28,7	9	20,5	53	40,2
	Insatisfecho	22	10,2	4	9,1	18	13,6
	Ni satisfecho ni insatisfecho	46	21,3	14	31,8	32	24,2
	Satisfecho	22	10,2	8	18,2	14	10,6
	Muy satisfecho	24	11,1	9	20,5	15	11,4
	Total Respuestas	176	81,5	44	100	132	100
	No responden	40	18,5				
	Total	216	100				
	Media	2,6		3,1		2,4	
DST	1,4		1,4		1,4		

(*) la suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

(**) Los porcentajes presentados para establecimientos públicos y privados y por establecimientos fueron calculados en base al total respondido

Continuación **Tabla. 22.** Apoyo entregado a las víctimas y razones por las que no se reporta abuso verbal en el lugar de trabajo.

	Global		Privados		Públicos		
	f	%	f	%	f	%	
Razones por las que no reportó el incidente (*)	No sirve de nada	77	35,6	13	25,0	64	39,0
	No fue importante	68	31,5	15	28,8	53	32,3
	Asustado/a de consecuencias negativas	17	7,9	2	3,8	15	9,1
	No sabía a quién reportarlo	9	4,2	1	1,9	8	4,9
	Me sentí avergonzado/a	4	1,9	2	3,8	2	1,2
	Me sentí culpable	1	0,5	0	0,0	1	0,6
	Otro: Especifique	11	5,1	1	1,9	10	6,1

(*) la suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

Sólo a un 6% el empleador o jefe le ofreció consejería profesional, y a un 12,5% la opción de reportar la agresión sufrida, siendo este porcentaje menor en los establecimientos públicos.

La media de satisfacción en la forma en que se trató el incidente es mayor en los establecimientos privados, que en los establecimientos públicos, en rango de 2,3 a 2,5 (en una escala de 1 a 5 puntos, de muy disconforme a muy satisfecho).

Las razones por las que no reportó fueron: “no sirve de nada”, 35,6% y no “fue importante”, 31,5%.

3.1.4. RESULTADOS PERCEPCIÓN ACOSO LABORAL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Tabla 23. Prevalencia y caracterización del acoso laboral de los servicios de emergencias de los establecimientos en estudio.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Percepción de acoso laboral en los últimos 12 meses	Sí	51	13,9	7	6,2	44	18,1
	No	305	83,3	106	93,8	199	81,9
	Total	356	97,3	113	100	243	100
	No Responde	10	2,7				
Total		366	100				
Frecuencia acoso laboral	Una vez	9	17,6	2	28,6	7	15,9
	A veces	36	70,6	5	71,4	31	70,5
	Todo el tiempo	6	11,8	0	0,0	6	13,6
	Total	51	100	7	100	44	100
Agresor (*)	Miembros del equipo de emergencias	25	49,0	4	57,1	21	47,7
	Funcionarios de otros servicios	5	9,8	0	0,0	5	11,4
	Supervisor/Jefe/Gerente	18	35,2	1	14,3	17	38,6
	Público en general	2	3,9	0	0,0	2	4,5
Lugar de ocurrencia del acoso laboral	En el servicio de emergencias	47	92,2	6	85,7	41	93,2
	En otras dependencias de la institución	4	7,8	1	14,3	3	6,8
	Total	51	100,0	7	100	44	100
Intensidad del acoso laboral	Baja Intensidad	14	27,5	2	28,8	12	27,3
	Mediana Intensidad	20	39,2	4	57,1	16	36,4
	Alta intensidad	17	33,3	1	14,3	16	36,4
	Total	51	100,0	7	100	44	100

(*) Las respuestas no son excluyentes, los cálculos fueron obtenidos en base a los 51 trabajadores/as que percibieron acoso laboral.

Los que percibieron acoso laboral representan el 13,9%, porcentaje que es tres veces más alto en los establecimientos públicos que en los privados.

Los trabajadores/as que declaran que todo el tiempo están sufriendo acoso laboral representa un 11,8%, perteneciendo todos ellos a los establecimientos públicos.

El mayor porcentaje de acoso laboral es percibido por los trabajadores/as desde los miembros del equipo de emergencias (49%), seguido por el supervisor jefe (35,2%). Un 70,6% percibe que el acoso es a veces y un 11,8% todo el tiempo.

El lugar de ocurrencia del acoso laboral fue en el propio servicio de emergencias en un 92,2%, y existe un 7,8% de acoso laboral efectuado en otras dependencias del establecimiento de salud hacia los trabajadores de emergencias.

El acoso laboral fue percibido de mediana intensidad en un 39,2% y de alta intensidad en un 33,3%.

Tabla 24. Tipo de afrontamiento de los trabajadores de los servicios de emergencias frente al acoso laboral

	Global		Privados		Públicos	
	f	%	f	%	f	%
No hice nada	9	17,6	0,0	0,0	9	20,5
Le dije a la persona que parara	18	35,3	2	28,6	16	36,4
Le conté a amigos/familia	14	27,5	0	0,0	14	31,8
Le conté a un colega	23	45,1	2	28,6	21	47,7
Pedí ser transferido a otro lugar de trabajo	3	5,9	0	0,0	3	6,8
Pedí ayuda a la asociación de profesionales	2	3,9	0	0,0	2	4,5
Hice un reporte del incidente	4	7,8	0	0,0	4	9,1
Hice como si nunca hubiese ocurrido	11	21,6	1	14,3	10	22,7
Traté de defenderme físicamente	1	2,0	0	0,0	1	2,3
Busqué consejería profesional	2	3,9	0	0,0	2	4,5
Lo reporté a un superior	11	21,6	4	57,1	7	15,9
Pedí ayuda al sindicato	4	7,8	2	28,6	2	4,5
Entablé demanda legal	1	2,0	1	14,3	0	0,0
Otros(especifique)	2	3,9	1	14,3	1	2,3

(*) Las respuestas no son excluyentes

Por orden de porcentajes, los tipos de afrontamiento mayormente utilizados frente a incidentes de acosos laboral fueron: “le conté a un colega” 45,1%, “le dije a la persona que parara” 35,3%, “se lo contó a un amigo/familia” 27,5% y “lo reporté a un superior” con un 21,6%, e “hice como si nunca hubiera sucedido” en igual porcentaje.

Similares tipos de afrontamiento se presentan en establecimientos privados y públicos, teniendo la mayor diferencia en el establecimiento privado con un 57,1% en “lo reporté a un superior” y un 47,7% en establecimiento públicos en “le conté a un colega”.

Tabla 25. Consecuencias para los trabajadores/as en relación al acoso laboral percibido.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Son reiterativos los pensamientos /imágenes del acoso laboral que sufrió	Nada	17	33,3	4	57,1	13	32,5
	Un Poco	11	21,6	1	14,3	10	25,0
	Moderadamente	14	27,5	2	28,6	12	30,0
	Mucho	2	3,9	0	0,0	2	5,0
	Muchísimo	3	5,9	0	0,0	3	7,5
	Total	47	92,2	7	100	40	100
	No Responde	4	7,8				
Total	51	100,0					
Evita pensar o hablar acerca del acoso	Nada	15	29,4	5	71,4	10	25,0
	Un Poco	12	23,5	0	0,0	12	30,0
	Moderadamente	6	11,8	1	14,3	5	12,5
	Mucho	11	21,6	0	0,0	11	27,5
	Muchísimo	3	5,9	1	14,3	2	5,0
	Total	47	92,2	7	100	40	100
	No responde	4	7,8				
Total	51	100,0					
Está atento o vigilante y a la defensiva desde que sufrió el acoso	Nada	15	29,4	2	28,6	13	32,5
	Un Poco	12	23,5	3	42,9	9	22,5
	Moderadamente	3	5,9	1	14,3	2	5,0
	Mucho	8	15,7	1	14,3	7	17,5
	Muchísimo	9	17,6	0	0,0	9	22,5
	Total	47	92,2	7	100	40	100
	No Responde	4	7,8				
Total	51	100					

Continuación Tabla 25. Consecuencias para los trabajadores/as en relación al acoso laboral percibido.

		Global		Privados		Públicos	
		%	f	%	f	%	
Tiene la sensación que todo lo que ha hecho asociado al acoso laboral ha demandado un esfuerzo de su parte	Nada	15	29,4	3	42,9	12	
	Un Poco	9	17,6	1	14,3	8	
	Moderadamente	6	11,8	2	28,6	4	
	Mucho	7	13,7	0	0,0	7	
	Muchísimo	10	19,6	1	14,3	9	
	Total	47	92,2	7	100	40	
	No contestaron	4	7,8				
Total	51	100,0					
El incidente pudo haberse evitado/prevenido	Sí	36	70,6	5	71,4	31	
	No	15	29,4	2	28,6	13	
	Total	51	100,0	7	100	44	

Un 49,1% "piensa un poco y moderadamente sobre el acoso laboral que sufrió 2, mientras que un 35,3 % "lo evita". Un 33,5% está "muy y muchísimo más atento o vigilante y a la defensiva" desde que sufrió el acoso laboral.

Un 33,3% tiene la sensación de que es "mucho o muchísimo el esfuerzo demandado asociado al acoso laboral".

La mayoría (70,6%) refiere que el acoso laboral pudo haberse evitado.

Tabla 26. Medidas tomadas en respuesta a los actos de acoso laboral y consecuencias para el agresor.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Se tomaron medidas para investigar las causas del acoso	Sí	6	11,8	3	42,9	3	7,5
	No	35	68,6	4	57,1	31	77,5
	No lo sé	6	11,8	0	0,0	6	15,0
	Total Respuestas	47	92,2	7	100	40	100
	No Responde	4	7,8				
	Total	51	100,0				
Quién tomó las medidas (*)	Médico Jefe Emergencias	2	33,3	1	33,3	1	33,3
	Asociación Profesionales	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Sindicatos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Carabineros	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Enfermera jefe de emergencias	3	50,0	2	66,7	1	33,3
	Otro	1	16,7	0	0,0	1	33,3
Su empleador o jefe le ofreció (*)	Consejería profesional	1	2,0	0	0,0	1	2,3
	Opción de reportarlo	4	7,8	1	14,3	3	6,8
	Otro apoyo	4	7,8	2	28,6	2	4,5

(*) la suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

Continuación **Tabla 26.** Medidas tomadas en respuesta a los actos de acoso laboral y consecuencias para el agresor

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Qué consecuencias sufrió el agresor	Ninguna	2	33,3	1	33,3	1	33,3
	Fue reportado a carabineros	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	No lo sabe	2	33,3	1	33,3	1	33,3
	Se emitió advertencia verbal	1	16,7	1	33,3	0	0,0
	Agresor fue acusado judicialmente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Otro	1	16,7	0	0,0	1	33,3
	Total	6	100,0				
Cuán satisfecho está Ud. con la forma en que se trató el incidente	Muy Insatisfecho	24	47,1	2	33,3	22	57,9
	Insatisfecho	4	7,8	0	0,0	4	10,5
	Ni satisfecho ni insatisfecho	8	15,7	2	33,3	6	15,8
	Satisfecho	3	5,9	0	0,0	3	7,9
	Muy satisfecho	5	9,8	2	33,3	3	7,9
	Total Respuestas	44	86,3	6	100	38	100
	No Responde	7	13,7				
	Total	51	100,0				
	Media	2,1		3,0		2,0	
	DE	1,4		1,8		1,3	

Continuación **Tabla 26.** Medidas tomadas en respuesta a los actos de acoso laboral y consecuencias para el agresor.

	Global		Privados		Públicos	
	f	%	f	%	f	%
No sirve de nada	24	47,1	1	14,3	23	52,3
No fue importante	10	19,6	3	42,9	7	15,9
Asustado/a de consecuencias negativas	9	17,6	0	0,0	9	20,5
Si no lo contó o reportó por qué no lo hizo (*)						
Me sentí avergonzado/a	7	13,7	0	0,0	7	15,9
No sabía a quién reportarlo	5	9,8	0	0,0	5	11,4
Me sentí culpable	1	2,0	0	0,0	1	2,3
Otro	3	6,0	0	0,0	3	6,8

(*) la suma de porcentajes es mayor a 100, ya que podían marcar más de una alternativa

La mayoría de los trabajadores en todos los tipos de establecimientos refieren que no se tomaron las medidas para investigar las causas del acoso laboral. De las personas que tomaron medidas fueron en primer lugar la enfermera/o jefe del servicio de emergencias y en segundo lugar los/las médicos jefes de emergencias, en los establecimientos tanto privados como públicos.

Respecto a las consecuencias que sufrió el agresor, en iguales porcentajes un 33,3 % manifiesta que no hubo consecuencias, y un 33,3% manifiesta que no lo sabe.

Un 47,1% de los trabajadores/as están muy insatisfechos respecto a la forma en que se trató el incidente, especialmente en los establecimientos públicos donde un 57,9% está muy insatisfecho.

Las causas identificadas para no reportar el acoso laboral fueron: “que no sirve de nada” (47,1%), “no fue importante” (19,6%), y por “el susto a las consecuencias negativas” (17,6%), subiendo este porcentaje en los establecimientos públicos.

3.1.5 RESULTADOS PERCEPCION DE ACOSO SEXUAL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Tabla 27. Prevalencia y caracterización del acoso sexual en los servicios de emergencias de los establecimientos en estudio.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Acoso sexual en los últimos 12 meses	Sí	7	1,9	1	0,9	6	2,5
	No	343	93,7	111	99,1	232	97,5
	Total	350	95,6	112	100	238	100
	No Responde	16	4,4				
	Total	366	100				
Frecuencia acoso sexual	A veces	4	57,1	0	0,0	4	80,0
	Una vez	1	14,2	0	0,0	1	20,0
	Total	5	71,4	0	0,0	5	100
	No Responde	2	28,5				
	Total	7	100				
Quien fue el agresor (*)	Paciente/Cliente	1	16,7	0	0,0	1	20,0
	Miembros del equipo de emergencias	2	33,4	1	100	1	20,0
	Funcionarios de otros servicios	1	16,7	0	0,0	1	20,0
	Familiares del paciente/cliente	2	33,4	0	0,0	2	40,0
	Supervisor/Jefe/Gerente	2	33,4	0	0,0	2	40,0
	Total	8	85,7	1	100	5	100
	N o responde	1	16,7				
	Total	9	100				

Continuación **Tabla 27.** Prevalencia y caracterización del acoso sexual en los servicios de emergencias de los establecimientos en estudio

		Global		Privado		Público	
		f	%	f	%	f	%
Este acoso sexual es típico de su lugar de trabajo	Si	3	42,9	0	0	3	60
	No	3	42,9	1	100	2	40
	Total	6	85,7	1	100	5	100
	No Responde	1	14,3				
	Total	7	100				
Lugar en el que se llevó a cabo el acoso sexual	En el servicio de emergencias	3	42,9	1	100	2	33,3
	En otras dependencias de la institución	2	28,6	0	0	2	33,3
	Otro	1	14,3	0	0	1	16,7
	Total	6	85,7	1	100	6	100
	No responde	1	14,3				
	Total	7	100				

(*) Las respuestas no son excluyentes.

Un 1,9% responde que ha sufrido acoso sexual en los últimos doce meses, siendo el porcentaje mayor en los establecimientos públicos (2,5%).

Un 57,1% identifica que “a veces” percibieron este tipo de violencia, presentando un mayor porcentaje en los establecimientos públicos.

El agresor en igual porcentaje (33,4%) fueron miembros del equipo de emergencias, supervisor o jefe, y familiares del paciente.

Al responder si el acoso sexual es típico en su lugar de trabajo los trabajadores/as respondieron que sí y que no lo era en igual porcentaje (42,9%).

El mayor porcentaje del acoso sexual se llevó a cabo en el mismo servicio de emergencias.

Tabla 28. Afrontamiento de los trabajadores de los servicios de emergencias frente al acoso sexual

	Global		Privados		Públicos	
	f	%	f	%	f	%
Hice como si nunca hubiese ocurrido	1	14,3	0	0,0	1	16,7
Traté de defenderme físicamente	1	14,3	0	0,0	1	16,7
Le dije a la persona que parara al acoso sexual	4	57,1	1	100	3	50,0
No hice nada	3	42,9	0	0,0	3	50,0
Le conté a un colega	2	28,6	1	100	1	16,7
Le conté a amigos/familia	1	14,3	0	0,0	1	16,7
Pedí ser transferido a otro lugar de trabajo	1	14,3	0	0,0	1	16,7

(*) Las respuestas no son excluyentes

En relación al acoso sexual la mayoría de los trabajadores afronta el incidente diciéndole al agresor “que pare” con un 57,1%, y “no hace nada” con un 42,9%.

Tabla 29. Consecuencias para los trabajadores/as en relación al acoso sexual percibido.

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Son reiterativos los pensamientos /imágenes del acoso sexual que sufrió	Nada	1	14,3	0	0,0	1	25
	Un Poco	2	28,6	1	100	1	25
	Moderadamente	2	28,6	0	0,0	2	50
	Mucho	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Muchísimo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	5	71,4	1	100	4	100
	No Responde	2	28,6				
Total	7	100					
Evita pensar o hablar acerca del acoso	Nada	1	14,3	0	0,0	1	25,0
	Un Poco	2	28,6	0	0,0	2	50,0
	Moderadamente	1	14,3	0	0,0	1	25,0
	Mucho	1	14,3	1	100	0	0,0
	Muchísimo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	5	71,4	1	100	4	100
	No Responde	2	28,6				
Total	7	100					
Está atento o vigilante y a la defensiva desde que sufrió el acoso sexual	Nada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Un Poco	2	28,6	0	0,0	2	50,0
	Moderadamente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Mucho	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Muchísimo	3	42,9	1	100	2	50,0
	Total	5	71,4	1	100	4	100
	No Responde	2	28,6				
Total	7						

Continuación **Tabla 29.** Consecuencias para los trabajadores/as en relación al acoso sexual percibido.

		Global		Privado		Público	
		f	%	f	%	f	%
Tiene la sensación que todo lo que ha hecho asociado al acoso ha demandado un esfuerzo de su parte	Nada	1	14,3	0	0,0	1	25,0
	Un Poco	2	28,6	1	100	1	25,0
	Moderadamente	2	28,6	0	0,0	2	50,0
	Mucho	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Muchísimo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	5	71,4	1	100	4	100
	No Responde	2	28,6				
Total	7	100					
El incidente pudo haberse evitado/prevenido	Sí	4	57,1	1	100	3	60,0
	No	2	28,6	0	0,0	2	40,0
	Total	6	85,7	1	100	5	100
	No Responde	1	14,3				
	Total	7	100				

Un 57,2% refiere que los pensamientos /imágenes del acoso sexual son un poco y moderadamente reiterativos.

Un 42,9% evita hablar un poco y moderadamente acerca del acoso sexual percibido.

Un 42,9% está muy atento y/o vigilante y a la defensiva desde que sufrió el acoso sexual.

Un 57,2% tiene la sensación de que todo lo que ha hecho asociado al acoso sexual ha demandado poco y moderado esfuerzo de su parte.

Un 57,1% de los trabajadores afectados señalan que este acoso sexual pudo haberse evitado.

Tabla 30. Medidas tomadas en respuesta al acoso sexual y consecuencias para el agresor

		Global		Privados		Públicos	
		f	%	f	%	f	%
Se tomaron medidas para investigar el acoso sexual	No	6	85,7	1	50,0	5	100
	No responde	1	14,3	1	50,0	0	0
	Total	7	100				
Su empleador le ofreció	Consejería profesional	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Opción de reportarlo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Otro apoyo: Especifique	0	0,0				
Cuán satisfecho está Ud. con la forma en que se trató el incidente	Muy insatisfecho	3	42,9	1	100	2	50,0
	Insatisfecho	1	14,3	0	0	1	25,0
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	14,3	0	0	1	25,0
	Satisfecho	0	0,0	0	0	0	0,0
	Muy Insatisfecho	0	0,0	0	0	0	0,0
	Total	5	71,4	1	100	4	100
	No Responde	2	28,6				
Total	7	100					
Si no lo contó o reportó por qué no lo hizo (*)	Me sentí avergonzado/a	5	71,4	1	100	4	66,7
	Asustado/a de consecuencias negativas	5	71,4	1	100	4	66,7
	No sirve de nada	3	42,9	0	0,0	3	50,0
	No fue importante	1	14,3	0	0,0	1	16,7
	Me sentí culpable	1	14,3	0	0,0	1	16,7
	No sabía a quién reportarlo	1	14,3	0	0,0	1	16,7

(*) Las respuestas no son excluyentes

La gran mayoría, 85,7% respondió que no se tomaron medidas para investigar el acoso sexual, ni tampoco se ofreció de parte del empleador consejería profesional u otra ayuda.

El grado de satisfacción respecto a cómo se trató el incidente fue muy insatisfecho en un 42,9%.

No lo reportaron porque “se sintieron avergonzados” en un 71,4% y “asustado/a por las consecuencias negativas” en el mismo porcentaje, y además respondieron “no sirven de nada” en un 42,9%.

7.1.6. POLITICAS DESARROLLADAS POR EL EMPLEADOR

Tabla 31. Políticas del empleador identificadas por los trabajadores/as

		Global		Privados		Públicos	
Políticas en relación a:		f	%	f	%	f	%
Salud y Seguridad	Si	235	64,2	92	78,6	143	57,4
	No	26	7,1	3	2,6	23	9,2
	No lo sé	81	22,1	13	11,1	68	27,3
	No responde	24	6,6	9	7,7	15	6,0
Violencia física en el trabajo	Si	81	22,1	29	24,8	52	20,9
	No	101	27,6	30	25,6	71	28,5
	No lo sé	136	37,2	37	31,6	99	39,8
	No responde	48	13,1	21	17,9	27	10,8
Abuso verbal en el trabajo	Si	57	15,6	20	17,1	37	14,9
	No	113	30,9	35	39,9	78	31,3
	No lo sé	151	41,3	42	35,9	109	43,8
	No responde	45	12,3	20	17,1	25	10,0
Acoso sexual en el trabajo	Si	50	13,7	15	12,8	35	14,1
	No	92	25,1	30	25,6	62	24,9
	No lo sé	172	47,0	51	43,6	121	48,6
	No responde	52	14,2	21	17,9	31	12,4
Acoso laboral o mobbing	Si	46	12,6	13	11,1	33	13,3
	No	96	26,2	31	26,5	65	26,1
	No lo sé	169	46,2	49	41,9	120	48,2
	No responde	55	15,0	24	20,5	31	12,4

En relación a políticas de salud y seguridad la mayoría (64,2%) identificó esta política en su lugar de trabajo. Destacando un porcentaje mayor en los establecimientos privados.

Contrariamente, una proporción bastante menor reconoce la existencia de políticas que aborden la violencia laboral, relacionadas con violencia física (22,1%), abuso verbal (15,6%), acoso laboral (12,6%) y acoso sexual (13,7%), con una mayoría que declara que no lo sabe o no responde.

Tabla 32. Medidas existentes para combatir la violencia laboral en su trabajo y efectividad de estas

MEDIDAS (*)	EVALUACION EFECTIVIDAD	GLOBAL		Tipo de Establecimiento			
				Privado		Público	
		f	%	f	%	f	%
Medidas de seguridad (ejemplo: guardias, alarmas, teléfonos portátiles)	Muy efectivas	65	18,8	28	23,9	37	14,9
	Moderadamente efectivas	128	35	49	41,9	79	31,7
	Poco efectivas	119	32,5	26	22,2	93	37,3
	Nada efectivas	31	8,5	5	4,3	26	10,4
	No responde	23	6,3	9	7,7	14	5,6
Mejoras del entorno (ejemplo: iluminación, ruido, calor, acceso a la comida, limpieza, privacidad)	Muy efectivas	112	30,6	59	50,4	53	21,3
	Moderadamente efectivas	133	36,3	41	35	92	36,9
	Poco efectivas	70	19,1	9	7,7	61	24,5
	Nada efectivas	20	5,5	-	-	20	8
	No responde	31	8,5	8	6,8	23	9,2
Acceso público restringido	Muy efectivas	53	14,5	21	17,9	32	12,9
	Moderadamente efectivas	84	23	32	27,4	52	20,9
	Poco efectivas	104	28,4	28	23,9	76	30,5
	Nada efectivas	92	25,1	24	20,5	68	27,3
	No responde	33	9	12	10,3	21	8,4
Análisis previo de pacientes (para registrar y estar consciente de algún comportamiento agresivo previo)	Muy efectivas	41	11,2	21	17,9	20	8
	Moderadamente efectivas	85	23,2	24	20,5	61	24,5
	Poco efectivas	103	28,1	31	26,5	72	28,9
	Nada efectivas	77	21	18	15,4	59	23,7
	No responde	60	16,4	23	19,7	37	14,9

Continuación **Tabla 32.** Medidas existentes para combatir la violencia laboral en su trabajo y efectividad de estas

MEDIDAS (*)	EVALUACION EFECTIVIDAD	Global		Privado		Público	
		f	%	f	%	f	%
Protocolos para los pacientes (ejemplo: procedimientos de control y contención, transporte, medicación, actividades. Programación, acceso a información.)	Muy efectivas	94	25,7	45	38,5	49	19,7
	Moderadamente efectivas	133	36,3	38	32,5	95	38,2
	Poco efectivas	75	20,5	15	12,8	60	24,1
	Nada efectivas	29	7,9	5	4,3	24	9,6
	No responde	35	9,6	14	12,0	21	8,4
Restringir el intercambio de dinero en el trabajo (ejemplo : pagos de pacientes)	Muy efectivas	113	30,9	43	36,8	70	28,1
	Moderadamente efectivas	57	15,6	30	25,6	27	10,8
	Poco efectivas	53	14,5	12	10,3	41	16,5
	Nada efectivas	43	11,7	6	5,1	37	14,9
Aumentar el equipo de trabajo	No responde	100	27,3	26	22,2	74	29,7
	Muy efectivas	81	22,1	38	32,5	43	17,3
	Moderadamente efectivas	110	30,1	30	25,6	80	32,1
	Poco efectivas	68	18,6	19	16,2	49	19,7
	Nada efectivas	30	8,2	5	4,3	25	10,0
Equipamiento y vestimenta especial (ejemplo: uniforme o ausencia de él)	No responde	77	21,0	25	21,4	52	20,9
	Muy efectivas	108	29,5	62	53,0	46	18,5
	Moderadamente efectivas	90	24,6	29	24,8	61	24,5
	Poco efectivas	52	14,2	4	3,4	48	19,3
	Nada efectivas	38	10,4	2	1,7	36	14,5
	No responde	78	21,3	20	17,1	58	23,3
	Nada efectivas	34	9,3	1	,9	33	13,3
	No responde	94	25,7	30	25,6	64	25,7

Continuación **Tabla 32.** Medidas existentes para combatir la violencia laboral en su trabajo y efectividad de estas

MEDIDAS (*)	EVALUACION EFECTIVIDAD	Global		Privado		Público	
		f	%	f	%	f	%
Cambios de turno (ejemplo; horas de trabajo)	Muy efectivas	105	28,7	52	44,4	53	21,3
	Moderadamente efectivas	92	25,1	30	25,6	62	24,9
	Poco efectivas	41	11,2	4	3,4	37	14,9
	Nada efectivas	34	9,3	1	0,9	33	13,3
	No responden	94	25,7	30	25,6	64	25,7
Periodos reducidos de trabajo solitario	Muy efectivas	64	17,5	24	20,5	40	16,1
	Moderadamente efectivas	74	20,2	29	24,8	45	18,1
	Poco efectivas	54	14,8	10	8,5	44	17,7
	Nada efectivas	43	11,7	10	8,5	33	13,3
	No responde	131	35,8	44	37,6	87	34,9
Entrenamiento	Muy efectivas	66	18,0	18	15,4	48	19,3
	Moderadamente efectivas	88	24,0	32	27,4	56	22,5
	Poco efectivas	55	15,0	16	13,7	39	15,7
	Nada efectivas	40	10,9	9	7,7	31	12,4
	No responde	117	32,0	42	35,9	75	30,1
Aptitudes comunicacionales, resolución de conflictos, autodefensa.	Muy efectivas	61	16,7	15	12,8	46	18,5
	Moderadamente efectivas	86	23,5	30	25,6	56	22,5
	Poco efectivas	48	13,1	13	11,1	35	14,1
	Nada efectivas	56	15,3	16	13,7	40	16,1
	No responde	115	31,4	43	36,8	72	28,9
Inversión en desarrollo de recursos humanos (entrenamiento para ascender profesionalmente, retiros, recompensas por logros, promover un ambiente saludable)	Muy efectivas	52	14,2	19	16,2	33	13,3
	Moderadamente efectivas	74	20,2	21	17,9	53	21,3
	Poco efectivas	74	20,2	22	18,8	52	20,9
	Nada efectivas	59	16,1	17	14,5	42	16,9
	No responde	107	29,2	38	32,5	69	27,7

A nivel respecto

global, a las

medidas de seguridad, un 53,8 % las evalúa como muy efectivas/moderadamente efectivas, un 36,3 % como poco efectivas/ nada efectivas y un 29,2% no responde. Al analizar por tipo de establecimientos se observa que la evaluación de estas medidas resultó efectiva y moderadamente efectiva en un 65,8% en los establecimientos privados.

Las mejoras del entorno fueron evaluadas en un 66,9% como muy efectivas/ efectivas, siendo este porcentaje mayor en los establecimientos privados.

El acceso restringido de público fue evaluado en un 37,5% como muy efectivo / moderadamente efectivo, mientras que una mayoría (53,5%) considera esta medida como poco/nada efectiva, manteniéndose esta tendencia entre los establecimientos privados y públicos.

Respecto al análisis previo de pacientes, los trabajadores/as evaluaron en un 49,1% la medida como poco / nada efectivas. Esta tendencia se mantiene por tipo de establecimiento.

En relación a los diversos Protocolos para los pacientes, éstos fueron evaluados en un 62% como muy efectivas y moderadamente efectivas.

El restringir el intercambio de dinero en el trabajo se considera como una medida muy efectiva y moderadamente efectiva en un 46,5%, siendo el porcentaje mayor en los establecimientos privados.

El aumentar el equipo de trabajo fue evaluado en un 52,2% como una estrategia muy efectiva y moderadamente efectiva, siendo mayor este porcentaje en establecimientos privados.

El equipamiento y vestimenta especial fueron evaluados en un 54,1% como elementos muy efectivos y moderadamente efectivos, destacando su mejor evaluación en establecimientos privados.

Los cambios de turnos fueron evaluados en un 53,8% como muy efectivos y moderadamente efectivos, siendo esta medida mejor evaluada en los establecimientos privados.

La medida de trabajar en períodos reducidos en forma solitaria, fue evaluada en un 37,7% como muy efectiva y moderadamente efectiva.

Respecto al tener entrenamiento o capacitación para combatir la violencia, un 42% lo evaluó como muy efectivo y moderadamente efectivo.

Sobre las aptitudes comunicacionales, resolución de conflictos y autodefensa, un 40,2% de los trabajadores/as las evaluó como factores muy y moderadamente efectivos.

La inversión en desarrollo de recursos humanos (entrenamiento para ascender profesionalmente, retiros, recompensas por logros, promover un ambiente saludable), es evaluada como muy efectiva y moderadamente efectiva por el 34,4% de los trabajadores/as. Tendencia similar se mantiene entre establecimientos privados y públicos.

3.1.1.7. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA VIOLENCIA LABORAL

Tabla 33. Factores que según los trabajadores de servicios de emergencias en estudio, contribuyen a la violencia física en su ambiente laboral.

Factor (*)	Total		Tipo de Establecimiento					
	f	%	Privado			Público		
Factor (*)	f	%	Factores (*)	f	%	Factores (*)	f	%
Largo tiempo de espera para la atención, para resultados de examen y procesos de ingreso	134	36,6	Largo tiempo de espera para la atención, para resultados de examen y procesos de ingreso	37	31,6	Largo tiempo de espera para la atención, para resultados de examen y procesos de ingreso	97	39,0
Tipo de pacientes y familiares: Impacientes, intolerantes, agresivos	71	19,4	Tipo de pacientes y familiares: Impacientes, intolerantes, agresivos	33	28,2	Sobrecarga laboral, poca rotación de turnos	61	24,5
Sobrecarga laboral, poca rotación de turnos	69	18,9	Estrés tanto de los pacientes como del personal y de los familiares	26	22,2	Tipo de pacientes y familiares: Impacientes, intolerantes, agresivos	38	15,3
Estrés tanto de los pacientes y de los familiares como del personal	59	16,1	Falta de empatía	13	11,1	Bajo Nivel educacional , sociocultural ; forma inadecuada de responder, falta de respeto del paciente	38	15,3
Bajo Nivel educacional , sociocultural ; forma inadecuada de responder, falta de respeto del paciente	48	13,1	Mala comunicación medico paciente y médico con el personal	12	10,3	Mala comunicación medico paciente y médico con el personal	34	13,7
Mala comunicación medico paciente y médico con el personal	46	12,6	Falta personal y cámara de seguridad	10	8,5	Estrés tanto de los pacientes como del personal y de los familiares	33	13,3
Falta personal y cámara de seguridad	38	10,4	Bajo Nivel educacional , sociocultural ; forma inadecuada de responder, falta de respeto del paciente	10	8,5	Falta personal y cámara de seguridad	28	11,2
Falta de Empatía	28	7,7	Exigencia de atención inmediata por pago	9	7,7	Tipo de paciente, paciente con patología psiquiátrica, desorientado, detenidos con carabineros	26	10,4
Tipo de paciente, paciente con patología psiquiátrica, desorientado, detenidos con carabineros	26	7,1	Cuentas elevadas, publicidad engañosa	8	6,8	No restringir entrada a los familiares	18	7,2
Insatisfacción usuaria con la atención	23	6,3	Sobrecarga laboral, poca rotación de turnos	8	6,8	Insatisfacción usuaria con la atención	17	6,8

(*) Las respuestas no son excluyentes

Los factores que según los trabajadores/as contribuyen a la violencia física son “largo tiempo de espera para la atención, para resultados de examen y procesos de ingreso” tanto para los establecimientos públicos como privados.

La sobrecarga laboral, los turnos largos y la poca rotación en turnos son percibidos en los establecimientos públicos en segundo lugar, mientras que en los establecimientos privados es identificado en el décimo lugar.

El tipo de usuario/pacientes y familiares que llega a los establecimientos, impacientes, agresivos, frustrados, resentidos, según los trabajadores, es percibido en el segundo lugar en los establecimientos privados y en el tercer lugar en los públicos.

El estrés que existe en los servicios de emergencia tanto de los trabajadores como de los pacientes y sus familiares es el tercer factor percibido por los trabajadores de establecimientos privados y el sexto lugar de los establecimientos públicos.

La mala comunicación médico paciente y médico y personal es identificada tanto en establecimientos privados como públicos en el quinto lugar.

Tabla 34. Factores que según los trabajadores de emergencias contribuyen a la violencia psicológica en su ambiente laboral.

Global	Tipo de Establecimiento							
	Privado		Público					
Factores (*)	f	%	Factores	f	%	Factores	f	%
Largo tiempo de espera para el ingreso, resultados de exámenes para la atención y proceso de ingreso	93	25,4	Largo tiempo de espera para el ingreso, resultados de exámenes para la atención	30	25,6	Sobrecarga laboral poca rotación de turnos, turnos largos	65	26,1
Sobrecarga laboral, poca rotación de turnos, turnos largos	86	23,5	Estrés tanto de los pacientes como del personal y de los familiares	24	20,5	Largo tiempo de espera para el ingreso, resultados de exámenes para la atención	63	25,3
Estrés tanto de los pacientes como del personal y de los familiares	66	18	Tipo de pacientes y familiares: intolerantes, frustrado y resentido	22	18,8	Estrés tanto de los pacientes como del personal y de los familiares	42	16,9
Tipo de pacientes y familiares: intolerantes, frustrado y resentido	52	14,2	Sobrecarga laboral poca rotación de turnos, turnos largos	21	17,9	Tipo de pacientes y familiares: intolerantes, frustrado y resentido	30	12
Falta de empatía, de respeto	35	9,6	Falta de empatía, de respeto	14	12	Malas condiciones de trabajo: espacios reducidos/Hospitalizados en camillas, faltan camas, hacinamiento	26	10,4
Bajo nivel educacional, sociocultural, falta de respeto del paciente, forma inadecuada de responder	34	9,3	Exigencias de atención inmediata por pago (pacientes) / demandantes	11	9,4	Bajo nivel educacional, sociocultural, falta de respeto del paciente, forma inadecuada de responder	25	10
Malas condiciones de trabajo: espacios reducidos/Hospitalizados en camillas, faltan camas, hacinamiento	28	7,7	Bajo nivel educacional, sociocultural, falta de respeto del paciente, forma inadecuada de responder	9	7,7	Mala comunicación medico paciente y médico con el personal, con los pacientes y otros profesionales	22	8,8
Mala comunicación medico paciente y médico con el personal, con los pacientes y otros profesionales	27	7,4	Mala comunicación medico paciente y médico con el personal, con los pacientes y otros profesionales	9	7,7	Falta de empatía, de respeto	21	8,4
Insatisfacción usuaria, mala calidad de la atención, falsas expectativas	21	5,7	Insatisfacción usuaria, mala calidad de la atención, falsas expectativas	7	6	Insatisfacción usuaria	14	5,6
Exigencias de atención inmediata por pago (pacientes) / demandantes	18	4,9	Poco personal para la atención y no idóneo	6	5,1	Falta de personal de seguridad; personal no apto, sin compromiso con el establecimiento	12	4,8

(*) Las respuestas no son excluyentes

La primera causa de violencia psicológica percibida por los trabajadores en los establecimientos privados fue el largo tiempo de espera para el ingreso, resultados de exámenes y para la atención, mientras que la sobrecarga laboral, la poca rotación de turnos y los turnos largos fue la primera causa atribuida en los establecimientos públicos.

Como segundo factor identificado en los establecimientos privados fue el estrés de pacientes y familiares como del personal, y en los establecimientos públicos fue el largo tiempo de espera para la atención.

En tercer lugar el factor identificado es el tipo de paciente y familiares: intolerantes, frustrado y resentido en establecimientos privados, en tanto que este factor fue reconocido en los establecimientos públicos en cuarto lugar.

Tabla 35. Factores más importantes que contribuyen a la violencia física en su ambiente laboral, agrupados por dimensiones

DIMENSIÓN VIOLENCIA FÍSICA (*)	Tipo de Establecimiento					
	Global		Privado		Público	
	f	%	f	%	f	%
ORGANIZACIÓN	263	71,9	73	62,4	190	76,3
USUARIO EXTERNO	192	52,5	65	55,6	127	51,0
ENTORNO FÍSICO Y DISEÑO DEL LUGAR DE TRABAJO	70	19,1	15	12,8	55	22,1
TRABAJADOR	52	14,2	21	17,9	31	12,4

(*) Las respuestas no son excluyentes

El factor más importante que contribuye a la violencia física son los factores relacionados con la organización del establecimientos, tanto en los públicos como en los privados, y en segundo lugar están los factores relacionados con el usuario externo, distanciándose bastante en porcentaje los factores del entorno físico y los relacionados con los trabajadores.

Tabla 36. Factores más importantes que contribuyen a la violencia psicológica en su ambiente laboral, agrupados por dimensiones

DIMENSIÓN VIOLENCIA PSICOLÓGICA (*)	Tipo de Establecimiento					
	Global		Privado		Público	
	f	%	f	%	f	%
ORGANIZACIÓN	234	63,9	63	53,8	171	68,7
USUARIO EXTERNO	167	45,6	57	48,7	110	44,2
TRABAJADOR	74	20,2	25	21,4	49	19,7
ENTERNO FISICO Y DISEÑO DEL LUGAR DE TRABAJO	33	9,0	4	3,4	29	11,6

(*) Las respuestas no son excluyentes

El factor más importante que contribuye a la violencia psicológica al igual que en la violencia física son los factores relacionados con la organización de los establecimientos, tanto en los públicos como en los privados, y en segundo lugar están los factores relacionados con el usuario externo. Sin embargo, en tercer lugar, a diferencia de la violencia física, se encuentran los factores relacionados con los trabajadores.

3.1.8 MEDIDAS PREVENTIVAS DE VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO PROPUESTAS POR LOS TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS

Tabla 37. Medidas más importantes que pudiesen reducir **cualquier tipo de violencia** en su ambiente laboral

Global (*)	Tipo de Establecimiento							
	Privado			Público				
Medidas	f	%	Medidas	f	%	Medidas	f	%
Aumentar presencia de personal de seguridad/tener compromiso con el trabajo/ que estén en su puesto de trabajo/ que se den a respetar/ ser más eficientes/ capacitados para el cargo/Personal de seguridad masculino/mayor presencia de carabineros en el servicio.	7 2	19 ,7	Reducir los tiempos de espera / más rápida atención	25	21 ,4	Aumentar presencia de personal de seguridad/tener compromiso con el trabajo/ que estén en su puesto de trabajo/ que se den a respetar/ ser más eficientes/ capacitados para el cargo/Personal de seguridad masculino/mayor presencia de carabineros en el servicio.	5 1	20 ,5
Reducir los tiempos de espera / más rápida atención	7 0	19 ,1	Ser empático y respetar a las personas/ a los pacientes y entre personal /Trato humanizado	24	20 ,5	Reducir los tiempos de espera / más rápida atención	4 5	18 ,1
Mayor cantidad de recurso humano (administrativos, tecnólogos médicos, médicos)	5 4	14 ,8	Aumentar presencia de personal de seguridad/tener compromiso con el trabajo/ que estén en su puesto de trabajo/ que se den a respetar/ ser más eficientes/ capacitados para el cargo/Personal de seguridad masculino/mayor presencia de carabineros en el servicio.	21	17 ,9	Mayor cantidad de recurso humano (administrativos, tecnólogos médicos, médicos) ⁹	3 4	13 ,7
Ser empático y respetar a las personas/ a los pacientes y entre personal /Trato humanizado	5 3	14 ,5	Mayor cantidad de recurso humano (administrativos, tecnólogos médicos, médicos)	20	17 ,1	Educación a la comunidad, educar a pacientes sobre sus deberes /Trato/educación cívica	3 2	12 ,9
Capacitar al personal actuar a tiempo, reportar situaciones manejo de estrés	4 6	12 ,6	Capacitar al personal actuar a tiempo, reportar situaciones manejo de estrés	18	15 ,4	Ser empático y respetar a las personas/ a los pacientes y entre personal /Trato humanizado	2 9	11 ,6
Comunicarse efectivamente y con cordialidad /diálogo buen trato	4 1	11 ,2	Comunicarse efectivamente y con cordialidad /diálogo buen trato	16	13 ,7	Capacitar al personal actuar a tiempo, reportar situaciones manejo de estrés	2 8	11 ,2
Educación a la comunidad, educar a pacientes sobre sus deberes /Trato/educación cívica	3 7	10 ,1	Entregar al paciente la mayor cantidad de información sobre diagnósticos y costos, ojalá por escrito	10	8, 5	Información a pacientes sobre funcionamiento de la urgencia y/o categorización	2 6	10 ,4

Continuación **Tabla 37.** Medidas más importantes que pudiesen reducir **cualquier tipo de violencia** en su ambiente laboral

Global (*)	Tipo de Establecimiento							
	Privado			Público				
Medidas	f	%	Medidas	f	%	Medidas	f	%
Información a pacientes sobre funcionamiento de la urgencia y/o categorización	30	8,2	Mayor visibilidad de los deberes y derechos de los pacientes	9	7,7	Mejorar resolutiva de la atención, aumentar horas SAPU	26	10,4
Restringir el paso de los familiares, autorizar compañía sólo a menores de edad ancianos o discapacitados	30	8,2	Tener protocolos claros y visibles	9	7,7	Comunicarse efectivamente y con cordialidad /diálogo buen trato	25	10
Mejorar infraestructura, mayor espacio. Mejorar instalaciones laboral	27	7,4	Mejorar el trabajo en equipo y relaciones interpersonales	8	6,8	Restringir el paso de los familiares, autorizar compañía sólo a menores de edad ancianos	24	9,6

(*) Las respuestas no son excluyentes

En los establecimientos privados como una de las medidas más importantes para reducir la violencia fue identificada la reducción de tiempos de espera, en segundo lugar ser empático y respetar a las personas/ con pacientes y entre personal /trato humanizado, en tercer lugar aumentar la seguridad en el lugar de trabajo, entendiéndose este último punto como contar con mayor presencia de personal de seguridad y carabineros, que cuenten con capacitación adecuada para ejercer eficientemente su cargo y que estén comprometido con el trabajo.

En tanto en los establecimientos públicos la principal medida para reducir la violencia es el tema de seguridad y en segundo lugar reducir los tiempos de espera/más rápida atención.

Se destaca que reducir el tiempo de espera, aumentar las medidas de seguridad, aumentar los recursos humanos y ser más empático en la atención son frecuentemente identificadas como medidas preventivas más importantes para reducir la violencia, en los diferentes establecimientos.

Tabla 38. Medidas preventivas más importantes que pudiesen reducir cualquier tipo de violencia en su ambiente laboral, por establecimientos agrupado por dimensiones.

DIMENSIÓN DE MEDIDAS (*)	Global		Tipo de Establecimiento			
			Privado		Público	
	f	%	f	%	f	%
ORGANIZACIÓN	309	84,4	100	85,5	209	83,9
TRABAJADOR	87	23,8	34	29,1	53	21,3
USUARIO EXTERNO	75	20,5	20	17,1	55	22,1
ENTORNO FISICO	31	8,5	6	5,1	25	10,0

(*) Respuestas no excluyentes

Las medidas preventivas identificadas por los trabajadores para reducir cualquier tipo de violencia son mayoritariamente atribuidas a la organización y en segundo lugar las relacionadas con los trabajadores.

3.1.9 RESUMEN DE PERCEPCION DE VIOLENCIA

Tabla 39. Prevalencia de violencia física, Abuso verbal, acoso laboral y acoso sexual de los trabajadores/as de los servicios de Emergencias.

		Violencia Física				Abuso Verbal				Acosos Laboral				Acoso Sexual			
		f	%	Total	%	f	%	Total	%	f	%	Total	%	f	%	Total	%
				Resp	Resp			Resp	Resp			Resp	Resp			Resp	Resp
Tipo de	Privado	5	4,4	114	97,4	52	45,2	115	98,3	7	6,2	113	96,6	1	0,9	112	95,7
Establecimiento	Público	40	16,1	248	99,6	164	65,9	249	100	44	18,1	243	97,6	6	2,5	238	95,6
	Global	45	12,4	362	98,9	216	59,3	364	99,5	51	14,3	356	97,3	7	2,0	350	95,6
	IC			9,2-16,3				54,4-64,4				10,9-18,4				0,8-4,1	

La prevalencia global de violencia física fue de un 12,4 (IC9,2-16,3); la prevalencia del abuso verbal fue de 59,3% (IC 54,4-64,4); la prevalencia del acoso laboral fue de 14,3% (IC 10,9-18,4) y la prevalencia del acoso sexual fue de 2,0 (IC 0,8-4,1). Se destaca que cada uno de estos tipos de violencia es mayor en los establecimientos públicos respecto a los privados.

Tabla 40. Percepción de violencia física y abuso verbal de los trabajadores/as de los servicios de Emergencias.

Entidad		Percepción de violencia física y abuso verbal*				
		f	%	IC **	Total Resp	% Resp
Tipo de Establecimiento	Privado	3	2,6		114	97,4
	Público	34	13,7		248	99,6
Global		37	10,1	7,0 – 13,5	362	98,9

* Variable no preguntada directamente, fue construida a partir de los distintos tipos de preguntas de violencia

** Intervalo de confianza 95%

Es posible observar que un 10,1% de los trabajadores perciben ambos tipos de violencia física y abuso verbal, presentándose con más frecuencia en aquellos que pertenecen a los establecimientos públicos.

Tabla 41. Percepción de al menos un tipo de violencia de los servicios de Emergencias.

Entidad		Al menos un tipo de violencia*				
		f	%	IC **	Total Resp	% Resp
Tipo de Establecimiento	Privado	56	48		117	100
	Público	174	70		249	100
Global		230	63	57,6-67,8	366	100

* Variable no preguntada directamente, fue construida a partir de los distintos tipos de preguntas de violencia

** Intervalo de confianza 95%

La prevalencia de percibir al menos un tipo de violencia entre las trabajadoras de servicios de emergencias es de un 63% (IC 57,6-67,8), siendo mayor esta prevalencia en los establecimientos públicos.

Tabla 42. Percepción de al menos un tipo de violencia psicológica de los servicios de Emergencias.

Entidad		Al menos un tipo de violencia psicológica*				
		f	%	IC **	Total Resp	% Resp
Tipo de Establecimiento	Privado	52	46,4		112	95,7
	Público	158	66,7		237	95,2
Global		210	60,2	54,8-65,3	349	95,4

* Variable no preguntada directamente, fue construida a partir de los distintos tipos de preguntas de violencia

** Intervalo de confianza 95%

La prevalencia de percibir al menos un tipo de violencia psicológica (abuso verbal, acoso laboral o acoso sexual) entre las trabajadoras de servicios de emergencias es de un 60,2% (IC 54,8-65,3), siendo mayor esta prevalencia en los establecimientos públicos.

3.2. ANALISIS BIVARIADO Y COMPARATIVO

Tabla 43. Percepción de violencia física asociada a variables biosociodemográficas, según tipo de establecimientos

Variable	Tipo de Establecimiento													sig
	Global			Privado			Público			Público 2				
	f	%	vp	f	%	vp	f	%	vp	p	f	%		
Sexo	Mujer	29	14,9		5	7,4		24	19,0			9	20,0	
	Total mujeres	194	100,0	0,175	68	100	0,156	126	100	0,37	0,049	45	100	0,798
	Hombre	14	9,9		0	0,0		14	13,7			10	23,3	
	Total hombres	141	100,0		39	100		102	100			43	100	
Edad agrupada	20 a 44 años	36	16,6		4	5,1		32	23,2			17	33,3	
	Total	217	100		79	100		138	100			51	100	
	45 a 60 años	8	6,5	0,014	1	4,0	0,99	7	7,1	0,01	0,12	3	7,1	0,009
	Total	124	100		25	100		99	100			42	100	
	60 y más años	1	5,0		0	0,0		1	9,1			1	25,0	
Total	20	100		9	100		11	100			4	100		
Estamento	Médico/a	5	5,0		1	3,2		4	5,7			2	7,7	
	Total	101	100	0,001	31	100		70	100			26	100	
	Enfermero/a	13	19,1		2	9,5		11	23,4			5	25,0	
	Total	68	100		21	100		47	100			20	100	
	Técnico paramédico	21	18,9		2	6,9	0,552	19	23,2	0,01	0,137	12	35,3	0,088
	Total	111	100		29	100		82	100			34	100	
	Auxiliar de Servicio	4	9,5		0	0,0		4	11,8			2	15,4	
	Total	42	100		8	100		34	100			13	100	
	Administrativo /a	0	0,0		0	0,0		0	0,0			0	0,0	
	Total	35	100		23	100		12	100			3	100	

Continuación **Tabla 43.** Percepción de violencia física asociada a variables biosociodemográficas, según tipo de establecimientos

Variable	Global			Tipo de Establecimiento								sig
	f	%	vp	Privado			Público			vp	%	
				f	%	vp	f	%	vp			
Tipo de Jornada en servicio emergencias	Tiempo completo	37	13,5		4	4,8		33	17,4		25,0	
	Total	274	100		84	100		190	100		100	
	Tiempo parcial	3	4,5	0,044	1	3,6	1	2	5,1	0,09	6,7	0,177
	Total	67	100		28	100		39	100		100	
	Temporalmente/ Reemplazos	3	27,3		-	-		3	27,3		-	
Número de personas con las que trabaja	Total	11	100				11	100				
	Trabaja Solo	1	10,0		0	0,0		1	14,3		0,0	
	Total	10	100		3	100		7	100		100	
	Con 1 a 5 personas	4	6,0		1	3,6		3	7,7		0,0	
	Total	67	100		28	100		39	100		100	
	Con 6 a 10 personas	6	8,1	0,039	1	2,9	0,837	5	12,5	0,11	50,0	0,221
	Total	74	100		34	100		40	100		100	
	Con 11 a 15 personas	2	5,4		2	9,5		0	0,0		0,0	
	Total	37	100		21	100		16	100		100	
	Co Más de 15 personas	29	17,8		1	4,2		28	20,1		22,2	
Total	163	100		24	100		139	100		100		

La variable sexo a nivel global no es significativa, pero si en el establecimiento público 1 donde las mujeres percibieron mayor violencia.

Los trabajadores/as que se encuentran en el grupo etario de 20 a 44 años son los que percibieron significativamente más violencia física, respecto a los otros grupos etarios, tanto a nivel global de la muestra como en el establecimiento público 2.

Al considerar los trabajadores por estamento fue posible observar diferencias significativas a nivel global y en los establecimientos públicos, donde los estamentos enfermeras/os y técnicos paramédicos percibieron mayor violencia física.

En cuanto al tipo de jornada, se encontró significancia estadística, sólo en la muestra total, encontrando mayor percepción de violencia en los que tienen jornadas temporales o de reemplazos. En relación al número de personas con que se trabaja se encontró significativa la percepción de violencia física cuando se trabajaba con un grupo de más de quince personas, y en segundo lugar cuando se trabajaba solo. Esta significancia se vio solo a nivel de la muestra total.

Tabla 44. Relación entre estamento y la intensidad de violencia física

			Intensidad de violencia física			Total
			Baja intensidad	Mediana Intensidad	Alta intensidad	
Estamento	Médico/a	<i>f</i>	3	2	0	5
		%	60,0	40,0	0,0	100,0
	Enfermero/a	<i>f</i>	7	3	3	13
		%	53,8	23,1	23,1	100,0
	Técnico paramédico	<i>f</i>	2	11	6	19
		%	10,5	57,9	31,6	100,0
Auxiliar de Servicio	<i>f</i>	0	4	0	4	
	%	0,0	100,0	0,0	100,0	
Total	<i>f</i>	12	20	9	41	
	%	29,3	48,8	22,0	100,0	

Sig p=,017

Los trabajadores que más perciben violencia física de alta intensidad son los técnicos paramédicos y las enfermeras, siendo estas diferencias respecto al resto de los estamentos estadísticamente significativa.

Tabla 45. Relación entre Años de experiencia en salud agrupada y percepción de violencia física

			Percepción de violencia física		Total
			Sí	No	
Experiencia en salud	hasta 10 años	<i>f</i>	27	132	159
		%	17,0	83,0	100,0
	11 y más	<i>f</i>	16	180	196
		%	8,2	91,8	100,0
Total	<i>f</i>	43	312	355	
	%	12,1	87,9	100,0	

Sig p=,014

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre años de experiencia en salud y percepción de violencia física, percibiendo mayor violencia física los que tienen menos de 10 años de experiencia de trabajo en salud.

Tabla 46. Relación entre Años de experiencia en salud agrupada y miembros del equipo de emergencias como agresor de violencia física

			Agresor: Miembros del equipo de emergencias		Total
			No	Sí	
Años de experiencia en salud	hasta 10 años	<i>f</i>	27	0	27
		%	100,0	0,0	100,0
	11 y más	<i>f</i>	13	3	16
		%	81,3	18,8	100,0
Total		<i>f</i>	40	3	43
		%	93,0	7,0	100,0

Sig p=,045

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre años de experiencia en salud del trabajador víctima de la violencia y el miembro del equipo de salud como agresor, percibiendo los que tienen más años de experiencia en salud este tipo de agresor en la violencia física. Se destaca que son sólo tres casos.

Tabla 47. Percepción de abuso verbal asociada a variables biosociodemográficas, según tipo de establecimientos.

Variable	Global			Tipo de Establecimiento										
				Privado			Público			Público 2				
	f	%	p	f	%	p	f	%	p	p	f	%	p	
Sexo	Mujer	124	63,6	34	49,3	90	71,4	38	84,4					
	Total	195	100	0,044	69	100	0,318	126	100	0,036	0,038	45	100	0,296
	Hombre	74	52,5	15	38,5	59	57,8	32	74,4					
	Total	141	100	39	100	102	100	43	100					
Estamento	Médico/a	50	49,5	12	38,7	38	54,3	20	76,9					
	Total	101	100	31	100	70	100	26	100					
	Enfermero/a	51	75,0	12	57,1	39	83,0	15	75,0					
	Total	68	100	21	100	47	100	20	100					
	Técnico paramédico	70	63,6	0,0001	12	42,9	0,046	58	70,7	0,0001	0,0001	30	88,2	0,205
	Total	110	100	28	100	82	100	34	100					
	Auxiliar de Servicio	15	35,7	0	0,0	15	44,1	8	61,5					
	Total	42	100	8	100	34	100	13	100					
Administrativo/a	25	65,8	14	56,0	11	84,6	2	50,0						
Total	38	100	25	100	13	100	4	100						

Continuación **Tabla 47**. Percepción de abuso verbal asociada a variables biosociodemográficas, según tipo de establecimiento.

Variable	Tipo de Establecimiento									
	Global			Privado			Público			
	f	%	p	f	%	p	f	%	p	
Años Experiencia laboral en el área de la salud	Menos de 1 año	3	25,0		2	18,2		1	100,0	
	Total	12	100		11	100		1	100	
	1 a 5 años	54	64,3		14	53,8		40	69,0	
	Total	84			26	100		58	100	
	6 a 10 años	45	69,2		10	47,6		35	79,5	
	Total	65		0,033	21	100	0,462	44	100	0,140
	11 a 15 años	22	59,5		8	50,0		14	66,7	
	Total	37	100		16	100		21	100	
	16 a 20 años	19	47,5		4	36,4		15	51,7	
	Total	40	100		11	100		29	100	
Más de 21	67	56,3		11	40,7		56	60,9		
Total	119	100		27	100		92	100		
Experiencia laboral en el servicio de emergencias	Menos de 1 año	13	43,3		9	37,5		4	66,7	
	Total	30			24	100		6	100	
	1 a 5 años	66	68,0		15	53,6		51	73,9	
	Total	97			28	100		69	100	
	6 a 10 años	48	64,9		11	50,0		37	71,2	
	Total	74	100	0,033	22	100	0,292	52	100	0,214
	11 a 15 años	29	58,0		8	53,3		21	60,0	
	Total	50	100		15	100		35	100	
	16 a 20 años	18	42,9		1	12,5		17	50,0	
	Total	42	100		8	100		34	100	
Más de 21	36	56,3		5	33,3		31	63,3		
Total	64	100		15	100		49	100		

La variable sexo resultó significativa a nivel global, percibiendo las mujeres mayor abuso verbal.

Al considerar los trabajadores por estamento fue posible observar diferencias significativas a nivel global, entre tipo de establecimiento público y privado, donde los estamentos enfermeras/os, administrativos y técnicos paramédicos percibieron mayor abuso verbal.

En relación a la experiencia laboral, resultó significativa sólo a nivel global, donde quienes presentaban 11 años o más de experiencia laboral en el área de la salud o en servicios de emergencias percibieron menor abuso verbal, que aquellos que tenían menos años de experiencia.

Tabla 48. Relación entre sexo y la intensidad del abuso verbal

		Intensidad abuso verbal			Total	
		Baja intensidad	Mediana Intensidad	Alta intensidad		
Sexo	Mujer	<i>f</i>	20	61	41	122
		%	16,4	50,0%	33,6%	100,0
	Hombre	<i>f</i>	19	42	12	73
		%	26,0	57,5%	16,4%	100,0
Total		<i>f</i>	39	103	53	195
		%	20,0	52,8	27,2	100,0

Sig p=,023

Las mujeres perciben mayor intensidad (mediana y alta) de abuso verbal respecto de los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 49. Relación entre estamento y frecuencia de abuso verbal percibido

		Frecuencia abuso verbal			Total	
		Todo el tiempo	A veces	Una vez		
Estamento	Médico/a	<i>f</i>	2	40	8	50
		%	4,0%	80,0%	16,0%	100,0%
	Enfermero/a	<i>f</i>	10	34	7	51
		%	19,6%	66,7%	13,7%	100,0%
	Técnico paramédico	<i>f</i>	21	46	4	71
		%	29,6%	64,8%	5,6%	100,0%
	Auxiliar de Servicio	<i>f</i>	2	10	4	16
		%	12,5%	62,5%	25,0%	100,0%
	Administrativo/a	<i>f</i>	4	19	2	25
		%	16,0%	76,0%	8,0%	100,0%
Total		<i>f</i>	39	149	25	213
		%	18,3%	70,0%	11,7%	100,0%

Sig p=0,02

Existen diferencias significativas entre el estamento y la frecuencia de percepción de abuso verbal debido a los diferentes roles que cada uno ejerce durante la atención sanitaria. Los técnicos paramédicos se destacan por ser el estamento que percibe con mayor frecuencia todo el tiempo el abuso verbal, seguidos por las enfermeras/os.

Tabla 50. Relación entre estamento y el agresor paciente/cliente de abuso verbal

			Agresor Paciente/cliente		Total
			No	Sí	
Estamento	Médico/a	<i>f</i>	71	30	101
		%	70,3	29,7	100,0
	Enfermero/a	<i>f</i>	44	24	68
		%	64,7	35,3	100,0
	Técnico paramédico	<i>f</i>	67	43	110
		%	60,9	39,1	100,0
	Auxiliar de Servicio	<i>f</i>	32	10	42
		%	76,2	23,8	100,0
	Administrativo/a	<i>f</i>	18	20	38
		%	47,4	52,6	100,0
Total	<i>f</i>		232	127	359
	%		64,6	35,4	100,0

Sig p=,049

Existe una relación estadísticamente significativa entre el paciente/cliente identificado como agresor, y el estamento al que pertenece el trabajador, observando que los administrativos perciben a los pacientes/clientes como agresor con mayor frecuencia.

Tabla 51. Relación entre estamento y los parientes del paciente como agresores de abuso verbal

			Agresor: Parientes del paciente o cliente		Total
			No	Sí	
Estamento	Médico/a	<i>f</i>	78	23	101
		%	77,2	22,8	100,0
	Enfermero/a	<i>f</i>	42	26	68
		%	61,8	38,2	100,0
	Técnico paramédico	<i>f</i>	64	46	110
		%	58,2	41,8	100,0
	Auxiliar de Servicio	<i>f</i>	35	7	42
		%	83,3	16,7	100,0
	Administrativo/a	<i>f</i>	29	9	38
		%	76,3	23,7	100,0
Total	<i>f</i>		248	111	359
	%		69,1	30,9	100,0

Sig p=0,003

Son los técnicos paramédicos los que perciben mayoritariamente a los parientes del paciente como agresores de abuso verbal, respecto a los otros estamentos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 52. Relación entre Estamento y Afrontamiento al abuso verbal: Le conté a un colega

		Afrontamiento: Le conté a un colega			
			No	Sí	Total
Estamento	Médico/a	<i>f</i>	89	12	101
		%	88,1	11,9	100,0
	Enfermero/a	<i>f</i>	49	19	68
		%	72,1	27,9	100,0
	Técnico paramédico	<i>f</i>	87	23	110
		%	79,1	20,9	100,0
	Auxiliar de Servicio	<i>f</i>	35	7	42
		%	83,3	16,7	100,0
	Administrativo/a	<i>f</i>	37	1	38
		%	97,4	2,6	100,0
Total		<i>f</i>	297	62	359
		%	82,7	17,3	100,0

Sig p=0,006

Las enfermeras/os afrontaron el abuso verbal mayoritariamente “contándole a un colega”, a diferencia de los otros estamentos, siendo esta relación estadísticamente significativa.

Tabla 53. Relación entre Estamento y Afrontamiento al abuso verbal: No hice nada

		Afrontamiento: No hice nada			
			No	Sí	Total
Estamento	Médico/a	<i>f</i>	91	10	101
		%	90,1	9,9	100,0
	Enfermero/a	<i>f</i>	65	3	68
		%	95,6	4,4	100,0
	Técnico paramédico	<i>f</i>	86	24	110
		%	78,2	21,8	100,0
	Auxiliar de Servicio	<i>f</i>	39	3	42
		%	92,9	7,1	100,0
	Administrativo/a	<i>f</i>	33	5	38
		%	86,8%	13,2	100,0
Total		<i>f</i>	314	45	359
		%	87,5	12,5	100,0

Sig p=0,006

Existe una relación estadísticamente significativa entre el estamento y el afrontamiento “no hice nada”, siendo los técnicos paramédicos los que enfrentan de esta forma con mayor frecuencia el abuso verbal.

Tabla 54. Relación entre estamento y afrontamiento al abuso verbal: Lo reporté a un superior

		Afrontamiento: Lo reporté a un superior			
			No	Sí	Total
Estamento	Médico/a	<i>f</i>	90	11	101
		%	89,1	10,9	100,0
	Enfermero/a	<i>f</i>	49	19	68
		%	72,1	27,9	100,0
	Técnico paramédico	<i>f</i>	92	18	110
		%	83,6	16,4	100,0
	Auxiliar de Servicio	<i>f</i>	37	5	42
		%	88,1	11,9	100,0
	Administrativo/a	<i>f</i>	34	4	38
		%	89,5	10,5	100,0
Total		<i>f</i>	302	57	359
		%	84,1	15,9	100,0

Sig p=,030

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre estamento y afrontamiento “le reporté a un superior”, siendo el estamento enfermeras/os quienes con mayor frecuencia presentan este tipo de afrontamiento.

Tabla 55. Percepción de acoso Laboral asociada a variables biosociodemográficas, según establecimientos.

Variable	Global			Tipo de Establecimiento						
	f	%	p	Privado			Público			
				f	%	p	f	%	p	
Sexo	Mujer	32	16.8	0,151	4	6	1	28	22.8	0,037
	Hombre	15	10.7		3	7.7		12	11.9	
Estado civil	Soltero/a	26	18.6	0,158	2	3.8		24	27.6	0,021
	Casado/a	22	12.6		5	9.6	0,567	17	13.9	
	Viudo/a	0	0		0	0		0	0	
	Divorciado/a	2	6.3		0	0		2	7.4	
Experiencia laboral en el área de la salud	Menos de 1 año	0	0		0	0		0	0	
	1 a 5 años	17	20.5		3	11.5		14	24.6	
	6 a 10 años	10	15.6	0,115	0	0	0,409	10	22.7	0,337
	11 a 15 años	2	5.4		1	6.3		1	4.8	
	16 a 20 años	3	7.7		0	0		3	10.7	
	Más de 21	19	16.7		3	11.5		16	18.2	

La variable sexo resultó significativa sólo en establecimientos públicos, presentando mayor porcentaje de percepción de acoso laboral las mujeres.

La variable estado civil resultó significativa en los establecimientos públicos, presentando los solteros/as mayor percepción de acoso laboral, confirmando lo encontrado en otros estudios (63,68).

Tabla 56. Relación entre Años de experiencia en urgencias agrupada y afrontamiento de acoso laboral: “le dije a la persona que parara”

			Le dije a la persona que parara		Total
			Sí	No	
Experiencia en Urgencia Agrupada	Hasta 10 años	f	6	24	30
		%	20,0	80,0	100,0
	11 y más años	f	7	6	13
		%	53,8	46,2	100,0
Total		f	13	30	43
		%	30,2	69,8	100,0

Sig p=0,037

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre años de experiencia en urgencias agrupada y el afrontamiento “le dije a la persona que parara”, siendo los trabajadores/as con mayor experiencia laboral quienes utilizan este tipo de afrontamiento.

Tabla 57. Percepción de al menos un tipo de violencia asociada a variables biosociodemograficas y de trabajo, según tipo de establecimientos.

			Tipo de Establecimiento							
			Global			Privado		Público		
Variable	f	%	p	f	%	p	f	%	p	
Sexo	Mujer	132	67,0	0,041	37	52,1	0,320	95	75,4	0,031
	Total	197	100		71	100		126	100	
	Hombre	79	56,0		16	41,0		63	61,8	
	Total	141	100		39	100		102	100	
Estamento	Médico/a	54	53,5	0,0001	13	41,9	0,035	41	58,6	0,001
	Total	101	100		31	100		70	100	
	Enfermero/a	53	77,9		12	57,1		41	87,2	
	Total	68	100		21	100		47	100	
	Técnico paramédico	76	68,5		15	51,7		61	74,4	
	Total	111	100		29	100		82	100	
	Auxiliar de Servicio	17	39,5		0	0,0		17	50,0	
	Total	43	100		9	100		34	100	
	Administrativo/a	25	65,8		14	56,0		11	84,6	
	Total	38	100		25	100		13	100	

Continuación **Tabla 57.** Percepción de al menos un tipo de violencia asociada a variables biosociodemograficas y de trabajo, según tipo de establecimientos

Variable		Global			Tipo de Establecimiento					
					Privado			Público		
		f	%	p	f	%	p	f	%	p
Experiencia en Urgencia Agrupada	Hasta 10 años	135	66,8		37	49,3		98	77,2	
	11 años y más	89	56,7	0,049	16	41,0	0,399	73	61,9	0,009
	Total	359	100,0		114	100		245	100	
Experiencia en Salud Agrupada	Hasta 10 años	107	66,0		26	44,1		81	78,6	
	11 años y más	117	59,4	0,195	27	49,1	0,591	90	63,4	0,010
	Total	224	100,0		53	100		171	100,0	
Sistema de turnos Nocturnos	Si	188	65,5	0,044	40	52,6	0,179	148	70,1	0,849
	No	42	53,2		16	39,0		26	68,4	
	Total	230	100,0		56	100,0		174	100,0	

Las variables que resultaron significativas a nivel global, en al menos un tipo de violencia percibida por los trabajadores fueron sexo, estamento, experiencia laboral en urgencias agrupada y el trabajar en sistema de turnos nocturnos, siendo las mujeres, enfermera y técnico paramédico, seguido por el administrativo, quienes presentan hasta 10 años de experiencia en urgencias y quienes se desempeñan en turnos nocturnos, los que percibieron mayoritariamente al menos un tipo de violencia en su lugar de trabajo.

3.3 MODELOS DE REGRESION LOGÍSTICA

Tabla 58. Modelo de regresión logística considerando variable respuesta **al menos un tipo de violencia percibido** por los trabajadores/as del servicio de emergencias

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	OR	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
TipoEstablecimiento(1)	1.325	.276	23.078	1	.000	3.761	2.191	6.457
Médico			17.199	4	.002			
Enfermera	1.068	.403	7.014	1	.008	2.908	1.320	6.409
Técnico Paramédico	.551	.339	2.639	1	.104	1.734	.893	3.370
Auxiliar de servicio	-.605	.408	2.199	1	.138	.546	.245	1.215
Administrativo	1.209	.509	5.633	1	.018	3.350	1.234	9.090
A2.Sexo(1)	.206	.278	.546	1	.460	1.228	.712	2.120
Años de experiencia en salud agrupada	-.275	.415	.437	1	.509	.760	.337	1.715
Años de experiencia emergencias agrupada	.768	.408	3.542	1	.060	2.156	.969	4.796
Constante	-1.165	.340	11.769	1	.001	.312		

R cuadrado de Nagelkerke: .178

Considerando como variable la percepción de al menos un tipo de violencia, las variables independientes incluidas en el modelo de regresión logística multivariado fueron aquellas que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariado. La tabla 66 muestra que pertenecer a un establecimiento público implica un mayor riesgo de percibir al menos un tipo de violencia, respecto de pertenecer a un establecimiento privado (OR fue de 3,8 con un IC95%: 2,19 – 6,45), ser enfermera/o presenta mayor riesgo de percibir al menos un tipo de violencia respecto al estamento médico (OR fue de 2,9 con un IC95%: 1,3 – 6,4), mayor riesgo presenta también pertenecer al estamento administrativo (OR fue de 3,35 con un IC95%: 1,2 – 9,09), respecto a los médicos. Considerar que el modelo explica un 18%.

Tabla59. Modelo de regresión logística considerando variable respuesta **violencia física percibida** por los trabajadores/as del servicio de emergencias

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	OR	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Establecimiento público	0,788	0,544	2,096	1	0,148	2,199	0,757	6,393
Médico(Ref)			6,82	4	0,146			
Enfermera/o	1,201	0,632	3,612	1	0,057	3,324	0,963	11,474
Técnico Paramédico	1,217	0,59	4,25	1	0,039	3,376	1,062	10,733
Auxiliar de servicio	0,048	0,798	0,004	1	0,952	1,049	0,22	5,016
Administrativo	-18,1	6808,203	0	1	0,998	0	0	
Jornada Temporal/reemplazo(Ref)			1,796	2	0,407			
Jornada completa	-0,944	0,801	1,391	1	0,238	0,389	0,081	1,868
Jornada parcial	-1,374	1,057	1,691	1	0,194	0,253	0,032	2,008
Trabaja con más de 15 personas(Ref)			4,293	4	0,368			
Trabaja solo	-0,531	1,183	0,201	1	0,654	0,588	0,058	5,979
Trabaja con 1 – 5 personas	-1,025	0,585	3,069	1	0,08	0,359	0,114	1,13
Trabaja con 6 – 10 personas	-0,463	0,51	0,823	1	0,364	0,629	0,231	1,712
Trabaja con 11 – 15 personas	-0,984	0,799	1,516	1	0,218	0,374	0,078	1,79
Constante	-2,036	1,14	3,188	1	0,074	0,131		

R cuadrado de Nagelkerke= ,187

Según el modelo, que considera la variable respuesta *violencia física percibida*, los trabajadores/as que pertenecen al estamento de técnicos paramédicos presentaban mayor riesgo de percibir este tipo de violencia, respecto a los médicos (OR fue de 3,37 con un IC95%: 1,1 – 10,7). Considerar que el modelo explica a lo más un 18,7%.

Tabla 60. Modelo de regresión logística considerando variable respuesta según **abuso verbal percibido** por los trabajadores/as del servicio de emergencias

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	OR	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Tipo Establecimiento(1)	1.287	.277	21.595	1	.000	3.623	2.105	6.235
Médicos			19.780	4	.001			
Enfermeras	1.146	.397	8.344	1	.004	3.145	1.445	6.845
Técnico paramédicos	.483	.332	2.121	1	.145	1.621	.846	3.107
Auxiliares	-.643	.414	2.406	1	.121	.526	.233	1.185
Administrativo	1.389	.509	7.442	1	.006	4.010	1.478	10.878
Mujer	.171	.275	.386	1	.535	1.186	.692	2.032
Años de experiencia en salud agrupada	-.081	.397	.041	1	.839	.923	.424	2.008
Años de experiencia emergencias agrupada	.548	.390	1.970	1	.160	1.730	.805	3.717
Constante	-1.268	.342	13.739	1	.000	.282		

R cuadrado de Nagelkerke= ,174

Considerando como variable respuesta *abuso verbal percibido*, es posible observar que pertenecer a un establecimiento público (OR 3,6) y pertenecer al estamento administrativo o al de enfermería presenta mayor riesgo de percibir este abuso respecto al estamento médico (OR fue de 4.0 y3,14, respectivamente).El modelo explica cerca del 17,4%.

- Al considerar un modelo multivariado para el acoso laboral percibido por los trabajadores/as, incluyendo las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado, no fue posible encontrar variables que resultaran significativas al ser controladas por otras.
- Respecto al acoso sexual fue considerado no apropiado proponer un modelo, dado que el número de casos es muy bajo en la variable respuesta (no tiene al menos 10 casos con cada uno de sus dos valores posibles, entonces las estimaciones no son confiables).

Dado que la violencia física y abuso verbal se presentaron con mayor frecuencia, se estimó conveniente generar un modelo que considerara ambas variables.

3.4.-COMPROBACIÓN HIPÓTESIS DE TRABAJO

HIPOTESIS	ANALISIS DE COMPROBACION Y RESULTADO
<p>1.- A MAYOR EXPERIENCIA LABORAL MENOR PREVALENCIA DE VIOLENCIA LABORAL</p>	<p>Existe evidencia a favor de la hipótesis planteada. Donde se consideró violencia laboral como la percepción de al menos un tipo de violencia laboral (Ver Tabla N° 57).</p>
<p>2.-LA VIOLENCIA LABORAL DE TIPO PSICOLÓGICA ES LA MÁS PREVALENTE ENTRE LOS TRABAJADORES DEL SERVICIO DE URGENCIAS</p>	<p>Existe evidencia a favor de la hipótesis planteada, donde se consideró violencia psicológica como la percepción de la menos un tipo de violencia psicológica; abuso verbal, acoso laboral o acoso sexual (ver tabla N° 42).</p>
<p>3.- EXISTE MAYOR PREVALENCIA DE VIOLENCIA LABORAL DURANTE LOS TURNOS NOCTURNOS RESPECTO DE LOS TURNOS DIURNOS.</p>	<p>Existe evidencia a favor de la hipótesis planteada. Donde se consideró violencia laboral como la percepción de al menos un tipo de violencia laboral (Ver Tabla N° 57).</p>
<p>4.- EXISTE MAYOR PREVALENCIA DE VIOLENCIA LABORAL EN LAS TRABAJADORAS MUJERES RESPECTO DE LOS HOMBRES.</p>	<p>Existe evidencia a favor de la hipótesis planteada. Donde se consideró violencia laboral como la percepción de al menos un tipo de violencia laboral (Ver Tabla N° 57).</p>

4.- DISCUSIÓN

El fenómeno de la violencia ha ido en aumento en las últimas décadas y podemos decir que es prácticamente universal (10, 11); ésta emerge en situaciones humanas donde existen interacciones caracterizadas por agresividad o abuso. Los trabajadores del sector salud constituyen uno de los grupos más vulnerables en el ámbito de su trabajo, algunos servicios de salud son más vulnerables que otros debido a las circunstancias, dinámicas y contextos en los que se desenvuelven. En los establecimientos de salud, los servicios más expuestos a la violencia son los de psiquiatría y emergencias (40, 53,54,75).

Los establecimientos hospitalarios son sistemas sociales complejos, donde se combinan una serie de roles, diversos funcionarios de diferentes categorías ocupacionales y, los usuarios adscritos a estos establecimientos de salud, muchas veces en grandes cantidades. Estos trabajadores y usuarios tienen sus propios conocimientos, sus religiones, sus mitos, y sus conjuntos de relaciones sociales pertenecientes a otros sistemas tales como los sistemas políticos, económicos y culturales (33,34). En este ambiente puede haber conflictos de distintos tipos y diversos grados de violencia.

Algunas categorías ocupacionales son más vulnerables que otras debido al trabajo que desempeñan, la constante interacción con el usuario y/o paciente y la frecuencia de esta interacción. Las enfermeras y los técnicos paramédicos son las categorías de trabajadores que más violencia perciben y es transversal en todos los estudios que abordan este tema (13, 15,37, 39, 43, 46,52), ya que son las personas que más tiempo están con los pacientes (por las características del trabajo que desempeñan) debido a los procedimientos, exámenes, cuidado de necesidades básicas entre otros, que deben realizar. Los administrativos que están en primera línea en el ingreso de los pacientes, son también agredidos, ya que los pacientes pueden llegar con miedo frustración porque no ser atendidos inmediatamente, y descargan su ira en estas personas, que además tienen la función de cobrarles muchas veces por adelantado la atención que esperan obtener.

EN RELACION A VARIABLES BIOSOCIODEMOGRÁFICAS Y DE TRABAJO

El presente estudio se realizó en los servicios de emergencias de establecimientos públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. La muestra estuvo representada por **estamentos**: médicos, enfermeras, técnicos paramédicos, auxiliares de servicios y administrativos, los dos primeros tienen formación universitaria de pregrado de 7 y 5 años respectivamente, mientras que las otras categorías presentan otro tipo de formación. Estas categorías ocupacionales han sido estudiadas en la mayoría de los trabajos en la temática de violencia en los servicios de salud (13, 15,37, 39, 43, 46,52, 55, 75). Para este estudio los más altos porcentajes por estamento (categoría ocupacional) son los técnicos paramédicos quienes representan un 30,6%, seguido por el estamento médico (27,6%) y las enfermeras (18,6). La proporción de las diferentes categorías ocupacionales en los diferentes servicios y países va a depender de la normativa vigente, recursos humanos y económicos y la naturaleza del servicio.

En la presente investigación al igual que en otros estudios realizados en la temática de la violencia en los servicios de salud, la mayoría de los participantes **son mujeres** (37, 39, 46, 55, 52), dado que efectivamente la atención sanitaria es otorgada preferentemente por éstas, y donde

mayoritariamente existen mujeres enfermeras y mujeres técnicos paramédicos. El riesgo de sufrir violencia es mayor en las mujeres que en los hombres (41, 44, 53, 47, 54, 50, 52, 78, 48, 75).

La **edad** media de los participantes de este estudio es de 40,9 años, con un rango de 20 a 44 años, similar a lo encontrado en otros estudios en trabajadores del ámbito de la salud (37, 39,46, 50, 52, 55, 79). Según Galián Muñoz et al (40) tener edades menores a 30 constituye un factor de riesgo para la exposición a la violencia. Chappell y Di Martino en su modelo interactivo de violencia laboral también, identifican también el ser joven, como un factor de riesgo para la violencia (10,11).

La mayoría de los integrantes de la muestra están **casados**, al igual que resultados encontrados en otros estudios (40, 50, 55, 62,70, 71). Esta variable sería un factor protector de la violencia según un estudio realizado en Jordania recientemente (54). Consultada la variable situación de pareja llama la atención que un 41,5% de los participantes no respondió esta pregunta. Todavía existe pudor en nuestro país de dar a conocer que se vive en pareja sin estar casada, especialmente las mujeres separadas o viudas de mayor edad.

En relación a los **años de experiencia** declarados por los trabajadores/as en el presente estudio la mayoría presenta entre 1 a 5 años tanto de experiencia laboral en salud como en el servicio de emergencias, estos resultados coinciden con lo reportado por Castellón (64), pero que no se condicen con otra investigación, en las que los años de experiencia en salud presentados son mayores (40, 55, 71, 80, 81). Los servicios de emergencia en nuestro país se caracterizan por tener su planta de funcionarios con gente joven y con una gran rotación en estos servicios debido a la vulnerabilidad a los riesgos físicos y psicosociales a los que están expuestos estos trabajadores. Hay que tener en cuenta que el tener más años de experiencia en el trabajo con salud, hace que la persona sea más tolerante a ciertos comportamientos violentos de los pacientes y por su experiencia y manejo de situaciones difíciles, reacciona de mejor forma y tiene mejor trato con los pacientes violentos, lo que hace cortar el círculo de la violencia (40), esto se ve corroborado en este estudio con los trabajadores que presentan más de diez años de experiencia en los servicios de emergencia perciben menos violencia laboral.

Un 6,8% presenta **contrato** a honorarios, quienes en su mayoría pertenecen al estamento médico. El 41% de los participantes no presenta contrato indefinido en el servicio, siendo éste porcentaje mayor en los establecimientos públicos. En dos estudios realizados en España sobre la temática de violencia en hospitales públicos el porcentaje de tipo de contrato indefinido en sus trabajadores es mayor que el encontrado en el presente estudio, 59,4% y 86,3% (37,40). Los contratos a plazo fijo son mayoritarios en muchas instituciones y se prolongan durante muchos años antes de pasar indefinidamente a la planta, lo que puede hacer que el trabajador se desmotive por seguir trabajando en esa institución y emigre a otro lugar. Esto es una pérdida de capital humano capacitado para la institución, que en el caso de la salud, significa también que se incorpore personal nuevo con menos experiencia en el manejo de situaciones violentas.

El 91,5% de los participantes declara trabajar **en sistema de turnos nocturnos**, dado que la naturaleza de las actividades desarrolladas en el servicio así lo requieren. Los turnos nocturnos en muchos servicios son factores de riesgo de violencia debido a la menor presencia de personal en las noches. En general los servicios hospitalarios deben cubrir la atención sanitaria a la población durante las 24 horas.

El trabajar en turnos, especialmente nocturnos aumenta la fatiga e impacta en la salud física, constituyéndose en un factor de riesgo para la salud del trabajador, ya que trae alteraciones del ciclo circadiano y aumenta en desarrollo de enfermedades físicas, además trabajar en situaciones

estresantes aumenta la probabilidad de ser víctima de violencia (40,55). Los turnos traen además alteraciones de la vida familiar, ya que se trabaja cuando otros duermen y viceversa, y las posibilidades de interactuar con sus hijos, parejas y amistades se ven disminuidas.

Los turnos en que existen mayor cantidad de agresiones, va a depender de: el tipo de patologías que se atiende, la urgencia necesaria en la atención de estas patologías o gravedad de éstas, tiempo de espera, la organización del trabajo de la institución, de la cantidad de personal que se tenga, de la infraestructura, equipamiento y el número de pacientes que se atiende, barreras culturales y características propias de la población atendida (91).

Las **jornadas de trabajo**, para la mayoría de los trabajadores de hospital, son de 44 hrs. semanales, a excepción del estamento médico que puede ser de 33 o 22 hrs. por semana. En una investigación realizada en enfermeras en Turquía, se encontró que jornadas de trabajo más allá de 40 hrs. por semana, sobre todo en turnos de noche que alargan su jornada, presenta un mayor riesgo de experimentar violencia (70). Resultados similares se encontraron en un trabajo español de la región de Murcia, donde los trabajadores que más horas extras hacían, obtuvieron puntuaciones medias significativamente superiores en violencia física frente a aquellas que no trabajaban horas extras(40). No se encontraron otros estudios que demostraran este último hallazgo.

Casi todos los trabajadores de los servicios de emergencia en estudio tienen **interacción** y contacto físico directo **con los pacientes**, ya sean en sus funciones administrativas o de atención clínica propiamente tal.

La mayor parte de los trabajadores responde que con mayor frecuencia atiende a pacientes que se encuentran en el grupo **etario de adultos y adultos mayores**. Esto se condice con la evolución demográfica experimentada por nuestra población. Las patologías a atender en estos servicios son de preferencia agudas y complejas. Los diversos estamentos, exceptuando los médicos, cumplen un sistema de trabajo en el que rotan por las diversas **especialidades** que tiene el servicio, es decir, cirugía, medicina, pediatría, etc.

En los hospitales públicos la mayoría trabaja directamente con **más de 11 personas**, siendo esta cifra menor en los hospitales privados. Los hospitales públicos en esta investigación corresponden a establecimientos completos, complejos y referentes para varias de las provincias del país. Según lo señalado por Chapell y Di Martino el trabajar solo (sin otras personas) representa un factor de riesgo para la violencia, por lo que trabajar con más personas disminuiría este riesgo (10,11). En general en los servicios de emergencia se trabaja con muchas personas debido a la naturaleza de este servicio, además de requerir de los servicios de apoyo, tales como: radiografía, laboratorio, esterilización, etc., interactuando también con los trabajadores de estas unidades.

Para la mayoría de los trabajadores el servicio de emergencia **representa su trabajo principal**, entendiéndose que destina más del 50% de su tiempo laboral a este trabajo.

La mayoría señala que existen **protocolos** para manejar situaciones de violencia laboral, un 30,4% de los trabajadores refiere que no conocen el uso de estos protocolos. El gran desconocimiento de los protocolos de violencia laboral en los trabajadores de urgencia, denota que no es suficiente contar con los protocolos, es necesario difundirlos a todo el personal (37).

Aproximadamente la mitad de los trabajadores participantes señala que **no se incentiva** el reporte de violencia en el lugar de trabajo. De los que responden que sí se incentiva el reporte, son los jefes directos **quienes lo incentivan**, al igual que en otros estudios donde jefes o empleadores son los que toman esta acción (82). En un trabajo se encontró que eran los propios colegas quienes

incentivaban el reporte (83). El no **reportar estos hechos** ha sido frecuente en otros estudios (16, 17, 23, 82). Las razones que han dado por no reportar fueron: que se consideró sin importancia, el esfuerzo que significa seguir con los procedimientos legales, la falta de sistemas para reportar, la insatisfacción con las respuestas de sus superiores, muchos ven a la violencia como una natural consecuencia del trabajo mismo (70).

Violencia física

Esta puede ser entendida como “el empleo de la fuerza física contra otra persona o un grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos” (OIT). Es a menudo el tipo de violencia más visible, y son las áreas de educación y servicios de salud y, entre éstos últimos, los trabajadores de emergencia los que están más expuestos, debido a tener contacto directo con el público.

En este estudio un 12,4% de los trabajadores percibe violencia física, siendo este porcentaje mayor en los establecimientos públicos. Cifras similares se encontraron en un estudio en Cuba y Turquía (39,70). En diversos trabajos ha quedado de manifiesto la prevalencia de violencia física que puede variar de un 1,2 a un 95% (37, 39, 41,42, 46, 50,53, 75, 78, 83, 84), según la naturaleza del servicio y diversos países. Los servicios de psiquiatría y emergencias se caracterizan por tener una alta prevalencia de conductas violentas, de todo tipo, dado la naturaleza y la dinámica de estos servicios.

La mayoría de los trabajadores consideran estos eventos como un incidente típico en el lugar de trabajo, similar a lo reportado por otros autores (82,83). Hay que tener presente que además, la mayoría de las veces estas agresiones están asociadas a manifestaciones de violencia verbal (90).

Estas agresiones físicas, según las respuestas de los trabajadores, fueron perpetradas por los pacientes en primer lugar y en segundo lugar por los familiares o parientes del paciente, resultados similares a lo evidenciado en casi todos los otros estudios (36, 37, 39, 52, 82, 85, 86, 87). Estas prioridades en cuanto a los agresores, se presentan igualmente en los establecimientos públicos y privados de este estudio.

Con mucha frecuencia se dan situaciones en que los familiares de enfermos en estado de gravedad, o los propios enfermos en situaciones de estrés, agreden físicamente a los proveedores de salud o provocan episodios de violencia que involucran de alguna manera al personal sanitario. La urgencia con que llegan los pacientes, el daño que traen, el miedo a la muerte, las secuelas por no ser atendidos a tiempo, el no contar con el profesional que necesitan, provocan estos episodios agresivos que terminan en violencia física o verbal o ambas. Muchos pacientes agreden físicamente con instrumental u otros objetos que se encuentran en las clínicas además de gritos y amenazas al personal (86).

Cabe destacar que de los que percibieron violencia física todos respondieron que fue en el servicio de emergencia propiamente tal, no hubo repuestas que señalaran la percepción de violencia en otros servicios o unidades del establecimiento o fuera de éste. Hay que destacar que muchos pacientes deben ser trasladados a unidades de imagenología y otras, acompañados por trabajadores de emergencia, pero nadie respondió haber tenido eventos de violencia física en estas otras unidades.

El horario que con mayor frecuencia fueron identificados los actos violentos de tipo físicos fue en el turno de noche, similar a lo encontrado en otros estudios de diversos países (37,40, 55, 88,91).

En los turnos de noche en nuestro país, existe un número muy inferior de personal para el cuidado de los pacientes, ya que la gran carga de trabajo se da en las mañanas. Esta disminución se da en varios de los servicios de las instituciones de salud, pero en emergencia el personal permanece casi igual que en los turnos de día, pero son los pacientes los que llegan en mayor cantidad a los servicios de emergencia durante la noche, que es cuando se agravan las patologías o cuando se producen la mayor cantidad de accidentes, lo que aumenta todo tipo de agresiones físicas y también verbales.

La intensidad de las agresiones físicas encontradas fue en su mayoría de mediana intensidad, siendo éstas de preferencia en los establecimientos públicos, ya que en los privados la intensidad es preferentemente baja.

Los trabajadores respondieron mayoritariamente que los actos violentos no pudieron haberse evitado, al igual que en otros estudios (82). Esto se traduce que los trabajadores refuerzan que estos actos violentos son parte intrínseca del trabajo que desarrollan (46), lo que denota una falta de esperanza de evitarlos así como de falta de medidas preventivas que pudiesen implementarse para evitar estas agresiones, aunque cuando se les preguntó sobre medidas preventivas, ellos fueron capaces de identificarlas muy bien.

Las consecuencias de la agresión física para el trabajador en el presente trabajo fueron: de los que percibieron violencia física, un 24,4% salió herido, siendo esta cifra mayor en los establecimientos públicos; de éstos solo un 27,3 % solicitó atención y un 6,7 % presentó licencia médica que varió de entre 1 día a 3 semanas. Según Chappell y Di Martino, una de las consecuencias que provoca la violencia laboral es el ausentismo en el trabajo, lo que altera la organización laboral (10).

El modo en que los trabajadores afrontan las agresiones físicas son: no hacer nada, o hacer como si nunca hubiese pasado, decir a la persona que pare, y contar a un colega lo que le pasó. Solo en los establecimientos públicos un 7,5 % de los trabajadores trata de defenderse, un 15,6% manifiesta que hace el reporte del incidente y una cifra muy baja 2,2% pide consejería profesional. Lo que se destaca es que nadie entabla una demanda legal frente a la agresión. Otros tipos de afrontamiento relevados en otras investigaciones han sido restablecer el diálogo con el agresor y la defensa verbal (33, 46,70). Estos modos de afrontamiento se presentan en forma semejante en los diversos tipos de estudios.

Las conductas adecuadas de afrontamiento a los actos violentos en los contextos laborales sanitarios deben enfatizarse en el control de respuestas emocionales y cognitivas ante tales situaciones, de forma que puedan aplicarse técnicas para la solución eficaz de estos conflictos (89).

Las consecuencias emocionales a raíz de la agresión física que sufrieron los trabajadores son en orden de prioridades: estar súper atento y a la defensiva, evitar pensar o hablar de ello, tener pensamientos reiterativos sobre el hecho y todo lo que ha hecho asociado a la violencia sufrida, le ha demandado un esfuerzo de su parte; todos ellos en una intensidad que va desde poco a muchísimo. Las personas que no les afecta nada en absoluto, se encuentran en un menor porcentaje.

Estas consecuencias emocionales producen impacto en el desempeño laboral y repercuten en la esfera de vida personal del trabajador (83).

Los trabajadores también han respondido que fueron testigos de agresiones físicas en un 32%, siendo esta cifra más del doble en los hospitales públicos, con una frecuencia de haber sido testigos de "muchas veces en un mes, una vez a la semana y diariamente". Al analizar estas cifras y las de la

prevalencia de violencia física, podemos observar que los trabajadores dicen haber sido testigos de estas agresiones en más del doble de veces que la cifra respondida en cuanto a percibir violencia física (12,4%). Indirectamente esto puede significar que hubo olvidos de los casos de agresión, o no quisieron responder sobre todos los casos de violencia física de los que fueron objeto, o no le dan importancia cuando son los propios trabajadores quienes son agredidos, pero sí lo perciben cuando esta agresión se da en algún compañero de trabajo.

Generalmente, quien incentiva al reporte y toma las medidas en respuesta a los actos violentos es el médico jefe, y los trabajadores víctimas de violencia no se encuentran ni satisfechos ni insatisfechos con la manera en la que estos incidentes fueron tratados. Similares hallazgos fueron encontrados en otro estudio (82).

La mayoría de los trabajadores víctimas de violencia física no reportaron el incidente, porque consideraron que no era importante y no sirve de nada. Similares resultados fueron encontrados en otros estudios (37, 92,93). Las razones de no reportar merecen atención, y pudieran estar vinculadas con que realmente el incidente fue menor, o considerar estos actos como parte de la rutina del trabajo en un servicio de emergencias, o estimar efectivamente que no existen sanciones para el agresor.

En general en la literatura se estipulan las consecuencias de la violencia laboral que afecta a las víctimas, a la organización y a los costos sociales, pero no respecto a las consecuencias que el agresor podría tener frente a estos actos desde el punto de vista de la institución empleadora. En solo un trabajo se encontraron consecuencias para el agresor y éstas fueron de “advertencia verbal”, pero en su gran mayoría hubo “ninguna” sanción, y en muy pocos casos fueron reportados a la policía (82). Los sistemas legales de los países deberían incorporar las agresiones hacia los profesionales de la salud ya que estas agresiones representan una violación a los derechos humanos, y no ser tolerada como parte del trabajo (94).

Al realizar el análisis bivariado de las diversas variables biosociodemográficas con la variable percepción de violencia física, se obtuvo diferencias estadísticamente significativas con las siguientes variables:

Aunque los estudios revisados indican que el *Sexo* es una variable de riesgo, en este caso no se da una significación estadísticamente para la muestra completa. Varios trabajos dan cuenta que el ser mujer implica un mayor riesgo de ser violentada (51,52). Esto no significa que a los hombres no se les agrede. Existen trabajos que muestran las grandes cantidades de agresiones sufridas por los hombres (55) y especialmente médicos en España, cifras que han ido en aumento y donde han creado su propio Observatorio de Agresiones que ha sido registrados en la Asociación Española de Medicina(49).

En cuanto al *estamento*, las enfermeras y los técnicos paramédicos percibieron mayor violencia física respecto a los otros grupos. Al relacionar la variable estamento con la *intensidad* de la violencia física, siguen siendo las enfermeras y los técnicos paramédicos quienes perciben la violencia física con la más alta intensidad. En un estudio en hospitales chinos, los resultados dieron que fueron los médicos quienes sufrieron mayor agresión física y también verbal (55), lo que justificaron como el que los médicos muy a menudo trabajaban solos. *En relación al tipo de jornada*: las personas que tienen jornada temporal/reemplazo están más expuestas a percibir violencia física que aquellas que tienen jornada completa. Resultados similares fueron encontrados en un hospital de Murcia,

España, donde los trabajadores temporales obtuvieron puntuaciones en violencia total significativamente superiores respecto de los de jornada fija o completa (40), lo que podría ser analizado desde el apoyo y seguridad que la institución presenta para el trabajador, según la jornada en la que este desempeñe sus funciones.

El *nº de personas con las que se trabaja* también resultó significativa. Cuando se trabaja en solitario y con más de quince personas es cuando se percibe mayor violencia física. A diferencia de lo expresado por Chappell y Di Martino en su modelo, donde se percibe mayor violencia cuando se trabaja en solitario(10, 11).

En cuanto a la *edad de los trabajadores*, los que tenían entre 20 y 44 años y aquellos que tienen menos de 10 años de *experiencia en salud*, fueron los que percibieron mayor violencia física respecto a los otros grupos. Personas con más años de experiencia del trabajo en salud, lo que a su vez podría estar asociado a la edad, tienen mejor manejo para enfrentar las agresiones, por lo que a mayor experiencia laboral en el servicio de emergencia, menor prevalencia de violencia laboral de tipo físico.

Según el modelo de regresión logística, que considera la variable respuesta violencia física percibida, los trabajadores/as que pertenecen al *estamento de técnicos paramédicos* presentaron mayor riesgo de percibir este tipo de violencia, respecto a los médicos (OR fue de 0,3 con un IC95%: 1,1 – 10,7). Considerar que el modelo explica a lo más un 18,7%.

Abuso verbal

El abuso verbal es parte de la violencia psicológica y es definido como el uso intencional de poder, que incluye amenazas, en contra de otra persona o grupo, y que puede causar daño físico, mental, espiritual, moral o al desarrollo social.

En el presente estudio el abuso verbal es percibido por el 59% de los trabajadores participantes, siendo el abuso verbal la violencia más prevalente entre los trabajadores del servicio de urgencia. Diversos trabajos realizados concuerdan con estos resultados, identificando mayor prevalencia de violencia de tipo verbal en los contextos sanitarios (15,39,41,42,46, 47, 52, 53, 83, 85, 95, 96, 97,98, 99)respecto a los otros tipos de violencia. El instrumento recolector de datos utilizado no contempla especificaciones sobre los actos considerados como abuso verbal, pero otros estudios sí han explicitado las manifestaciones de este tipo de agresión, citando: gritos, insultos, descalificación, llamados de atención en público, sarcasmo, desautorización y amenazas (39). Pérez y Nogareda señalan que el abuso verbal es la violencia más frecuente en el ámbito laboral, que puede presentar efectos nocivos, y que la dificultad radica en que, a diferencia de la violencia física, el impacto es difícil de determinar y depende, entre otros factores, de las percepciones de cada persona (100), teniendo presente además que frecuentemente las agresiones verbales son la antesala de la violencia física.

En la mayoría de los estudios recabados respecto a la violencia laboral en contextos sanitarios hacia el profesional de salud, se destaca a los *pacientes y familiares* o acompañantes como los principales perpetradores de dichas agresiones (37, 39, 41, 91, 92). Cuando los pacientes reciben una atención que no cumple con sus expectativas, en situaciones que perciben un trato injusto, cuando surge impotencia frente a la enfermedad (101), cuando sienten que sus vidas están en riesgo en situaciones de emergencia, aparecen diferentes emociones, tales como cólera, ansiedad y miedo (102), las que determinan el uso de palabras inadecuadas y muchas veces amenazantes hacia los trabajadores sanitarios, creando un ambiente de tensión e inseguridad laboral, que se correlaciona

con insatisfacción laboral (102). Este ambiente de tensión e inseguridad puede ser generado también por familiares o acompañantes cuando, por ejemplo, son informados de la gravedad de su familiar, cuando se sienten insatisfechos con la atención brindada, cuando no entienden o existe incertidumbre del pronóstico y tratamientos (101).

En el presente estudio la mayor parte de los trabajadores declararon que el abuso verbal era de *intensidad mediana*, y que representa un incidente típico en el lugar de trabajo, esto último está en línea con lo encontrado en otro estudio (82). El considerar estas conductas como típicas, significa que las personas que laboran en los servicios de emergencias suponen la violencia y sus expresiones como habituales a las actividades que realizan.

El tipo de *afrontamiento* que con mayor frecuencia se presentó fue “*le dije a la persona que parara*” y “*se lo conté a un colega*”. A diferencia de otros estudios donde la respuesta más frecuente fue no hice nada (82, 92). Mayorca destaca que las agresiones en los contextos laborales son subnotificadas, dado que su notificación es de poca utilidad (103), sumado a que específicamente para el abuso verbal, las lesiones o consecuencias no son aparentemente visibles. Importante reflexión realiza el citado autor a este respecto, destacando que en general, la constante agresión en los contextos sanitarios naturaliza el fenómeno de la violencia en estos escenarios y no es asociado a un riesgo profesional (103).

La mayoría de los trabajadores/as que percibieron abuso verbal, señalan que esta agresión pudo ser evitada, y que en la mayoría de las veces no se tomaron medidas para investigar las causas de este abuso. En este punto se debe tener presente, que en la mayoría de los casos, estos eventos no son reportados por los trabajadores, por lo que difícilmente se podrían asumir acciones de intervención. Entre los motivos por los cuales no son reportados, destaca el considerar que “*no sirve de nada*”. Este resultado es similar a lo encontrado en otro estudio en el que se estima que los registros de estos eventos tienen poca utilidad (103). Estos resultados reflejan la falta de cultura en prevención y tratamiento de actos violentos en los contextos sanitarios.

En aquellos casos en que los trabajadores participantes declararon percibir abuso verbal, con mayor frecuencia señalaron sentirse muy insatisfechos con la forma en que fue tratado el incidente, lo que consolida la necesidad de establecer protocolos de acción claros y efectivos y programas preventivos que liberen los ambientes de trabajo del flagelo de la violencia.

En el presente estudio la mayor parte de quienes manifestaron alguna *consecuencia emocional* producto del abuso verbal, declaró que después de la agresión, su trabajo “*ha demandado un mayor esfuerzo*”, que en distintos grados “*evita hablar del problema*”, y que son “*reiterativos los pensamientos e imágenes de la agresión*” que sufrió. Son reconocidas las consecuencias negativas de la violencia laboral que repercuten en los trabajadores, las que pueden manifestarse en diferentes emociones experimentadas después de la agresión, tales como sentimientos de angustia, humillación, desamparo, desánimo entre otros (83, 92). Estas situaciones dan lugar a que muchas veces los trabajadores abandonen sus lugares de trabajo, en desmedro del acceso y la calidad de la atención que requiere la población (105).

En el análisis bivariado las *mujeres* perciben más abuso verbal y de mayor intensidad que los hombres, siendo este resultado similar a los datos obtenidos por autores de otros estudios (37, 44, 92). Este resultado puede ser analizado desde las características socioculturales de la violencia de género, la que incluye el proceso de diferenciación de género, y la jerarquización, de forma que tanto las mujeres como los roles, funciones y rasgos asociados a ellas son socialmente inferiores, lo que se traduce en menores niveles de reconocimiento social y, finalmente, de poder, libertad y

capacidad de acceso a recursos (104). Esta realidad posiciona a la mujer, en diferentes contextos, vulnerable a ser víctima de cualquier tipo de violencia.

Las *enfermeras/os* y los *técnicos paramédicos* son quienes percibieron más abuso verbal en los servicios de emergencia. Las enfermeras/os y los técnicos paramédicos representan el recurso humano más numeroso en la atención en los servicios de emergencias, razón por la cual son los más expuestos a ser víctimas de diferentes tipos de agresiones, considerando además que la mayor parte de estos estamentos está integrado por mujeres (105), y son además quienes entregan atención directa a los pacientes.

Existe relación significativa entre quienes presentan entre 6 a 10 años de *experiencia* en salud y 1 a 5 años de *experiencia en el servicio de emergencias* con la percepción de abuso verbal, son ellos los que perciben mayormente el abuso verbal, similar a lo encontrado en otro estudio (32). Los trabajadores con menos experiencia pudieran presentar menor manejo en situaciones de violencia y menos tolerancia a estos comportamientos.

Respecto al *afrentamiento* “le dije a la persona que parara” fue utilizado preferentemente por quienes tienen entre 20 a 44 años. Los trabajadores pertenecientes al estamento técnico paramédico, fueron quienes perciben con una frecuencia de “todo el tiempo” el abuso verbal, y también son quienes perciben a los *pacientes y sus familiares como perpetradores* de este tipo de agresión y presentan como *afrentamiento* el “no hacer nada frente a estos hechos”. El afrontamiento es totalmente pasivo. La estrategia de afrontamiento “le conté a un colega” y “reporté a un superior” se relaciona con el estamento enfermeras/os.

El modelo de regresión logística establece que pertenecer al estamento enfermera/o presenta mayor riesgo de percibir abuso verbal que pertenecer al estamento médico, al igual que el estudio de Cruz y Klinger que dice que el estamento de enfermería tiene tres veces más de probabilidad de experimentar abuso verbal respecto de los otros trabajadores (105), a diferencia de otro estudio realizado en Turquía y en España donde señalan que el estamento médico percibe más abuso verbal que las enfermeras (92, 106).

Acoso laboral

El acoso laboral, acoso moral o mobbing corresponde a una conducta consciente, sistemática y repetitiva de hostigamiento contra un trabajador a través de acciones vengativas, crueles o maliciosas, destinadas a socavar a una persona o grupo.

La prevalencia del acoso laboral global obtenido fue de un 13,9%, cifras similares a las encontradas en un estudio en Brasil donde se obtuvo un 11,54% (62) y estudios realizados en España (73, 63,107), donde las cifras estuvieron en torno del 14 al 20%, cifras superiores a un estudio realizado en Francia en el 2005, donde se encontró entre 7 y 8 % de acoso laboral en trabajadores (2). Sin embargo, otros autores reportaron cifras de 42,85%, 47,8% hasta 90% de acoso laboral (57, 67,68).

El acoso laboral en la presente investigación, es tres veces mayor en los establecimientos públicos que en los privados, así como la frecuencia con la que se ejerce “*todo el tiempo*” es percibido mayoritariamente por los trabajadores de los hospitales públicos. Lo anterior difiere a lo encontrado en Turquía donde el mobbing fue mayor en los establecimientos privados(108). El que sea mayor en los establecimientos públicos, puede deberse a que es más difícil tomar medidas contra el acosador, muchas veces el agresor es un profesional que no es posible remplazar si se toma la medida de alejarlo de su trabajo o el trámite para realizar este reemplazo es largo o engorroso. Otras veces los superiores validan el acoso defendiendo al acosador por la jerarquía que existe

dentro de los establecimientos hospitalarios; otras veces es difícil llegar a las esferas más altas que deben tomar decisiones al respecto, ya que ni siquiera reciben a la persona agredida, y ante tantas barreras, la víctima muchas veces desiste porque no ve solución a su problema. Estos datos coinciden con el informe Cisneros de España, donde también se refleja un mayor % de acoso laboral en la administración pública (59).

En la presente investigación los *agresores* en el acoso laboral son percibidos como los propios integrantes del equipo de emergencia en primer lugar, seguido por los supervisores/jefes, manifestándose estas prioridades por igual en los establecimientos públicos como privados. Llama la atención que los agresores más frecuentes de acoso laboral, sean los propios compañeros de trabajo. Son las enfermeras y técnicos paramédicos quienes perciben mayormente acoso laboral, al igual que otros tipos de violencia.

En otros estudios (65, 66) fueron identificados los jefes directos como los primeros agresores y a un tercio de las colegas enfermeras como agresoras de acoso laboral, relacionándolo con la mantención del poder y un trato castigador.

Como identifica Dois Castellón AM, estos actos de violencia generalmente se dan en ambientes laborales con alto estrés, rígidos, autoritarios y jerárquicos y donde muchas veces no existe claridad del rol profesional(64).

El acoso laboral fue percibido en su gran mayoría dentro de los propios servicios de emergencias y, solo un porcentaje muy bajo se dio en otras dependencias del hospital con las que se relaciona el servicio. La mayoría lo percibe como de “mediana y alta intensidad”, siendo similar su intensidad en establecimientos públicos como privados.

En relación al tipo de *afrontamiento* o respuestas de la víctima ante el acoso laboral, se encontró que la mayoría le cuenta la situación que sufrió a “una colega, amiga/o. o familiar”, o tratan directamente con el acosador señalándoles que “*paren*”, son pocos los que “*reportan a su superior directo*” y menos aun los que “*entablan una demanda legal*” (sólo 1 caso). En los establecimientos públicos, un porcentaje no despreciable (20,5%) “*no hace nada*” frente al acoso laboral. Estos tipos de respuestas las encontramos también en las investigaciones de Molero et al. y de Baram Aksaka (63,70). En general solo un tercio de las víctimas enfrentan este tipo de agresión. Muchos trabajadores, especialmente profesionales, sienten vergüenza y miedo de reportar o denunciar este tipo de agresión (59) por posible pérdida de su trabajo o sentido de culpabilidad o ser excluida de su grupo de pares; y arrastran durante muchos años esta situación de estrés.

En relación a las *consecuencias emocionales* que les produjo el acoso laboral, aproximadamente un tercio de los trabajadores manifiesta que le ha “*demandado mucho y muchísimo esfuerzo*” todo lo relacionado con el acoso laboral y que se encuentran “*más atentos y vigilantes*” en el trabajo, al igual que una cantidad similar “*evita pensar sobre lo acontecido*”. Estos trabajadores se ven afectados por el miedo y la ansiedad, que si se arrastra durante bastante tiempo, puede llegar a generar un trastorno afectivo. Asimismo, pueden desarrollar variadas enfermedades psicosomáticas que hacen aumentar el ausentismo en sus lugares de trabajo(59, 109), con las consecuencias que esto trae consigo como reemplazo del personal, horas de capacitación del personal nuevo, aumento de costo en el servicio, entre otros.

Estas agresiones, al igual que otros actos de violencia, inciden en las relaciones interpersonales, baja la calidad de la atención, se produce una menor eficiencia y por ende una menor producción en los servicios, al igual como lo estipula el modelo interactivo de Chapell y Di Martino (10,11).

En la presente investigación, la mayoría de los trabajadores tanto de los hospitales públicos como privados refieren que, no se tomaron *medidas para investigar el acoso laboral*. De los casos en que se tomaron medidas, en primer lugar la que los realizó fue la enfermera jefe, y en segundo lugar el médico jefe. Un tercio de los trabajadores responde que no hubo consecuencias para el agresor y un tercio no sabe lo que pasó. Se encuentran muy insatisfechos de la forma como se trató el incidente, por esas razones los trabajadores no reportan estos hechos, porque un alto % dijo que “no servía de nada” y porque le tienen “miedo a las consecuencias negativas”.

Llama la atención que un porcentaje no despreciable responda “*no saber a quién reportar*”, esto refleja una mala comunicación en la organización, protocolos que no se tienen o no se conocen, falta de capacitación y manejo de los trabajadores ante estos hechos violentos y falta de consejería profesional.

Las variables biosociodemográficas y de trabajo que resultaron significativas con el acoso laboral, son el *sexo*, siendo las mujeres quienes percibieron mayormente el acoso laboral, el *estado civil*, siendo los solteros quienes percibieron mayor acoso laboral, estas significancias se dio sólo para los establecimientos públicos y la *experiencia laboral en el área de salud*, de 6 a 10 años de experiencia. Esta significancia se dio solo para los establecimientos públicos (71). Resultados similares se encontraron en el trabajo de Molero et al(63).

Las características de la organización tales como: ausencia de políticas de resolución de conflictos, sistemas de evaluación e incentivos a veces perversos, poco o nulo soporte de los superiores ante el acoso laboral de sus trabajadores, comportamientos de los jefes directos con sus trabajadores, liderazgos autoritarios, tipo de relaciones entre superiores y subordinado y compañeros/as (64), son factores que facilitan el acoso laboral en las instituciones, así como también los lugares de trabajo con alta demanda y muy competitivos.

Como ya hemos visto, el acoso laboral puede traer consecuencias a nivel organizacional, de salud del trabajador tanto psicológico como físico y social (71), y elevados niveles de licencias médicas, así como mala calidad del trabajo y consecuencias para el paciente que requiere atención (64,61). Es un fenómeno aún poco estudiado en el ámbito de los establecimientos de nuestro país, y que va en franco aumento, al igual que otras agresiones, y que es necesario frenarlo ya.

Acoso sexual

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo consideran el acoso sexual como parte de la violencia laboral (10,11). Es un problema de tipo social de larga evolución y de difícil estimación debido a que es uno de los problemas sociales menos informados (110).

El acoso sexual laboral es una situación que podrían sufrir tanto mujeres como hombres, sin embargo, son las mujeres de forma alarmante y frecuente las víctimas de este problema y son los hombres en la mayoría de los casos los acosadores (110).

El acoso sexual corresponde a cualquier comportamiento no deseado, no recíproco, y no bienvenido, de naturaleza sexual que es ofensivo para las personas afectadas, y provoca que esa persona se sienta amenazada, humillada o avergonzada, “Un solo incidente es suficiente para que la actuación de una persona sea considerada acoso sexual”(11)

La *prevalencia* global del acoso sexual en los servicios de emergencia en este estudio fue de 1.9%; siendo mayor en los establecimiento públicos(2,5%),cifras menores a lo esperado, pero que coincide con lo encontrado con un estudio realizado a médicos y enfermeras en Barbados(52) donde

se encontró menos del 10% para las agresiones conjuntas sexuales, raciales y físicas. Es una agresión muy difícil de medir en forma más o menos real por el estigma que produce en la mujer haber sufrido este tipo de acoso, además del miedo a las autoridades y por características culturales de cada sociedad.

La prevalencia encontrada fue similar a estudios realizados en Hong Kong y en el Líbano (79,82) y muy por debajo del 22,4% de otro estudio (95). Llama la atención un estudio realizado en el estado de Nueva York, en servicios de emergencias, donde el 52,2% de los residente médicos; hombres y mujeres; fueron acosados sexualmente y cuyo agresor fue mayoritariamente el paciente (87).

En el acoso sexual todavía se tiene el estigma de la culpa: *“si me agredió es que me lo merecía”* o *“yo lo induje a aquello”*, creencias ampliamente difundidas en nuestra sociedad patriarcal y castigadora hacia las mujeres, razón por la que las mujeres sub- notifican o no notifican este tipo de agresiones. En cuanto a que este tipo de agresión se da el doble en frecuencia en los establecimientos públicos, se podría explicar a que es más difícil el control o supervisión sobre este tipo de conductas así como también sobre otras en estos establecimientos grandes con muchos trabajadores y con mucha población adscrita; por lo que se hace más difícil investigar y lograr sancionar al agresor en caso que realmente exista una denuncia, ya que la mayoría ni siquiera denuncian estas agresiones.

El *agresor sexual* fue percibido en igual porcentaje como *“el jefe”*, que en muchos casos es médico (77,41), como *“un miembro del equipo”* o *“los familiares de los pacientes”*. Las agresiones de acoso sexual fueron efectuadas en las dependencias de los establecimientos.

De las trabajadoras acosadas sexualmente, la mayoría respondió que *“pudo haberse evitado esta agresión”*, y que las consecuencias emocionales del acoso sexual les *“ha demandado un gran esfuerzo de su parte”*, y que *“las imágenes del acoso sexual son moderadamente reiterativas”*, que *“evita hablar sobre ello”* ,y que *“está más atento y vigilante”* desde que sufrió la agresión.

Respecto al modo de *afrontamiento del acoso sexual*, más de la mitad de los trabajadores *“hizo como si nunca hubiese ocurrido o no hizo nada”*, denotando una actuación totalmente pasiva. Las víctimas no reportaron los incidentes porque se sentían avergonzadas y asustadas de las consecuencias negativas; otras personas respondieron *“que no servía de nada reportarlo”*, incluso una trabajadora se sintió culpable del incidente y otra no sabía a quién reportarlo. El no saber a quién reportar puede ser indicativo de que no existen los procedimientos y formularios para este tipo de reporte. Estos resultados son similares a los encontrados en otros trabajos (77), donde trabajadoras se sintieron insatisfechas y muy insatisfechas respecto al trato que tuvieron estos incidentes.

Si estos casos no son reportados a las autoridades competentes y no se toman medidas para evitar aquello en un futuro, o intervenir los casos con una Consejería profesional para las víctimas, así como otras medidas para el agresor y medidas que pudiesen ser necesarias en la organización y espacio físico del servicio, podemos estar atrapados en una espiral de violencia y miedo en un lugar donde nadie quiera ir a trabajar, pero que cada día es más necesario para poder vivir.

La Organización Internacional del Trabajo señala que *“el acoso sexual laboral tiene impacto importante en las condiciones de trabajo, en virtud de la afectación que sufre la persona que lo vive en forma directa, quienes la rodeen en el espacio laboral y familiar, la organización para la que labore y la sociedad en general, incluyendo al Estado mismo”* (111).

Al menos un tipo de violencia

Al considerar al menos un tipo de violencia asociado a variables biosociodemográficas, se encontró que, el ser mujer, enfermera o técnico paramédico o administrativo, tener experiencia de trabajo en salud y en emergencia entre 6 a 10 años son quienes perciben mayoritariamente al menos un tipo de violencia en los servicios de emergencia. Resultados similares se encontró con respecto a ser mujer y ser enfermera en un estudio en Barbados respecto a violencia laboral en diversos estamentos en clínicas de atención primaria, confirmando que el género es un predictor significativo de la violencia (52), al igual que los años de experiencia en el servicio de emergencia (96).

Al efectuar el modelo de regresión logística de al menos un tipo de violencia percibida, las variables independientes incluidas en el modelo de regresión logística multivariado fueron aquellas que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariado. Pertenecer a un establecimiento público implica un mayor riesgo de percibir al menos un tipo de violencia, respecto de pertenecer a un establecimiento privado (OR fue de 3,76 con un IC95%: 2,19 – 6,45), ser enfermera presenta mayor riesgo que el estamento médico con OR 2,9 con un IC 95% 1,32- 6.4, seguido de los administrativos, OR 3,35 con un IC 95% 1,23-9,09. El modelo solo explica un 17,8%.

Políticas específicas desarrolladas por el Empleador

La gran mayoría de los trabajadores identifican políticas de seguridad y de salud en su lugar de trabajo, pero no así políticas en relación a la violencia física, al abuso verbal, al acoso laboral y al acoso sexual, ya que la mayoría no sabe si existen estas políticas, a diferencia del estudio realizado en otros países, donde entre 30 a 70% de los trabajadores identifican la existencias de estas políticas de violencia laboral de parte del empleador (82).

De las medidas que existen para combatir la violencia y que fueron percibidas por más del 50% de los trabajadores como *“muy efectivas y moderadamente efectivas”* están: las mejoras del entorno, las medidas de seguridad (tales como guardias, teléfonos portátiles, alarmas, botón de pánico entre otros), los protocolos para los pacientes, los cambios de turnos, el aumentar el equipo de trabajo, el uso de equipamiento y vestimenta especial (uniformes). Las medidas que fueron percibidas como efectivas y moderadamente efectivas, pero por un porcentaje menor de trabajadores (entre 30 y 40%) fueron las siguientes: trabajar en períodos reducidos en forma solitaria, tener entrenamiento o estar capacitado para combatir la violencia, restringir el manejo de dinero, tener aptitudes comunicacionales para resolución de conflictos y herramientas de autodefensa, hacer análisis previo de pacientes, invertir en desarrollo de recursos humanos y restringir la entrada a los familiares. En un estudio en el Medio Oriente, la gran mayoría identifica estas mismas medidas como muy efectivas (82).

Factores más importantes que contribuyen a la violencia física y psicológica (abuso verbal, acoso laboral y acoso sexual), según los propios trabajadores de los servicios de emergencia

Los factores que más contribuyen a la violencia física como a la violencia psicológica, según los trabajadores/as son *“largo tiempo de espera para la atención, para resultados de examen y procesos de ingreso”* tanto para los establecimientos públicos como privados, lo mismo fue encontrado en

un estudio que realizaron en un hospital de alta complejidad en Buenos Aires y en otros países (46, 91,96).

Esto refleja problemas de organización y falta de personal disponible para estas actividades. Es un problema grave el largo tiempo de espera en un servicio de emergencia, por la gravedad que muchas veces tiene el paciente que consulta en este tipo de servicio, sumado a la angustia de no saber si se va a resolver su problema o debe hospitalizarse.

Factores como el *“tipo de paciente intolerante, impaciente y agresivos”* sumandos con el *“bajo nivel educacional, forma inadecuada de responder, falta de respeto de los pacientes”* ocupan el segundo lugar en los factores que contribuyen a la violencia en los servicios de emergencia tanto en los establecimientos públicos como privados con un 32,5% a nivel global, un 36,7% en los privados y un 30,5% en los públicos. Este es un factor atribuible al usuario externo adscrito a estos hospitales. El tipo de paciente también es identificado en un trabajo realizado en Murcia como uno de los factores importantes que contribuyen a la violencia laboral (40).

La *sobrecarga laboral, los turnos largos y la poca rotación en turnos* al igual que en otros estudios (37,87,94) son identificados en los establecimientos públicos como factores contribuyentes de violencia laboral, mientras que en los establecimientos privados este factor no tiene la misma importancia en orden de prioridad. Parece ser que los recursos humanos en los establecimientos públicos por población a atender, son menores que en los privados, y la cantidad de usuarios son mayores en los establecimientos públicos, lo que produce esta sobrecarga. Es posible señalar que de los trabajadores de los establecimientos públicos que respondieron que su situación laboral habría empeorado en los 2 últimos años son justamente las enfermeras y los técnicos paramédicos, quienes mayoritariamente realizan la atención del cuidado y las actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, y que presentan sobrecarga laboral.

Otro factor al que se atribuye violencia laboral, fue el *estrés de los trabajadores, de los pacientes y de los familiares del paciente*. El estrés de los trabajadores pudiera estar vinculado al punto anterior que habla de la sobrecarga laboral, de los turnos excesivamente largos y de la poca rotación existente en los servicios, además de la naturaleza del servicio, donde siempre una decisión puede significar la vida o la muerte de una persona. Estos aspectos indudablemente se asocian a una gran carga de estrés sobre el trabajador, antecedentes para el desarrollo de problemas de salud física y mental, entre ellos el burnout (115, 116), con las siguientes consecuencias de ausentismo y/o traslado de servicio.

Por otro lado, el paciente y sus familiares o acompañantes pueden experimentar estrés, porque se sienten en un ambiente desconocido y a veces hostil. Goic señala que las personas acuden a los servicios de emergencia muchas veces con síntomas que perciben como amenazantes para su salud y su vida (117), experimentando dolores físicos, sensación de miedo, cercanía a la muerte e incertidumbre. A esto le agregamos las largas horas de espera, falta muchas veces de camas, la escasez de materiales y medicamentos entre otros, que aumentan el estrés de los pacientes y familiares y actúan como detonantes de agresiones en estos servicios.

La *mala comunicación médico-paciente y médico-personal* también fue identificada como un factor que contribuye a la violencia laboral tanto en establecimientos privados como públicos. Una buena comunicación permite a su vez un buen trabajo en equipo y esto fomenta un clima laboral armonioso y repercute en la calidad de los servicios otorgados a los usuarios. A su vez una buena y efectiva comunicación médico-paciente permite mejorar el diagnóstico, la posible adherencia y confianza en el tratamiento y en la institución, lo que permite dignificar una atención que se percibe

como deshumanizada, que se vincula directamente con el sentimiento de dolor, pena indiferencia frente a la situación que vive el paciente (117). Es posible señalar que aspectos como la comunicación, deben ser relevados desde la formación de los profesionales y técnicos que integran los equipos sanitarios, considerando estos aspectos como obligatorios en los planes de estudio, ya que es una competencia necesaria y básica para el desempeño laboral futuro.

La *falta de empatía* fue identificada por los trabajadores participantes en este estudio, como otro factor que puede gatillar la aparición de conductas violentas. El no ponerse en el lugar del otro, considerar sus sentimientos, su vulnerabilidad y su inseguridad pueden provocar en el paciente reacciones agresivas (90,119).

Resumiendo, los factores más importantes identificados por los trabajadores que contribuyen a la violencia psicológica al igual que a la violencia física son los factores relacionados con la *organización de los establecimientos*, al igual que lo encontrado en otros estudios (37), tanto en los públicos como en los privados, y en segundo lugar están los factores relacionados con el *usuario externo*. En el tercer lugar respecto de la violencia física, al igual que en otros estudios (37,40), se encuentran los factores relacionados con *entorno físico y diseño del lugar de trabajo* a diferencia de la violencia psicológica, donde el tercer lugar lo ocupan los factores relacionados con *el trabajador* mismo.

Otros aspectos han sido identificados como contribuyentes a la violencia laboral en diversos países por otros autores, pero que no fueron identificados en el presente trabajo, pero que habría que tenerlos presente para evitar las agresiones, estos son:

-trabajar de noche, falta de materiales, discrepancia con el diagnóstico o tratamiento, diversidad cultural, barrera lingüística (91), conflictos de roles(94), políticas inadecuadas de prevención y manejo de la situación, lugares aislados, equipos inadecuados, ser minoría, funcionar con una cultura de tolerancia a la violencia (2), facilidad para andar con armas(37, 87), abuso del poder médico, abuso de enfermera por otra enfermera o con estudiantes y con paramédicos como una forma de controlar o intimidar a pares o subalternos(120).

Probablemente la variación de factores identificados en éste y otros estudios estén vinculados a las diferencias del contexto cultural, social, político, educacional y de desarrollo de los países.

Medidas más importantes a juicio de los trabajadores de los servicios de emergencias de los establecimientos públicos y privados que pudiesen reducir cualquier tipo de violencia

Los propios trabajadores identificaron diversas medidas para reducir la violencia laboral en sus servicios. En primer lugar, manifestaron que había *que aumentar presencia de personal de seguridad*, pero estos deberían tener compromiso con el trabajo que están realizando, deben hacerse respetar y estar siempre en sus puestos de trabajo. Deben además estar capacitados para el cargo para ser más eficientes. Estas características fueron destacadas por los trabajadores ya que el personal de seguridad carecía de estas condiciones, agregando además que el personal de seguridad debería ser masculino, ya que al personal de seguridad femenino es más temeroso frente a los agresores. Solicitan también mayor presencia de carabineros en el servicio de emergencia para mantener el orden, especialmente cuando hay pacientes drogados o alcoholizados ya que estos se ponen muy agresivos cuando no se los atiende inmediatamente. Estas medidas de seguridad también han sido identificadas como prioritarias en diversos trabajos relacionados con violencia laboral (41, 91).

Otros autores de diversos países, en sus estudios, han identificado además varias otras medidas de seguridad que ayudan a evitar episodios de violencia en el lugar de trabajo, pero que no fueron identificadas en este estudio, que podrían ayudar a disminuir los episodios de violencia o su intensidad, tales como:

-Mecanismos de monitoreo constante (86), botón de pánico para trabajadores que trabajen en lugares donde se dan las agresiones con mayor frecuencia, sistemas de alarma en los servicios (120), dispositivos de detección precoz de metales en las entradas (90) que pudiesen complementar las medidas identificadas anteriormente. Sistemas de video vigilancia (41), briefings de seguridad que son alarmas informáticas que pueden activar los diferentes profesionales, que otorga información médica y alerta de seguridad en caso de riesgo para estar sobre aviso (37).

Otra medida identificada por los trabajadores, *es la reducción de los tiempos de espera* para hacer más rápida la atención hacia el usuario. Apunta hacia el factor contribuyente más importante de la violencia laboral identificado por ellos y que se hace imprescindible poder implementarla.

El factor del tiempo de espera es relevado, en muchos trabajos, como la causa principal de las agresiones hacia los trabajadores (37, 46, 91, 96,103, 124). Esta medida muchas veces significa organizar nuevamente el servicio, aumentar la dotación de personal y mejorar los sistemas de turnos para evitar la sobrecarga de trabajo y el estrés y mejorar la agilidad de la atención hacia los pacientes. Esto no solo debe hacerse en el servicio de emergencia, sino que con todas aquellas unidades de apoyo con los cuales está conectado la atención de emergencia, tales como; los laboratorios, el servicio de imagenología y el servicio de admisión de pacientes, que es donde se produce muchas veces una larga espera que para el paciente se hace intolerable. Si los servicios de apoyo no son dotados de un aumento de personal en relación a la población que se atiende y a la urgencia que se necesita, no se saca nada con aumentar el personal solo en los servicios de emergencia, ya que si en las unidades de apoyo existe una gran demora, se produce un cuello de botella que hace acumular a los pacientes que están en espera de algún examen en el servicio de emergencia, produciéndose un hacinamiento de pacientes en dicho servicio, además de la falta de camas en los diversos servicios, que hace que hospitalicen a los pacientes en camillas. Por otro lado un estudio demostró que el recurso humano disponible es un predictor de los tiempos de espera en la atención (122).

Otra medida identificada por los trabajadores fue el aumentar *la cantidad del recurso humano*, especialmente en los administrativos, tecnólogos médicos y médicos, y de sacar del servicio de urgencia a los hospitalizados en camilla, ya que dificulta la atención y vulnera la dignidad de la persona detonando episodios de violencia en los servicios, especialmente de los familiares del paciente. El recurso humano deficiente y el aumento de la demanda de la atención en estos servicios, genera sobreocupación y sobrecarga, en detrimento de la satisfacción de la calidad de la atención recibida (117).

Como otra medida importante de prevención de violencia laboral identificada, fue *el comunicarse efectivamente y con cordialidad*, especialmente informar a los usuarios sobre el funcionamiento de urgencia y categorización según su gravedad para establecer el orden de atención (123); tener diálogos y buen trato con los pacientes y familiares, ser empático y respetar a las personas, estableciendo una relación más humanizada. Especialmente la comunicación con pacientes debe mejorarse en el estamento médico, y de éste con el personal, aspecto identificado tanto en establecimientos privados como en los públicos.

Muchos trabajadores identificaron como medida preventiva de la violencia, *el educar a la comunidad* en cómo debe ser el trato con los funcionarios de la salud, en conocer cuáles son sus deberes como usuarios del sistema y no sólo los derechos y en tener educación cívica para fortalecer los espacios de convivencia social entre las personas. Esto apunta directamente hacia los factores contribuyentes de la violencia identificados y que se relacionan con el paciente.

Tener protocolos claros y visibles, de conductas de antiviolencia. El tener los protocolos no es garantía que todos los trabajadores los conozcan y los sepan manejar, por lo que se hace necesario difundirlos e informar su uso y aplicación oportuna.

Capacitar al personal en la actuación ante situaciones peligrosas y actuar a tiempo. Estas medidas también fueron identificadas en otros trabajos realizados en Italia e Irán (41,86). Esta capacitación debería estar en coordinación con las capacitaciones de los guardias de seguridad para actuar como equipo frente a las agresiones. También identificaron la necesidad de capacitarse en el manejo de estrés. Como los servicios de emergencias son unidades que atienden patologías agudas y crónicas con potencial riesgo vital y gran cantidad de actividades a realizar, donde hay situaciones de gran estrés, el manejo de éste y el autocontrol se hacen vitales tanto para el trabajador como para el paciente que es atendido por este trabajador.

Trabajar en equipo y mejorar las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo permite aumentar la satisfacción laboral, mejorar el clima laboral, hacer más fluida la comunicación entre los miembros, y disminuir los errores en la atención, lo que es vital en un equipo que debe tomar decisiones oportunas, para así mejorar la calidad de la atención entregada.

Algunos trabajadores identificaron como medida preventiva de la violencia, *el restringir el paso a los familiares*, y solo autorizar a las personas que acompañan a los menores de edad, ancianos o discapacitados. Es pertinente considerar en este punto la ley de Deberes y Derechos de los pacientes, la que facilita la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias (124). Por otro lado debido a la gran tecnificación de la atención de salud, se quiere ir mejorando la atención hacia una salud más humanizada, donde una de sus dimensiones es el acompañamiento de los familiares, guías espirituales y personas importantes para el paciente durante su estadía o acompañamiento en los recintos hospitalarios. Lo que sí se podría normar y controlar es la cantidad de personas que ingresan a estos espacios.

Otras medidas identificadas pero en menor frecuencia por los trabajadores fueron:

-*Mejor resolutivez de atención primaria en salud aumentando las hrs. en SAPU*. Los servicios de urgencia son unidades que originalmente fueron creadas para otorgar atención a pacientes con patologías agudas o crónicas descompensadas, de potencial riesgo vital, pero que con el correr del tiempo y la baja resolutivez de los establecimientos primarios de atención, asociado a otros factores, ha traído como consecuencia que la población acuda muchas veces en primera instancia a servicios de urgencia no siempre necesitando una atención de estas características (124).

- *Mejorar el entorno físico*, referido a mejorar la infraestructura, es decir, mayor espacio, mejores instalaciones de trabajo y más boxes. Estos aspectos también han sido identificados en otros trabajos y en otros países (37,40).

Las medidas preventivas identificadas por los trabajadores para reducir cualquier tipo de violencia son mayoritariamente atribuidas a la organización, en segundo lugar, las relacionadas con los trabajadores, en tercer lugar, aquellos relacionados con los usuarios externos y por último las relacionadas con el entorno físico.

Estrategias para afrontar violencia en los servicios de emergencia de establecimientos públicos y privados de la provincia de Concepción, basadas en factores atribuibles a la violencia y medidas preventivas identificados por los propios trabajadores.

Las estrategias son aquellos elementos y acciones planificadas utilizadas con el fin de alcanzar un determinado objetivo. Son los procesos seleccionados a través del cual se prevé alcanzar un cierto estado futuro.

La OIT ha establecido que para realizar acciones en torno a la violencia laboral es necesario primeramente efectuar un diagnóstico identificando las situaciones de riesgo, y que posteriormente de acuerdo a los antecedentes recaudados se recomienda implementar medidas orientadas a aspectos organizacionales, del entorno laboral y /o dirigidas a las personas (27).

A continuación se presentan las estrategias para la prevención de la violencia laboral según los factores y medidas preventivas que los propios trabajadores identificaron como atribuibles a la violencia en los servicios de emergencias del presente estudio, y que se clasificaron de la siguiente manera:

- Estrategias dirigidas a la organización
- Estrategias dirigidas a las personas
 - *a los trabajadores o usuarios internos
 - *a los pacientes/familiares o usuarios externos
- Estrategias dirigidas al entorno físico y diseño del lugar de trabajo
- Estrategias dirigidas a la comunidad

Estrategias dirigidas a la organización

- Crear e implementar políticas para afrontar todo tipo de violencia laboral. Estas políticas deberían emerger de la toma de decisiones consensuadas en reuniones entre directivos y representantes de los trabajadores de los diferentes estamentos. En general se hace necesario compartir en los servicios de salud, una cultura de trabajo de “no tolerancia a la violencia”, en la que juegan un rol importante los directivos por la motivación que éstos pudiesen tener para combatir la violencia y por su estilo de gestión participativa (27).
- Difundir profusamente los deberes, derechos de los pacientes y declaración explícita de política antiviolencia laboral a la que se adscribe el establecimiento y el servicio, lo que podría efectuarse a través de medios impresos (afiches) o por medio de material audiovisual y digital, por la televisión de las salas de espera, por programas en radio y televisión que hablen del tema. De esta forma informar a la comunidad y trabajadores respecto a la no tolerancia de actos violentos dentro de los recintos sanitarios.
- Implementar protocolos de acción en el servicio frente a actos de violencia laboral. Este documento normativo debe especificar los pasos a seguir en caso de cualquier tipo de violencia laboral, y deben estar disponibles y ser difundidos a todos los trabajadores, además de ser de fácil interpretación. Deben ser probados a través de ensayos, para que no existan errores

- cuando el caso así lo requiera, especialmente aquellas personas que son las responsables de la acción inmediata en caso de generarse la alarma por alguna situación.
- Estandarizar los reportes sobre violencia en los diversos servicios y unidades de los establecimientos de salud del país, para permitir comparar los datos recogidos.
 - Propiciar en el servicio de emergencia un programa de formación continua y de carácter obligatorio sobre técnicas básicas de control emocional para hacer frente al estrés en el entorno laboral y de manejo de conflictos. Todos los funcionarios deben tener esta capacitación.
 - Fomentar concientización de riesgo de violencia laboral, sus consecuencias y posibles sanciones asociadas, a través de un programa de presentaciones sobre la temática en reuniones con los diferentes estamentos.
 - Capacitar permanentemente a las enfermeras que realizan el Triage, para ir mejorando el diagnóstico y realizarlo de forma oportuna.
 - Definir claramente el sistema para reportar las agresiones y cuáles serían los mecanismos de ayuda que el establecimiento le proporcionará a las víctimas, tanto psicológica, médica y legal. Es importante dar una respuesta rápida y profesional que permita ayudar a superar el evento traumático (122).
 - Tener un comité de vigilancia de la violencia en el lugar de trabajo (a nivel de establecimiento), apoyado por un programa de Consejería a los trabajadores agredidos. Este comité debe estar en estrecha relación con las autoridades pertinentes y estimular a la persona agredida a reportar estos hechos tanto en el establecimiento como en la policía local (84,120), ya que no están instaurados estos últimos aspectos en la cultura del colectivo sanitario de nuestro país.
 - Aumentar resolutivez de las unidades de apoyo a la gestión del servicio de emergencias (imagenología, laboratorio, pabellones quirúrgicos, etc.), para mejorar los tiempos de respuesta.
 - Evaluar sistemáticamente el trabajo colaborativo entre las unidades de apoyo y el servicio de emergencia.
 - Mejorar el Triage en cuanto a asignar la categoría correcta a través de capacitaciones y especialmente en cuanto a oportunidad, lo que reduce también los tiempos de espera.
 - Aumentar el personal identificado por los trabajadores tales como médicos, administrativos y tecnólogos de preferencia, ya que el factor cantidad de personal es predictor de los tiempos de espera, por lo que sería recomendable realizar un estudio de planta según demanda anual de cada una de las unidades que integran el servicio de emergencias y de aquellas que funcionan como unidades de apoyo en la gestión, y según los resultados obtenidos, implementar dotación de recurso humano para la atención. No basta con aumentar la dotación, sino que se hace necesario analizar las competencias requeridas para los cargos que se requieren.
 - Tener la descripción de cada cargo, con las capacidades y habilidades necesarias para desempeñar de la mejor manera el cargo en beneficio del paciente/usuario, hacer una buena selección y así contratar personal de acuerdo a criterios claros.
 - Al realizar la planificación anual del servicio, tener en cuenta la demanda real y la futura, estudiando el aumento que ha habido respecto a los años anteriores, para así conocer el crecimiento que supondrá el volumen de atenciones en el año siguiente, además de tener en cuenta complejidad de las atenciones a entregar. Esto permitirá conocer si existe el espacio y recurso suficiente para atender a toda la demanda con un mínimo de dignidad y privacidad para las personas y seguridad para los trabajadores.
 - Realizar un estudio de planta del personal de seguridad para el servicio de emergencia.
 - Proponer desde la institución sanitaria, perfil y descripción del cargo de guardia de seguridad que se desempeñan en servicios de emergencias, para que estos tengan las capacidades y

habilidades necesarias, identificadas por los trabajadores, y exigir a la empresa externa (en caso que el servicio esté tercerizado) que cumplan con estos requisitos.

- Exigir a las empresas encargadas de la contratación del personal de seguridad de la implementación de programas de capacitación en cómo hacer frente a las situaciones de violencia y desempeño general en unidades de emergencias.
- El servicio de emergencia es uno de los servicios que presenta mayor riesgo de violencia laboral, por lo que estos lugares de trabajo deben tener instalaciones de sistemas de alarmas y cámaras de vigilancia y se debe dotar al personal que está expuesto a mayor riesgo, de botones de pánico y buscapersonas. Lo más importante es tener claridad de cómo será y de quien será la responsabilidad de la respuesta o ayuda en caso de que un trabajador se encuentre en peligro o es agredido, para brindar ayuda inmediata. Esto debe ser conocido y manejado por todos los trabajadores.
- Coordinar trabajo del personal de seguridad y el equipo de salud, permitiendo si es necesario el acompañamiento de sólo un familiar durante la atención, y brindar información oportuna a familiares que aguardan en la sala de espera.

1.2 Estrategias dirigidas a las personas.

***Hacia los trabajadores:**

- La violencia en el trabajo es el resultado muchas veces de malas relaciones interpersonales entre los miembros del equipo, lo que se traduce en no trabajar en equipo, produciéndose al final un deterioro de la calidad de la atención, ineficiencia y baja productividad (27, 64,39).
- El trabajar en equipo es de vital importancia y hay que otorgarle el tiempo suficiente para el éxito de los objetivos de la organización o institución y así poder retener al personal calificado. Para ello se propone:
- Propiciar la formación de equipos definiendo claramente los roles de cada integrante.
- Propiciar la buena colaboración entre los miembros (48) trabajando e integrando a todos los trabajadores a las actividades en que haya que tomar decisiones importantes y atingentes a ellos. Tener reuniones integrando a los representantes sindicales y de otras asociaciones para que conozcan los riesgos del trabajo y lo que se está realizando para prevenirlo y/o intervenirlo.
- Propiciar las buenas relaciones interpersonales a través de actividades sociales en algunos días que sean especiales, tales como cumpleaños, navidad, año nuevo, día del hospital, etc.
- Facilitar información oportuna a los integrantes del equipo de trabajo para el éxito o logro de una buena atención de salud.
- Concientizar a los trabajadores sobre la importancia del trato empático, cordial y respetuoso entre los trabajadores (48,96), a través de uno de los contenidos de los programas de capacitación.

***Hacia los pacientes/ familiares:**

- Distribuir y exponer los protocolos y/o códigos de conducta sobre obligaciones y derechos de los pacientes así como las sanciones si éstas no se cumplen, en lugares que pueden ser de amplia visibilidad observados por ellos y en tamaños que se destaque su lectura.

- Facilitar información oportuna sobre su situación de salud a los pacientes y familiares para reducir el riesgo de actos agresivos por el estrés que implica la espera, el diagnóstico y el tratamiento u hospitalización de algún familiar.
- Otorgar un trato más humanizado a los pacientes, que significa entre otros aspectos, ser empático y ponerse en el lugar del otro, respetar a las personas en su dignidad, entregar una atención segura (47, 48,96).
- Educar al público del servicio de emergencia en cuanto al funcionamiento del servicio y la categorización de los pacientes. La vía puede ser por TV en sala de espera, aplicaciones en teléfonos celulares, folletos u otro canal.

1.3-Estrategias dirigidas al entorno físico y diseño del lugar de trabajo

La planta física del servicio de urgencia, debe responder a la Norma Técnica Básica de autorización sanitaria para la atención cerrada cuyos requerimientos mínimos deben cumplirse para ser acreditado.

Se parte del supuesto que los servicios cumplen con estos requisitos, ya que han sido acreditados todos estos servicios en los dos últimos años.

A pesar de ello, los trabajadores han identificado como factor atribuible a la violencia laboral, el necesitar más boxes, mayor espacio para trabajar, mejores equipos o instalaciones. Para ello, se pueden usar algunas de estas estrategias o varias de ellas en conjunto para lograr disminuir el overcrowding y aumentar los espacios físicos.

- Una estrategia, para aumentar los espacios, sería poder *sacar los hospitalizados en los pasillos* de los servicios de emergencia. Un estudio realizado en Chile por Tobar et al, propone implementar una sala de pre-hospitalización, reservar camas exclusivas para urgencia, y mejorar la gestión de camas de manera de liberar estos espacios (121).
- Las salas de espera deben ser agradables y tener asientos cómodos, con entradas y salidas de fácil acceso, con televisión y/o material de lectura.
- *Coordinarse con las facultades de Ingeniería* de las diversas universidades presentes en la ciudad, pidiendo asesoría para mejorar el flujograma del servicio, distribución de los espacios, mejorar accesos y salidas normales y de emergencias, mantención del entorno físico y del equipamiento, señalética etc.

1.4 Estrategias dirigidas a la comunidad

El educar a la comunidad, es uno de los aspectos identificados por los trabajadores para evitar que los problemas de violencia del público perjudiquen a los trabajadores y las situaciones de atención.

- Diseñar programas anuales de educación hacia la comunidad sobre los deberes y derechos, y categorización de pacientes en emergencia de la red pública de salud, al correcto uso de los servicios de urgencia de la red asistencial y sobre las enfermedades que pueden resolver los SAPU, así como la importancia del trato respetuoso con los trabajadores de la salud.
- El uso de las redes sociales digitales, la televisión, la radio, folletos en las salas de espera de los servicios, en los CESFAM, son medios que pueden motivar a la población a prestar

atención al mensaje que se quiere enviar y discutirlo entre ellos o con algún trabajador de la salud.

- Propiciar la coordinación con las facultades de Periodismo, Comunicación y otras de las diversas universidades de la provincia, para trabajar en conjunto con profesores y/o alumnos de último años o de postgrados en una comunicación efectiva hacia la comunidad.
- Promover el bienestar y la estabilidad emocional de los usuarios, a través del fomento del ejercicio físico regular, hábitos correctos de alimentación, sueño, y técnicas de relajación (27), para tener una población más sana, respetuosa y menos agresiva.

Algunos autores han manifestado que el fenómeno de la violencia requiere de una mirada más macro, integral y multisectorial, que es necesario ir a las raíces de las causas tales como disminuir las deprivaciones materiales y las exclusiones sociales y disminuir las inequidades.

También sería importante, desarrollar y actualizar un marco legal, que funcione como factor preventivo de carácter disuasorio (90), y legislar para proteger a quien denuncie los incidentes de violencia(120).

5.- CONCLUSIONES

Una de las particularidades de nuestra sociedad a nivel mundial es el aumento de la violencia. Diversos estudios en la temática de violencia que afecta a los espacios laborales concluyen que precisamente algunos de estos lugares de trabajo y ocupaciones tienen un mayor riesgo de hechos violentos que otros, alcanzando notoriedad, en este último decenio, en establecimientos educacionales y de salud (2, 12, 13, 14,15), especialmente en los servicios de emergencia.

Entre las características sociodemográficas y de trabajo de la muestra, se destaca que más de la mitad estuvo representada por mujeres. El promedio de edad de los trabajadores fue de 40,9 años, alrededor de la mitad tiene cerca de 10 años de experiencia y sólo un poco más de la mitad tiene contrato indefinido. La gran mayoría trabaja en turnos de noche atendiendo al grupo etario de adultos y adultos mayores.

Se destaca que el personal administrativo es cinco veces mayor en los establecimientos privados, respecto a los públicos, considerando que la población a atender en el sector privado es bastante menor que la del público.

Los trabajadores de los establecimientos públicos están más preocupados por la violencia en el lugar de trabajo, respecto a quienes se desempeñan en establecimientos privados, dado que en los primeros los actos de violencia se dan con mayor frecuencia. Un poco más de la mitad de los participantes declaran conocer protocolos para reportar actos violentos, y de estos dos tercios declaran conocer el manejo de los protocolos.

La prevalencia global encontrada en los servicios de emergencia de los establecimientos públicos y privados de salud de la provincia de Concepción, Chile, relacionada con el abuso verbal, fue de 59,3% (IC 54,4-64,4). Este tipo de violencia es el de mayor prevalencia en los distintos tipos de establecimientos. Las enfermeras fueron quienes percibieron mayor abuso verbal. Los principales agresores fueron los pacientes y sus familiares, seguido por los miembros del equipo. En relación a la intensidad, fue considerada mayoritariamente de mediana/alta intensidad.

La prevalencia del acoso laboral que fue de 14,3% (IC 10,9-18,4). Las mujeres solteras fueron quienes percibieron mayoritariamente acoso laboral en los establecimientos públicos. Este tipo de violencia fue tres veces mayor en establecimientos públicos que en los privados. Los miembros del equipo fueron identificados como los agresores más frecuentes para este tipo de violencia. La intensidad del acoso laboral fue percibida como de mediana y alta intensidad. Solo una quinta parte reporta lo ocurrido a un superior y cifras similares reacciona como si nunca hubiera sucedido.

La prevalencia de la violencia física fue de un 12,4 % (IC 9,2-16,3). Las enfermeras y técnicos paramédicos fueron quienes percibieron mayoritariamente este tipo de violencia. Los principales agresores fueron los pacientes y familiares. La intensidad en los establecimientos públicos fue mediana, a diferencia de los privados que fue baja.

El acoso sexual que fue de un 1,9 % (IC 0,8-4,1). Los agresores fueron en igual proporción los miembros del equipo, los respectivos jefes y los familiares de los pacientes.

Un alto porcentaje de trabajadores no reporta el incidente violento, porque dice que no sirve de nada reportar, porque se siente avergonzado y porque se siente asustado por las consecuencias negativas. Cabe destacar que en un solo caso se entabló demanda legal, relacionado con acoso laboral.

Las consecuencias emocionales que con mayor frecuencia son identificadas por los trabajadores víctima de violencia fueron: *evitar pensar o hablar acerca del acto violento, mantenerse atento o vigilante y a la defensiva del ataque* del cual fue víctima.

Se destaca que cada uno de estos tipos de violencia se presenta con mayor frecuencia en los establecimientos públicos respecto de los privados. Así como es mayor la prevalencia de violencia laboral en las trabajadoras mujeres respecto de los hombres, y durante los turnos nocturnos, respecto de los diurnos, también se observa que a mayor experiencia laboral hay menor prevalencia de percepción de violencia en el trabajo. Finalmente, la violencia de tipo psicológica es la más prevalente entre los trabajadores/as de los servicios de emergencias.

Los factores que según los trabajadores contribuyen en mayor medida a la violencia física en los servicios de emergencia, fueron en primer lugar los relacionados con la organización, donde se destaca el largo tiempo de espera para la atención, tanto en establecimientos públicos como privados. En segundo lugar, destaca para los establecimientos privados los relacionados con el usuario externo, identificando al tipo de usuarios como: impacientes, intolerantes y agresivos, mientras que en los establecimientos públicos emerge en segundo lugar lo relacionado con la organización, siendo la sobrecarga laboral y poca rotación de turnos un aspecto que aporta a la generación de violencia en los espacios laborales.

Las medidas más importantes a considerar, según los trabajadores para reducir cualquier tipo de violencia en el lugar de trabajo fueron: mejorar los aspectos relacionados con el aumento de la

seguridad; la disminución los tiempos de espera en la atención; promover un trato humanizado y (empatía y respeto del personal) y aumentar el recurso humano disponible, fueron.

Respecto a las medidas identificadas específicamente para reducir la violencia psicológica, fueron: reducir el tiempo de espera de los pacientes (especialmente en los establecimientos privados) y controlar la sobrecarga laboral de los trabajadores (en los establecimientos públicos).

Se plantean estrategias de afrontamiento para reducir la violencia laboral percibida por los diversos estamentos que trabajan en los servicios de emergencia, basadas en los factores identificados por los propios trabajadores como atribuibles a las agresiones violentas, orientadas a la organización, a las personas, entorno físico y diseño del lugar de trabajo, y a las comunidades en las que se encuentran los establecimientos sanitarios en estudio.

6.- SUGERENCIAS

- En las curriculas de las diversas profesiones, ya sea en el pregrado o en el postgrado, especialmente de salud (tales como medicina, enfermería, tecnología médica, kinesiología etc.), se sugiere tener asignaturas relacionadas con el estudio del fenómeno de la violencia, cómo prevenirlo y cómo intervenirlo, ya que los centros de salud son espacios de sanación y no lugares donde se desarrollen actos de violencia (50, 97).
- Se sugiere realizar investigaciones sobre el tema, para aumentar el conocimiento sobre lo que realmente está sucediendo, especialmente en los servicios de salud y así implementar intervenciones basadas en la evidencia, pero más que eso, se deben prevenir las situaciones de agresión, para mejorar los ambientes de trabajo, y el trabajador esté más satisfecho, sea más eficaz y eficiente y otorgue una mejor atención al usuario/paciente.

7.- LIMITACIONES

- La recolección de los datos se limitaban a las experiencias asociadas a la violencia sufridas durante los últimos 12 meses
- Los participantes se basan en su memoria para responder, razón por la cual puede existir sesgos.
- Para ciertas culturas y personas el acoso sexual puede ser un tema muy sensible, lo que produce temor hablar sobre ello por las consecuencias que les puede traer, por lo que es posible que este fenómeno no haya sido bien identificado, ya que las cifras encontradas no se condicen con otros estudios nacionales.

- Los resultados no son extrapolables a otros servicios.
- No se pudo conocer las diferentes manifestaciones de conductas en cada uno de los tipos de violencia laboral; ya que no los recogía el instrumento y hubiese sido interesante conocerlos ya que podríamos encontrar desde hablar a gritos, o un tirón de pelo hasta balazos con sus consecuentes resultados. Se sugiere agregar alguna pregunta que recoja esos datos, ya que las manifestaciones difieren mucho de un contexto a otro por la cultura, religión, lenguaje, desarrollo de las comunidades e idiosincrasia de los pueblos.

8.- FINANCIAMIENTOS y PATROCINIOS

Esta investigación se realizó con el financiamiento de la FUCYT (Fundación Científica y Tecnológica de la Asociación Chilena de Seguridad) y el patrocinio de la Superintendencia de Seguridad Social y Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Concepción y del Departamento de Fundamentos de Enfermería y Salud Pública de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

9.- AGRADECIMIENTOS

Manifestamos nuestros agradecimientos a todos los trabajadores/as de los servicios de emergencias de los establecimientos públicos y privados involucrados en el estudio y que respondieron el cuestionario de la investigación. A las direcciones y gerencias de los establecimientos donde se llevó a cabo el estudio por su colaboración y autorización al desarrollo del proyecto y, a los encuestadores que participaron en la recolección de los datos.

Nuestra gratitud a la Fundación Científica y Tecnológica de la Asociación Chilena de Seguridad por el financiamiento otorgado para el desarrollo del trabajo

10.- CONFLICTO DE INTERESES

Los investigadores no tienen conflicto de intereses con ningún establecimiento de salud o entidad financiera involucrados en la presente investigación.

11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002. [citado 02 Jun 2015]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
2. OIT. Organización Internacional del Trabajo. Departamento de condiciones de trabajo e igualdad [Internet]. Reunión de expertos sobre la violencia contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo. 2016. [citado 10 Jun 2017] Disponible desde: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/meetingdocument/wcms_524929.pdf
3. Concha-Eastman A, Villaveces A. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2001. [citado 10 Jun 2015] Disponible desde: http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/231.pdf
4. Ulloa- Reyes L. Enfermedad mental y violencia: Propuestas de Intervención en Enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007. 23(4):0-0. [citado 10 jun 2015]. Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400002&lng=es

5. OPS, OMS .Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2003. [citado 01 Jun 2015]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf
6. Huch MH. Violence against women: A world wide problem. Nurs. Sci. Quart [Internet]. 2000. 1 (4):339-346.[citado 10jun 2015]. Disponible desde: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/08943180022107898>
7. Espín-Falcón J, Valladares González A, Abad- Araújo J, Presno-Labrador C, Gener- Arencibia N. La violencia, un problema de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008. 24(4):0-0. [citado 2015 Jun 11] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400009&lng=es
8. Araújo R, y Díaz G. Un enfoque teórico-metodológico para el estudio de la violencia. Revista Cubana Salud Pública. 2000. 26 (2); 85-90.
9. Poblete M, Valenzuela S. Enfermeras en riesgo. Violencia laboral con enfoque de género. IndexEnferm. 2005. 14 (51) 40-44. [citado 2015 Jun 10]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300008&lng=es
10. Chappell D, Di Martino V. Violence at Work. Geneva: International Labour Office: 1998. Primeraedición.
11. Chappell D, Di Martino V. Violence at Work. Geneva: International Labour Office: 2006. Terceraedición.
12. European Agency for Safety and Health at Work . Workplace Violence and Harassment: a European Picture. 2010. [citado 2015 Jun 10]. Disponible desde: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC>
13. VézinaM, Cloutier E, Stock S, Lippel K, Fortin E, Delisle A. et al. Québec Survey on Working and Employment Conditions and Occupational Health and Safety (EQCOTESST). 2011. [citado 2015 Jun 10]. Disponible desde: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RR-707.pdf>
14. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2012. [citado 2015 Agost 19]. Disponible desde: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20\(VII%20ENCT\).pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20(VII%20ENCT).pdf)
15. Eurofound. 6th European Working Conditions Survey. 2015. [citado 2015 Agost 19]. Disponible https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf
16. Diario Oficial Chile. Ley Número 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a acciones vinculadas a su atención en Salud. 2012. [citado 06 Jun 2015]. Disponible en:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/cbb3d986537436a2e040010165015aa4.pdf>

17. Mihyun P, Sung-Hyun Ch, Hyun-Ja H. Prevalence and Perpetrators of Workplace Violence by Nursing Unit and the Relationship Between Violence and the Perceived Work Environment. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 2015; 47:1, 87–95. [citado 01 Jun 2015]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12112/epdf>
18. Hills D, Joyce CM. Workplace aggression in clinical medical practice: associations with job satisfaction, life satisfaction and self-rated health. *MJA* [online]. 2014; 201: 535-540. [citado 06 Jun 2015]. Disponible en: https://www.mja.com.au/system/files/issues/201_09/hil00152.pdf
19. Burgos M, Paravic T. Violencia hospitalaria en pacientes. *Cienc. enferm.* [online]. 2003; 9 (1); 9-14. [citado 01 Jun 2015]. Disponible desde: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000100002>.
20. Trujillo M, Valderrabano M, Hernández R. Mobbing: historia, causas, efectos y propuesta de un modelo para las organizaciones mexicanas. *Revista Innovar*. Enero-Junio 2007; 17 (29):71-91.
21. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human development: Experiments by Nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1979.
22. Niehoff D. 2000. *Biología de la violencia*. Barcelona: Ariel.
23. Berkowitz L. Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, Vol 106(1), Jul 1989, 59-73. [citado 02 Jun 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.106.1.59>
24. Bandura A. *Pensamiento y acción; fundamentos sociales*. Barcelona. España. Editorial Martinez Roca. 1987
25. Barudy J. Violencia agresiva y violencia ideológica en la fenomenología humana. En O Vilchez ed. *Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención*. Chile. 2000. Santiago: Ed Sociedad Chilena de Psicología Clínica
26. Piñuel I. y Zabala I. *Mobbing. Cómo solucionar el acoso psicológico en el trabajo*. Madrid: Salterae. 2001
27. OIT, CIE, OMS, IPS. *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud*. 2002. [citado 02 Jun 2015]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf
28. Consejo Internacional de Enfermeras. *La violencia. Epidemia mundial*. Boletín del CIE. 1999. [citado 02 Jun 2015]. Disponible desde: <http://www.icn.ch/matters-violencesp.htm>
29. OIT. *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla*. 2003. [citado 02 Jun 2015]. Disponible desde:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112578.pdf

30. Letelier P, Valenzuela S. Violencia: fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intra-hospitalarios de enfermería. *Revista Ciencia y enfermería*. 2002; 8(2): 21-26.

31. Sánchez R, Valenzuela S, Solares J. Percepción de violencia que afecta a las profesionales de enfermería *Medwave*. 2003;3(5)[citado 10 Jun 2015] ; Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/jun2003/2830>

32. Burgos M, Paravic T. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Revista Ciencia y enfermería*. 2003; IX (2): 29-42.

33. Paravic T, Valenzuela S, Burgos M. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Revista Ciencia y enfermería*. 2004;10(2): 53-65.

34. Paredes L, Paravic T. Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción, Chile. *Revista ciencia y Enfermería*. 2006; 12(1): 39-51.

35. Barbosa R, Labronici L, Mansano L, Mantovani M. Violencia psicológica en la práctica profesional de la enfermera. *RevEscEnferm USP [online]*. 2011; 45(1):26-32. [citado 01 Jun 2015]. Disponible en <http://www.ee.usp.br/reeusp/>

36. Rodríguez V, Paravic T, González U. Percepción de violencia física y factores asociados en profesionales y técnicos paramédicos en la atención prehospitalaria. *IndexEnferm* 2015;24 (1-2):10-14. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132- [citado 2017-10-05]

37. Ortells N, Muñoz T, Paguina M, Morató I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global*. 2013; 12(30): 196-207. [citado 06 Jun 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200010&lng=es

38. Gascón S, Casalod Y, Jarreta BM, Abecia E, Luna A, Cárceles MD, et al. Aggressions against healthcare workers: An approach to the situation in Spain and the victims psychological effects *Leg Med (Tokyo)*. 2009;Suppl 1:366-7.

39. Farías A, Sánchez J, Petiti Y, Alderete AM, Acevedo G. Reconocimiento de la violencia laboral en el sector de la salud. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 2012;13(3):7-15. [citado 06 Jun 2015]. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol13_3_12/rst02312.htm

40. Galián I, Llor B, Ruiz J. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la región de Murcia. *RevEsp Salud Pública* 2012; 86: 279-291. [citado 06 Jun 2015]. Disponible desde: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol86/vol86_3/RS863C_279.pdf

41. Brunetti L, Bambi S. Aggressions towards nurses in emergency departments: an international literature review. *Professionilnfermieristiche*, [online] 2013; 66(2): 109-16. [citado 06 Jun 2015]. Disponible desde: https://www.researchgate.net/publication/253647963_Aggressions_towards_nurses_in_emergency_departments_an_international_literature_review
42. Ortells N, Muñoz T, Paguina M, Morató I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013; 12(30): 196-207. [citado 2017 Feb 20] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200010&lng=es.
43. López C, Llor B, Ruiz J. Violencia de usuarios en Atención Primaria. Adaptación de un instrumento de medida. *MUJER Y CUIDADOS Retos en Salud*. Ediciones Universidad de Murcia. 2014. [citado 2017 Feb 20]. Disponible desde: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/43417/1/Violencia%20de%20usuarios%20en%20atenci%C3%B3n%20primaria.pdf>
44. Vidal-Martí C, Testor CP. Patient assaults on professionals? Type II workplace violence: a known phenomenon in Barcelona nursing homes. *Work* [online] 2014; 51(4): 879-886. [citado 2017 Feb 20]. Disponible desde https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds%5b%5d=citjournalarticle_459558_8
45. Eurofound. 6th European Working Conditions Survey. 2015. [citado 10 jun 2015]. Disponible desde: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf
46. Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *RevPanam Salud Pública*. [online]. 2015;38(4):307-15. [citado 06 mayo 2017]. Disponible desde: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18380/v38n4a7p307-315.pdf>
47. Martínez I, García Zurita S, Felipez A, Castro I, Josefa D. Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. *Enfermería Global* [online] 2015, [citado 10 jun 2016]. Disponible desde: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/198231/177331>
48. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*. 2016;9 263-275. [citado 10 jun 2017]. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5042196/>
49. Marinas R, Martínez B, Casalod Y, Bolea M. Aggressions towards healthcare in Spain: status after the recent modification of the Spain penal code. *Med Clin*. 2016; 147(1):35-42.

50. Aivazi A, MenatiW, Tavan H, NavkhasiS, Mehrdadi A . Patients' bill of rights and effective factors of workplace violence against female nurses on duty at Ilam educational hospital. *J InjViolence Res* [online] 2017; 9 (1): 1-6. [citado 10 mayo 2017]. Disponible desde: <http://www.jivresearch.org/jivr/index.php/jivr/article/view/779/550>
InjViolence Res. 2017 Jan; 9(1): 1-6.
51. Palumbo C, Di Sciascio G, Di Staso S, Carabellese F, Valerio A, Catanesi R. Evaluation of safety at work in a psychiatric setting: the "Workplace Safety Assessment". *Med Lav*. 2016; 26;107(4):284-92.
52. Abed M, Morris E, Sobers-Grannum N. Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados.*OccupMed*. [online] 2016; 66(7):580-583. [citado 06 mayo 2017]. Disponible desde: <https://academic.oup.com/occmed/article-lookup/doi/10.1093/occmed/kqw073>
53. Tonso MA, Prematunga RK, Norris SJ, Williams L, Sands N, Elsom SJ. Workplace Violence in Mental Health: A Victorian Mental Health Workforce Survey.*Int J MentHealthNurs*. [online] 2016 Oct;25(5):444-51. [citado 06 mayo 2017]. Disponible desde: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.12232/epdf>
54. Al-Azzam M, Tawalbeh L, Sulaiman M, Al-Sagarat AY, Harb E. Prevalence and Risk Factors of Workplace Violence toward Mental Health Staff Departments in Jordanian Hospitals.*Issues Ment Health Nurs*. 2017 Feb 6:1-8. [citado 10 mayo 2017]. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28165848>
55. Sun P, Zhang X, Sun Y, Ma H, Jiao M, Xing K, Kang Z, et al. Workplace Violence against HealthCare Workers in North Chinese Hospitals: A Cross-Sectional Survey.*Int J Environ Res Public Health*. [online] 2017 Jan 19;14(1). [citado 10 mayo 2017]. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5295346/pdf/ijerph-14-00096.pdf>
56. Xavier ACH, Barcelos CRV, Lopes JP, Chamarelli PG, Ribeiro SS, Lacerda LS et al. Workplace moral harassment in Rio de Janeiro health sector:some characteristics. *Rev Bras SaúdeOcup*. 2008; 33 (117):15-22.
57. Schneider DG, Ramos FRS. Nursing ethical processes in the State of Santa Catarina:characterization of factual elements. *Rev Latino-Am.Enfermagem*. Jul-Ago 2012; 20 (4):744-52 .
58. Leyman H. The content and development of mobbing at work.*Eur J. Work Organiz Psychol*. 1996; 5 (2):165-84.
59. Martínez M, Irurtia MJ, Martínez C, Torres H,Queipo D. El acoso psicológico en el trabajo o mobbing:Patología emergente. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*. Abril-junio 2012;(3):5-12.
60. Trujillo M, ValderrabanoM, Hernandez R.Mobbing: historia, causas, efectos y propuesta de un modelo para las organizaciones mexicanas. *Revista Innovar*.Enero-Junio 2007; 17 (29):71-91.

61. Varela O, PuhISM, Izcurdia M. Clima Laboral y Mobbing. Anuario de Investigaciones. 2013; 20: 23-28.
62. Fontes KB, Santana RG, Pelloso SM, Carvalho MDS. Factores asociados al acoso laboral en el ambiente laboral del enfermero. Rev Latino-am de Enfermagem. Mayo-Junio 2013; 21 (3):
63. Molero Jurado MM, Pérez.Fuentes MC, Gásquez Linares JJ. Acoso Laboral entre personal de Enfermería. Enfermería universitaria. 2016; 13 (2):114-123.
64. Dois Castellón AM. Hostigamiento laboral: amenaza permanente para enfermería. Enfermería Global.2012; (28);120-136
65. Efe SY, Ayaz S. Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. International Nursing Review, 2010; (57):328-34
66. Royal College of Nursing.Working well: a call to employers.2002. Response of the Royal College of Nursing (RCN) to the World Health Organisation in Europe's technical briefing, 'Strengthening Nursing and Midwifery' [citado 10 jun 2015] Disponible desde: https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0011/78527/001595.pdf.
- 67.-Fonseca DM, Santos AS. Mobbingem contexto de enfermagem. Revista de Enfermagem [online]. 2011; 3 (5):89-93. [citado 10 jun 2015]. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239964017>
68. Berry PA,Gillespie GL,Gates D. et al. Novice Nurse productivity following workplace bullying. J Nurs. Scholarch. 2012; 44 (1):80-7. [citado 10 jun 2015]. Disponible desde: https://www.researchgate.net/publication/221837552_Novice_Nurse_Productivity_Following_Workplace_Bullying
69. Morant Vidal J. Mobbing: Aspectos sociológicos y jurídicos del problema. Portal de e-gobierno, inclusão digital e sociedade do conhecimento [online] 2013. [Citado 10 mayo 2017]. Disponible desde: <http://www.egov.ufsc.br:8080/portal/conteudo/mobbing-aspectos-sociol%C3%B3gicos-y-jur%C3%ADdicos-del-problema>
70. Aksakal FN, Karasahin EF, Dikmen AU, Avci E, Oskan S. Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced by nurses at a university hospital. Turk J NedSci. [online] 2015; (45):1360-1368. [citado 10 mayo 2017]. Disponible desde: <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-15-45-6/sag-45-6-27-1405-65.pdf>
71. González M, Castañeda H, Medina L.. Asociación de Mobbing y autopercepción de riesgo en salud mental en personal sanitario. Julio-Diciembre 2012; 2 (7):33-40. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax127d.pdf>
72. Piñuelli, Oñate A. La evaluación diagnóstica del mobbing. Acoso psicológico en la organización: el barómetro Cisneros. Revista de Psicología del Trabajo y de las organizaciones 2006; 22 (3):309-320.

73. González-Trijueque D, Graña Gómez JL. El acoso psicológico en el lugar de trabajo: prevalencia y análisis descriptivo de una muestra multiocupacional. *Psicotema*. 2009,21 (2):288-93.
74. Cardoso do Santos N, Fornes-Vives J, Gili M. Implicaciones del hostigamiento psicológico (mobbing) sobre los testigos: Un estudio observacional en enfermería. *Enfermería Global*. 2016; vol 15,(2):303-312.
75. Lameiro C, Basteiro A, Cuevas A, Perez A, Gomez C, Gómez C, Del Campo V. Violencia laboral en instituciones sanitarias Análisis de un perfil cambiante. *Enfermería del Trabajo* [online]. 2013: III:66-74. [citado 10 junio 2015]. Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4327622.pdf>.
76. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH). Violencia: Peligros ocupacionales en los hospitales. 2002. [citado 02 Jun 2015]. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2002-101_sp/
77. Mensahl, Hancock P, Gringart E. Sources, incidence and effects of non-physical workplace violence against nurses in Ghan. *Nursing Open* [online]. 2016: 3(2); 99-109. [citado 10 mayo 2017]. Disponible desde: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.43/abstract>
78. Emmanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolas F, Quezada A, editors. *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas*. 2ª ed. Santiago, Chile: 2003. Pp. 1-151
79. Cheung T, Yip P. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: Prevalence and correlates. 2017. 17:196. [citado 10 mayo 2017]. Disponible desde: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310001/pdf/12889_2017_Article_4112.pdf
80. Tak S, Haring M, Alterman T, Sherry B, Calvert G. Workplace assaults on nursing assistants in US Nursing homes: A multilevel Analysis. *Research and Practice*. [online]. 2010: 100 (10): 1938-1945. [citado 10 mayo 2017]. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2936998/pdf/1938.pdf>
81. Vargas Mendoza JE, Goytia- Gomez M. La experiencia del bullying en una unidad de medicina ambulatoria. *Centro Regional de Investigación en Psicología* [online]. 2012: 6 (1); 75-79. [citado 10 mayo 2017]. Disponible desde: <http://docplayer.es/12614341-La-experiencia-del-bullying-en-las-enfermeras-de-una-unidad-de-medicina-ambulatoria-1.html>
82. Deeb M. Workplace violence in the health sector Lebanon country case study. 2003 [citado 10 mayo 2017]. Disponible desde: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/wpv_lebanon.pdf
83. Mukesh K, Madhur V, Timiresh D, Geeta P, Jugal K, Arun P. A Study of Workplace Violence Experienced by Doctors and Associated Risk Factors in a Tertiary Care Hospital of South Delhi, India. *J Clin Diagn Res* [online]. 2016 10(11): LC06–LC10. . [citado 06 mayo 2017] Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198359/pdf/jcdr-10-LC06.pdf>

84. Kwok RPW, Law YK, KE Li, Ng, YC, Cheung MH, Fung, VKP, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Honk. *Hong Kong Medical Journal*, 2006, v. 12 n. 1, p. 6-9
85. Alkorashy HA, AL Moalad FB. Wokplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *Int Nurs Rev.*[online] 2016;63(2):226-32.[citado 06 mayo 2017] Disponible desde:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26830364>
86. Najafi F, Fallahi-Khoshknab M, Ahmadi F, Dalvandi A, Rahgozar M. Human dignity and professional reputation under threat: Iranian Nurses' experiences of workplace violence. *Nursing and Health Sciences* (2017) 19, 44 –50. [citado 06 mayo 2017] Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27397135>
87. Schnapp B, Slovis B, Shah A, Fant A, Gisondi M, Shah K, et al. Workplace Violence and Harassment Against Emergency Medicine Residents. *Western Journal of Emergency Medicine* [online]. 2016;17 (5): 567-573. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5017841/pdf/wjem-17-567.pdf>
88. Dall'Orta C, Ball J, Recio-Saucedo, A, Griffiths, P. Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literatura review. *Int Nurs Stud.* 2016, 57, 12-27.
89. Bernaldo-de-Quirós M, Labrador F, Piccinia A, M. Gómez M, Cerdeira J. Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clínica y Salud* 25 (2014) 11-18. http://ac.els-cdn.com/S1130527414700234/1-s2.0-S1130527414700234-main.pdf?_tid=05fe98f2-0370-11e7-b8be-00000aab0f26&acdnat=1488916713_c374ddec8a5524f71242160a57a2ec0
90. Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Papeles del psicólogo. 2008 - researchgate.net. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. https://www.researchgate.net/profile/Josep_Blanch/publication/28249619_Violencia_ocupacional_el_caso_de_los_profesionales_sanitarios/links/00b7d5366fa7f0fcaf000000.pdf
91. Gutiérrez L, Hernández M, Molina L. Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). *Arch Prev Riesgos Labor* [online]. 2016; 19 (3). [citado 20 mayo 2017] Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-25492016000300003
92. Talas M, Kocaoz S, Akgüç S. A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. 2011. 5(4): 197-203. [citado 20 mayo 2017] Disponible desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131711000247>.
93. Tripathi, P, Tiwari, R, Kamath R. Workplace violence and gender Bias in Unorganized fisheries of Udupi, India. 2016. 7(3): 181-185. [citado 20 mayo 2017] Disponible desde: <http://www.theijoem.com/ijoem/index.php/ijoem/article/view/788/744>.

94. Baby M, Carlyle D. Violence is not par of our job: A thematic Analysis of psychiatric mental helath nurses experiences of patient assaults from a new Zealand Perspective.2014. 35 (9):646-655.
95. HyoungEunCh, Sung –Hyun Ch. Workplace violence and job outcomes of newly licensed nurses. *Asian Nursing research*. 10 (2016) 271-276.
96. ALBashtawy M. Workplace violence against nurses in emergency departments in Jordan. *International Nursing Review* [online]. 2013. 60, 550–555. [citado 06 mayo 2017] Disponible desde: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12059/epdfM>.
97. Boyle M, McKenna L. Paramedic and midwifery student exposure to workplace violence during clinical placements in Australia – A pilot study. *International Journal of Medical Education*. [online] 2016;7:393-39.[citado 06 mayo 2017] Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5149425/pdf/ijme-7-393.pdf>
- 98., BoyleM, McKenna L.Paramedic student exposure to workplace violence during clinical placements – A cross-sectional study. *Nurse education in practice*. 22 (2017) 93-97.
99. Llor-Estebana B, Sánchez-Muñoz M, Ruiz-Hernández J. Jiménez-Barber J. User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context* 9 (2017) 33-40 - Vol. 9 Num.1.
100. Pérez J, Nogareda C. Violencia en el lugar de trabajo. Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España. Instituto Nacional de higiene y seguridad en el trabajo. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_489.pdf
101. Stolovas N., Tomasina F., Pucci F., Frantchez V., Pintos M. Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2011 Abr; 27(1): 21-29. [citado 2017 Mar 23] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902011000100004&lng=es
102. Yoon HS., Sok SR. Experiences of violence, burnout and job satisfaction in Korean nurses in the emergency medical centre setting. *International Journal of Nursing Practice* [online] 2016; 22: 596–604. [citado 23 de Marzo 2017] Disponible: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12479/epdf>
103. Mayorca I, Lucena S, Cortés M, Lucerna M. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas?. *Med. segur. trab.* [Internet]. ; 59(231); 235-258. 2013 [citado 2017 Mar 23] Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2013000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200005>
104. Espinar Ruiz E. Las raíces socioculturales de la violencia de género. *Escuela Abierta*, 2007, 10, 23-48. [citado 2017 Mar 23] Disponible desde: http://www.ceuandalucia.es/escuelaabierta/pdf/articulos_ea10/02espinar.pdf

105. Cruz A, Klinger S. OIT. Gender-based violence in the world of work: Overview and selected annotated bibliography. 2011. [citado el 16 junio 16] Disponible desde: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_155763.pdf
106. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade J, Santed M, CasalodY. Rueda M. 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 Jan-Mar;15(1):29-35. [citado el 16 junio 16] Disponible desde: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1179/107735209799449707?needAccess=true>
107. Piñuel y Zabala I, Oñate A. La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España. Informe Cisneros II sobre violencia en el entorno laboral. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares. 2002.
108. Yildirim A, Yildirim D. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. 2007; 1444-1453. [citado el 16 junio 16] Disponible desde: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01814.x/epdf>
109. García-Izquierdo M, LlorB, García-Izquierdo AL, Ruiz JA. (2006). Bienestar psicológico y mobbing en una muestra de profesionales del sector educativo y sanitario. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22 (3), 381-396 [citado el 16 junio 16] Disponible desde: https://www.researchgate.net/publication/237030288_Bienestar_psicologico_y_mobbing_en_una_muestra_de_profesionales_de_los_sectores_educativo_y_sanitario
110. Herrera A, Pinab M, Herrera C. Expósito F. ¿Mito o realidad? Influencia de la ideología en la percepción social del acoso sexual. *Anuario de Psicología Jurídica* 2014 24 (2014) 1-7. [citado el 16 junio 16] Disponible desde: <http://www.redalyc.org/pdf/3150/315031876001.pdf>
111. OIT. Acoso sexual en el trabajo y masculinidad. 2013. Disponible desde: [citado el 16 junio 16] Disponible desde: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_210223.pdf
112. Yoon HS, Sook SR. Experiences of violence, burnout and job satisfaction in Korean nurses in the emergency medical centre setting. *International Journal of Nursing Practice*. 2016; 22:596-604.
113. Cho JY, Lee YH, Kim SH. Relationships among response for violence experience, herdiness, and job satisfaction of nurses working in emergency departamento. *Korena journal of adult Nursing*. 2011; 23. 494-502.
114. Sung MH. Relationship of the experience of violence to burnout and job satisfaction in emergency departamento nurses. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2008; 14: 83-92.

115. Adriaenssens J, De Gucht V. Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52 (2); 649–661
116. Cañadas-De la Fuente G, Vargas C, San Luis C, García I. Cañadas G. De la Fuente E. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. 2015; 52 (1); 240–249. [citado el 16 junio 16] Disponible desde: http://ac.els-cdn.com/S0020748914001710/1-s2.0-S0020748914001710-main.pdf?_tid=2170d2ec-2073-11e7-8ed9-00000aab0f02&acdnat=1492106631_80720062aee6fa725f159f0c905ac279
117. Goic A. Atención médica de urgencias. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2014 Feb [citado 2017 Abr 13] ; 142(2): 268-269. [citado el 16 junio 16] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200019&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200019>.
118. Pezoa M. Departamento de Estudios y Desarrollo. Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global 2013. [citado el 16 junio 16] Disponible desde: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-9005_recurso_1.pdf
119. Virtudes Pérez J. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud. ¿Qué es “trato digno” para los pacientes?. Elementos que componen en el trato digno Informe Global.
120. RNAO Registered Nurses`Association of Ontario. Position Statement Violence against Nurses: “Zero Tolerance” for violence against nurses and nursing students. 2008.
121. Tobar E, Retamal A., Garrido N. Elementos de gestión para un Servicio de Urgencia de un hospital universitario *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2014; 25: 189 – 200.
122. Shindul-Rothschild J, Read C, Stamp K. Flanagan, J. Nurse Staffing and Hospital Characteristics Predictive of Time to Diagnostic Evaluation for Patients in the Emergency Department. [citado el 10 abril 2017] Disponible desde http://ac.els-cdn.com/S0099176716301404/1-s2.0-S0099176716301404-main.pdf?_tid=36bd1808-206a-11e7-a1d0-00000aab0f26&acdnat=1492102801_206e2562833d775707ea5ee4abfd547e
123. MINSAL. Categorización en Urgencias. 2017. [citado el 10 mayo 2017] Disponible desde: <http://huap.redsalud.gob.cl/categorizacion-en-urgencias/>
124. Ley 20584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. 2012. [citado el 25 junio 2016] Disponible desde: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
125. Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. España. Violencia en el Lugar de trabajo. 1998. [citado el 25 junio 2016] Disponible desde: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_489.pdf

ANEXO I



ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR SALUD. **SERVICIO DE EMERGENCIA**

La violencia laboral ha llegado a ser un fenómeno ampliamente extendido en todo el mundo.

El sector salud particularmente presenta riesgos de violencia en el lugar de trabajo. La violencia puede presentarse tanto físicamente, como de abuso verbal, acoso laboral, acoso sexual y amenaza. La violencia puede ser un acto único o varios incidentes pequeños que pueden producir mucho daño.

Propósito

El propósito de esta encuesta es obtener información del tipo y nivel de violencia laboral existente en los Servicios de Emergencias de Hospitales Públicos y Clínicas privadas de alta complejidad en la provincia de Concepción Chile.

Sus respuestas serán una contribución muy importante para implementar políticas efectivas de prevención.

Agradecemos su buena disposición y su tiempo para responder esta encuesta.

2. ¿Usted es?:

<input type="checkbox"/>	Mujer
<input type="checkbox"/>	Hombre



International Labour Office **ILO** International Council of Nurses **ICN** World Health Organisation **WHO** Public Services International **PSI**

VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR SALUD (SERVICIOS DE EMERGENCIA) CUESTIONARIO A

Este cuestionario recoge información acerca de variables sociodemográficas, laborales, de salud y antecedentes personales de riesgo de violencia.

Instrucciones: Por favor lea atentamente cada una de las preguntas que se presentan a continuación y complete el cuestionario marcando la o las celdas, o escribiendo en los espacios designados. Si usted no sabe alguna respuesta favor continúe con la pregunta siguiente. Recuerde que sus respuestas serán

ANÓNIMAS Y CONFIDENCIALES

1. En cual rango de edad se encuentra UD.:

<input type="checkbox"/>	Bajo 19 años	<input type="checkbox"/>	40 a 44 años
<input type="checkbox"/>	20 a 24 años	<input type="checkbox"/>	45 a 49 años
<input type="checkbox"/>	25 a 29 años	<input type="checkbox"/>	50 a 54 años
<input type="checkbox"/>	30 a 34 años	<input type="checkbox"/>	55 a 59 años
<input type="checkbox"/>	35 a 39 años	<input type="checkbox"/>	60 años y más

3. ¿Cuál es su estado civil y situación de pareja? :

<input type="checkbox"/>	Soltero/a	<input type="checkbox"/>	Con pareja	<input type="checkbox"/>	Sin pareja
<input type="checkbox"/>	Casado/a	<input type="checkbox"/>	Con pareja	<input type="checkbox"/>	Sin pareja
<input type="checkbox"/>	Viudo/a	<input type="checkbox"/>	Con pareja	<input type="checkbox"/>	Sin pareja
<input type="checkbox"/>	Divorciado/a	<input type="checkbox"/>	Con pareja	<input type="checkbox"/>	Sin pareja
<input type="checkbox"/>	Anulado/a	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

4. ¿Ha usted migrado desde otro país?

Si ¿Desde dónde?.....
 No

4.1. En caso de ser extranjero. ¿Hace cuánto tiempo se encuentra Chile?

Menos de 12 meses 1 a 5 años Más de 5 años

5. Por favor indique si usted pertenece a un sindicato.

Si Cuál?
 No

6.- ¿A cuál estamento pertenece usted?:

Médico/a Auxiliar de Servicio
 Enfermero/a Administrativo/a
 Matrón / Matrona Personal de Seguridad
 Técnico paramédico Otros. Especifique:

7.- ¿Cuál categoría describe mejor su presente posición en el servicio de emergencias?

Jefe servicio Otros Especificar:.....
 Jefe de turno
 Miembros del equipo asistencial

8.- ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene en el área de la salud?:

Menos de 1 año 11 a 15 años
 1 a 5 años 16 a 20 años
 6 a 10 años Más de 21

8.1- ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene en el servicio de emergencias?:

<input type="checkbox"/>	Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	11 a 15 años
<input type="checkbox"/>	1 a 5 años	<input type="checkbox"/>	16 a 20 años
<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>	Más de 21

9.- Su trabajo principal pertenece al sector:
de emergencias

Público Privado No sabe

9.1. Tipo de contrato en la unidad

Indefinido
 Plazo Fijo
 Honorarios

10.- En la Unidad de Emergencias, usted trabaja:

Tiempo completo Tiempo parcial Temporalmente/ Reemplazos

11.- ¿Usted trabaja en turnos?

Si No

12.- Si usted trabaja en turnos Identifique los horarios:

13.- Usted interactúa con los pacientes o clientes en su trabajo

Si No

13.1.- ¿Tiene usted contacto físico directo de forma rutinaria con los pacientes/clientes (como girando, levantando, realizando procedimientos)

Si No

13.2.- ¿Cuál es el tipo de paciente que le ha correspondido atender con mayor frecuencia?
Marque todas celdas que considere:

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pediátricos |
| <input type="checkbox"/> | Adolescente (15 -21 años) |
| <input type="checkbox"/> | Adulto joven (22 a 45 años) |
| <input type="checkbox"/> | Adulto (46 - 65) |
| <input type="checkbox"/> | Adultos Mayores (66 años y más) |
| <input type="checkbox"/> | Todas las anteriores |

13.3.- Respecto al sexo de los pacientes/usuarios que usted ha atendido con mayor frecuencia son:

Mujeres Hombres Hombres y Mujeres en igual frecuencia

14. ¿Cuál es el área de su especialidad en que trabaja con mayor frecuencia dentro del servicio de emergencias?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Medicina General |
| <input type="checkbox"/> | Cirugía General |
| <input type="checkbox"/> | Traumatología- Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> | Pediatría |
| <input type="checkbox"/> | Gineco-obstetricia |
| <input type="checkbox"/> | Odontología |
| <input type="checkbox"/> | Neurocirugía |
| <input type="checkbox"/> | Otro. Especifique:..... |

15. Indique el lugar que usted considera representa su trabajo principal (más del 50%):

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Servicio de emergencias |
| <input type="checkbox"/> | Otros servicios en el hospital/clínica |
| <input type="checkbox"/> | Consulta ambulatoria del hospital/clínica |
| <input type="checkbox"/> | Trabaja en otro establecimiento de salud |
| <input type="checkbox"/> | Consultas privada |
| <input type="checkbox"/> | Establecimientos educacionales (Institutos, universidades) |
| <input type="checkbox"/> | Comunidad (Ejemplo cuidados domiciliarios) |
| <input type="checkbox"/> | Otros:
Especifique..... |

16.- En el servicio de emergencias usted trabaja directamente con la siguiente cantidad de personas:

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Trabaja Solo | <input type="checkbox"/> | Con 11 a 15 personas |
| <input type="checkbox"/> | Con 1 a 5 personas | <input type="checkbox"/> | Con Más de 15 personas |
| <input type="checkbox"/> | Con 6 a 10 personas | | |

17.- ¿Cuán preocupado está usted respecto a la violencia en su lugar de trabajo? (Por favor marque: (1 =si no está preocupado; 5 = muy preocupado)

1	2	3	4	5

18.- ¿Existen protocolos para reportar la violencia en su lugar de trabajo actual?

Si No

18.1 Si contesta **si**, ¿sabe cómo usarlos?

Si No

19.-¿ Se incentiva reportar la violencia en su lugar de trabajo? 19.1.- ¿Quién incentiva al reporte?

Si No

- Jefe servicio /gerente
- Sindicatos
- Colegas
- Familia/amigos
- Otros, especifique:.....

**VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR SALUD
(SERVICIOS DE EMERGENCIA)**

VIOLENCIA FÍSICA - CUESTINARIO B

Violencia física se refiere al uso de la fuerza física contra otra persona o grupo, que puede traer como consecuencia daño físico, sexual o Psicológico. Puede incluir golpes, patadas, cachetadas, puñaladas, disparos, empujones, mordiscos y/o pellizcos, entre otros.

1.- En los últimos 12 meses, usted ¿ha sido agredido físicamente en su lugar de trabajo?

Si No

Si su respuesta es NO, favor pasar a pregunta 1.16

1.1 Si contesto si, recuerde la última vez en que fue atacado/a físicamente en su lugar de trabajo.

¿Cómo describiría este incidente?

- Violencia física sin un arma
- Violencia física con un arma (fuego, arma blanca u otro)

1.2.- ¿Considera usted que este es un incidente de violencia típico en su lugar de trabajo?

Si NO

1.3.- ¿Quién lo/a ataco?

- Paciente/cliente
- Miembros del equipo de emergencias
- Funcionarios de otros servicios

- Parientes del paciente o cliente
- Supervisor / jefe /gerente
- Público en general

Otro (especifique) _____

1.4.- ¿Dónde ocurrió el incidente?

En el servicio de emergencia En otras dependencias de la institución Afuera (en la vía pública) OtrosEspecifique

1.4.1.- A su criterio, cuál es la intensidad de violencia física percibida, marque el casillero que corresponda:

Baja intensidad	Mediana Intensidad	Alta intensidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.5.- ¿A qué hora ocurrió el incidente?

08:01 a 14:00 hrs. 20:01 a 08:00 hrs.
 14:01 a 20:00 hrs. No recuerda

1.6 ¿Qué día de la semana ocurrió el incidente?

Lunes Viernes
 Martes Sábado
 Miércoles Domingo
 Jueves No recuerda

1.7.- ¿Cómo respondió usted al incidente de violencia física? Por favor marque todas las celdas que correspondan:

<input type="checkbox"/> No hice nada	<input type="checkbox"/> Hice como si nunca hubiese ocurrido
<input type="checkbox"/> Le dije a la persona que parara	<input type="checkbox"/> Traté de defenderme físicamente
<input type="checkbox"/> Le conté a amigos/familia	<input type="checkbox"/> Busqué consejería profesional
<input type="checkbox"/> Le conté a un colega	<input type="checkbox"/> Lo reporté a un superior
<input type="checkbox"/> Pedí ser transferido a otro lugar de trabajo	<input type="checkbox"/> Pedí ayuda al sindicato
<input type="checkbox"/> Pedí ayuda a la asociación de profesionales	<input type="checkbox"/> Entablé demanda legal
<input type="checkbox"/> Hice un reporte del incidente	<input type="checkbox"/> Otros especifique:

1.8.- ¿Piensa usted que el incidente pudo haberse evitado?

Si No

1.9.1.- Si contesta **SI**, ¿solicitó atención?

Si No

1.9- ¿Usted salió herido como resultado del incidente?

Si No

1.10.- Abajo aparece una lista de problemas y reclamos que la gente a veces tiene en respuesta a experiencias estresantes de la vida tal como el incidente que le ocurrió a usted. Para cada ítem, por favor indique cuan molesta/o, o cuanto le han afectado estas experiencias desde que fue atacado/a. Por favor marque una opción por pregunta.

Desde que lo atacaron, cuanto le ha afectado:	Nada	Un Poco	Moderada mente	Mucho	Muchísimo
Son reiterativos los pensamientos/imágenes del ataque violento que sufrió.					
Evita pensar o hablar acerca del ataque.					
Esta "súper atento" o vigilante y a la defensiva desde que sufrió el ataque.					
Tiene la sensación de que todo lo que ha hecho asociado a la violencia sufrida, ha demandado un gran esfuerzo de su parte.					

1.11. ¿Tuvo licencia médica después de ser atacado / agredido?

Si No

Si contesta **NO**, por favor vaya a la pregunta **1.12**

1.11.1. Si tuvo licencia médica, ¿por cuánto tiempo?:

<input type="checkbox"/> Un día	<input type="checkbox"/> 1 mes
<input type="checkbox"/> 2- 3 días	<input type="checkbox"/> 2- 6 meses
<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 7 - 12 meses
<input type="checkbox"/> 2 - 3 semanas	

1.12.- ¿Se tomaron medidas para investigar las causas del incidente?

Si No No lo sé

Si contesta **no ono lo sabe**, por favor vaya a la pregunta **1.13**

1.12.1. Si contesta **SI**, ¿quién las tomó las medidas?

<input type="checkbox"/> Médico Jefe Emergencias	<input type="checkbox"/> Carabineros
<input type="checkbox"/> Asociación Profesionales	<input type="checkbox"/> Enfermera jefe de emergencias
<input type="checkbox"/> Sindicatos	<input type="checkbox"/> Otro: Especifique

1.12.2. Que consecuencias sufrió el atacante /agresor?

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Se emitió advertencia verbal
<input type="checkbox"/> Fue reportado a carabineros	<input type="checkbox"/> Agresor fue acusado judicialmente
<input type="checkbox"/> Fue suspendido	<input type="checkbox"/> Otro:

No lo sabe

Especifique

1.13.- Respecto a la agresión su supervisor o jefe le ofreció:

Consejería profesional
Opción de reportarlo
Otro apoyo:
Especifique

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.14. ¿Cuán satisfecho esta con la forma en que se trató el incidente?
(Por favor califique: 1 = muy insatisfecho 5 = muy satisfecho)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				

1.15.- Si usted no le contó o reportó el incidente a otros, ¿Por qué no lo hizo? (Por favor marque todas las alternativas que correspondan)

No fue importante
 Me sentí culpable
 No sirve de nada
 Otro: Especifique

Me sentí avergonzado/a
 Asustado/a de consecuencias negativas
 No sabía a quién reportarlo

1.16- En los últimos 12 meses, ¿ha sido testigo de incidentes de violencia física en su lugar de trabajo?

Si No

Si responde No, favor pasar a siguiente cuestionario.

1.16.1.- Si contestó si, ¿Cuán a menudo ha ocurrido en los **últimos 12 meses**?

Una vez
 2 - 4 veces
 5 - 10 veces

Muchas veces en un mes
 Una vez a la semana
 Diariamente

1.17.- ¿Ha reportado un incidente de Violencia física laboral en los últimos 12 meses? (Como testigo o víctima) violencia laboral?

Si No

1.17.1.- ¿Si contestó si, le han llamado la Atención por reportar un incidente de

Si No

VIOLENCIA PSICOLOGICA (ABUSO EMOCIONAL)

La violencia psicológica se define como: uso intencional de poder, e incluye amenazas de fuerza física, en contra de otra persona o grupo, y que puede causar daño físico, mental, espiritual, moral o al desarrollo social. La Violencia psicológica incluye el abuso verbal, mobbing o acoso laboral, amenazas.

Cada forma de violencia psicológica será tratada separadamente con las mismas preguntas. Esto es crucial para obtener un entendimiento detallado de la violencia laboral que usted experimentó. En caso de contestar "no", continúe con la siguiente sección.

**C1
ABUSO VERBAL**

1.- En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido abuso verbal en su trabajo?

Sí No

Si su respuesta es **No**, favor pasar al cuestionario siguiente C2.

2.- Si es si ¿Cuán a menudo ha sufrido abuso verbal en los últimos 12 meses ?

Todo el tiempo A veces Una vez

3.- Por favor, acuérdesse de la última vez en que fue abusado verbalmente en su trabajo. ¿Quién abuso verbalmente de usted?

<input type="checkbox"/> Paciente/cliente	<input type="checkbox"/> Parientes del paciente o cliente
<input type="checkbox"/> Miembros del equipo de emergencias	<input type="checkbox"/> Supervisor / jefe /gerente
<input type="checkbox"/> Funcionarios de otros servicios	<input type="checkbox"/> Público en general
<input type="checkbox"/> Otro (especifique).....	<input type="checkbox"/>

4.- ¿Considera usted que este fue un incidente de abuso verbal típico de los que ocurren en su lugar de trabajo?

Sí No

5.- ¿Dónde ocurrió el abuso verbal?

En el servicio de emergencia En otras dependencias de la institución Afuera (en la vía pública) Otros. Especifique.

5.1.- A su criterio, ¿Cuál es la intensidad del abuso verbal percibido? , marque el casillero que corresponda:

Baja intensidad	Mediana Intensidad	Alta intensidad

6.- ¿Cómo respondió al abuso verbal? Por favor marque las alternativas que correspondan

<input type="checkbox"/> No hice nada	<input type="checkbox"/> Hice como si nunca hubiese ocurrido
<input type="checkbox"/> Le dije a la persona que parara	<input type="checkbox"/> Traté de defenderme físicamente
<input type="checkbox"/> Le conté a amigos/familia	<input type="checkbox"/> Busqué consejería profesional
<input type="checkbox"/> Le conté a un colega	<input type="checkbox"/> Lo reporté a un superior
<input type="checkbox"/> Pedí ser transferido a otro lugar de trabajo	<input type="checkbox"/> Pedí ayuda al sindicato
<input type="checkbox"/> Pedí ayuda a la asociación de profesionales	<input type="checkbox"/> Entablé demanda legal
<input type="checkbox"/> Hice un reporte del incidente	<input type="checkbox"/> Otros especifique:.....

7. Abajo aparece una lista de problemas y reclamos que la gente a veces tiene en respuesta a experiencias estresantes de la vida tal como el incidente que le ocurrió a usted. Para cada ítem, por favor indique cuan molesta/o, ocuanto le han afectado estas experiencias desde que fue abusado/a. Por favor marque una opción por pregunta.

Desde que lo atacaron, cuanto le ha afectado:	Nada	Un Poco	Moderada mente	Mucho	Muchísimo
Son reiterativos los pensamientos e imágenes del ataque violento que sufrió.					
Evita pensar o hablar acerca del ataque					
Esta "súper atento" o vigilante y a la defensiva desde que sufrió el ataque					
Tiene la sensación de que todo lo que ha hecho asociado a la violencia sufrida, ha demandado un gran esfuerzo de su parte.					

8.- Cree usted que el incidente pudo haberse evitado/prevenido las causas del abuso verbal ?
 Si No

9.- Se tomaron medidas para investigar
 Si No No lo sé

Si contesta **no** o **no lo sé**, por favor vaya a pregunta **10**

9.1. Si contesta **si**, ¿Quién tomó las medidas? (Por favor marque las alternativas que correspondan)

<input type="checkbox"/> Médico Jefe Emergencias	<input type="checkbox"/> Carabineros
<input type="checkbox"/> Asociación Profesionales	<input type="checkbox"/> Enfermera jefe de emergencias
<input type="checkbox"/> Sindicatos	<input type="checkbox"/> Otro. Especifique

9.2. Si contesta si, ¿qué consecuencias sufrió el atacante /agresor?

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Se emitió advertencia verbal
<input type="checkbox"/> Fue reportado a carabineros	<input type="checkbox"/> Agresor fue acusado judicialmente
<input type="checkbox"/> Fue suspendido	<input type="checkbox"/> Otro: Especifique
<input type="checkbox"/> No lo sabe	<input type="checkbox"/>

10.- Su empleador, supervisor, jefe, le ofreció:

	SI	NO
Consejería profesional		
Opción de reportarlo		
Otro apoyo		
Especifique:.....		

11. ¿Cuán satisfecho está usted con la forma en que se trató el incidente?
 Por favor califique: 1 = muy disconforme 5 = muy satisfecho)

1	2	3	4	5

12.- Si usted no le contó o reportó el incidente a otros, ¿Por qué no lo hizo? (Por favor marque las alternativas que correspondan)

<input type="checkbox"/>	No fue importante	<input type="checkbox"/>	Me sentí avergonzado/a
<input type="checkbox"/>	Me sentí culpable	<input type="checkbox"/>	Asustado/a de consecuencias negativas
<input type="checkbox"/>	No sirve de nada	<input type="checkbox"/>	No sabía a quién reportarlo
<input type="checkbox"/>	Otro.Especifique.....		

C 2 ACOSO LABORAL O MOBBING

Acoso laboral o Mobbing corresponde a una conducta consciente sistemática y repetitiva de hostigamiento contra un trabajador, a través de acciones vengativas, crueles o maliciosas destinadas a humillar o socavar a una persona o grupo.

1.- En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido acoso laboral en su trabajo?
 Sí No

2.- ¿Cuán a menudo ha sufrido **acoso laboral**?

<input type="checkbox"/>	Todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Una vez
--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------	---------

3.- Por favor, acuérdesse de la última vez en que fue víctima de acoso laboral en el trabajo.
 ¿Quién lo acosó?

<input type="checkbox"/>	Paciente/cliente	<input type="checkbox"/>	Parientes del paciente o cliente
<input type="checkbox"/>	Miembros del equipo de emergencias	<input type="checkbox"/>	Supervisor / jefe /gerente
<input type="checkbox"/>	Funcionarios de otros servicios	<input type="checkbox"/>	Público en general
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	

4.- Considera usted ¿Qué este fue un incidente de acoso laboral típico de los que ocurren en su lugar de trabajo?

Sí No

5.- ¿Dónde se llevó a cabo el acoso laboral?

En el servicio de emergencia
 En otras dependencias de la institución
 Afuera (en la vía pública)
 Otros. Especifique

5.1. A su criterio, ¿Cuál es la intensidad del acoso laboral que usted sintió?, marque en el casillero que corresponda:

Baja intensidad	Mediana Intensidad	Alta intensidad

6.- ¿Cómo respondió al acoso laboral? Por favor marque todas las alternativas que correspondan.

<input type="checkbox"/>	No hice nada	<input type="checkbox"/>	Hice como si nunca hubiese ocurrido
<input type="checkbox"/>	Le dije a la persona que parara	<input type="checkbox"/>	Traté de defenderme físicamente
<input type="checkbox"/>	Le conté a amigos/familia	<input type="checkbox"/>	Busqué consejería profesional
<input type="checkbox"/>	Le conté a un colega	<input type="checkbox"/>	Lo reporté a un superior
<input type="checkbox"/>	Pedí ser transferido a otro lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	Pedí ayuda al sindicato
<input type="checkbox"/>	Pedí ayuda a la asociación de profesionales	<input type="checkbox"/>	Entablé demanda legal
<input type="checkbox"/>	Hice un reporte del incidente	<input type="checkbox"/>	Otros especifique:

7.- Abajo aparece una lista de problemas y reclamos que la gente a veces tiene en respuesta a experiencias estresantes de la vida tal como el incidente que le ocurrió a usted. Para cada ítem, por favor indique cuán molesta/o, o cuanto le han afectado estas experiencias desde que fue acosado laboralmente. Por favor marque una opción por pregunta.

Desde que lo atacaron, cuanto le ha afectado:	Nada	Un Poco	Moderada mente	Mucho	Muchísimo
Son reiterativos los pensamientos / imágenes del ataque violento que sufrió.					
Evita pensar o hablar acerca del ataque.					
Esta "súper atento" o vigilante y a la defensiva desde que sufrió el ataque.					
Tiene la sensación de que todo lo que ha hecho asociado a la violencia sufrida, ha demandado un gran esfuerzo de su parte.					

8.- ¿Cree usted que el incidente pudo haberse evitado/prevenido' las causas del acoso laboral ?

Si No

9.- ¿Se tomaron medidas para investigar

Si No No lo sé

Si contesta **no o no lo sé**, por favor vaya a la pregunta **10**

9.1. Si contesta si, ¿Quién las tomó? (Por favor marque todas las alternativas que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Médico Jefe Emergencias	<input type="checkbox"/>	Carabineros
<input type="checkbox"/>	Asociación Profesionales	<input type="checkbox"/>	Enfermera jefe de emergencias
<input type="checkbox"/>	Sindicatos	<input type="checkbox"/>	Otro: Especifique

9.2. Si contesta si, ¿qué consecuencias tuvo el acosador/a?

<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Se emitió advertencia verbal
<input type="checkbox"/>	Fue reportado a carabineros	<input type="checkbox"/>	Agresor fue acusado judicialmente
<input type="checkbox"/>	No lo sabe	<input type="checkbox"/>	Otro especifique

10.- Respecto al acoso laboral, su supervisor o jefe le ofreció:

	SI	NO
Consejería profesional		
Opción de reportarlo		
Otro apoyo: especifique		

11.- ¿Cuán satisfecho esta con la forma en que se trató el incidente?

(Por favor califique: 1 = muy disconforme 5 = muy satisfecho)

1	2	3	4	5

12.- Si usted no le contó o reportó el incidente a otros, ¿Por qué no lo hizo? (Por favor marque las alternativas que correspondan)

<input type="checkbox"/>	No fue importante	<input type="checkbox"/>	Me sentí avergonzado/a
<input type="checkbox"/>	Me sentí culpable	<input type="checkbox"/>	Asustado/a de consecuencias negativas
<input type="checkbox"/>	No sirve de nada	<input type="checkbox"/>	No sabía a quién reportarlo
<input type="checkbox"/>	Otro. Especifique:		

C3 ACOSO SEXUAL

Acoso sexual corresponde a cualquier comportamiento no deseado, no reciproco, y no bienvenido, de naturaleza sexual, que es ofensivo para la persona afectada, y provoca que esa persona se sienta amenazada, humillada o avergonzada.

1.- En los últimos 12 meses, ¿ha sido acosada/o sexualmente en su trabajo?

Si No

2.- ¿Cuan a menudo ha sido acosado/a sexualmente en los últimos 12 meses?

Todo el tiempo A veces Una vez

3.- Por favor, acuérdesese de la última vez en que fue acosado/a sexualmente en su trabajo. ¿quién lo/a acoso sexualmente ?

<input type="checkbox"/>	Paciente/cliente
<input type="checkbox"/>	Miembros del equipo de emergencias
<input type="checkbox"/>	Funcionarios de otros servicios
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique)

<input type="checkbox"/>	Parientes del paciente o cliente
<input type="checkbox"/>	Supervisor / jefe /gerente
<input type="checkbox"/>	Público en general
<input type="checkbox"/>	

4.- ¿Considera usted que este fue un incidente típico de acoso sexual de los que ocurren en su lugar de trabajo?

Si No

5.- ¿Dónde se llevó a cabo el acoso sexual?

En el servicio de emergencia En otras dependencias de la institución Afuera (en la vía pública) Otros. Especifique

6.- ¿Cómo respondió al acoso sexual? Por favor marque las alternativas que correspondan

<input type="checkbox"/>	No hice nada	<input type="checkbox"/>	Hice como si nunca hubiese ocurrido
<input type="checkbox"/>	Le dije a la persona que parara	<input type="checkbox"/>	Traté de defenderme físicamente
<input type="checkbox"/>	Le conté a amigos/familia	<input type="checkbox"/>	Busqué consejería profesional
<input type="checkbox"/>	Le conté a un colega	<input type="checkbox"/>	Lo reporté a un superior
<input type="checkbox"/>	Pedí ser transferido a otro lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	Pedí ayuda al sindicato
<input type="checkbox"/>	Pedí ayuda a la asociación de profesionales	<input type="checkbox"/>	Entablé demanda legal
<input type="checkbox"/>	Hice un reporte del incidente	<input type="checkbox"/>	Otros especifique:

7.- Abajo aparece una lista de problemas y reclamos que la gente a veces tiene en respuesta a experiencias estresantes de la vida tal como el incidente que le ocurrió a usted. Para cada ítem, por favor indique cuan molesta o cuanto le han afectado estas experiencias desde que fue acosado/a sexualmente. Por favor marque una opción por pregunta.

Desde que lo atacaron, cuanto le ha afectado:	Nada	Un Poco	Moderada mente	Mucho	Muchísimo
Son reiterativos los pensamientos Imágenes del ataque violento que sufrió.					
Evita pensar o hablar acerca del ataque					
Esta "súper atento" o vigilante y a la defensiva desde que sufrió el ataque					
Tiene la sensación de que todo lo que ha hecho asociado a la violencia sufrida, ha demandado un gran esfuerzo de su parte.					

8.- ¿Cree usted que el incidente

9.- ¿Se tomaron medidas para investigar

pudo haberse evitado/prevenido? las causas del acoso sexual? Si No No lo sé
 Si No

Si contesta **no o no lo sé**, por favor vaya a la pregunta **10**

9.1. Si contesta si, ¿quién las tomó? (por favor marque las celdas que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Médico Jefe Emergencias	<input type="checkbox"/>	Carabineros
<input type="checkbox"/>	Asociación Profesionales	<input type="checkbox"/>	Enfermera jefe de emergencias
<input type="checkbox"/>	Sindicatos	<input type="checkbox"/>	Otro: Especifique

9.2. Si contesta si, ¿qué consecuencias sufrió el agresor?

<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Se emitió advertencia verbal
<input type="checkbox"/>	Fue reportado a carabineros	<input type="checkbox"/>	Agresor fue acusado judicialmente
<input type="checkbox"/>	Fue suspendido	<input type="checkbox"/>	Otro: Especifique
<input type="checkbox"/>	No lo sabe		

10. Su empleador o supervisor le ofreció:

Consejería profesional
 Opción de reportarlo
 Otro apoyo. Especifique:

SI	NO

11.-¿Cuán satisfecho está con la forma en que se trató el incidente ?
 (por favor califique: 1 = muy disconforme 5 = muy satisfecho)

1	2	3	4	5

12. Si usted no le contó o reportó el incidente a otros, ¿Por qué no lo hizo? (Por favor marque las alternativas que correspondan)

<input type="checkbox"/>	No fue importante	<input type="checkbox"/>	Me sentí avergonzado/a
<input type="checkbox"/>	Me sentí culpable	<input type="checkbox"/>	Asustado/a de consecuencias negativas
<input type="checkbox"/>	No sirve de nada	<input type="checkbox"/>	No sabía a quién reportarlo
<input type="checkbox"/>	Otro:especifique		

**D
 EMPLEADOR DEL AREA DE LA SALUD**

1.- Su empleador ha desarrollado políticas específicas relacionadas con:

Salud y Seguridad
 Violencia física en el trabajo
 Abuso verbal en el trabajo

SI	NO	NO LO SÉ

Acoso sexual en el trabajo
Acoso laboral o mobbing

2.- ¿Qué medidas existen en su trabajo para combatir la violencia laboral? Identifíquelas marcando en la columna ubicada a su izquierda. Y aquellas medidas identificadas por usted evalúe la efectividad que éstas han tenido, en las columnas ubicadas a su derecha.

Medidas	Evaluación efectividad			
	Muy efectivas	Moderadamente efectivas	Poco efectivas	Nada efectivas
Medidas de seguridad (ejemplo: guardias, alarmas, teléfonos portátiles)				
Mejoras del entorno (ejemplo: iluminación, ruido, calor, acceso a la comida, limpieza, privacidad)				
Acceso público restringido				
Análisis previo de pacientes (para registrar y estar consciente de algún comportamiento agresivo previo)				
Protocolos para los pacientes (ejemplo: procedimientos de control y contención, transporte, medicación, actividades. Programación, acceso a información.)				
Restringir el intercambio de dinero en el trabajo (ejemplo : pagos de pacientes)				
Aumentar el equipo de trabajo				
Procedimientos de registro para el equipo (especialmente para los cuidados en el hogar)				
Equipamiento y vestimenta especial (ejemplo: uniforme o ausencia de él)				
Cambios de turno (ejemplo: horas de trabajo)				
Periodos reducidos de trabajo solitario				
Entrenamiento				
Aptitudes comunicacionales, resolución de conflictos, autodefensa.				
Inversión en desarrollo de recursos humanos (entrenamiento para ascender profesionalmente, retiros, recompensas por logros, promover un ambiente saludable)				
Ninguno de estos				
Otros. Especifique				

3.- Si en los últimos 2 años han ocurrido cambios en su trabajo ¿Cuáles han sido?

	Ninguno		Reestructuración/reorganización
	Reducción del personal		Aumento de personal
	Restricción de recursos materiales		Recursos materiales adicionales
	Otros:.....		No lo sabe

4.- En su opinión, ¿qué impacto han tenido los cambios laborales anteriormente identificados? Por favor marque las alternativas que correspondan:

	Ninguno
	La situación laboral del personal empeoro
	La situación laboral del personal mejoró
	La situación para los pacientes/clientes empeoró
	La situación para pacientes/clientes mejoró
	No lo sé
	Otro. Especifique

E
VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR SALUD
(SERVICIOS DE EMERGENCIA)

1.- En su opinión, ¿cuáles son los tres factores más importantes que contribuyen a la **violencia física** en su ambiente laboral?

2.-En su opinión, ¿cuáles son los tres factores más importantes que contribuyen a la **violencia psicológica** en su ambiente laboral?

3.- En su opinión, ¿cuáles son las tres medidas más importantes que pudiesen reducir cualquier tipo de violencia en su ambiente laboral?

ANEXO II A ADAPTACION CUESTIONARIO

Adaptación de formato y de algunas preguntas relacionadas con variables biosociodemográficas y de trabajo del cuestionario original, al contexto del servicio de emergencia y salud del país.

- En el original, las definiciones de los distintos tipos de violencia laboral se encuentran al comienzo del cuestionario. Para este estudio, las definiciones se colocaron al comienzo de cada apartado que recogía datos sobre los distintos tipos de violencia.
- En la pregunta 3 sobre estado civil, se le agrego si tenían o no pareja, ya que se considera más importante el apoyo de una pareja que el estado civil per-se.
- Pregunta 5, en el original solicitaba responder si pertenecía a un grupo étnico mayor o menor de la comunidad o del país, aspectos que se consideraron muy complejos y ajenos a nuestra realidad, por lo que se preguntó directamente si pertenecía a un grupo étnico y a cual.
- Pregunta 6, tenía como alternativas más categorías profesionales, se dejaron solo las que se consideraron que trabajaban físicamente en los servicios de emergencias.
- Pregunta 8 del original, pregunta cuantos años de trabajo en salud tiene el trabajador, a ésta se le agregó, cuantos años de trabajo en el servicio de emergencia tiene.
- Pregunta 9 del original, donde se le pregunta a que sector pertenece su trabajo principal, se eliminaron algunas posibles categorías de respuesta, que no coincidían con nuestra realidad, como sector religioso.

-Pregunta 15, el original daba más alternativas de respuestas, se disminuyeron algunas que no coincidían con nuestra realidad.

En relación al cuestionario B, sobre Violencia Física

-Se agregó una pregunta, la 1.4.1. sobre intensidad de la agresión física
-En pregunta 1.12.1, se agrega una categoría más de alternativa de respuesta, que fue Enfermera jefe de Emergencia.

En relación al cuestionario C1 de Abuso Verbal

-Se agrega pregunta 5.1 sobre intensidad de abuso verbal

En relación al cuestionario C2 sobre Acoso Laboral o Mobbing

-Se agrega pregunta 5.1 sobre intensidad del acoso laboral

En relación al cuestionario D, Empleador del área de la Salud

-La pregunta 2 y 3 del original se estructuró en una sola tabla, para mayor claridad.

ANEXO II. B PREGUNTAS A REVISAR

Preguntas que según los autores del trabajo indujeron a problemas a los respondientes.

En cuestionario sobre variables biosociodemográficas y de trabajo:

Pregunta 7 en que se consulta su posición en el trabajo, un gran número respondió “ser jefes”, siendo que esta categoría corresponde a un número muy menor de trabajadores. Parece raro este tipo de respuesta, se piensa que tal vez no querían ser identificados de manera alguna, aunque se les garantizó el anonimato. Esta pregunta no tenía dificultad alguna para ser respondida por ninguna de las categorías ocupacionales. Se eliminó para el análisis.

Pregunta 9 “*Su trabajo principal pertenece al sector público, privado, no sabe*”, nos dimos cuenta que algunos respondían al concepto de “principal” en relación a las hrs. de contrato que tenían y otros a la mayor cantidad de ingresos, por lo que se eliminó esta pregunta en el análisis. Esto principalmente se dio con la categoría de los médicos.

ANEXO III



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

“Prevalencia de Violencia Laboral y factores asociados en los trabajadores de los servicios de emergencia en instituciones de salud pública y privada, Provincia de Concepción. Chile”

Sr(a)(ita)

Trabajador(a) del Servio de Emergencia:

Junto con saludarlo (a), quisiera invitarlo (la) a participar de un estudio de investigación científica relacionado con violencia laboral. Este estudio es financiado por la Asociación Chilena de Seguridad

y patrocinado por la Superintendencia de Seguridad Social y la Universidad de Concepción. El interés en realizar este estudio, radica en el aumento de violencia laboral en el sector salud y la escasa información que existe sobre este tema en el grupo humano que se desempeña en el servicio de emergencia de las instituciones de salud. Por esta razón es que se plantea como objetivos de esta investigación científica:

- Determinar la prevalencia de la violencia laboral y factores asociados de los trabajadores de los servicios de urgencia en los hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, y
- Generar recomendaciones de prevención de actos violentos y estrategias de afrontamiento basados en la evidencia del estudio.

Para llevar a cabo este estudio serán entrevistados los trabajadores (de los diversos estamentos) y es por ello que usted fue considerado para participar de esta investigación.

Su participación consistirá en responder una encuesta que se presentan en un cuestionario que contiene dos partes, uno de ellos recaba información referente a la violencia en el sector salud y el segundo en antecedentes personales relacionados con este mismo sector.

El beneficio potencial de este estudio radica en visibilizar el fenómeno de violencia en el servicio de emergencias de los Hospitales y sugerir estrategias de prevención de la misma en las instituciones de salud respectivas. Los riesgos a los cuales usted puede estar sometido se relacionan con los efectos que le puede producir el recordar experiencias individuales de violencia laboral en algún momento de su vida y para ello se le ofrecerá ayuda psicológica a la cual usted podrá acceder si así lo considera necesario. Para lo cual usted puede contactar a los investigadores, cuyos datos se mencionan más adelante, para ser derivado a una consulta de evaluación psicológica y atención posterior en caso de ser necesario, considerando hasta un número de tres atenciones. Estas consultas se realizarán en dependencias de la Universidad de Concepción, y no tendrá costos asociados. Su participación es primordial para poder cumplir con los objetivos propuestos y es absolutamente libre y voluntaria, pudiendo usted elegir no participar de la investigación y no contestar alguna pregunta que considere inoportuna o incómoda, como también decidir dejar de contestar la encuesta en cualquier momento que así lo desee.

Los datos por usted proporcionados serán de absoluta confidencialidad, resguardando la identificación e identidad de los/las participantes, la información por usted proporcionada se mantendrá en el anonimato, es decir, su nombre no aparecerá en sus respuestas. Los datos pertinentes a la investigación científica estarán bajo custodia de la Investigadora Principal y sólo serán usadas para el presente estudio, no siendo aplicadas para otras instancias. De los resultados obtenidos se realizarán publicaciones científicas resguardando la identificación de los participantes. Se garantizará que al final del estudio se darán a conocer los resultados a los participantes y a las instituciones de salud respetando la confidencialidad y el anonimato preestablecido.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Concepción y por los Comité Ético Científico de los Servicios de Salud al que pertenecen los Hospitales involucrados en el estudio. Si usted presenta alguna duda con respecto a la investigación, no dude en comunicarse con la investigadora, Sra. Tatiana Paravic K. investigador principal al fono 2207065, o con la Sra. Mónica Burgos, co - investigador al fono 2271609 .Si además usted desea mayor información en relación a los derechos que usted tiene al participar de este estudio, puede comunicarse con XXXXXXXX presidente del Comité Ético Científico del Hospital XXXXX al teléfono XXXX.

Si usted acceda a participar de esta investigación científica tendrá que firmar dos copias del documento que se adjunta, siendo una de ellas para usted.

Agradeciendo su disposición y colaboración en la entrega de información solicitada se despide de usted:

Tatiana Paravic K.
Investigadora Principal

HOJA DE FIRMAS

En conocimientos de los objetivos propuestos, comprendiendo claramente los aspectos implicados en mi participación y habiendo tenido la oportunidad de aclarar las dudas referentes al tema de estudio, acepto voluntariamente participar en esta investigación.

----- Nombre Completo y Firma Participante	----- Rut
5.565.189-2 -----	-----
Investigador Principal Tatiana Paravicklijn Facultad de Enfermería Universidad de Concepción	Rut
----- Nombre Completo y Firma Encuestador Facultad de Enfermería Universidad de Concepción	----- Rut

Nombre Completo y Firma Director Servicio Salud XX
Ministro de Fe

Rut

Fecha: _____
Hora: _____