

VIOLENCIA PERCIBIDA POR TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

PERCEIVED VIOLENCE BY WORKERS OF A PRIMARY HEALTH CARE CENTER

TATIANA PARAVIC KLIJN*, SANDRA VALENZUELA SUAZO**
y MÓNICA BURGOS MORENO***

RESUMEN

Investigación descriptiva transversal y correlacional, cuyo objetivo general fue conocer la percepción del fenómeno de la violencia desde la óptica de las diferentes categorías de trabajadores de un consultorio de atención primaria de salud, en una comuna de la VIII Región en Chile. Se trabajó con un universo de 62 funcionarios. La información fue recolectada a través del cuestionario de Paravic y col. que fue trabajado previamente con diversos grupos focales, y que recoge información referente a variables biosociodemográficas y de violencia en el lugar de trabajo.

Algunos de los resultados fueron: la mayoría de los funcionarios perciben violencia laboral, tanto hacia su persona como hacia sus pares y pacientes/usuarios. Prioritariamente, ésta es del tipo psicológico e identifican como su principal agresor a los pacientes y familiares, y también a la enfermera. Esta violencia se da principalmente en las clínicas y en los pasillos, y en el horario de mañana. Como medidas de afrontamiento, los funcionarios utilizan la defensa verbal, la evitación y la aceptación pasiva. Un tercio de los trabajadores manifiesta haber tenido experiencias previas de maltrato en su niñez.

Palabras claves: Violencia percibida, trabajadores de salud, atención primaria.

ABSTRACT

Cross-sectional descriptive and correlation research, whose general objective was to find out about the perception of the violence phenomena in a primary health care center, in a district of the VIII Region in Chile, from the perspective of different categories of health employees.

The universe were 62 workers. Data were collected through the questionnaire of Paravic et al., that was worked previously with diverse focal groups. It collects biosociographics datas and others relates to work violence. Some of the results were: most of the workers perceived violence, as much toward his person, as peers and clients or patients. The type of violence is primarily psychological and they identify as theirs main aggressors, the patient, theirs relatives and the nurse. This violence mainly shows up in the morning schedule at the clinics and halls. As coping mechanism, the health workers use verbal defense, avoidance or passive acceptance. A third of the workers declares to have previous experiences of mistreat in their childhood.

Keywords: Perceived violence, health workers, primary health care center.

Recepción: 25.05.2004 Aceptación: 21.10.2004.

* Doctora en Enfermería, Universidad de Sao Paulo. RP. Brasil. Magíster en Enfermería en Salud Comunitaria Universidad de Concepción. Profesora Titular Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. E-mail: tparavic@udec.cl

** Doctora en Enfermería, Universidad de Sao Paulo. RP. Brasil. Magíster en Enfermería Médico-Quirúrgica, Universidad de Concepción, Chile. Profesora Asociada. Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción, Chile. E-mail: svalenzu@udec.cl

*** Magíster en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile. Instructor Part-time Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción, Chile. Enfermera Servicio de Urgencia. Hospital Higuera. Talcahuano. Chile.

INTRODUCCIÓN

La violencia, por el número de víctimas y la magnitud de las secuelas que produce, se ha convertido en un problema de salud pública de carácter endémico.

La violencia se puede dar en los diversos contextos donde se desenvuelve el ser humano, siendo uno de éstos el ámbito laboral.

La violencia emerge en situaciones humanas donde existen interacciones y comportamientos violentos y abusos, resultado de alteraciones de la vinculación o apego que se traducen en trastornos de la empatía (Barudy, 2000).

En el lugar de trabajo, la violencia –sea física o psicológica– ha adquirido una enorme importancia en los últimos años, y en la actualidad es una preocupación prioritaria tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, ya que permea contextos laborales y grupos profesionales, afecta la dignidad de las personas, es una fuente de desigualdad, estigmatización y conflicto en el trabajo. Al mismo tiempo, la violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave, y a veces letal, contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones; causa perturbaciones inmediatas, y a veces perturbaciones de largo plazo de las relaciones entre las personas, de la organización del trabajo y de todo el entorno laboral (Organización Internacional del Trabajo (OIT) 1998; Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) 2001).

El término “violencia” circunscrito al lugar de trabajo, Chapell y Di Martino lo definen como: “cualquier incidente en el cual un empleado es abusado, amenazado o atacado por un miembro del público (paciente, cliente y/o compañeros de trabajo)”, así mismo, se considera que no sólo la violencia física provoca grandes impactos en la salud del trabajador, sino aquella que se infringe a través de

un comportamiento repetitivo que gradualmente daña la integridad psicológica del afectado, pudiendo llegar a tener repercusiones de mayor cuantía que la violencia física.

Estudios recientes confirman que la violencia laboral en el sector salud es universal, si bien pueden variar las características locales (Sánchez y Valenzuela, 2002; Letelier y Valenzuela, 2002; Burgos y Paravic, 2003).

Los trabajadores que realizan cuidados de salud, que en los servicios asistenciales son principalmente mujeres, constituyen un grupo de personas que presentan un alto riesgo de sufrir violencia.

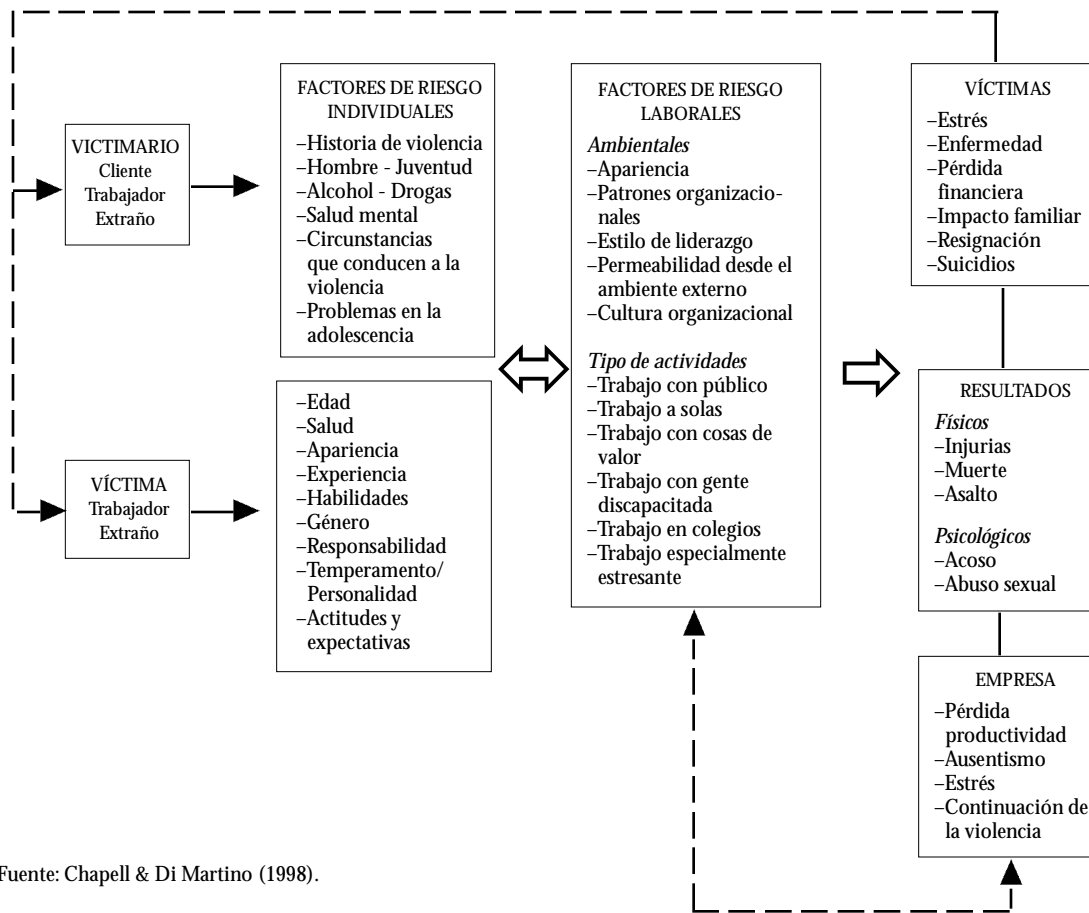
Entre ellos, quienes presentan mayores riesgos son los que se desempeñan en unidades de emergencia, hospitales psiquiátricos, unidades de ancianos, centros de rehabilitación de adictos, entre otras.

Un porcentaje importante de estos trabajadores lo compone el equipo de enfermería. Por esto el Consejo Internacional de Enfermeras (1999) ha abogado por el inicio y aplicación de una campaña contra la tolerancia de los actos violentos contra este colectivo.

Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar a deterioro de la calidad de los cuidados dispensados y a decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención de salud. Esto, a su vez, puede ser causa de que se reduzcan los servicios de salud disponibles para la población en general, y aumenten los costos de la salud.

En esta investigación se utilizó como marco referencial el modelo interactivo de Chapell y Di Martino (1998), que está basado en el modelo de Poyner y Warner el cual reconoce que el riesgo de sufrir violencia depende de la interacción de diversos factores potenciales, los que se presentan a continuación:

Gráfico 1. Violencia laboral: Un modelo interactivo (Chapell y Di Martino, basado en el modelo de Poyner y Warner, 1998).



Fuente: Chapell & Di Martino (1998).

Estos autores incluyen dentro de su modelo diversas variables que determinarían la expresión de violencia en el contexto laboral dentro de las cuales se encuentra el “agresor”, que puede ser cualquier persona cliente, colega, compañero de trabajo o un extraño a la institución. Los investigadores consideran que existen numerosos factores de riesgo para que una persona utilice la agresión como medio para relacionarse. Entre ellos se puede destacar una “historia previa de violencia”, “pertenecer al sexo masculino”, que de por sí parece justificar ciertas actitudes que no son tan

aceptadas socialmente en las mujeres. Ser “joven”, estar “bajo efectos de drogas”, o con “diagnóstico de enfermedad mental”, tener un “comportamiento agresivo”, estar “sometido a fuerte estrés” o “poseer cierta inmadurez” que permite ser fácilmente influenciable para adoptar este tipo de comportamiento. Así mismo, consideran que para que una persona se transforme en “víctima” deben existir también algunos factores asociados a ello; éstos son “aparición”, un “estado de salud alterado” en los trabajadores, “sobrecarga”, y “estrés”, los que pueden precipitar respuestas agresivas. Del

mismo modo la “edad” y la “experiencia” estarían relacionadas con el manejo de situaciones difíciles. También se considera que el “sexo” es determinante en lo que respecta a conductas violentas, siendo los varones más propensos a responder de una manera agresiva a muchas situaciones en el lugar de trabajo y las mujeres más propensas a la victimización.

El “ambiente” es otra de las variables consideradas dentro de este modelo, puesto que tanto el agresor como la víctima interactúan dentro de un contexto laboral, el cual puede ofrecer condiciones que permitan el desarrollo de actitudes violentas, como ocurre en lugares llenos de público, mal ventilados, sucios y ruidosos. También, una organización deficiente puede hacer una distribución poco equitativa del trabajo, sobrecargando a algunos de sus empleados mientras que otros permanecen relativamente inactivos. Un ambiente de trabajo donde prima la autocracia, con personas trabajando en forma aislada, desconfiando el uno del otro, en actitud defensiva, constituye un mayor riesgo de violencia, a diferencia de lo que ocurre en un ambiente participativo, de mutua colaboración, tolerancia racial e igualdad de oportunidades.

Así como se ha considerado el ambiente laboral como un factor probable de riesgo en el desarrollo de la violencia, en este contexto también los investigadores advirtieron que existían “situaciones de riesgo en el trabajo”, tales como “trabajar con público”, “trabajar con objetos de valor”, “trabajar con personas estresadas”, “trabajar solo”. En lo que respecta al trabajo con público, las razones para que se manifieste un comportamiento violento pueden ser múltiples, como ocurre cuando existe una percepción de mala calidad de atención, o el usuario percibe un comportamiento displicente y despreocupado de quien lo atiende, o cuando siente que sus derechos han sido vulnerados.

Trabajar con “personas con distress” también constituye una situación de riesgo den-

tro de las cuales es posible considerar el contacto con personas ancianas, con desórdenes psiquiátricos o bajo efectos del alcohol, lo que los hace física o verbalmente violentos. Así mismo, considera que el personal que trabaja en el área de la salud, especialmente en urgencias y hospitales psiquiátricos, son potenciales víctimas de violencia.

Según estos autores, la violencia ejercida en el contexto laboral no sólo tendría efectos sobre la víctima, quien se siente humillada, desmotivada, con pérdida de confianza y autoestima, sino también sobre la empresa u organización que ve afectada su imagen corporativa, las relaciones interpersonales, la organización del trabajo, productividad, ambiente laboral, reducción en el número de clientes, por señalar algunos.

Este modelo permite reconocer todos aquellos elementos que, de una u otra forma, pudieran incidir en la expresión de actos de violencia no sólo en contextos laborales, sino en muchos otros, lo que facilita la identificación de factores potenciales y reales en la manifestación de la violencia, y permite de alguna manera planificar acciones destinadas a la prevención.

Objetivo general

Conocer la magnitud del problema de violencia y factores asociados, desde la perspectiva de los trabajadores de la salud en el contexto de un consultorio de atención primaria de la VIII Región, Chile.

Objetivos específicos

- Determinar el perfil de los trabajadores de atención primaria de salud según variables biosociodemográficas.
- Determinar si los trabajadores de atención primaria de salud perciben violencia laboral ejercida hacia ellos.

- Identificar tipos y manifestaciones de violencia que perciben con mayor frecuencia.
- Identificar el o los agentes agresores o victimarios percibidos.
- Enunciar las razones percibidas por los trabajadores respecto a la violencia ejercida hacia ellos por los agresores.
- Identificar la o las situaciones laborales en las cuales perciben que se sienten más violentados.
- Identificar qué tipo de consecuencias (físicas, mentales u otras) son percibidas como relacionadas con la violencia ejercida hacia ellos.
- Relacionar la violencia laboral percibida con las variables biosociodemográficas del grupo en estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio de carácter descriptivo, transversal, relacional que investiga el fenómeno de la violencia en el lugar de trabajo en un consultorio de atención primaria de salud urbano-rural.

Universo: El universo de este estudio estuvo constituido por todos los funcionarios del consultorio correspondiente a las diversas categorías de trabajadores (médicos, dentistas y químicos farmacéuticos; otros profesionales tales como: enfermeras, matronas, nutricionistas, psicólogas, asistente social, entre otras, técnicos de nivel superior, paramédicos, administrativos y auxiliares de servicio) que correspondieron a un N = 67 funcionarios.

Se incluyeron los trabajadores que tenían contratos de trabajo indefinido, a plazo fijo, y a honorarios tanto del consultorio como de las postas rurales pertenecientes a éste.

Población real del estudio: La población real del estudio correspondió a 62 funcionarios, ya que 1 persona se negó a participar en el estudio y 4 se encontraban ausentes por licencias.

Unidad de análisis: Trabajador del consultorio.

Metodología de trabajo: Se pidió la autorización a los directivos de la institución y se cauteló el anonimato y la confidencialidad de los datos además del consentimiento a participar en la investigación. Los datos fueron recopilados por los autores *in situ*.

Instrumento recolector de datos: Cuestionario de Paravic, Valenzuela y Sánchez (2001) en Burgos (2003); de preguntas cerradas, abiertas y semiabiertas que se compone de una primera parte referente a la medición de las variables biosociodemográficas que podrían tener alguna relación con el fenómeno en estudio según el modelo empleado en esta investigación, y una segunda parte, que recolecta información sobre la violencia propiamente tal.

Para la validez de contenido, se trabajó en distintas oportunidades con grupos focales que permitieron recoger información cualitativa que ayudó a la reflexión y surgimiento de ideas en relación al fenómeno en estudio. Posteriormente el instrumento fue revisado por 6 jueces (2 psicólogos, 2 sociólogos y 2 enfermeras de atención primaria expertos en el tema).

La confiabilidad del instrumento no fue posible medir, puesto que la variable dependiente (percepción de violencia) se midió a través de preguntas directas y no con un formato escalar. Este instrumento ha sido utilizado en estudios en diversos contextos de salud (Sánchez y Valenzuela, 2002; Letelier y Valenzuela, 2002; Burgos y Paravic, 2003).

Procesamiento de datos: Se llevaron a efecto en el Depto. de Estadística de la Facultad de Matemática y Física de la Universidad de Concepción, mediante el programa SSPS 11.0 y SAS.

RESULTADOS

Se presenta el perfil biosociodemográfico del colectivo en estudio para posteriormente entregar los hallazgos.

El 72,6% son mujeres. En la distribución etárea, un 41,9% correspondió al grupo etáreo entre 36 a 50 años, observándose sólo un 17,7% de los funcionarios entre 51 y 63 años. En cuanto a la escolaridad, un 37,1% corresponde a educación superior y un porcentaje similar a educación técnica. Un 4,8% tiene educación básica y un 21% educación media.

Un 77,4% vive en pareja. Un 92% tiene menos de 15 años de trabajo en el mismo lugar, y de éstos un 12,9% tiene menos de un año de trabajo en ese consultorio. Un 58,1% tiene contrato indefinido, un 30,6% contrato a plazo fijo y un 11,3% a honorarios. En cuanto a jornada de trabajo, el 87,1% tiene una jornada de 44 horas semanales, el 4,8% de 33

horas, y el 8,1% de 22 o menos.

En cuanto a las categorías del personal, un 37,1% son auxiliares paramédicos, un 12,9% son administrativos, un 19,4% pertenecen a la categoría de médicos y dentistas y un 30,6% pertenecen a los otros profesionales (enfermera, matrona, asistente social, nutricionista y psicólogo).

En relación a las remuneraciones, el 48,4% declara menos de \$ 200.000 mil pesos brutos mensuales. Un 39% recibe entre 201.000 y 500.000 y sólo un 12,9% recibe más de \$501.000 mil pesos* (valor referencial del dólar = \$600. Un sueldo mínimo = \$112.000).

En cuanto a si tuvieron experiencias de maltrato en su infancia y/o juventud, un 32% contestó que sí. Un 27,5% respondió que alguna vez en sus vidas se les había diagnosticado médicamente que sufrían de estrés y depresión.

A continuación se presentan gráficamente los resultados.

Gráfico 2. Percepción de violencia.

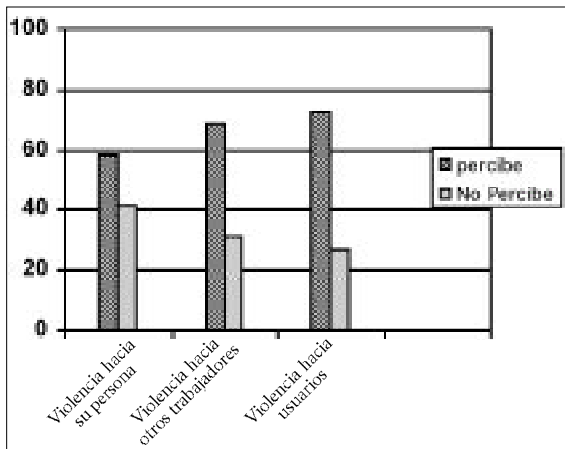


Gráfico 4. Manifestaciones de violencia física. Puede haber más de una respuesta por funcionario.

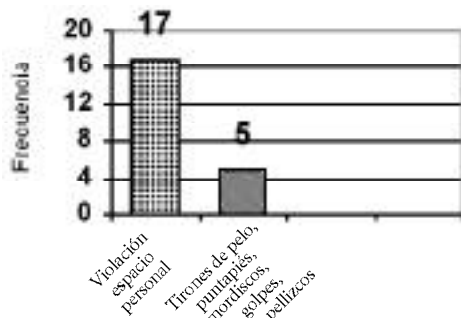


Gráfico 3. Tipo de conductas violentas percibidas.

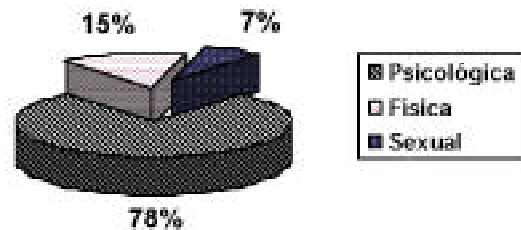


Gráfico 5. Manifestaciones de violencia psicológica. Puede haber más de una respuesta por funcionario.

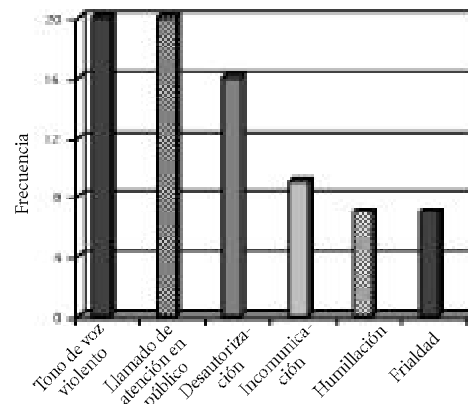


Gráfico 6. Manifestaciones de violencia sexual. Puede haber más de una respuesta por funcionario.

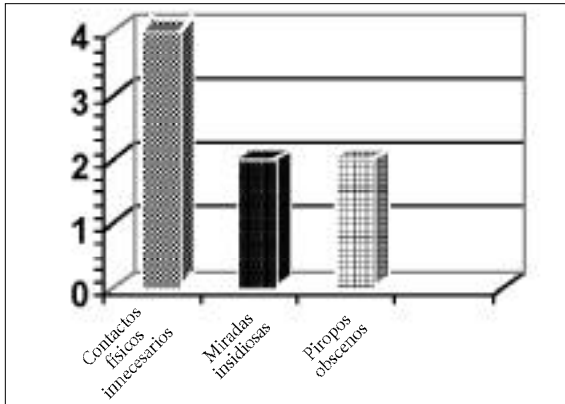


Gráfico 7. Principales agentes agresores.

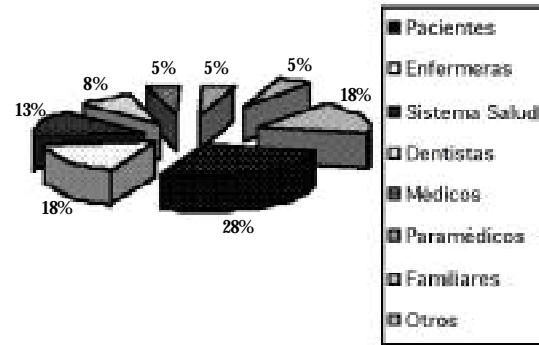


Gráfico 8. Motivos que tiene un agente agresor para ejercer la violencia. Puede haber más de una respuesta por funcionario.

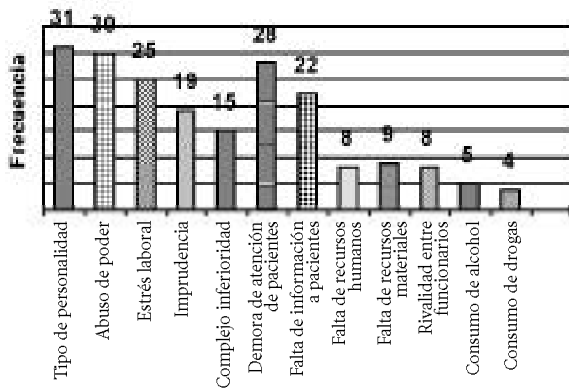


Gráfico 9. Influencia de la violencia laboral en la salud.

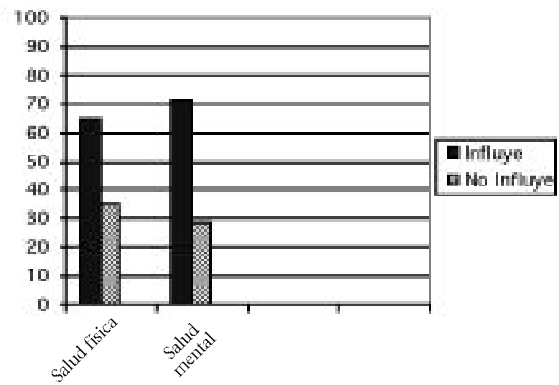


Gráfico 10. Influencia de la violencia laboral en sus interrelaciones.

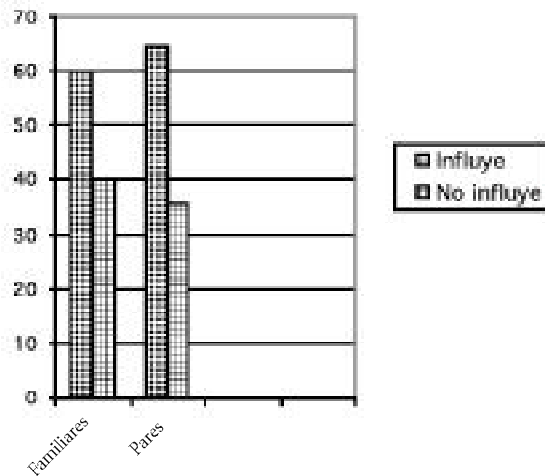


Gráfico 11. Síntomas y signos relacionados con la violencia laboral. Puede haber más de una respuesta por funcionario.

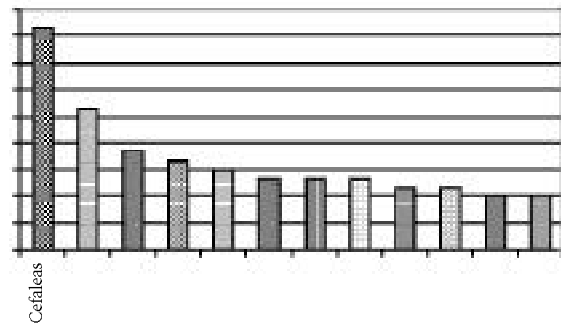


Gráfico 12. Horario en que se produce mayor violencia en el consultorio.

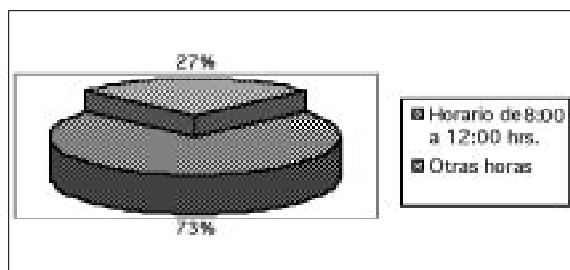


Gráfico 13. Razones asociadas al horario en que se percibe la violencia.

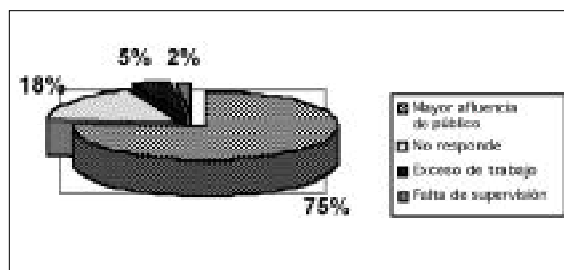


Gráfico 14. Lugares en el trabajo en que se presentan las conductas violentas.

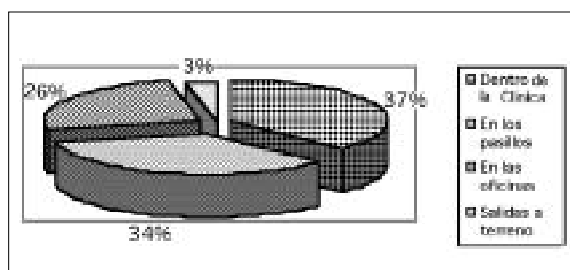


Gráfico 15. Situaciones de trabajo vulnerables a la violencia.

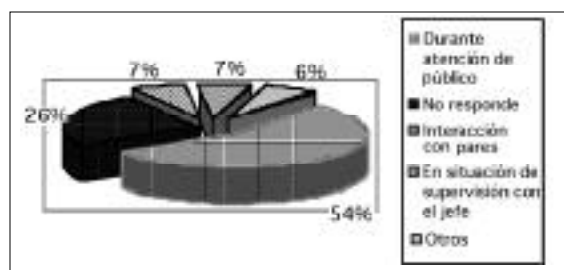
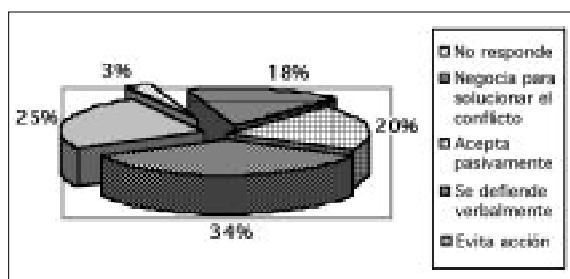


Gráfico 16. Medidas de afrontamiento a conductas violentas.



DISCUSIÓN

Los consultorios de atención primaria son sistemas sociales complejos, donde se combina una serie de roles, funcionarios y usuarios adscritos a éstos en grandes cantidades. Presentan una dinámica propia, con estructuras propias del sistema donde se otorga servicios a los individuos, familia y comunidad, en cuanto a promoción, prevención, protección, diagnóstico precoz, tratamiento y recuperación de la salud (Henriquez y Saporiti, 2004).

Por otro lado, tenemos al cliente o usuario con sus conocimientos propios, sus religiones, sus mitos, sus conjuntos de relaciones sociales pertenecientes a otros sistemas tales como la religión, la política, la economía y la cultura, entre otras (Cezar, Magalhaes, Oliveira y Sena, 2002). En este ambiente puede haber estrés, tensiones y conflictos, lo que puede llevar a distintos grados de violencia.

Teniendo presente que la violencia laboral se deriva de una serie combinada de causas referentes a las personas, su ambiente, condi-

ciones de trabajo, interacciones entre los propios trabajadores, entre los clientes o usuarios y las instituciones o empleadores y no sólo de factores personales (Chapell y Di Martino, 1998; Hijar-Medina, López y Blanco, 1997), no es de extrañar la existencia de este tipo de conductas en las instituciones de salud.

En cuanto al perfil biosociodemográfico del grupo de funcionarios estudiados, son similares a los encontrados en diversos estudios nacionales e internacionales (CIE, 1998; Minsal y Servicio Nacional de Salud, 1997). Llama la atención su situación laboral, ya que sólo un poco más de la mitad de los funcionarios tiene un contrato indefinido, lo que daría a pensar que probablemente en algún momento exista una emigración de estos funcionarios en búsqueda de una mayor seguridad y mejores perspectivas, además de que sus remuneraciones se caracterizan por ser muy bajas. El factor remuneración es un área muy sensible entre funcionarios de la salud (Parra y Paravic, 2002; Fernández y Paravic, 2003; Zúñiga y Paravic, 2004).

En cuanto al nivel educacional de los funcionarios del consultorio de atención primaria, éste es compatible con las distintas categorías de personal existentes, teniendo la mayoría estudios técnicos y superiores, lo que permite decir que la atención de salud se ha ido profesionalizando respecto a décadas anteriores.

Un tercio de los trabajadores tuvo experiencias de maltrato en su infancia o juventud, cifra bastante significativa, y se piensa que ésta es aún mucho mayor que lo confesado, porque este tipo de experiencia sigue siendo un estigma social en nuestra sociedad, en especial para con las mujeres. El haber sido víctima de violencia hace que se transmita dramáticamente de una generación a otra. La violencia es una conducta aprendida donde existen factores sociales, culturales y de aprendizaje sumamente importantes que van más allá de los procesos psicológicos involucrados en él (Betancourt, 2000; Barudy, Larraín y Perrone, 2000).

La percepción de violencia identificada por los funcionarios del consultorio en un poco más de la mitad de los trabajadores, es un hallazgo importante a considerar, ya que todos esperan que las instituciones que otorgan salud –consultorios, postas u hospitales– sean espacios seguros, con personal idóneo, de buenas relaciones interpersonales, en un ambiente grato y armónico, donde se entrega una buena calidad de atención sanitaria cumpliendo las expectativas de los pacientes/usuarios (Burgos y Paravic, 2003). Pero se ha visto que la realidad dista mucho del imaginario de las personas involucradas en estas instituciones. Los funcionarios se sienten violentados en primer lugar por los mismos usuarios/pacientes, en especial las categorías de auxiliares paramédicos y administrativos, lo que puede explicarse en cuanto son precisamente ellos los que tienen el mayor contacto directo con el público, y enfrentan las primeras demandas de los usuarios que, cuando no son satisfechas, generan situaciones conflictivas. La actividad laboral del personal de enfermería constituye en sí situaciones amenazantes (Garza y col., 1999). Así también lo considera el CIE (2004), quien afirma que los trabajadores de cuidados de salud son los que más riesgos corren, y cuando existe agresión física, ésta proviene casi exclusivamente de los pacientes y familiares.

Entre los hallazgos del presente estudio se consignó además a la enfermera como agente agresor inmediatamente después de los pacientes o usuarios. En una investigación sobre violencia en los alumnos de enfermería durante sus prácticas clínicas, la enfermera también tuvo un lugar destacado en cuanto a ser percibida como violentadora (Letelier y Valenzuela, 2003). También fue percibida así por un grupo de pacientes hospitalizados de medicina y cirugía, quienes se quejaron del trato frío y de la falta de satisfacción de sus necesidades básicas por parte del equipo de enfermería, ya que la omisión de acciones que se debía realizar fue considerada como una violencia hacia ellos (Burgos y Paravic, 2003).

Esto coincide en parte con un informe del CIE (2004), donde manifiesta que un pequeño número de enfermeras ha perpetrado actos de violencia, abusos de pacientes o colegas, infringiendo el código de conducta de enfermería.

La sobrecarga traumática en el personal de salud, especialmente en el equipo de enfermería, y la falta de grupos de apoyo en los lugares de trabajo han originado lo que actualmente se llama el síndrome del agotamiento o burnout, que se caracteriza por el agotamiento de los recursos emocionales, despersonalización con desarrollo de actitudes negativas con gente con quién se trabaja, y una evaluación totalmente negativa de sí misma, lo que puede producir conductas violentadoras.

Llama la atención que la percepción de violencia de los funcionarios hacia su persona sea percibida en más de la mitad de los trabajadores y catalogada como de baja intensidad, pero cuando la perciben hacia otros –ya sea hacia los usuarios o hacia otros trabajadores–, ésta es mayor y de una intensidad media y alta. Estos resultados son congruentes con otros hallazgos encontrados (Sánchez y Valenzuela, 2002; Letelier y Valenzuela, 2002; Burgos y Paravic, 2003). A las mujeres no les agrada reconocer que son violentadas y sienten temor y vergüenza de visibilizar esta situación.

Por otro lado, muchas personas creen que los maltratos y violencia es parte del trabajo mismo, actitud que es compartida por el público en general y algunos líderes del sistema judicial (CIE, 1998).

La naturaleza de la violencia percibida por los funcionarios es mayoritariamente del tipo psicológica (OIT, 1998; Sánchez y Valenzuela, 2002; Letelier y Valenzuela, 2002; Burgos y Paravic, 2003). Las manifestaciones percibidas corresponden de preferencia a la aterrorización y degradación.

Este tipo de violencia alcanza niveles de epidemia, y lo sufren millones de trabajadores en sus lugares de trabajo, causando daño psicológico, afectando su salud y su calidad de vida (Baéz, 2001). La violencia física en los con-

textos de salud de nuestro país afortunadamente no ha alcanzado aún los ribetes de la violencia psicológica. De todos modos no deja de llamar la atención que se hallan encontrado algunas conductas de violencia física en este consultorio, que según estudios (CIE, 1998) provienen casi exclusivamente de los pacientes o usuarios y sus familiares, pero que en el presente caso son perpetrados además por algunos funcionarios del propio consultorio. Bajo ninguna circunstancia esto debiera ser tolerado, y menos en las instituciones de salud.

La violencia encontrada en forma de hostigamiento sexual fue bastante baja en relación a lo descrito por la literatura. Las enfermeras han sido sus víctimas en proporción alarmante (CIE, 1998). En nuestra cultura, frente a este tipo de violencia, la mujer aún es considerada culpable por la situación, ya que sería ella quien la “provocó”, y muchas veces ellas mismas se convencen de ello. Son condenadas por la sociedad y su grupo familiar. Eso hace que este tipo de violencia sea escasamente manifestado. También a los hombres les es difícil expresar este tipo de situación, ya que a alguien que denuncie violencia sexual se le consideraría como poco masculino.

La mayor cantidad de violencias se producen en los pasillos y las clínicas del consultorio, durante la atención del público. Un porcentaje no despreciable de violencia se produce en la interacción con las jefaturas y los pares. En las salidas a terreno, para el trabajo domiciliario, la frecuencia de la violencia encontrada es baja.

El horario en que esta violencia se da con mayor intensidad es en las mañanas, cuando la afluencia de público es mayor, y cuando hay exceso de trabajo (CIE, OMS, OIT, y ISP, 2002; Chapell y Di Martino, 1998).

Los motivos que son percibidos por los funcionarios como causales de la violencia laboral, prioritariamente, son: el tipo de personalidad del agresor, abuso del poder de quienes están en posiciones directivas, y demora en la atención de los usuarios.

Se encontró porcentajes altos de funcionarios que manifestaron que la violencia les influía en la salud física y mental, y en sus interrelaciones tanto con sus familiares como con sus pares. La sintomatología encontrada, tanto física como mental, es congruente con lo que expresa la literatura y otras investigaciones. En un artículo sobre violencia de género y salud mental se describen entre los diversos síntomas: depresión y miedo, ansiedad, colon irritable, dolor crónico, síntomas de estrés, dolores de cabeza, de espalda, fatiga permanente, insomnio, irritabilidad entre otros (Ferrer y Bosh, 2001). En otro sobre género, salud mental y violencia, se encontró síntomas similares a los de la presente investigación (Calvino, 2001).

El estrés laboral derivado de la naturaleza del trabajo que se realiza, es descrito en muchos trabajos como una de las causales más frecuentemente nombradas por los funcionarios y que se repite también en el presente trabajo. Este factor es altamente estudiado en la salud ocupacional. En USA se ha demostrado que individuos altamente estresados tienden a experimentar el doble de violencia que los trabajadores menos estresados (Chapell y Di Martino, 1998).

En estudios realizados sobre la violencia laboral en empleados municipales de salud se encontró que éstos padecían de un estrés intenso, y agotamiento entre otros síntomas (CIE, 1999; CIE, 2001). La violencia laboral, y más aún si ésta se repite continuamente, tiene un impacto directo en la vida de las personas, amenazando su identidad, su dignidad y las relaciones emocionales, causando un serio daño a su salud física y mental (Barretto, 2001).

En una investigación realizada en Chile sobre estrés laboral en personal de salud (Trucco, 1999), se encontró una alta frecuencia de síntomas de estrés ocupacional, al igual que otro estudio donde se observó que más de la mitad de los profesionales del área de la salud presentaban estrés. En otro trabajo sobre riesgos en enfermeras chilenas, encontraron, en-

tre otros, que la sobrecarga de trabajo, la falta de control sobre el trabajo y los conflictos en el medio laboral producen un estado constante de tensión: éstos se asociaban básicamente a la organización del trabajo y a la atención de salud del sector público (Avendaño y Grau, 1997).

No debemos olvidar que la mayoría de los funcionarios son mujeres, auxiliares paramédicos y administrativos, las cuales no tienen la autonomía ni el poder de decisión sobre la gran mayoría de actividades que deben realizar. El estrés laboral no está determinado solamente por el nivel de exigencias del trabajo, sino por la adecuación de las demandas a los recursos y capacidades del trabajador, y a la formación, autonomía y autoridad sobre la tarea (Artaco y Moncada, 1997).

Por ser generadora de situaciones de alta violencia, especial cuidado merece el incremento del consumo de drogas y del alcohol en los contextos laborales, ya que las cifras indican que éste ha aumentado en los últimos años en el país (CONACE, 2003) y el consultorio parece no estar ajeno a esta situación. Pensemos además que las personas tienden a esconder sus problemas de adicción, por lo que las cifras podrían ser aun más altas. No debemos olvidar que la dependencia de estas sustancias es una de las diez principales causas de años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura. Es causa que aumenten los accidentes, los ausentismos, los costos sociales, empresariales y sanitarios, entre otras consecuencias (Masip, 1999).

Hay una causal de violencia que tímidamente se han atrevido a exponer los trabajadores estudiados, y es la rivalidad entre profesionales del área de la salud. Pareciera que existe una lucha por los diversos espacios de poder que se forman adentro de la institución y que históricamente viene arrastrándose desde la medicalización de hospitales e instituciones de salud a través de la técnica del poder disciplinario, donde se mantiene una estructura de poder rígida y hegemónica del médico (Foucault, 1982, Schneider y col., 1996).

Los modos de afrontamiento a la violencia que utilizan los funcionarios de este consultorio de atención primaria son: la defensa verbal, la evitación y la aceptación pasiva. Sólo un porcentaje bajo negocia para solucionar los conflictos. La forma de reaccionar se relaciona con el tipo de personalidad, los mecanismos aprendidos conscientes o inconscientes, el entorno físico y las expectativas de la sociedad (CIE, 1998). Siendo la mayoría de los funcionarios mujeres, este tipo de respuesta a la violencia (evitación o no hacer nada) responde al peso del estereotipo cultural que define a la mujer en la pasividad, la sumisión y la obediencia.

No se encontró relación significativa entre las variables biosociodemográficas y la percepción o no percepción de violencia laboral.

CONCLUSIONES

Los funcionarios de este consultorio, en su gran mayoría, son mujeres, lo que concuerda con estudios nacionales e internacionales respecto al recurso humano en salud. Éstos responden a las definiciones culturales de ser mujer, y sus modos de afrontamiento a la violencia concuerdan con ello. A esto le debemos agregar la falta de autonomía y de autoridad sobre muchas de las actividades y tareas que realizan.

Las conductas violentadoras encontradas en el presente trabajo son prioritariamente del tipo psicológico, no estando ausente las del tipo físico y sexual, pero con una frecuencia bastante baja. Éstas se producen de preferencia en las mañanas cuando hay más cantidad de público y de trabajo, y en las clínicas y pasillos, afectándoles su salud física y mental así como sus relaciones familiares y con sus pares.

Los agresores identificados con mayor frecuencia son: los pacientes, su familia y la enfermera, y los motivos serían el tipo de personalidad, el abuso de poder, la demora en la atención a pacientes y el estrés laboral deri-

vado de la naturaleza del trabajo. Un tercio de los funcionarios manifestó haber tenido experiencias de violencia en su niñez.

Considerando la importancia que tiene el clima laboral en las condiciones de salud del personal como también en la calidad de la atención brindada a los usuarios, no se deben de escatimar los esfuerzos por mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y de mantener un ambiente libre de violencia.

Un clima laboral adverso, con violencia hacia los funcionarios y la constante presión asistencial, más remuneraciones que son poco motivadoras para la gran mayoría de los funcionarios y en muchos casos con condiciones físicas laborales negativas posibles de producir riesgos para la salud o un bajo bienestar, puede hacer que la atención primaria en salud se vea amenazada por el hecho de que abandonen su trabajo, haciendo que disminuya aún más el escaso recurso de funcionarios en este nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artacoz, L., Moncada, S. (1997). Organización del trabajo, satisfacción laboral y salud mental en trabajadores. Centro de salud Laboral, Instituto Municipal de la Salud, Barcelona.
- Avendaño, C., Grau, P. (1997). Riesgos para la salud de las enfermeras del sector público de Chile. *Rev. Enf.* V (102), 15-26.
- Baéz, G. (2001) El acoso moral o mobbing en el trabajo. En: *Los espejos de la desigualdad*. Ed. Adriana Gómez. Cuadernos Mujer Salud / 6.
- Barretto, M. (2001). Asedio moral en el trabajo. En: *Los espejos de la desigualdad*. Ed. Adriana Gómez. Cuadernos Mujer Salud / 6.
- Barudy, J. (2000). Violencia agresiva y violencia ideológica en la fenomenología. En: *Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención*. Editora Oriana Vilches Alvarez. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile.
- Barudy, J.; Larraín, S. y Perrone, R. (2000). Dinámica de la violencia. En: *Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención*. Editora Oriana Vilches Alvarez. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile.
- Betancourt, H. (2000). Proceso psicológico y cultural en la violencia. En: *Violencia en la cultura: riesgos*

- y estrategias de intervención. Editora Oriana Vilches Alvarez. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile.
- Burgos, M. y Paravic, T. (2003). Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Rev. Ciencia y Enf.* 9(2), 29-42.
- Burgos, M. y Paravic, T. (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. *Rev. Ciencia y Enf.* 9 (1). 9-14.
- Calvino, M.E. (2001). Género, salud mental y violencia. En: *Los espejos de la desigualdad*. Ed. Adriana Gómez. Cuadernos Mujer Salud / 6.
- Cezar, M.R.; Magalhaes, M.; Oliveira, G. y Sena, J. (2002). Trabalhador em saúde: subjetividade e auto-organizacao. *Texto & Contexto.* 11(1): 50-65.
- Chapell, D., Di Martino, V. (1998). *Violence at work*. International Labour Office. Geneve.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2004). La violencia-Epidemia mundial. http://www.icn.ch/matters_violencesp.htm
- Consejo Internacional de Enfermeras (1999). Enfermería y violencia. Boletín Enero-marzo.
- Consejo Internacional de Enfermeras, Instituto de Salud Pública, Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud (2002). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra.
- Consejo Internacional de Enfermería (2002). Nuevos estudios muestran que la violencia en el lugar de trabajo es una amenaza para los servicios de salud en todo el mundo. Comunicado de prensa. Extraído el 26 de sept. 2002. Disponible en http://www.icn.ch/violencia/pr10_02sp.htm
- Consejo Internacional de Enfermería (1998). Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra, Suiza.
- Corporación Nacional de Control de Estupefacientes (2003). Empresas ensayan los 7 pasos para prevenir las drogas en el trabajo. Boletín.
- Fernández, B. y Paravic, T. (2003). Satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción. *Rev. Ciencia y Enfermería X* (2), 57-66.
- Ferrer, V. y Bosch, E. (2001). Algunas reflexiones sobre el maltrato de mujeres. En: *Los espejos de la desigualdad*. Ed. Adriana Gómez. Cuadernos Mujer Salud / 6.
- Foucault, M. (1982). *Microfísica do poder*. 3 ed. Org. Roberto Machado. Ediciones Garal. Brasil.
- Garza, M.E., León, M.A., Estada, M.T., Ramírez, M.G., López, M.E., Velázquez, U., Salinas, A.M. y Villarreal, E. (1999). Ansiedad laboral en personal de enfermería. *Rev. Atención Prim.* 23(3).
- Henriquez, S., Saporiti, E. L. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino-Americana de Enf.*;12(1):15-21.
- Hijar-Medina, M.; López, M.V. y Blanco, J. (1997). La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Públ. de Mex.* 39(6): 1-8.
- Letelier, P., Valenzuela, S. (2002). Violencia: fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intrahospitalarios de enfermería. *Rev. Ciencia y Enfermería* 8 (2) 21-26.
- Ministerio de Salud, Servicio Nacional de la Mujer (1997). Una perspectiva de género de los recursos humanos del sector público de salud. Perfil socio familiar y laboral.
- Masip, J.M. (1999). Prevención de riesgos laborales: Estrategias, gestión y prevención de las adicciones en el mundo laboral. Ed. Síntesis. Madrid.
- Organización Internacional del Trabajo (1998). Cuando trabajar es un riesgo. Boletín nº 231. Publicación simultánea en Ginebra y Washington DC.
- Paravic, T.; Valenzuela, S. y Sánchez, R. (2003). Instrumento de medición de violencia en el contexto laboral. En Burgos, M. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. Tesis de magister para la obtención del título de Magister en Enfermería. Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
- Parra, S., Paravic, T. (2002). Satisfacción laboral en enfermeras del SAMU metropolitano y octava región. Chile. *Rev. Ciencia y Enfermería II* (1), 37-48
- Sánchez, R. y Valenzuela, S. (2002). Percepción de violencia que afecta a los profesionales de enfermería. *Enfermería* 120, 10-14.
- Schneider, J.F.; Stiepovich, J.; Alves, C. y Valenzuela, S. (1996). El nacimiento del hospital y de la enfermería moderna. *Rev. Horizonte*, 7 (2), 35-41.
- Trucco, M.; Valenzuela, P. y Trucco, D. (1999). Estrés ocupacional en personal de salud. *Rev Méd Chile*, 127, 1453-1461.
- Zúñiga, Y. y Paravic, T. (en prensa). Satisfacción laboral en enfermeras de consultorios urbanos y rurales. *Pielegniarki i Poloznej*.