



Percepción de violencia física y factores asociados

EN PROFESIONALES Y TÉCNICOS PARAMÉDICOS EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Varinia Alejandra RODRÍGUEZ CAMPO,¹ Tatiana María PARAVIC KLIJN,¹ Urcesino Del Tránsito GONZÁLEZ RUBILAR²

Resumen Abstract

La violencia es un fenómeno que se ha transformado en un problema de salud pública. Objetivo principal: Determinar la percepción de violencia física y factores asociados de profesionales y técnicos paramédicos del SAMU. Metodología: Estudio descriptivo, correlacional y comparativo, se trabajó con la población profesional y una muestra de técnicos paramédicos de tres regiones de Chile. Resultados: 28,4% de los profesionales y 25% de técnicos paramédicos han percibido violencia física en el último año. 5,4% de los técnicos paramédicos la han percibido con uso de arma de fuego o blanca. Solo un 5,4% de los incidentes violentos son investigados y 1,5% son demandados. El maltrato en la adultez fue la variable que se relacionó más significativamente con la percepción de violencia física. Conclusión: Existe percepción de violencia en el sector prehospitalario y muchos de los incidentes no son investigados ni demandados.

Palabras clave: Violencia. Instituciones de salud. Atención prehospitalaria.

PERCEPTION OF PARAMEDICAL TECHNICIANS AND PROFESSIONALS ABOUT PHYSICAL VIOLENCE AND ITS RELATED FACTORS IN PRE-HOSPITAL CARE

Physical violence is a phenomenon that has become a public health issue. Objective: To determine the perception of paramedical technicians and professionals from the Emergency Medical Assistance Service (SAMU) about physical violence and its associated factors. Methods: Descriptive, correlational, and comparative research. The universe was composed by the professional population and a sample of paramedical technicians from three regions of Chile. Results: 28.4% of professionals and 25% of paramedical technicians have perceived physical violence during last year. 5.4% of technicians have perceived violence with the use of firearms or bladed weapons. Only a 5.4% of violent incidents are investigated and 1.5% are reported. Violence against adult people is the variable that was mostly associated to physical violence perception. Conclusions: There is strong perception of violence in pre-hospital care area and many of the incidents are neither investigated nor reported. Keywords: Violence. Healthcare facilities. Pre-hospital care.

¹Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción. Chile. ²Universidad de Concepción, sede los Ángeles. Chile

CORRESPONDENCIA: Varinia Alejandra Rodríguez Campo, varirodriguez@udec.cl
Tatiana Paravic Klijn, tparavic@udec.cl

Manuscrito recibido el 1.10.2013
Manuscrito aceptado el 19.03.2014

Index Enferm (Gran) 2015; 24(1-2):10-14

Introducción

En el mundo miles de personas mueren a causa de eventos violentos. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad entre los 15 y 44 años.¹ Los traumatismos y violencias se encuentran dentro de las diez principales causas de mortalidad de la población a nivel mundial, mientras que en Chile ocupa el cuarto lugar de mortalidad general,² por lo que se ha transformado en un grave problema de salud pública.³ Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la violencia se define como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”,¹ es un fenómeno multifacético con raíces biológicas, psíquicas, sociales y ambientales, sumamente difuso y complejo,^{4,5} amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y desgasta el tejido social.⁶

La violencia ha abarcado lugares que antiguamente se consideraban libres de estos incidentes, tales como educación, servicios sociales y salud. Este fenómeno en el sector sanitario va en aumento: el equipo de salud cada día está siendo víctima de más actos violentos, por lo que se está convirtiendo en un problema importante para quienes se desempeñan en el área de la salud.^{7,8} La violencia laboral es “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”.⁹⁻¹² Una de las manifestaciones de la violencia laboral, es la violencia física, que se define como “el uso de la fuerza física contra otra persona o grupo, que ocasiona daño físico, sexual o psicológico”.¹³

El presente trabajo se basa en el Modelo Interactivo de Violencia, propuesto por Chappell y Di Martino en 1998, basado en el modelo de Poyner y Warne (Figura 1); que intenta explicar la violencia laboral desde una mirada multifactorial, que relaciona la interacción de varios factores de riesgo proveniente del agresor, la víctima y del medio ambiente en donde se desarrollan las acciones.^{9,14}

Se ha descrito que son las enfermeras los profesionales que se encuentran en mayor riesgo de ser víctimas de incidentes

violentos durante la atención salud.¹⁵ De la misma manera, otros estudios han descrito que son las salas de emergencia, hospitales psiquiátricos y hogares de ancianos los lugares en donde se gestan el mayor número de eventos violentos.^{16,17} También se ha fundamentado que la violencia provoca una serie de problemas de salud, en donde el personal sanitario está presentando alteraciones como estrés, estrés postraumático, burnout, depresión, ganancia o pérdida de peso, aumento en el consumo de tabaco y otras drogas, los que se ven reflejados en el rendimiento laboral y en la atención de los usuarios.¹⁸⁻²¹ En Chile, el fenómeno de la violencia ha sido estudiado desde diversos ámbitos intrahospitalarios que incluyen a los prestadores sanitarios, quienes han percibido la violencia física durante la atención de salud,^{22,23} así mismo los usuarios también han percibido estos incidentes durante su hospitalización o durante la atención de salud primaria.²⁴⁻²⁶ En Brasil se determinó que un 75% de trabajadores del área prehospitalaria mencionaron que uno de los mayores riesgos laborales a los cuales se encuentran expuestos, es la violencia.²⁷

En Chile, de acuerdo a las características vitales de la población, se creó en la década de los 90 un sistema prehospitalario que pudiese atender a las víctimas de accidentes, tarea que quedó a cargo del Ministerio de Salud.²⁸ Es así como nace en el país la atención prehospitalaria denominada Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), cuyo objetivo es prestar aten-

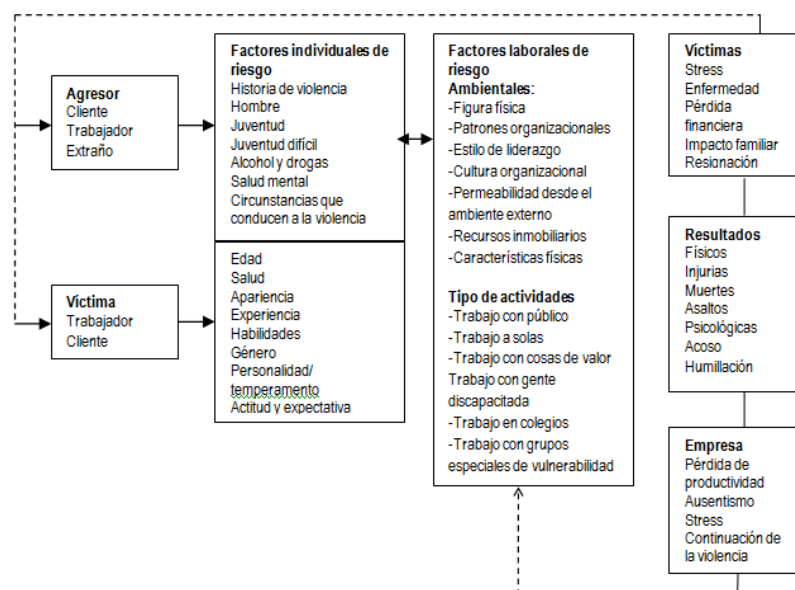
ción de salud fuera de las dependencias hospitalarias.^{28,29} Sin duda que el SAMU corresponde a uno de los eslabones de la atención de urgencia del país y es parte imprescindible de la población usuaria del sistema. Sin embargo poco se conoce acerca de los incidentes violentos sufridos por los profesionales y técnicos que se desempeñan en el Servicio de Atención Prehospitalaria, por lo que es de mucho interés visibilizar la violencia percibida por los trabajadores del SAMU a fin de hacer un diagnóstico de lo que sucede en esta área, sugerir estrategias de prevención de violencia laboral a las instituciones de salud, a fin de evitar el absentismo y el cambio de trabajo de los profesionales y técnicos paramédicos altamente cualificados para prestar atención de prehospitalaria, lo que generaría un alto costo para las instituciones de salud.

La presente investigación plantea como objetivos determinar la percepción de violencia física y factores asociados de profesionales y técnicos paramédicos del SAMU en tres regiones del sur de Chile y comparar los hallazgos encontrados entre estas regiones de Chile

Sujetos y métodos

Estudio con abordaje cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, correlacional y comparativo. Se estudió el profesional del SAMU (enfermera, matrona o kinesiólogo) de las regiones en estudio y el técnico paramédico del SAMU de las mis-

Figura 1: Violencia Laboral: un Modelo Interactivo de Chappell y Di Martino basado en Poyner y Warne, 1988.



mas regiones. Se trabajó con el censo de profesionales de tres regiones, equivalente a N=74. Al total de técnicos paramédicos (N= 360) se realizó un muestreo bietápico con fijación proporcional por región, obteniendo un n=148.

Se aplicó cuestionario “workplace violence in the health sector” propuesto por la Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras y Servicios Públicos Internacionales (OMS, OIT, CIE y PSI). El instrumento fue traducido al español y nuevamente al inglés y ambas versiones fueron evaluadas por un tercer experto en el tema. El alpha de cronbach fue de 0,91.

El análisis de datos se realizó en software estadístico SPSS v15.0, se aplicó estadística descriptiva para el análisis univariado y prueba de chi-cuadrado como estadística inferencial.

Para la presente investigación los principios éticos tomados en consideración fueron los propuestos por Ezequiel Emanuel: valor social, validez científica, razón riesgo/beneficio favorable, selección equitativa de sujetos, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto a los sujetos participantes de la investigación.³⁰ La investigación fue aprobada por Comités de Ética respectivos de las entidades sanitarias de cada región involucradas en el estudio.

Resultados

El perfil descriptivo de los participantes arroja el siguiente resultado: la mayoría de los profesionales y técnicos paramédicos son hombres con un promedio de edad de 33,6 y 36,6 años respectivamente. Solteros, con pareja, que poseen entre 1 a 10 años de experiencia laboral, trabajan en sistema de turnos rotativos y con un grupo de hasta 5 compañeros de trabajo. La gran mayoría se encuentra preocupado a muy preocupado

Tabla 1. Variables asociadas a la percepción de violencia de profesionales y técnicos paramédicos del SAMU

	Profesionales		Técnicos paramédicos	
	Frecuencia (N=74)	%	Frecuencia (n=148)	%
<i>Rasgos de personalidad según Costa, McCrae, Norman y Goldberg (31)</i>				
Neurótica	2	2,7%	5	3,4%
Extrovertida	7	9,5%	9	6,1%
Apertura a la experiencia	5	6,8%	7	4,7%
Amabilidad, Prosocial	29	39,2%	42	28,4%
Responsabilidad	30	40,5%	83	56,1%
<i>Consumo de tabaco</i>				
Si	29	39,2%	64	43,9%
<i>Consumo de alcohol</i>				
Si	43	61,4%	63	49,6%
<i>Sufre maltrato en la infancia</i>				
Si	10	13,5%	32	21,6%
<i>Tipo de maltrato sufrido en la infancia</i>				
Físico	2	20,0%	15	46,9%
Psicológico	1	10,0%	6	18,8%
Físico y psicológico	3	30,0%	11	34,4%
Físico y sexual	2	20,0%	0	0,0%
Todos	2	20,0%	0	0,0%
<i>Sufrió maltrato en la vida adulta</i>				
Si	26	35,1%	39	26,4%
<i>Tipo de maltrato sufrido en la vida adulta</i>				
Físico	1	3,8%	5	12,8%
Psicológico	21	80,8%	30	76,9%
Físico y psicológico	4	15,4%	4	10,3%

Tabla 2. Factores asociados a percepción de violencia física en el SAMU Chile

Variables	Categoría laboral	Valor χ^2	p
Preocupación por violencia laboral	Profesionales		0,164
	Técnicos paramédicos	16,307	0,03*
Rasgo de personalidad	Profesionales	10,323	0,035*
	Técnicos paramédicos		0,429
Maltrato en la adultez	Profesionales	11,726	0,017*
	Técnicos paramédicos	5,684	0,001**
Consumo de tabaco	Profesionales	6,605	0,037*
	Técnicos paramédicos		0,736
Intensidad de violencia física	Profesionales		0,262
	Técnicos paramédicos	6,557	0,038*

p < 0,05 de significancia

por la temática de violencia laboral. El promedio de ambas categorías laborales (50%) reconoce la existencia de procedimientos de denuncia de violencia laboral y de ellos, el 78% conoce el uso de los mismos. Las variables asociadas al fenómeno de violencia se muestran en la tabla n°1.

En cuanto a la percepción de violencia física laboral en el SAMU, el 28,4% de los profesionales y el 25% de los técnicos paramédicos han percibido eventos violentos en el último año. De los técnicos paramédicos agredidos, 5,4% de ellos han percibido estos incidentes con arma de fuego o blanca. Para el 75% de los técnicos paramédicos y 66% de los profesionales agredidos físicamente mencionaron que estos incidentes de violencia física son

rutinarios en su lugar de trabajo y la mayoría de ambas categorías laborales los considera de baja intensidad.

Los principales agresores identificados por ambas categorías laborales fueron los pacientes, parientes del paciente y público en general, los que se efectúan principalmente en la vía pública, con mayor frecuencia los fines de semana y en horarios nocturnos. El 27% de los técnicos paramédicos agredidos y el 4,8% de los profesionales agredidos presentaron heridas a causa del incidente, con 6 meses de absentismo como máximo en los técnicos paramédicos y un año en el caso del profesional. De los incidentes violentos se denuncia en promedio de ambas categorías laborales un 25%, de estos se investiga en promedio un 5,4% y de estos hechos investigados la demanda no alcanza al 1,5%. Los motivos por no reportar incidentes violentos físicos en el lugar de trabajo se resumen en “no fue importante” (44%) o “no sirve de nada” (33%).

Del total de variables estudiadas, solo 5 de ellas resultaron estadísticamente significativas con el fenómeno de estudio, de estas, el maltrato en la adultez fue la variable que presentó mayor

relación en ambas categorías laborales (ver Tabla n°2).

Discusión

La violencia ha alcanzado el sector salud y la atención prehospitalaria no ha quedado ajena este fenómeno. Por las condiciones de prestación sanitaria de este sistema, no es extraño que la mayoría de los incidentes violentos ocurridos fueran en la vía pública, se debe tener presente que los profesionales y técnicos paramédicos deben asistir a localidades de todo tipo, en las cuales muchas veces existe un alto nivel de delincuencia, narcotráfico y en donde la violencia en sí, es parte de la vida habitual de la población. La violencia física percibi-

da en el SAMU es similar a lo expuesto por profesionales y técnicos del área intrahospitalaria, tanto a nivel nacional como internacional,^{16,32,33} sin duda que estos episodios de violencia en el sector salud van en aumento. Los perpetradores de violencia física identificados fueron los pacientes, familiares del paciente y público, lo que se asemeja a los agresores identificados en estudios nacionales e internacionales.^{16,17,32-37} La atención de salud brindada a causa de accidentes traumáticos y mortales, conlleva que profesionales y técnicos paramédicos del SAMU estén más expuestos a la violencia de familiares y público en general. Casi un tercio de ambas categorías laborales reconocen que son los fines de semana los días en que se ejecutan el mayor número de actos agresivos de tipo físico, tal como se ha mencionado en la literatura.⁹ Por otra parte, los técnicos paramédicos mencionaron que la violencia física percibida fue mayoritariamente de noche tal como es mencionado por otros estudios internacionales y por el Modelo Interactivo de Violencia,^{9,38} a pesar de que esta variable no fue predictora en esta investigación. Se ha determinado que el mayor número de accidentes de tránsito son los fines de semana, en la madrugada y en los cuales se desencadena la mayor mortalidad y gravedad de lesionados.³⁹ Es posible que la situación de salud de urgencia y el consumo de alcohol presente en muchos accidentes de tránsito, permitan la aparición de actos agresivos hacia el personal sanitario, lo que podría ser una de las causas que genera el maltrato proveniente de los agresores hacia el personal prehospitalario.

De los trabajadores del SAMU, solo el 5% de los técnicos paramédicos mencionaron el uso de arma de fuego o arma blanca en el episodio de violencia. Si bien existe un porcentaje bajo en el uso de armas en los incidentes violentos en comparación con el total de los participantes y con otros estudios internacionales,³³ no deja de ser importante destacar la peligrosidad que involucra el uso de armas en los incidentes violentos ejercidos hacia el personal sanitario, además se debe destacar que en el caso de los técnicos paramédicos la variable intensidad de violencia se relaciona significativamente con la percepción de violencia física, la que puede estar explicada para este grupo por estos hechos. Estos sucesos podrían haber desencadenado un trágico desenlace, hacia un personal altamente cualificado que presta atención de salud a la población, lo que pone de manifiesto la urgente necesidad de resguardo policial

para este tipo de trabajo, sobre todo en localidades altamente conflictivas. Se requiere, entonces, el trabajo en conjunto con entidades de seguridad, a fin de resguardar la integridad del personal sanitario prehospitalario, sobre todo en aquellos ambientes conocidos por su alta peligrosidad.

Existe un bajo porcentaje de heridos para ambas categorías laborales, sin embargo la presencia de heridas lleva a presentar absentismo laboral entre 6 meses a 1 año. Es importante destacar que tanto los técnicos paramédicos como los profesionales que laboran en el SAMU, es un personal altamente cualificado y preparado para atender situaciones de salud-enfermedad fuera de las dependencias hospitalarias y que por sus cualidades es difícil de suplir, por lo que su ausencia produce una sobrecarga laboral en otros trabajadores del SAMU, ya que estos deben reemplazar en los turnos a aquellos que se encuentran con licencia. Chappell y Di Martino plantean que una de las consecuencias que provoca la violencia laboral es el absentismo en el trabajo y que altera la organización laboral,⁹ estos datos aportan evidencias para el modelo.

Existe un 50% de técnicos paramédicos y profesionales que no conocen los procedimientos ni los instrumentos de denuncia de violencia en su lugar de trabajo. Prácticamente del total de agredidos, solo 4 (10,8%) paramédicos deciden investigar el incidente de violencia física. Aún peor es en el estrato de profesionales donde ninguno de los incidentes de violencia física es investigado, a pesar de que la mitad de ambas categorías laborales reconocen que existen en su lugar de trabajo las medidas para denunciar estos eventos. De los eventos denunciados e investigados, el agresor recibe acusación judicial en un caso y la mayoría recoge amonestación verbal o ninguna sanción, esto último posiblemente sea la razón por la cual la mayoría de los agredidos no realicen las denuncias, respondiendo que el incidente no fue importante o bien que no sirve de nada denunciar este tipo de actos en su lugar de trabajo.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la violencia y salud. 2002. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf [acceso: 20/04/2011].
2. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de estadísticas e información en salud. Estadísticas vitales y de morbilidad. Disponible en <http://deis.minsal.cl/index.asp> 2010 [acceso: 30/09/2011].
3. Organización Mundial de la Salud. La violencia,

un problema mundial de salud pública. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: OMS, 2002; Pp. 1-23.

4. Chappell D, Di Martino V. Violencia en el Trabajo. LosRecursosHumanos.com, 1/4/2008. Disponible en: <http://www.losrecursoshumanos.com/violencia-en-el-trabajo/> [acceso: 15/04/2010].
5. Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales. Violencia laboral en el trabajo y sus manifestaciones. Edit. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, Madrid España, 5-82. 2008. Disponible en: <http://www.fspmadridugt.org/dependencia/documentacion/Guias%20y%20manuales/Gu%C3%ADa%20Violencia%20en%20el%20trabajo.pdf> [acceso: 20/05/2011].
6. Marziale M. La violencia en el sector salud. Rev Latino-am Enfermagem 2004; 12(2):151-2.
7. Rippon T. Aggression and violence in health care professions. Journal of Advanced Nursing 2008; 31(2):452-60.
8. Consejo Internacional de Enfermeras. Entornos de práctica favorables: Lugares de trabajo de calidad = Atención de calidad al paciente. En: CIE, editor. Ginebra, Suiza: 2007. Pp. 1-76.
9. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. Geneva: International labour office: 1998.
10. Oficina Internacional del Trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirlas. Ginebra, 2003; Pp:1-23.
11. Poblete M, Valenzuela S. Enfermeras en riesgo. Violencia laboral con enfoque de género. Index de Enfermería 2005;14(51):40-44.
12. Watters C. Verbal abuse in the Workplace: Has Civility Disappeared? Orthopaedic Nursing 2010;29(1):46-50.
13. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organisation, Public Services International. Workplace violence in the health sector. Country case studies research instruments. 2003. Disponible en: http://who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf?ua=1 [acceso: 20/04/2011].
14. Rodríguez V, Paravic T. Un modelo para investigar violencia laboral en el sector salud. Rev Gaúcha Enferm 2013;34(1):196-200.
15. Nachreiner N, Gerberich S, D Ryan AMP. Minnesota nurses study: perceptions of violence and the work environment. Industrial Health 2007;45(s/n):672-678.
16. Esmailpour M, Salsali F. Workplace violence against iranian nurses working in emergency departments. International Nursing Review 2011;58:130-7.
17. Chen W, Sun Y, Lan T, Chiu H. Incidente and risk factors o workplace violence on nursing staffs caring for chronic psychiatric patients in Taiwan. Int J Environ Res Public Health 2009;6(s/n):2812-2821.
18. McNamara S. Workplace violence and its effects on patient safety. AORN journal 2010;92(6):677-82.
19. Jackson D, Haigh C. Nursing workforce and workplaces: Contemporary concerns and challenges. Contemporary Nurse 2010;36(1/2):3-5.
20. Woelfle Ch, Mc Caffrey R. Nurse on nurse. Nursing Forum 2007;42(3):123-31.
21. Miret C, Martínez A. El profesional de urgencias y emergencias: agresividad y burnout. An Sist Sanit Navar 2010;33(1):193-201.
22. Paravic T, Valenzuela S, Burgos M. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. Cien enferm 2004;X(2):53-65.
23. Sánchez R, Valenzuela S, Solares J. Percepción de violencia que afecta a las profesionales de enfer-

mería. Rev. Enfermería 2002;37(120):10-4.

24. Barrios S, Paravic T. Percepción de violencia de usuarios hospitalizados en los servicios clínicos de un hospital público de la región de la Araucanía - Chile. Cienc Enferm 2009;15(3):29-43.

25. Paredes L, Paravic T. Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción. Chile. Cienc enferm 2006;XII(1):39-51.

26. Burgos M, Paravic T. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. Cienc enferm 2003;IX(2):29-42.

27. Zapparoli A, Marziale M. Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências. Rev Bras Enferm 2006;59(1):41-6.

28. SAMU Metropolitano. Desarrollo histórico de la atención prehospitalaria en Chile. 2011. Disponible en <http://huap.redsalud.gob.cl/?p=341> [acceso: 26/04/2011].

29. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Asesoría Jurídica. Aprueba Norma General Técnica n° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). Resolución Exenta n° 338, 2005.

30. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolas F, Quezada A, editores. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas. 2ª ed. Santiago, Chile: 2003. Pp. 1-151.

31. Aguado D, Lucia B, Ponte G, Arranz V. Análisis inicial de las Propiedades Psicométricas del Cuestionario BFCP Internet para la Evaluación de Big-Five. Revista Electrónica de Metodología Aplicada 2008;13(2):15-30.

32. Paravic T, Valenzuela S, Burgos M. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. Cienc enferm 2004;X(2):53-65.

33. AbuAlRub R, Al-Asmar A. Physical violence in the workplace among Jordanian Hospital Nurses. J Transcult Nursing 2011;22:157-65.

34. Farías A, Sánchez J, Petiti Y, Alderete A, Acevedo G. Reconocimiento de la violencia laboral en el sector salud. Revista Cubana Salud y Trabajo 2012; 13(3):7-15.

35. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. BMC Health Services Research 2012;12:108-17.

36. Vasconcellos I, Griep R, Rotenberg L, Lisboa M. Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar. Acta Paul Enferm 2012;25(2):40-7.

37. Kamchuchat C, Chongsuvivatwong V, Oncheunjit S, Yip T, Sangthong R. Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in Southern Thailand. J Occup Health 2008; 50:201-7.

38. Chen W, Hwu H, Kung S, Chiu H, Wang J. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. J Occup Health 2008;50:288-93.

39. CONASET. Sinistros de tránsito y consecuencias en Chile según día y horario. 2012. Disponible en http://www.conaset.cl/conaset_web/contenido.php?id=73 [acceso: 19/06/2013].

BIBLIOGRÁFICA

GUÍAS RÁPIDAS

La Búsqueda Bibliográfica en diez pasos

Manuel AMEZCUA

Grupo de Estudios Documentales, Fundación Index, España

Correspondencia: secretaria@ciberindex.com

1. **Formula una pregunta documental y limita la búsqueda.** Se trata de un interrogante que delimite la temática y limite las coordenadas de búsqueda (algunos utilizan el formato PICOT). Responde a las preguntas: ¿sobre qué asunto quiero buscar? ¿Qué tipo de documentos me interesa recuperar? ¿Hay autores especializados en la materia? ¿Hay alguna limitación de tiempo? ¿En qué idiomas? ¿En qué áreas de conocimiento?

2. **Prepara la búsqueda identificando palabras.** Reduce la pregunta a palabras claves o descriptores. Realiza una lista de ellas.

3. **Traduce la pregunta al lenguaje documental.** Verifica en un tesoro (diccionario de términos controlados con una estructura en árbol) la existencia del término o localiza otros términos relacionados. Utiliza los descriptores en el idioma dominante en la fuente de información y afina la traducción en otros posibles idiomas.

4. **Elige las fuentes documentales o bases de datos bibliográficas (BDB).** Las específicas disciplinares (ej.: CUIDEN, CINHALL) y otras más generales (ej.: PUBMED, SCOPUS, WOS, LILACS, IBECS, COCHRANE). Existe un grado de solapamiento entre las BDB, pero tienen coberturas diferentes, por lo que es necesaria la combinación entre ellas (no existe una BDB universal que nos resuelva el problema).

5. **Ejecuta la búsqueda utilizando el formulario de búsqueda avanzada.** Configurar el perfil de búsqueda mediante relaciones entre descriptores, utilizando operadores lógicos o "booleanos" (AND, OR, NOT), o truncamientos mediante la raíz de la palabra (ej.: diabet*). Decide el grado de sensibilidad (tasa de recuperación) y especificidad (tasa de precisión) que te interesa alcanzar con la búsqueda.

6. **Evalúa el resultado de la búsqueda (respuesta a la interrogación) y selecciona los documentos.** Si el listado de referencias no es satisfactorio repite la búsqueda con nuevos descriptores y combinaciones. La lectura de la referencia y su resumen (texto completo, en su caso), permite identificar los que resultan de mayor interés.

7. **Recupera los documentos primarios seleccionados.** Si la BDB no ofrece acceso al texto completo, puedes recurrir a la biblioteca virtual de tu institución, a repositorios universitarios, etc. Otras fuentes de acceso libre son Google Scholar, Scielo, DOAJ, etc. Prueba a localizar los documentos a través de los perfiles de los autores en las redes sociales especializadas (ResearchGate, Academia.com, etc.), incluso solicitando directamente una copia a su correo electrónico, si se dispone del mismo.

8. **Analiza y selecciona los documentos recuperados.** No todo lo que se publica en una revista científica es igual de creíble. Utiliza herramientas de lectura crítica para seleccionar los mejores documentos (ej. Guías Caspe).

9. **Completa la selección de documentos mediante búsqueda inversa.** El análisis de las referencias de los documentos seleccionados permite identificar los autores más influyentes (los más citados). Detener la búsqueda cuando los nuevos documentos repitan lo sabido y se refieren a autores ya conocidos (saturación).

10. **Realiza una síntesis de los resultados finales.** Elabora un resumen breve de cada documento, de modo que sea posible la comparación entre las aportaciones de los distintos autores. En su caso, facilitará la adopción de formatos de síntesis más elaborados (estado del arte, revisión narrativa, revisión sistemática, metasíntesis, revisión crítica, etc.).