

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

ACOSO SEXUAL EN EL PERSONAL DE LA SALUD DE DIFERENTES
HOSPITALES DE FORMACIÓN EN SANTO DOMINGO, REPÚBLICA
DOMINICANA, AGOSTO – ENERO 2019.



Trabajo de grado presentado por Carla Sofía Matos Mieses y Karla Teresa
Tavárez Vidal para la obtención del grado de:
DOCTOR EN MEDICINA

Santo Domingo, D.N.
2019

**ACOSO SEXUAL EN EL PERSONAL DE LA SALUD DE DIFERENTES
HOSPITALES DE FORMACIÓN EN SANTO DOMINGO, REPÚBLICA
DOMINICANA, AGOSTO – ENERO 2019.**

DEDICATORIA

Esta investigación va dedicada en primer lugar a Dios y a mis padres Brenda Rosanna Mieses Nin y Luis Emilio Matos Taveras, sin los cuales no hubiera llegado a convertirme en la persona que soy. Gracias por los valores que me han inculcado y el amor que he recibido desde pequeña. Sin su ayuda no hubiera conseguido realizar todas mis metas. Ustedes son mi corazón.

En segundo lugar, quiero dedicársela a mis hermanos Luis Carlos Matos Mieses y Emilio Alejandro Matos Mieses, quienes me han dado su amor y apoyo incondicional durante todos estos años. Los amo “Luca y Emo”.

Dedicársela también a mi abuela Brenda Georgina Nin Velásquez, mi “ángel de la guarda” desde que tengo uso de razón, gracias por apoyarme durante toda mi vida y por ser esa mujer que admiro con un corazón que no le cabe en el pecho. Te amo tanto.

A un ser muy especial en mi vida, mi prima, mejor amiga, confidente y cómplice, Nicole Marie Díaz Mieses quien me ha apoyado emocionalmente durante este trayecto. You rock my world “Nico”, I love you!

A Félix Manuel Coronado Grullón, mi mejor amigo, en quien he podido confiar y me ha ayudado siempre que lo he necesitado. Permaneciendo a mi lado en las alegrías y las tristezas, levantándome el ánimo en los momentos más duros. Gracias por estos años de amistad y seguimos contando. “¿Quién te necesita? ¡Yo no, duh! =P”.

A todos ustedes, las personas más importantes en mi vida, se las dedico.

Carla Sofía Matos Mieses.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, mis padres Brenda Rosanna Mieses Nin y Luis Emilio Matos Taveras, mis hermanos Luis Carlos Matos Mieses y Emilio Alejandro Matos Mieses, por estar siempre a mi lado tanto en los buenos como en los malos momentos.

Al Dr. Alejandro Uribe, asesor clínico, gracias por su tiempo, orientación y conocimientos, que han hecho posible la realización de este trabajo.

A la Dra. Claridania Rodríguez, asesora metodológica, quien nos ha aconsejado y ayudado en las múltiples dudas que teníamos.

A la Dra. Jeannette Báez, Coordinadora de la Unidad de Investigación, quien creyó y confió en nosotras para la realización de este trabajo.

A Karla Teresa Tavárez Vidal, mi gran compañera, por llegar en el momento perfecto a mi vida, convirtiéndote en mi amiga, gracias por demostrarme que el tiempo no es un factor, eres mi “pequeña diosidencia”. Estoy muy feliz de lograr nuestra meta juntas. “I said I said I said _ _ _ _!”.

A todas aquellas personas que no he mencionado, pero que sé que se han preocupado por mí y se han alegrado de mis progresos.

Carla Sofía Matos Mieses.

DEDICATORIA

El presente trabajo de grado se lo dedico en primer lugar a Dios, por darme la vocación para elegir esta carrera y darme la fuerza para continuar este proceso de obtener uno de mis anhelos más deseados.

A toda mi familia, principalmente a mis padres Miguel Tavárez y Teresa Vidal que han sido un pilar fundamental en mi formación como profesional, por brindarme confianza, consejos, oportunidad y recursos para lograrlo.

A mis abuelas, Abuela Teresa y Abuela Carmen, por apoyarme en todo el trayecto y brindarme su apoyo incondicional. Las adoro.

Quiero dedicárselo a mis amigas y amigos, por apoyarme cuando más las/los he necesitado, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor que me brindan cada día, siempre los llevo en mi corazón.

Y finalmente me gustaría dedicársela a los jefes de los hospitales interesados en los resultados de esta investigación. Espero que este sea el comienzo para dar el primer paso al cambio tan importante que necesitamos en la salud de nuestros médicos de la República Dominicana y del mundo.

Karla Teresa Tavárez Vidal.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mis más profundos agradecimientos a mi familia, mis padres Miguel y Teresa, quienes permanentemente me apoyaron con espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente a lograr las metas y objetivos propuestos. Gracias por creer en mí y hacerme la persona resiliente que soy hoy. A mis hermanos, Ana y Miguelito por enseñarme el amor incondicional y como dicen por ahí, no hay ningún amigo como un hermano. Los amo con locura.

A nuestros asesores, Dra. Claridania Rodríguez y Dr. Alejandro Uribe, por brindarnos su tiempo, conocimiento y recomendaciones que han hecho posible la realización de este trabajo. Especialmente al Dr. Uribe por confiar en nosotros en continuar su trabajo sobre la salud mental en los médicos de la República Dominicana.

A la Dra. Jeannette Báez, Coordinadora de la Unidad de Investigación, por sus aportes en el tema y sus críticas constructivas que contribuyeron a la realización de esta investigación.

A mi compañera de tesis y amiga, Carla Sofía Matos Mieses, por ser la definición de serendipia en mi vida. Gracias por brindarme tu valiosa amistad y la confianza de compartir este logro juntas.

A los directores de los departamentos de enseñanza de los diferentes hospitales, por mostrar transparencia e interés en mejorar la calidad de los médicos que están formando todos los días.

A todos aquellos que no he mencionado, pero sé que han estado pendiente de mí y se han alegrado por mis triunfos. ¡Gracias totales!

Karla Teresa Tavárez Vidal.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	10
I.1. Antecedentes	12
I.1.a. Internacionales.....	12
I.1.b. Nacionales	14
I.2. Justificación.....	15
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
III. OBJETIVOS	18
III.1. General	18
III.2. Específicos.....	18
IV. MARCO TEÓRICO.....	19
IV.1. Violencia	19
IV.2. Tipos y modalidades de violencia	19
IV.2.a. Tipos de violencia	19
IV.2.b. Modalidades de violencia	20
IV.3. Violencia sexual.....	22
IV.3.a. Definición.....	22
IV.3.b. Tipos de coacción.....	22
IV.3.c. Factores de riesgo de la violencia sexual	23
IV.3.d. Factores individuales y relacionales	23
IV.3.e. Factores comunitarios y sociales.....	23
IV.3.f. Consecuencias de la violencia sexual para la salud.....	24
IV.3.g. Ejemplos de consecuencias de la violencia y la coacción para la salud mental de las víctimas	24
IV.4. Acoso u hostigamiento sexual	26
IV.4.a. Definición.....	26
IV.4.b. Manifestaciones del acoso sexual	27
IV.4.c. Tipos de acoso sexual	28
IV.4.d. Causas del acoso sexual.....	29
IV.4.f. Víctimas de acoso sexual.....	32
IV.5.a. El acosador sexual	32
IV.5.b. Perfil del acosador.....	33

IV.5.c. Categorías arquetípicas del explotador sexual	34
IV.6. Principales trastornos de la personalidad asociados al acosador sexual	36
IV.6.b. Trastorno de la personalidad paranoide	37
IV.6.c. Trastorno de la personalidad antisocial	38
IV.7. Acoso sexual, relaciones de poder y condiciones de trabajo	39
IV.8. Consecuencias del acoso sexual en la salud y en el empleo	39
IV.8.a. Para las víctimas	39
IV.8.b. Para los empleadores.....	40
IV.8.c. Para la sociedad	40
IV.9. Barreras, temores y creencias que pueden tener las personas víctimas de acoso sexual	40
IV.9.a. Algunos mitos asociados al acoso sexual	42
IV.10. Políticas para prevenir y erradicar el acoso sexual	42
IV.10.a. Prevención.....	43
IV.10.b. Marco normativo internacional.....	44
IV.10.c. Legislaciones del país	45
V. MARCO METODOLÓGICO.....	46
V.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	46
V.2. MATERIALES Y MÉTODOS.....	48
V.2.a. Tipo de estudio	48
V.2.b. Ámbito del estudio	48
V.2.c. Universo.....	48
V.3. Muestra.....	49
V.3.a. Criterios de inclusión	49
V.3.b. Criterios de exclusión	49
V.4. Instrumento de recolección de datos	50
V.5. Procedimiento.....	50
V.6. Tabulación	50
V.7. Análisis	51
V.8. Aspectos éticos.....	51
VI. RESULTADOS	52
VII. DISCUSIÓN.....	62

VIII.	CONCLUSIÓN	64
IX.	RECOMENDACIONES	66
X.	REFERENCIAS	67
XI.	ANEXOS.....	73
XI.1.	Cronograma	73
XI.2.	Encuesta	74
XI.3.	Costos y recursos	79

I. INTRODUCCIÓN

Hasta hace un tiempo el acoso sexual no se consideraba una preocupación, por lo tanto, ni siquiera se hablaba del mismo. Cada día se reportan más casos, representando una gran problemática pues supone la violación de varios derechos humanos fundamentales: el derecho a la libertad sexual, a la dignidad, a la intimidad e indudablemente a la no discriminación por razón de sexo, a la salud y la seguridad en el trabajo.¹ Por la característica existencia de una situación de poder entre el agresor y la víctima.

Las investigaciones sobre el acoso sexual en el lugar de trabajo están aún en sus comienzos, pero los estudios iniciales indican que el problema está muy difundido, especialmente porque más mujeres se incorporan en el entorno laboral. Las encuestas han revelado que de un 40 por ciento a 50 por ciento de las mujeres en la Unión Europea informan sobre alguna forma de acoso sexual o comportamiento sexual no deseado en el lugar de trabajo.²

El término “acoso sexual” se utilizó por primera vez en 1973 en el informe “El fenómeno de anillos de Saturno”, escrito por Mary P. Rowe, el cual se basó en las diferentes formas de acoso relacionadas con el género.³ Sin embargo, el término era desconocido hasta el año 1991, cuando la abogada Anita Hill, testificó y denunció el acoso sexual a quien en ese momento era su supervisor. Tras su testimonio, el número de casos de acoso sexual denunciados en EE.UU. y Canadá aumentó a un 58 por ciento.⁴

Esta conducta nociva se manifiesta de diversas formas (directas e indirectas)⁵ como lo demuestra un estudio plurinacional realizado en Oriente Medio y África del Norte, entre el 40 y el 60 por ciento de las mujeres declaró haber sufrido acoso sexual en la calle (principalmente comentarios de carácter sexual, hostigamiento/seguimiento o miradas fijas/obscenas) y entre el 31 y el 64 por ciento de los hombres afirmó haber incurrido alguna vez en estos comportamientos.⁶

Además, dicha transgresión puede darse en distintos ámbitos sociales (lugares de trabajo, de estudios, recreación, etc.), como lo establece un estudio realizado

en 27 universidades de los Estados Unidos en 2015 reveló que el 23 por ciento de las estudiantes universitarias habían sido víctimas de agresiones sexuales o conductas sexuales indebidas. El porcentaje de denuncias a las autoridades universitarias, los cuerpos del orden público u otras entidades varió del 5 al 28 por ciento, en función del tipo de comportamiento concretado.⁷

El acosado no debe ignorar estas conductas, pues esto juega un papel importante para reconocerlo como un problema; ponerle nombre, cuestionarlo, darle la consideración de violencia, siendo este el camino para combatirlo.⁸ Al tiempo que se crea una conciencia social de su existencia y la gravedad del mismo.

I.1. Antecedentes

I.1.a. Internacionales

Alba, M. *et al* (2013) realizaron un estudio con el objetivo de identificar, en instituciones de salud públicas, si existen o no manifestaciones de acoso laboral en las diferentes áreas de trabajo (servicios generales, médica, paramédica y administrativa) para conocer el impacto en el clima laboral de los servicios de salud. Se realizó en siete hospitales públicos, ubicados en el Distrito Federal en México. El estudio concluyó que existe acoso laboral en las instituciones de salud estudiadas, específicamente en el área médica de los hospitales se encontró que el acoso laboral se presenta casi siempre o siempre (3 por ciento), generalmente evitando la posibilidad de que mantenga contactos sociales y desacreditando o impidiendo que el médico mantenga su reputación personal o laboral. Otra forma de acoso que se presenta es reducir la posibilidad de comunicarse adecuadamente con otros, aunque ocurre “rara vez” le pasa a uno de cada cinco médicos y “algunas veces” al 14 por ciento de este personal.⁹

Sepúlveda-Vildosola, A. *et al* (2017) realizaron un estudio de acoso laboral en el que se investiga su magnitud y sus factores asociados. Se diseñó y se aplicó una encuesta a los residentes de un hospital pediátrico de México que aceptaron participar. Participaron 123 residentes, de ellos 32 por ciento reportó espontáneamente haber sufrido acoso, mientras 82.4 por ciento lo refirió en el cuestionario dirigido. Los factores personales precipitantes fueron: sexo, habilidades mentales y apariencia física. Las situaciones que predispusieron al acoso fueron la jerarquía y falta de supervisión. Los profesores fueron los principales perpetradores. Se identificaron como factores significativos: el sexo femenino, tener menos de 29 años, estudiar pediatría, ser solteros y haber reportado acoso de manera espontánea. Este estudio concluyó que la mitad de los residentes no reportaron espontáneamente eventos de acoso, pero los identificaron en el cuestionamiento dirigido, lo que sugiere que consideran estos

eventos como parte de “usos y costumbres” durante su entrenamiento médico, o los consideran irrelevantes.¹⁰

Munayco-Guillen, F. *et al* (2016) realizaron un estudio para determinar el maltrato hacia estudiantes de Medicina de una universidad pública en la provincia de Ica, Perú. Se encuestaron 281 estudiantes y la percepción de maltrato psicológico fue de 96,8 por ciento, académico 86,8 por ciento, físico 62,6 por ciento y sexual 20,6 por ciento. Los médicos docentes y médicos residentes fueron los principales agresores. El estudio concluyó que hay una alta prevalencia de maltrato.¹¹

Sadrabad, AZ *et al* (2016) realizaron un estudio con el objetivo de determinar y resaltar la alta prevalencia de abuso y acoso en la residencia de emergencia. Para esto se realizó un estudio multi-institucional en siete residencias de emergencia en hospitales centrales en Irán. A los residentes se les preguntó su edad, estado marital, año de residencia y experiencia laboral antes de la residencia, 250 residentes de 296 (73 por ciento) completaron la encuesta y la prevalencia de cualquier tipo de abuso fue de 89 por ciento; 43 por ciento experimentaron amenazas verbales y físicas, 10 por ciento abuso físico y 31 por ciento acoso sexual. Las mujeres sufrieron más acoso sexual que los hombres (31 por ciento versus 7 por ciento).¹²

Dzau, V. *et al* (2018) hacen un eco de un reporte de las Academias Nacionales de Ciencias, Ingenierías y medicinas, conocidas bajo las siglas en inglés de NASEM. Se trató de un sondeo realizado en las Universidades de Texas y de Pennsylvania, en julio de 2018. Concluyeron que el 45 por ciento de las estudiantes de medicina en Texas y el 50 por ciento de las de Pensilvania habían sido acosadas sexualmente por miembros de la facultad y del cuerpo de los profesores, en tanto que lo mismo sucedió con 20 por ciento de las estudiantes de ciencias y 25 por ciento de las de ingeniería en Texas, así como en el 42 por ciento y 32 por ciento respectivamente de las alumnas de la Universidad Estatal de Pensilvania.¹³

I.1.b. Nacionales

Uribe P., Alejandro (1995) realizó un estudio comparativo en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana entre una universidad estatal *versus* dos universidades privadas para determinar si había una diferencia significativa de acoso sexual entre ambas. El estudio concluyó que no existía una diferencia significativa puesto que los resultados obtenidos fueron: 18 por ciento en la universidad estatal y 17 por ciento en las universidades privadas.¹⁴

Rodríguez, V. *et al* (1995) realizaron un estudio titulado “Acoso Sexual entre Obreras de Zonas Francas de Bonao” el cual, mediante una encuesta efectuada, determinaron que el 26 por ciento de las trabajadoras en distintas áreas de la misma habían sido víctimas de algún tipo de acoso sexual.¹⁵

I.2. Justificación

El acoso sexual, al ser un acto de coerción que radica en exigirle a una persona respuestas de carácter sexual que no son requeridas al resto de sus compañeros de labores,¹⁶ es un obstáculo en la salud ocupacional, siendo vital conocer este fenómeno, debido al aumento en frecuencia del mismo. Muchos guardan silencio, ya sea por miedo o vergüenza, haciendo que se desconozca o ignore el problema, dificultando conocer los porcentajes de personas afectadas en los diferentes ámbitos sociales.

Las víctimas de éste pueden ser tanto hombres como mujeres, aunque la más afectada es la mujer por un sinnúmero de factores sociales, culturales y económicos (al ser vista como el sexo débil, falta de equidad económica y subordinación jerárquica profesional en el entorno laboral, entre otros).¹⁷ Los factores socioculturales imposibilitan evidenciar en que porcentaje el hombre es afectado, siendo de importancia su conocimiento, ya que no es exclusivo de la mujer.

A partir de que el acoso sexual puede afectar el entorno familiar, laboral y social y provocar severas consecuencias,¹⁸ es importante conocer los niveles del mismo, para el desarrollo de nuevas estrategias de investigación que permitan conocer en qué grado han sido afectadas las víctimas en cuanto a su salud mental, emocional y física se refiere.

La presente investigación nace con el propósito de alertar a nuestra sociedad y a las autoridades competentes de los niveles de acoso sexual en distintos hospitales de enseñanza del país. Demostrando que es producto de las relaciones de poder, a través de la subordinación jerárquica profesional, entre el agresor y la víctima; con el fin de disminuir y/o castigar esta práctica, donde la persona es manipulada y agredida, mediante el uso de la fuerza o la intimidación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El acoso sexual influye y perjudica las condiciones de trabajo. Además de ser uno de los factores de riesgo que se citan en investigaciones de salud ocupacional, teniendo un impacto directo en la misma, con repercusiones psíquicas (reacciones relacionadas con el estrés como traumas emocionales, ansiedad, depresión, estados de nerviosismo, sentimientos de baja autoestima), y físicas (trastornos del sueño, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, hipertensión).¹⁹

En un estudio realizado por la Unión Interparlamentaria en 39 países de cinco regiones, el 82 por ciento de las parlamentarias encuestadas declaró haber experimentado alguna forma de acoso sexual (comentarios, gestos, imágenes de carácter sexista o de naturaleza sexual degradante y amenazas usados contra ellas) durante su mandato. Casi la mitad de las encuestadas (el 44 por ciento) afirmó haber recibido amenazas de muerte, violación, agresión o secuestro contra ellas o sus familias. El 65 por ciento fue objeto de comentarios sexistas, procedentes principalmente de colegas masculinos en el parlamento, tanto de los partidos de la oposición como de los suyos.²⁰

Los resultados de un estudio nacional efectuado en Australia demuestran que casi dos de cada cinco mujeres (39 por ciento) de 15 o más años de edad que han participado en el mercado laboral durante los últimos cinco años han sido víctimas de acoso sexual en el lugar de trabajo en ese período, en comparación con uno de cada cuatro (26 por ciento) en el caso de sus homólogos masculinos. Por lo que respecta a los responsables más habituales de estas conductas, en casi cuatro de cada cinco casos (79 por ciento) uno o más de los autores fueron hombres.²¹

Parte de esta problemática radica en que la mayoría de los países donde existen datos, menos del 40 por ciento de las mujeres que sufren acoso buscan algún tipo de ayuda. Entre las mujeres que lo hacen, la mayoría recurre a la familia y a amistades y muy pocas confían en instituciones y mecanismos

oficiales, como la policía o los servicios de salud. Menos del 10 por ciento de aquellas mujeres que buscaron ayuda tras haber sufrido un acto de violencia lo hicieron recurriendo a la policía.²²

Además, al menos 144 países han aprobado leyes sobre violencia doméstica y 154 disponen de legislación sobre acoso sexual. Sin embargo, ni siquiera contar con una ley garantiza que ésta siempre respete o aplique las normas y las recomendaciones internacionales.²³

El interés en abordar este tema, surge de la necesidad de indagar acerca de la existencia de acoso sexual en los hospitales de formación, ya que las víctimas tienden a guardar silencio por temor a represalias, lo cual nos lleva a la siguiente cuestión:

¿Cuál es el nivel de acoso sexual en el personal de la salud de diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana, agosto – enero 2019?

III. OBJETIVOS

III.1. General

- Determinar el nivel de acoso sexual en el personal de la salud de los respectivos hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana en el período de agosto – enero 2019.

III.2. Específicos

- Describir las características sociodemográficas del personal de salud en formación.
- Relacionar el nivel jerárquico con el nivel de acoso.
- Determinar si el acoso es exclusivo en la mujer en estos hospitales.
- Determinar el nivel de acoso según el año de formación (internos, residentes R1, R2, R3 y R4).
- Determinar el tipo de acoso de sexual (expresivo, verbal, físico, persecución y exhibicionismo).
- Investigar si estarían dispuestos a denunciar el acoso.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Violencia

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como:²⁴

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.²⁴

IV.2. Tipos y modalidades de violencia

IV.2.a. Tipos de violencia

Se conceptualizan distintos tipos de violencia categorizándolas en:²⁴

- Física: La que se emplea contra el cuerpo de una persona produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.²⁴
- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación o aislamiento.²⁴
- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de una persona de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación

dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de personas.²⁴

- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar daño en los recursos económicos o patrimoniales de una persona, a través de la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes, pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales.²⁴
- Simbólica: La que, a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de una persona en la sociedad.²⁴

IV.2.b. Modalidades de violencia

Según las formas que se manifieste en los distintos ámbitos las modalidades son:²⁴

- Violencia doméstica: Aquella ejercida contra una persona por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.²⁴

- Violencia institucional: Aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las personas tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.²⁴
- Violencia laboral: Aquella que discrimina a las personas en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las personas en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre un determinado trabajador con el fin de lograr su exclusión laboral.²⁴
- Violencia contra la libertad reproductiva: Aquella que vulnere el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos.²⁴
- Violencia obstétrica: Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.²⁴
- Violencia mediática: Aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de las personas, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de

las mismas, como así también la utilización de hombres y mujeres, adolescentes y niños en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.²⁴

IV.3. Violencia sexual

IV.3.a. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “Todo acto sexual, la tentativa de consumar acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.”²⁵

IV.3.b. Tipos de coacción

- Uso de grados variables de fuerza.
- Intimidación psicológica.
- Extorsión.
- Amenazas (por ejemplo, el daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.).²⁵

La violencia sexual incluye, pero no se limita a lo siguiente:²⁵

- Violación en el matrimonio o en citas amorosas.
- Violación por desconocidos o conocidos.
- Insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, lugar de trabajo, etc.).
- Violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado.

- Abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas.
- Violación y abuso sexual de niños.²⁵

IV.3.c. Factores de riesgo de la violencia sexual

IV.3.d. Factores individuales y relacionales

- Pertenencia a una pandilla.
- Consumo perjudicial o ilícito de alcohol o drogas.
- Personalidad antisocial.
- Exposición en la niñez a la violencia entre los padres.
- Antecedentes de abuso físico o sexual en la niñez.
- Escasa educación.
- Aceptación de la violencia (por ejemplo, creer que sea aceptable golpear a la esposa o novia).
- Múltiples parejas o infidelidad.
- Opiniones favorables a la inequidad de género.²⁵

IV.3.e. Factores comunitarios y sociales

Los factores comunitarios o sociales desde la perspectiva de salud pública pueden ser los más importantes para identificar formas de prevenir la violencia sexual antes de que se produzca, ya que la sociedad y la cultura pueden apoyar y perpetuar creencias que aprueban la violencia.²⁵

- Normas tradicionales y sociales favorables a la superioridad masculina (por ejemplo, considerar que las relaciones sexuales sean un derecho del hombre en el matrimonio, que las mujeres y las niñas sean responsables de mantener bajo control los deseos sexuales de los hombres o que la violación sea un signo de masculinidad).²⁵

- Sanciones jurídicas y comunitarias poco rigurosas contra la violencia.²⁵

IV.3.f. Consecuencias de la violencia sexual para la salud

Los supervivientes de la violencia sexual pueden sufrir consecuencias conductuales, sociales y de salud mental similares. Sin embargo, las niñas y mujeres soportan una carga más abrumadora de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia y la coacción sexual, no solo estas constituyen la gran mayoría de víctimas sino también porque son vulnerables a consecuencias para la salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados, abortos inseguros y un riesgo mayor de contraer infecciones de transmisión sexual. Aun así, es importante observar que los hombres también son vulnerables a la infección por el VIH en casos de violación.²⁵

IV.3.g. Ejemplos de consecuencias de la violencia y la coacción para la salud mental de las víctimas

Salud reproductiva

- Traumatismo ginecológico.
- Embarazo no planeado.
- Aborto inseguro.
- Disfunción sexual.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Fístula traumática.²⁵

Salud mental

- Depresión.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Ansiedad.

- Dificultades de sueño.
- Síntomas somáticos.
- Comportamiento suicida.
- Trastorno de pánico.²⁵

Conductuales

- Comportamiento de alto riesgo (relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso de alcohol y drogas).
- Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente.²⁵

Resultados mortales

Muerte por:

- Suicidio.
- Complicaciones del embarazo.
- Aborto inseguro.
- Sida.
- Asesinato durante la violación o en defensa del "honor".²⁵

IV.4. Acoso u hostigamiento sexual

IV.4.a. Definición

El acoso sexual es una conducta no deseada de naturaleza sexual en el lugar de trabajo, que hace que la persona se sienta ofendida, humillada y/o intimidada. Es un término relativamente reciente que describe un problema antiguo. Tanto la OIT como la CEDAW identifican el acoso sexual como una manifestación de la discriminación de género y como una forma específica de violencia contra las mujeres. El acoso sexual es una violación de los derechos fundamentales de las trabajadoras y los trabajadores, constituye un problema de salud y seguridad en el trabajo y una inaceptable situación laboral.¹⁹

“Comportamiento en función del sexo, de carácter desagradable y ofensivo para la persona que lo sufre. Para que se trate de acoso sexual es necesaria la confluencia de ambos aspectos negativos: no deseado y ofensivo”.¹⁹

- Organización Internacional del Trabajo (OIT)

“Comportamiento de tono sexual tal como contactos físicos e insinuaciones, observaciones de tipo sexual, exhibición de pornografía y exigencias sexuales, verbales o de hecho. Este tipo de conducta puede ser humillante y puede constituir un problema de salud y de seguridad; es discriminatoria cuando la mujer tiene motivos suficientes para creer que su negativa podría causarle problemas en el trabajo, en la contratación o el ascenso inclusive, o cuando crea un medio de trabajo hostil”.¹⁹

- Recomendación General núm. 19. Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las Mujeres (CEDAW)

Para el análisis del acoso sexual es preciso formular dos conceptos básicos:¹⁹

- Discriminación contra la mujer o discriminación de género: Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado

menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por las mujeres de los derechos humanos y las libertades, como los derechos laborales.¹⁹

- **Violencia contra la mujer:** Toda acción o conducta basada en su pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado su muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación de libertad, tanto si producen en la vida pública como en la privada. La violencia es la manifestación más grave de la discriminación contra las mujeres.¹⁹

IV.4.b. Manifestaciones del acoso sexual

El acoso sexual puede presentarse de distintas maneras:¹⁹

1. Como chantaje: Cuando se condiciona a la víctima con la consecución de un beneficio laboral –aumento de sueldo, promoción o incluso la permanencia en el empleo– para que acceda a comportamientos de connotación sexual.¹⁹

2. Como ambiente laboral hostil: En el que la conducta da lugar a situaciones de intimidación o humillación de la víctima.¹⁹

Los comportamientos que se califican como acoso sexual pueden ser de naturaleza:¹⁹

- **Física:** Violencia física, tocamientos, acercamientos innecesarios.
- **Verbal:** Comentarios y preguntas sobre el aspecto, el estilo de vida, la orientación sexual, llamadas de teléfono ofensivas.
- **No verbal:** Silbidos, gestos de connotación sexual, presentación de objetos pornográficos.¹⁹

Algunos ejemplos de acoso sexual:¹⁹

- Contacto físico innecesario y no deseado.
- Observaciones molestas y otras formas de acoso verbal.

- Miradas lascivas y gestos relacionados con la sexualidad.
- Petición de favores sexuales.
- Insultos, observaciones, bromas e insinuaciones de carácter sexual.
- Comentarios, bromas, gestos o miradas sexuales.
- Manoseos, jalones o pellizcos en forma sexual.
- Restregar a la víctima contra alguien de un modo sexual.
- Propagar rumores sexuales acerca de la víctima.
- Jalar la ropa de manera sexual.
- Mostrar, dar o dejar imágenes sexuales, fotografías, ilustraciones, mensajes o notas sexuales.
- Escritos, mensajes (pintas, grafitis) sexuales acerca de la víctima, en paredes de los baños, vestuarios, etc.
- Forzar a besar a alguien o a algo más que besar.
- Llamar a la víctima “gay” o “lesbiana”.
- Espiar mientras se cambia o está encerrada en un sanitario.
- La utilización o exhibición de material pornográfico.¹⁹

IV.4.c. Tipos de acoso sexual

Amalia Patricia Gaytán Sánchez, Licenciada en sociología por la UAM-Azcapotzalco y maestra en sociología política por el instituto Mora (2009), plantea que el acoso sexual puede adoptar diferentes formas, y las clasifica en grandes grupos: acoso expresivo, acoso verbal, acoso físico, persecuciones y exhibicionismo.²⁶

a. Acoso expresivo: Entre ellos se encuentran gestos, miradas, ademanes, posición corporal, sonidos, gemidos, suspiros, silbidos, etcétera, que ayudan muchas veces a enfatizar las actitudes y los mensajes del hablante.²⁶

b. Acoso verbal: Dentro de esta categoría se localizan aquellas expresiones verbales, que pueden ser consideradas por quien los recibe desde halagadoras hasta ofensivas.²⁶

c. Acoso físico: Constituido por todas las formas intencionales en las que un hombre toca el cuerpo de una mujer sin su autorización y viceversa. El contacto físico puede hacerse a través del propio cuerpo, o mediante objetos como cuadernos, reglas, periódicos, etcétera. Las partes del cuerpo de las mujeres que son agredidas con estos contactos son preferentemente las nalgas, las caderas, los órganos sexuales externos y los senos.²⁶

d. Persecuciones: Refiere a un seguimiento constante hacia alguien. En algunas ocasiones, un episodio que inicia como acoso verbal termina por convertirse en una persecución.²⁶

e. Exhibicionismo: Consiste en la exposición de los genitales generalmente por parte de los hombres frente a las mujeres desconocidas. La exhibición puede ir acompañada de masturbación y eyaculación. Generalmente es un acto que se realiza en solitario.²⁶

IV.4.d. Causas del acoso sexual

El acoso sexual surge de esta cultura que le permite al subordinador apropiarse de los derechos de sus subordinados con todo el apoyo de una sociedad que lo acepta con la mayor naturalidad.²⁷

En algunas investigaciones se concluye que el acoso sexual es una *conducta antisocial*.²⁷

Tangri *et al.* (1982)²⁸ realizan una clasificación en la que proponen tres teorías explicativas clásicas sobre el acoso, con el fin de perfilar tanto a acosados y

acosadores como conductas o situaciones facilitadoras y consecuencias. Un primer modelo, denominado “Biológico o Natural” que presenta el acoso como una expresión innata del hombre hacia la mujer, es decir que el acoso no es más que una manifestación de la atracción sexual. Poseedor de un instinto sexual supuestamente más fuerte que la mujer, tiene una predisposición a agredirla sexualmente por el solo hecho de ser mujer. Bajo la misma premisa, la hembra estaría condicionada para ser permisiva con lo que la interacción con intencionalidad sexual pasaría a ser un simple ejercicio de las inclinaciones naturales del ser humano. La intensidad de esta conducta depende de las características de personalidad de cada individuo.²⁷

De ser válido este modelo, las víctimas deberían ser solteras y candidatos potenciales para ser compañeros permanentes, no existiría el distanciamiento jerárquico y/o social que observamos en la práctica. Siguiendo este modelo, el prototipo del acosador se ubicaría dentro del grupo etario en que en cada género los impulsos sexuales son más intensos (hombres jóvenes y mujeres de edad mediana) e incluiría principalmente aquellos sujetos con pocas vías de desahogo sexual. Reuniéndose estas condiciones el objetivo de la conducta sería una gratificación biológica o llenar una necesidad social, lo cual se aproxima más a un simple cortejo, que termina cuando la persona a quien se le dirige la atención convenza al otro de su desinterés porque esta continúe.²⁷

Este modelo explicativo no resulta simpático, principalmente porque parece ignorar o desdeñar un problema que es vivido como tal. Además, de ser cierto este modelo el hecho de que una persona no presente interés no tendría por qué darle una sensación de presión o de humillación y hasta pudiera sentirse halagado. No tendría motivos de quejas y la experiencia no resultaría negativa, de manera que este modelo contradice en toda su extensión lo que conocemos como acoso sexual para convertirse en una explicación primaria del acercamiento normal entre dos seres humanos en igualdad de condiciones.²⁷

El segundo modelo o “Modelo Organizacional”, se basa en que la seguridad y la independencia económica y psicológica de un subordinado dependen de quien ocupe posiciones por encima de él.²⁷

Si aceptamos este segundo modelo, las personas más vulnerables serían aquellas situadas en los niveles inferiores de la organización (los de menos ingresos, los que están en entrenamiento, los trabajadores nominales o de tiempo parcial, los que tienen poco tiempo trabajando, etc.). El acosador debería ser un individuo con más poder que la víctima y con una posición más estable (jefe, dueño, familiares de estos, etc.). Mientras mayor sea la diferencia ha de esperarse mayor intensidad de la acción. Bajo estas circunstancias sería lógico suponer que las consecuencias para las víctimas serían peores porque están en posición de desventaja y debilidad.²⁷

Y, por último, nos queda el “Modelo Sociocultural”, este explica el acoso sexual en función de la denominación del varón sobre la hembra: Una sociedad que espera de los hombres actitudes sexualmente agresivas y dominantes, y pasividad y tolerancia por parte de las mujeres. La mujer deberá buscar su autoestima a través de la evaluación que le hacen los demás, especialmente los hombres, de manera que teóricamente la atención por parte de uno de ellos debería ser agradable.²⁷

Dentro del “Modelo Sociocultural”, las mujeres serían las víctimas de un hombre que acosa indiscriminada y simultáneamente a varias mujeres, siendo más afectadas aquellas que ocupan puestos tradicionalmente diseñados para los varones, quienes castigan de este modo su intrusión en un espacio.²⁷

Nieva y Gutek (1981)²⁹ agregan al “Modelo Biológico” el planteamiento que el acoso proviene de la deficiencia femenina en el modo de relacionarse o a dificultades de algunos hombres para controlar sus impulsos naturales. En cuanto al “Modelo Organizacional”, el asunto sería un poder legítimo que le confiere al individuo un cargo superior, para coaccionar a quienes están en niveles estructurales inferiores de lograr interacciones sexuales. El “Modelo Sociocultural” se centra en la motivación del hombre para mantener dominio sobre la mujer.²⁷

Gutek (1985)³⁰ ante su inconformidad con lo planteado anteriormente en los tres modelos introdujo el “Modelo Ecléctico” en el que se destacan las expectativas del rol sexual dentro de la organización, lo cual se conoce como “desbordamiento del rol sexual”. Más tarde, Leeds TUCRIC (1983)³¹ alientan este concepto al mostrar que las mujeres que detentan puestos no tradicionales son acosadas con mucha más frecuencia que las que se dedican a aquellas actividades que la sociedad supone que son para mujeres.²⁷

El acoso sexual constituye una de las grandes barreras contra las relaciones laborales de igualdad, traduciéndose esto en daños no solo en cuestiones estructurales y funcionales inherentes de las empresas, sino también al individuo particular.²⁷

Psicológicamente observamos constantes estados de tensión, pérdida de interés del trabajo e insatisfacción por este, ausencias repetidas y otras consecuencias que se traducirán a disminución de la productividad.²⁷

IV.4.f. Víctimas de acoso sexual

Tanto hombres como mujeres son objeto de acoso sexual, si bien los estudios ponen de relieve que la mayoría son mujeres. La investigación muestra que el tipo de mujer más vulnerable al acoso sexual es la mujer joven, económicamente dependiente, soltera o divorciada y con estatus de inmigrante. Con respecto a los hombres, aquellos que sufren un mayor acoso son los jóvenes, homosexuales y miembros de minorías étnicas o raciales.¹⁹

IV.5.a. El acosador sexual

El acoso puede provenir de propietarios, directivos o empleados con jerarquía, clientes, proveedores y compañeros de trabajo. Pueden ser hombres y mujeres,

destacando estadísticamente el acoso de hombres hacia mujeres. El acoso sexual entre personas del mismo sexo es reciente, pero con una tendencia ascendente.¹⁹

IV.5.b. Perfil del acosador

Si bien no existen unas características comunes a todos los perfiles, suelen darse algunas de las siguientes condiciones:³²

- Personas que no toleran en los demás un modo de hacer las cosas diferentes del que ellos consideran apropiado. El superior con puntos de vista distintos no acepta lo que para él es erróneo ni tolera la discrepancia respondiendo en consecuencia.³²
- Personas incapaces de tolerar el estrés al que se ven sometidos, con lo que ejercen la misma presión que sienten sobre los demás. Como les humillan, humillan también; así se puede culpar al sistema y no asumir responsabilidad alguna.³²
- Personas que utilizan la sensación de poder como ansiolítico.³²
- Personalidades obsesivas: Los individuos que presenta un carácter obsesivo tienen una inmensa necesidad de dominar, controlar, clasificar. Suelen apegarse a los detalles, a menudo en detrimento del resultado final. Quieren que las cosas se hagan de una manera determinada y no de otra. Tienen un carácter tozudo, obstinado y de un autoritarismo rígido.³²
- Trastorno narcisista de la personalidad: Son personas frías, calculadoras y carecen de estados de ánimo, saben privilegiar los elementos racionales sin permitir que los azares humanos les conmuevan, son individuos que saben abrirse camino en las empresas ya que son hábiles y seductores. Saben utilizar para su provecho el vínculo de la subordinación que les permite esclavizar al otro.³²
- Trastorno paranoide de la personalidad.³²

IV.5.c. Categorías arquetípicas del explotador sexual

Según las propuestas de Irons y Schneider (1995)³³, quienes tratan de establecer las categorías arquetípicas del explotador sexual, adaptándolas a la condición del acosador. Según estos autores, quienes infringen los códigos de comportamiento sexual frente a sus clientes o pacientes pueden agruparse en 6 patrones:²⁷

- a) “Príncipe ignorante”: Es un individuo que actúa desde temprano en su carrera (durante los primeros 5 años) y no suele tener muchas víctimas. Es hasta cierto punto ingenuo, poco delicado, inexperto e ignorante. No tiene bien configurado el insight sobre el verdadero significado de su acción, tanto en lo psicológico como en lo ético, pero son fácilmente reorientados y su comportamiento indebido no es permanente. Residentes y Recién graduados abundan en este grupo.²⁷

- b) “El soldado herido”: Sujeto de edad mediana y dentro de la primera o 2da década de su ejercicio profesional. Sus víctimas son muy seleccionadas. Estas personas viven envueltas en conflictos existenciales y están llenos de ansiedad, estrés, culpa e inseguridad. Utiliza a los pacientes como un escape de sus realidades amargas, aunque lo hace de un modo inconsciente. Su moralidad es también cuestionable en otros aspectos de su vida, no solo en su ejercicio. Requieren ayuda profesional para cambiar.²⁷

- c) “Mártir auto-compassivo”: Este es un profesional de edad madura quien a través del tiempo ha venido acumulando ira y resentimientos contra todos. Crea en torno a sí mismo una aureola para sentirse como lo más importante y por lo tanto con derecho sobre los demás, a quienes desvaloriza. Acumula gran número de víctimas y cualquier tipo de control es difícil.²⁷

- d) “El rey oscuro”: Profesional de mediana edad que acostumbra a molestar sexualmente a una gran cantidad de personas, utilizando ciertos criterios para seleccionarlas. Se presenta frente a los demás como alguien muy encantador y fino, pero con aires de inmutabilidad y egolatría; manejan las cuestiones éticas a conveniencia y su convicción sobre lo correcto de sus conductas es prácticamente inmodificable. Abundan en nuestro medio.²⁷
- e) “Falso amante”: Pulula entre profesionales de edades media o madura. Su tendencia a la explotación sexual traspasa los límites de su ejercicio, al igual que el “Soldado herido”. Es indiscriminado en cuanto a la selección de sus víctimas; actúa compulsivamente y es muy exigente e inmaduro. Elude cualquier confrontación de tipo ético porque no las resiste.²⁷
- f) “Wild card”: Descriptivamente se refiere a individuos que padecen algún trastorno mental y su mal comportamiento en cuanto a la sexualidad depende de su enfermedad y por lo tanto establecer un patrón fijo es difícil. Será impredecible en cuanto al tipo de víctimas que selecciona y a la frecuencia o modo de dicha conducta, porque es el padecimiento lo que determinara la forma y la cualidad. Puede ocurrir en profesionales de cualquier edad o etapa de su ejercicio. Las enfermedades afectivas, los trastornos de identidad sexual, las demencias y el abuso de sustancias, están entre los diagnósticos psiquiátricos más asociados.²⁷

IV.6. Principales trastornos de la personalidad asociados al acosador sexual

IV.6.a. Trastorno de la personalidad narcisista

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:³⁴

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).³⁴

2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.

3. Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.

4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.

5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).

6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).

7. Carece de empatía: No está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.

8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.

9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.³⁴

IV.6.b. Trastorno de la personalidad paranoide

A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:³⁴

1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.³⁴

2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.

3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.

4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.

5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).

6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.

7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.³⁴

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.³⁴

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo,” es decir, “trastorno de la personalidad paranoide (previo).”³⁴

IV.6.c. Trastorno de la personalidad antisocial

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:³⁴

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.³⁴

2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.

3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.

4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.

5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.

6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.

7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.³⁴

B. El individuo tiene como mínimo 18 años.³⁴

C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.

D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.³⁴

IV.7. Acoso sexual, relaciones de poder y condiciones de trabajo

El acoso sexual es una manifestación de relaciones de poder. Las mujeres están más expuestas a ser víctimas del acoso sexual precisamente porque se encuentran en posiciones de menos poder, más vulnerables e inseguras, a veces tienen más baja autoestima y menor confianza en ellas mismas. Pero también pueden ser objeto de acoso cuando se las percibe como competidoras por el poder. Por tanto, el acoso sexual afecta a mujeres en todos los niveles jerárquicos y tipos de trabajo.¹⁹

El acoso sexual forma parte e influye en las condiciones de trabajo. El hostigamiento sexual perjudica las condiciones de trabajo. Es uno de los factores de riesgo que aparecen en investigaciones de salud ocupacional que han contemplado el conjunto de condiciones de trabajo y han incorporado las experiencias y la voz de las trabajadoras.¹⁹

El acoso sexual tiene un impacto directo en la salud, con repercusiones psíquicas (reacciones relacionadas con el estrés como traumas emocionales, ansiedad, depresión, estados de nerviosismo, sentimientos de baja autoestima), y físicas (trastornos del sueño, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, hipertensión).¹⁹

IV.8. Consecuencias del acoso sexual en la salud y en el empleo

IV.8.a. Para las víctimas

- Sufrimiento psicológico: Como humillación, disminución de la motivación, pérdida de autoestima.
- Cambio de comportamiento, como aislamiento, deterioro de las relaciones sociales.
- Enfermedades físicas y mentales producidas por el estrés, incluso suicidio.
- Riesgo de pérdida de trabajo.

- Aumento de la accidentalidad.¹⁹

IV.8.b. Para los empleadores

- Disminución de la productividad de la empresa debido a:¹⁹
 - Peligro del trabajo en equipo.
 - Desmotivación.
 - Absentismo.
- Alta rotación de recursos humanos.
- Gastos por procedimientos administrativos e indemnizaciones.
- Dificultad para llenar las vacantes en aquellos lugares de trabajo señalados por problemas de acoso sexual.
- Deterioro de las relaciones laborales.¹⁹

IV.8.c. Para la sociedad

- Costes a largo plazo para la reintegración de las víctimas.
- Incremento de la violencia de género, violencia laboral, discriminación en el empleo, segregación ocupacional.
- Gastos en procesos legales y penales.
- Dificultad para el acceso de las mujeres a trabajos de alto nivel y buenos salarios, tradicionalmente dominados por los hombres.¹⁹

IV.9. Barreras, temores y creencias que pueden tener las personas víctimas de acoso sexual

- Temor a hablar de lo ocurrido: La sexualidad humana sigue siendo un tema tabú del que no se quiere hablar ni reflexionar.

- Temor a ser victimizada: Por negligencia, indiferencia, torpeza de quien recibe la demanda o denuncia.
- Temor a la crítica de los compañeros de trabajo: Presión de sus superiores y compañeros y compañeras de trabajo por presentar la queja interna o denuncia judicial.
- Desconocimiento de derechos: Desconocimiento o inciertas referencias de los procedimientos que se deben seguir.
- Temor a no encontrar medios probatorios: Dificultades probatorias y eventual costo alto de los trámites ulteriores.
- Desconfianza en los mecanismos, por desconocimiento o desprestigio de estos.
- Temor a la no confidencialidad ni reserva del hecho: Publicidad de los sucesos en el lugar de trabajo, que expone la intimidad de quien ha sido objeto de acoso.
- La mala interpretación: Haber interpretado mal los hechos ocurridos.
- Culpabilidad: Se sienten culpables y se preguntan si no propiciaron el acoso sexual por la forma amable de relacionarse o por la vestimenta, actitudes, etc.
- La incomprensión del hecho: No haber comprendido o interpretado erróneamente el límite de la tolerancia entre la torpeza y el acoso sexual.
- La relación con quien acosa: Precisar la situación actual cuando hubo alguna relación anterior con quien acosa.
- El temor a las represalias: Tanto las represalias abiertas o encubiertas, incluso a que haya más acoso.
- Pérdida de oportunidad: Pérdida de condiciones laborales, obstáculos futuros para ascensos o el despido.
- Pérdida de derechos: Negación, peligro, afectación o pérdida de derechos adquiridos o en expectativa.¹⁹

IV.9.a. Algunos mitos asociados al acoso sexual

- *“Las mujeres hacen cargos falsos de acoso sexual”*. Falso, lo que ocurre es que todavía existe tolerancia social frente al acoso sexual, ya que se consideran conductas naturalmente masculinas y machistas.

- *“Los hombres poseen un irrefrenable instinto sexual”*. Falso, la sexualidad humana no es exclusiva de los varones; los patrones de masculinidad tradicional o machista magnifican su libido.

- *“Las mujeres tienen la culpa de ser acosadas por ser provocadoras”*. Falso, pues los hombres cosifican a las mujeres como objeto sexual de sus fantasías.

- *“Es normal que los hombres hagan bromas con contenido sexual en público”*. Falso. Es parte de la violencia de género sustentada en relaciones asimétricas de poder entre hombres y mujeres.

- *“Las conductas sancionadas por la ley son las acciones, por lo tanto, las miradas o comentarios no constituyen violación a los derechos”*. Falso. Toda conducta de naturaleza sexual no bienvenida y rechazada es acoso sexual.¹⁹

IV.10. Políticas para prevenir y erradicar el acoso sexual

Las políticas deben implicar todos los niveles de responsabilidad pública y privada:¹⁹

- Se requiere contar con un marco legal nacional y sanciones administrativas para su efectivo cumplimiento;

- Los gobiernos deberían promover campañas informativas y de sensibilización que sitúen el problema con toda su relevancia y que contribuyan a cambiar los roles y estereotipos de género que avalan el acoso sexual;

- Promover cambios en la cultura laboral, involucrando al conjunto de trabajadores y trabajadoras y a las organizaciones sindicales y patronales;

- En la empresa, es necesario contar con el apoyo del equipo directivo, crear una política expresa contra el acoso sexual e integrar la cuestión en todos los niveles jerárquicos y organizativos; la negociación colectiva es el espacio adecuado para establecer los procedimientos y protocolos, los canales de comunicación, las sanciones y las responsabilidades.

- Las políticas sobre acoso sexual deberían ser parte de las políticas de igualdad de oportunidades y de las políticas de salud y seguridad en el trabajo.

- Las políticas de prevención deben incorporar estrategias para trabajar con hombres la construcción de la masculinidad patriarcal y su relación con ciertas conductas que pueden calificarse de acoso sexual.¹⁹

Los estudios de la OIT indican que las políticas y prácticas contra el acoso sexual deberían incluir cuatro elementos principales:¹⁹

1. Una declaración de criterios o principios;
2. Un procedimiento de denuncia adaptado al acoso sexual, que respete la confidencialidad;
3. Sanciones disciplinarias progresivas;
4. Una estrategia de formación y comunicación.¹⁹

IV.10.a. Prevención

Sin duda, el acoso sexual es un problema de salud y seguridad en el trabajo, y como tal, se puede y se debe contemplar e integrar en la acción preventiva. Además de una política específica de la empresa y de los procedimientos de denuncia mencionados, es preciso:¹⁹

- Integrarlo como un factor de riesgo psicosocial, de manera que se evalúe junto con otros riesgos;

- Incluir indicadores de salud que permitan la identificación del riesgo a través de la vigilancia de la salud, especialmente en las encuestas y exámenes de salud.

- Incluir en el plan de prevención un conjunto de medidas preventivas que favorezcan un ambiente de trabajo saludable, respetuoso y que fomente la igualdad entre mujeres y hombres.

- Promover la investigación, tanto en la empresa y el sector, como a nivel nacional, para conocer la incidencia del problema, cómo se presenta, qué colectivos son más afectados, etc., y que la información obtenida se analice integrando criterios de respeto de derechos, igualdad de oportunidades y protección de la salud y del empleo.¹⁹

IV.10.b. Marco normativo internacional

Si bien no existe ningún convenio internacional vinculante acerca del acoso sexual, los órganos supervisores relevantes de la OIT y de las Naciones Unidas han concluido que hay que entenderlo como una forma de discriminación por razón del sexo. Así, la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones (CEACR) de la OIT ha condenado el acoso sexual en virtud del Convenio núm. 111 sobre la discriminación en el empleo y la ocupación. Del mismo modo, la Conferencia Internacional del Trabajo ha adoptado dos resoluciones en las que se enmarca el acoso sexual en el contexto de las condiciones y medio ambiente de trabajo:¹⁹

- Resolución relativa a la igualdad de oportunidades y de trato para los hombres y las mujeres en el empleo (1985).

- Resolución relativa a la acción de gobiernos, solicita intervenir al Director General, en favor de las mujeres trabajadoras, procurando divulgar enseñanzas, entrenamiento y material informativo acerca del acoso sexual en el trabajo (1991).¹⁹

IV.10.c. Legislaciones del país

En República Dominicana se sanciona el acoso sexual mediante el siguiente código penal:¹⁹

Código Penal. Ley 24-97. Art. 333.2: *“Constituye acoso sexual toda orden, amenaza, constreñimiento u ofrecimiento destinado a obtener favores de naturaleza sexual, realizado por una persona (hombre o mujer) que abusa de la autoridad que le confieren sus funciones”*.¹⁹

V. MARCO METODOLÓGICO

V.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente que determina el género al que pertenece un individuo.	<ul style="list-style-type: none">○ Masculino○ Femenino	Nominal
Edad	Tiempo desde el nacimiento a la fecha de estudio.	Años cumplidos	Numérica
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	<ul style="list-style-type: none">○ Soltero/a○ Casado/a	Nominal
Médico	Profesional que pertenece al ámbito de la medicina, que tras cursar los estudios necesarios y	<ul style="list-style-type: none">○ R4○ R3○ R2○ R1○ Médico Interno	Nominal

	obtener el título correspondiente, cuenta con una autorización legal para ejercer la misma.		
Acoso Sexual	Cualquier acto de naturaleza sexual que no es aceptado y le es desagradable al receptor.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 	Nominal
Tipos de acoso sexual	Manera en la que se efectúa el acoso sexual.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Expresivo <input type="radio"/> Verbal <input type="radio"/> Físico <input type="radio"/> Persecución <input type="radio"/> Exhibicionismo 	Nominal
Violación	Acción de tener relaciones sexuales con una persona sin su consentimiento mediante el uso de violencia o amenaza.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 	Nominal

V.2. MATERIALES Y MÉTODOS

V.2.a. Tipo de estudio

Se realizará un estudio observacional, descriptivo y transversal con recolección prospectiva de datos, con el propósito de determinar la presencia de acoso sexual en el personal de la salud que laboran en cinco hospitales de formación en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana en el período de agosto – enero 2019.

V.2.b. Ámbito del estudio

La presente investigación se llevará a cabo en cinco hospitales de enseñanza:

- Hospital # 1, Santo Domingo, República Dominicana.
- Hospital # 2, Santo Domingo, República Dominicana.
- Hospital # 3, Santo Domingo, República Dominicana.
- Hospital # 4, Santo Domingo, República Dominicana.
- Hospital # 5, Santo Domingo, República Dominicana.

V.2.c. Universo

El universo estará conformado por el total de médicos residentes y/o internos de las diferentes áreas clínicas y quirúrgicas de los diferentes hospitales de formación.

V.3. Muestra

Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia a 120 médicos residentes, distribuidos por año de formación (R1= 30, R2= 30, R3= 30 y R4= 30); y a 30 médicos internos para un total de 150.

V.3.a. Criterios de inclusión

- Médicos residentes que acepten participar voluntariamente.
- Médicos internos que acepten participar voluntariamente.
- No se discriminará por edad, sexo o estado civil.
- No se hará distinción de hospitales en los médicos residentes e internos para mantener el anonimato.
- No se hará distinción de especialidades en los médicos residentes para proteger su identidad.
- No se hará distinción de universidades en los médicos internos para preservar la confidencialidad.

V.3.b. Criterios de exclusión

- Médicos adjuntos.
- Médicos pasantes.
- Médicos pre-internos, estudiantes de medicina o enfermería.
- Enfermeras.
- Médicos residentes que no acepten participar voluntariamente.
- Médicos internos que no acepten participar voluntariamente.

V.4. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se elaborará un instrumento³⁵ que contendrá 21 preguntas, que abarcará las variables de interés a nuestra investigación, como son los siguientes datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, posición del médico; y además datos sobre si ha sufrido acoso sexual, el tipo del mismo y si ha habido consecuencias.

V.5. Procedimiento

Tras haber sido revisado y aprobado el anteproyecto por la Unidad de investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y por los respectivos Departamento de Enseñanza de los diferentes hospitales de formación, los médicos residentes y/o internos serán abordados en los salones correspondientes de las distintas especialidades, habitaciones y cafetería, donde se le entregará el instrumento de recolección de datos³⁵, el cual constará de una serie de preguntas que deberán de ser contestadas por sí mismos para determinar si el individuo ha sufrido acoso sexual.

Se recolectarán los datos, de lunes a viernes de 8 a.m. a 12 p.m. en los diferentes hospitales de enseñanza de Santo Domingo, Distrito Nacional, bajo la supervisión del Dr. Alejandro Uribe y otros médicos especialistas en el área.

V.6. Tabulación

Los datos obtenidos serán ordenados y procesados a través de los programas de computador: Microsoft Word y Excel.

V.7. Análisis

Para los cálculos y presentación de los datos, las técnicas estadísticas a utilizar serán: medidas de tendencia central y distribución de frecuencia simple.

V.8. Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas e internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).^{36,37}

Todos los datos serán manejados con suma cautela e introducidos en una base de datos manejada únicamente por los investigadores. Todos los participantes serán abordados de una manera personal con el fin de obtener permiso para llenar la respectiva encuesta³⁵ que será anónima.

Los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as médicos participantes será protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda la información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada en otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

VI. RESULTADOS

En este estudio de investigación los datos fueron recolectados mediante la realización de 150 encuestas anónimas a médicos internos y residentes (R1, R2, R3 y R4) de diferentes hospitales de enseñanza en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana. El instrumento de recolección de datos consta de la siguiente información: características sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, posición del médico (médico interno o residente) y año de formación (R1, R2, R3 y R4), además datos sobre si ha sufrido acoso sexual y el tipo del mismo.

También se abarca el sexo y la edad del acosador, si este es un compañero o un superior, si el acosado ha recibido represalias (amenazas, sanciones, maltrato u otras medidas disciplinarias), las posibles consecuencias (intento de violación y violación) y el conocimiento o disposición de los médicos internos y residentes (R1, R2, R3 y R4) víctimas de acoso sexual respecto a denunciar el mismo.

A continuación, se exponen los resultados en sus respectivas tablas y gráficas.

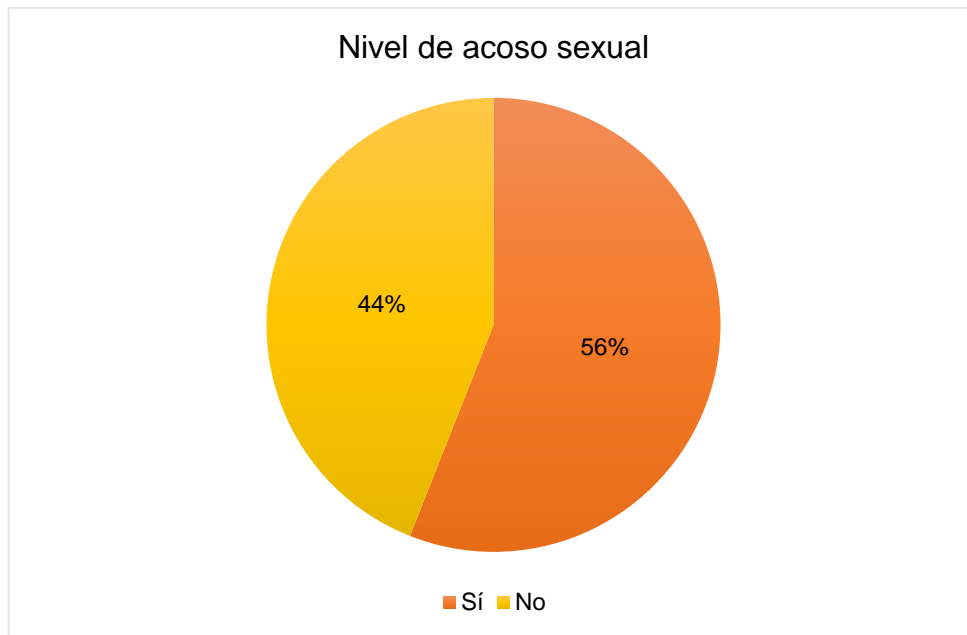
Tabla 1. Niveles de acoso sexual en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.

Nivel de acoso sexual	
Sí	84
No	66
Total	150

Fuente: Instrumentación de datos.

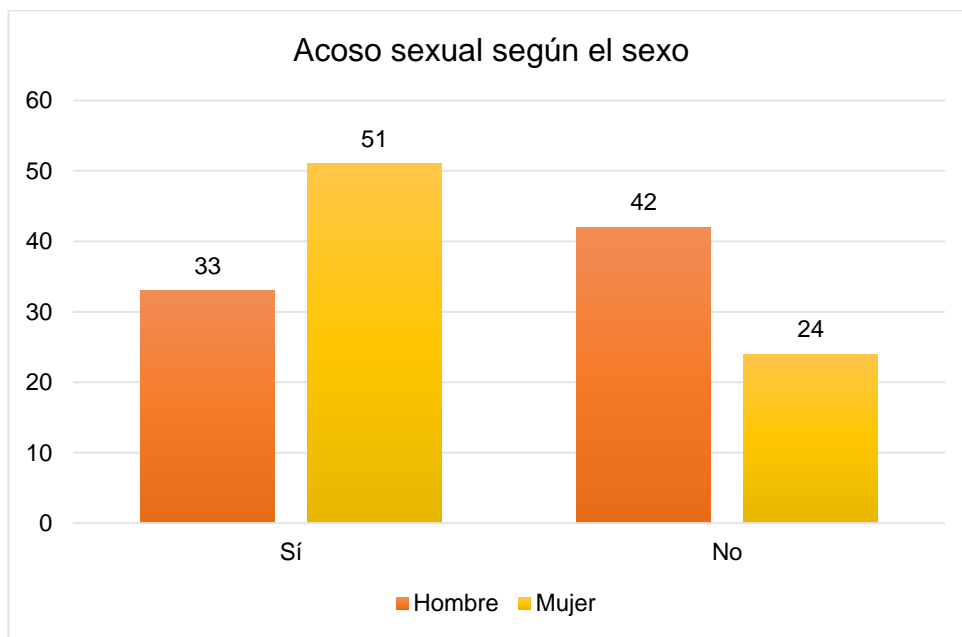
En la tabla 1 se puede observar como de los 150 médicos internos y residentes (R1, R2, R3 y R4) que aceptaron participar voluntariamente en la encuesta anónima, 84 afirmaron haber sido víctimas de acoso sexual, representando el 56% y 66 negaron haber sido víctimas de acoso sexual, representando el 44% de la muestra total.

Gráfica 1. Porcentaje de acoso sexual en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.



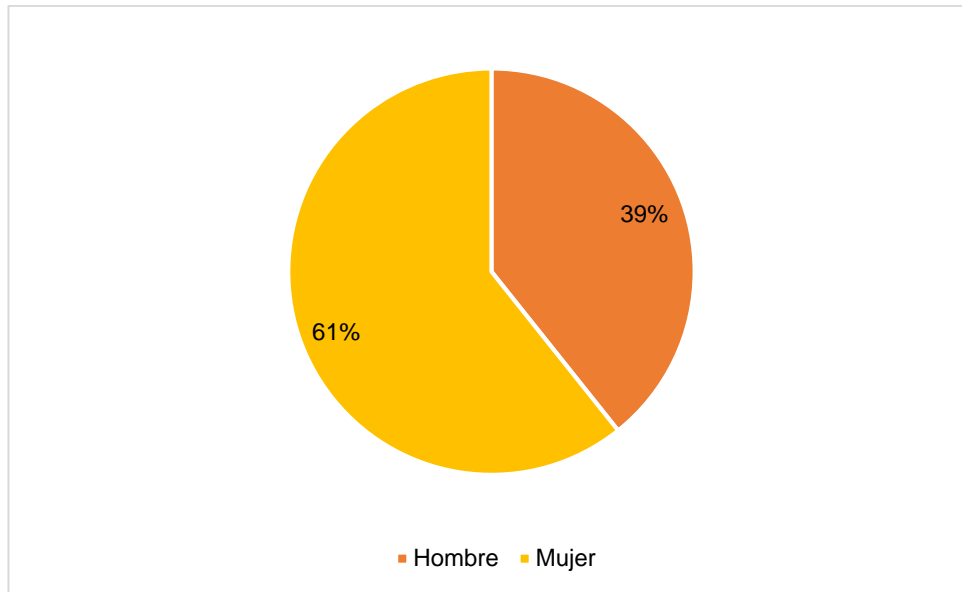
Fuente: Tabla 1.

Gráfica 2. Frecuencia de acoso sexual según el sexo de los médicos internos y residentes encuestados en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.



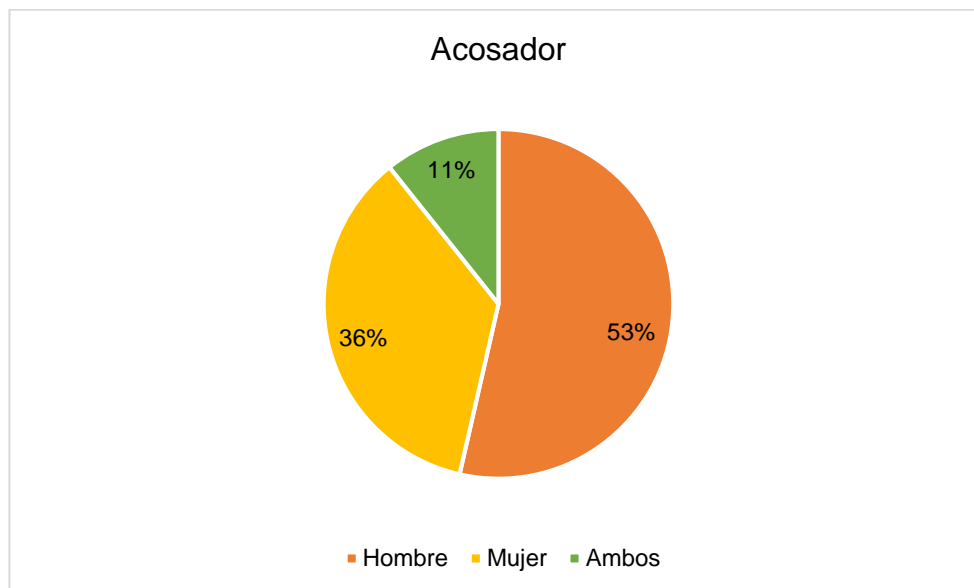
Fuente: Instrumentación de datos.

Gráfica 3. Distribución según el sexo de los médicos internos y residentes víctimas de acoso sexual en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.



Fuente: Instrumentación de datos.

Gráfica 4. Distribución según el sexo del acosador en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.



Fuente: Instrumentación de datos.

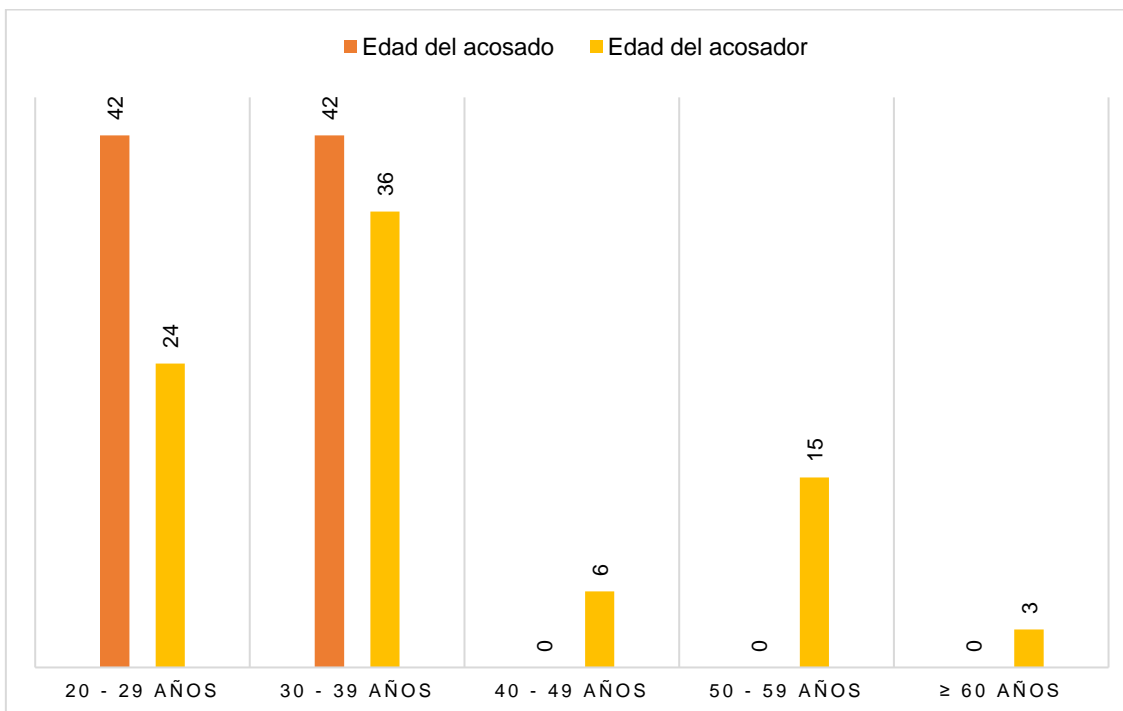
Tabla 2. Distribución entre el sexo del acosador(a) y del acosado(a) en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.

		Acosador		
		Hombre	Mujer	Ambos
Acosado	Hombre	6	21	6
	Mujer	39	9	3

Fuente: Instrumentación de datos.

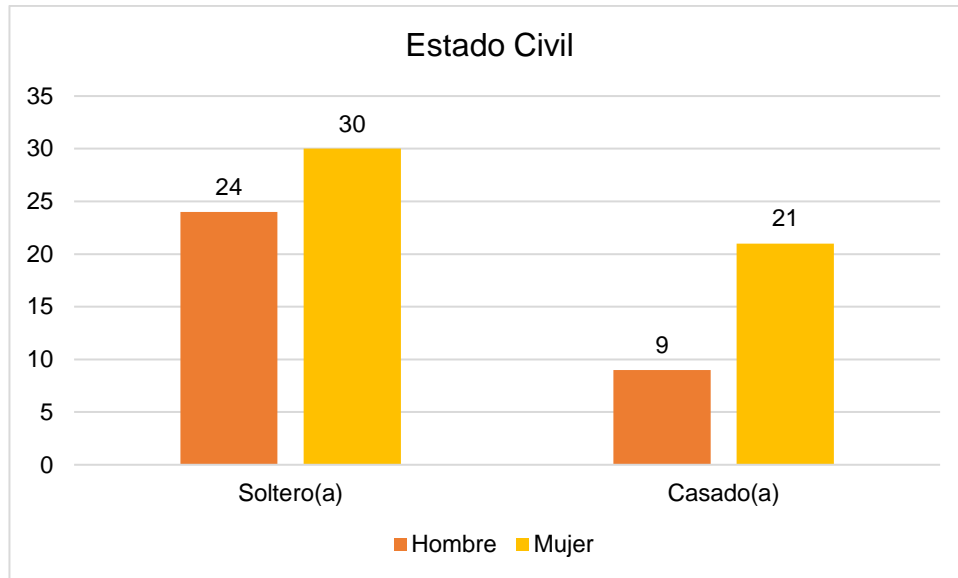
En la tabla 2 se puede observar que, de los 33 médicos internos y residentes del sexo masculino, 6 fueron acosados por un hombre, 21 por una mujer y 6 por ambos. En cuanto a los médicos internos y residentes del sexo femenino, 39 fueron acosadas por un hombre, 9 por una mujer y 3 por ambos.

Gráfica 5. Distribución según la edad del acosado y del acosador en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.



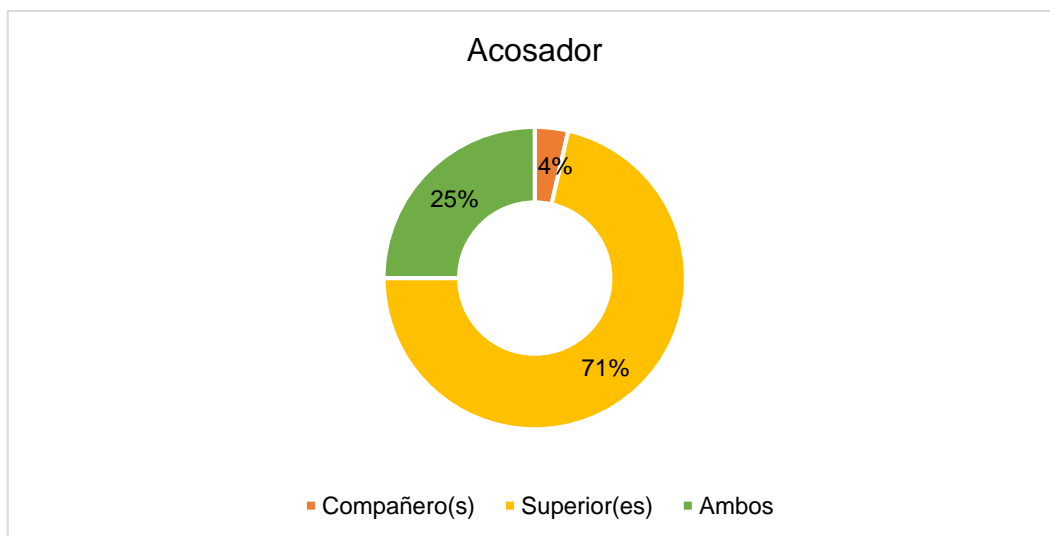
Fuente: Instrumentación de datos.

Gráfica 6. Distribución según el estado civil de médicos internos y residentes víctimas de acoso sexual en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.



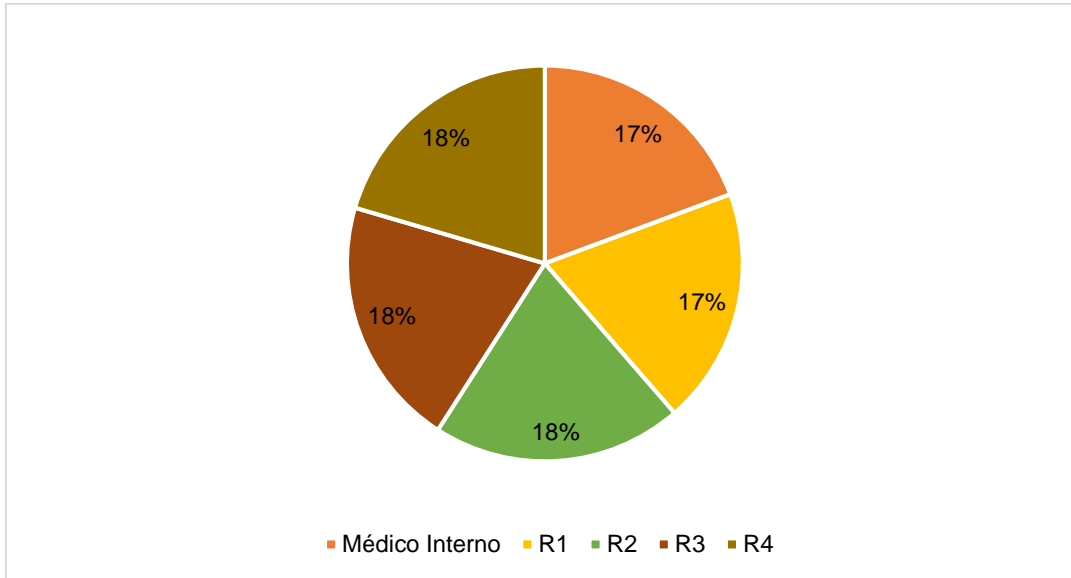
Fuente: Instrumentación de datos.

Gráfica 7. Distribución del acosador sexual según su relación laboral con el acosado en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.



Fuente: Instrumentación de datos.

Gráfica 8. Nivel de acoso sexual según el año de formación en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.



Fuente: Instrumentación de datos.

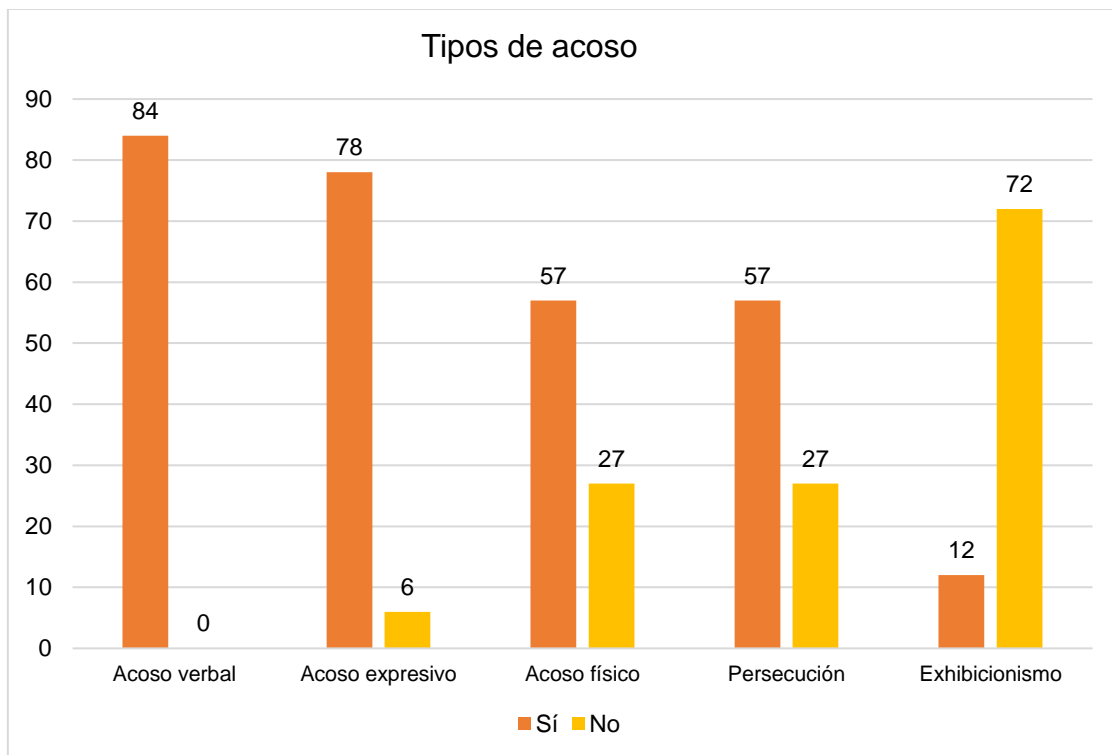
Tabla 3. Nivel de acoso sexual según el año de formación y sexo de los médicos internos y residentes en diferentes hospitales de enseñanza en Santo Domingo, República Dominicana.

Acoso sexual según el año de formación				
	Hombre		Mujer	
	Sí	No	Sí	No
Interno	9 (30%)	6 (20%)	6 (20%)	9 (30%)
R1	0 (0%)	15 (50%)	15 (50%)	0 (0%)
R2	9 (30%)	6 (20%)	9 (30%)	6 (20%)
R3	6 (20%)	9 (30%)	12 (40%)	3 (10%)
R4	9 (30%)	6 (20%)	9 (30%)	6 (20%)

Fuente: Instrumentación de datos.

En la tabla 3 podemos observar que de los 30 médicos internos encuestados 50% han sido víctimas de acoso sexual, específicamente 30% del sexo masculino y 20% del sexo femenino. De los 30 médicos residentes de primer año (R1) encuestados, el 50% correspondió al sexo femenino, los del sexo masculino negaron haber sido víctimas de acoso sexual. De los 30 médicos residentes de segundo año (R2) encuestados, 60% han sido víctimas de acoso sexual, 30% del sexo masculino y 30% del sexo femenino. De los 30 médicos residentes de tercer año (R3) encuestados, 60% han sufrido acoso sexual, 20% del sexo masculino y 40% del sexo femenino. De los 30 médicos residentes de cuarto año (R4) encuestados, 60% han sufrido acoso sexual, 30% del sexo masculino y 30% del sexo femenino.

Gráfica 9. Distribución según el tipo de acoso sexual en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.



Fuente: Instrumentación de datos.

Tabla 4. Distribución de acoso sexual según el tipo en base al año de formación y sexo de los médicos internos y residentes en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.

	Tipos de acoso									
	Verbal		Expresivo		Físico		Persecución		Exhibicionismo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Interno	9 (11%)	6 (7%)	9 (12%)	3 (4%)	3 (5%)	3 (5%)	3 (5%)	3 (5%)	0	3 (25%)
R1	0	15 (18%)	0	15 (19%)	0	9 (16%)	0	9 (16%)	0	3 (25%)
R2	9 (11%)	9 (11%)	9 (12%)	6 (8%)	3 (5%)	9 (16%)	6 (11%)	6 (11%)	0	3 (25%)
R3	6 (7%)	12 (14%)	6 (8%)	12 (15%)	3 (5%)	9 (16%)	3 (5%)	12 (21%)	3 (25%)	0
R4	9 (11%)	9 (11%)	9 (12%)	9 (12%)	9 (16%)	9 (16%)	6 (11%)	9 (16%)	0	0
Total	84		78		57		57		12	

Fuente: Instrumentación de datos.

En la tabla 4 podemos observar que los médicos internos encuestados víctimas de acoso sexual del sexo masculino sufrieron los siguientes tipos: 11% acoso verbal, 12% acoso expresivo, 5% acoso físico y 5% persecución. En cuanto a los del sexo femenino, 7% acoso verbal, 4% acoso expresivo, 5% acoso físico, 5% persecución y 25% exhibicionismo por parte del agresor. Los residentes de primer año (R1) encuestados del sexo masculino “no sufrieron” ningún tipo de acoso mientras que los del sexo femenino víctimas de acoso sexual sufrieron los siguientes tipos: 18% acoso verbal, 19% acoso expresivo, 16% acoso físico, 16% persecución y 25% exhibicionismo. Los residentes de segundo año (R2) encuestados del sexo masculino víctimas de acoso sexual sufrieron los siguientes tipos: 11% acoso verbal, 12% acoso expresivo, 5% acoso físico y 11% persecución. En cuanto al sexo femenino 11% acoso verbal, 8% acoso expresivo, 16% acoso físico, 11% persecución y 25% exhibicionismo. Los residentes de tercer año (R3) encuestados del sexo masculino víctimas de acoso sexual sufrieron los siguientes tipos: 7% acoso verbal, 8% acoso expresivo, 5% acoso físico, 5% persecución y 25% exhibicionismo por parte del agresor. En cuanto al sexo femenino 14% acoso verbal, 15% acoso expresivo, 16% acoso físico y 21% persecución por parte del agresor. De los residentes de cuarto año

(R4) encuestados del sexo masculino víctimas de acoso sexual sufrieron los siguientes tipos: 11% acoso verbal, 12% acoso expresivo, 16% acoso físico y 11% persecución. Y en cuanto al sexo femenino 11% sufrió acoso verbal, 12% acoso expresivo, 16% acoso físico y 16% persecución por parte del agresor.

Tabla 5. Represalias contra los médicos internos y residentes al rechazo de las proposiciones sexuales en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.

	Hombre		Mujer	
	Sí	No	Sí	No
Represalias				
Amenazas				
Sanciones	23 (70%)	10 (30%)	38 (78%)	13 (22%)
Maltrato				
Otras medidas disciplinarias				
Intento de violación	1 (3%)	32 (97%)	6 (12%)	45 (88%)
Violación	0 (0%)	33 (100%)	1 (2%)	50 (98%)

Fuente: instrumentación de datos.

En la tabla 5 podemos observar que el 70% de los médicos internos y residentes (R1, R2, R3 y R4) encuestados del sexo masculino víctimas de acoso sexual afirmaron haber recibido algún tipo de represalia (amenazas, sanciones, maltrato u otras medidas disciplinarias) por haber rechazado las proposiciones sexuales en su ámbito laboral y 3% han sufrido un intento de violación. En cuanto a los médicos internos y residentes (R1, R2, R3 y R4) encuestados del sexo femenino víctimas de acoso sexual, 78% afirmaron haber sufrido algún tipo de represalia (amenazas, sanciones, maltrato u otras medidas disciplinarias) al rechazo de las proposiciones sexuales, 12% han sufrido un intento de violación y 2% han sido víctimas de violación.

Tabla 6. Conocimiento y disposición según el sexo de los médicos internos y residentes a denunciar el acoso sexual en diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana.

	Hombre		Mujer	
	Sí	No	Sí	No
En caso de sufrir acoso dentro del hospital ¿sabes a quién dirigirte?	21 (63%)	12 (37%)	21 (41%)	30 (59%)
¿Consideras necesario un encargado dentro del hospital para este tipo de situaciones?	33 (100%)	0 (0%)	48 (94%)	3 (6%)
¿Estarías dispuesto a denunciar el acoso?	18 (54%)	15 (46%)	27 (53%)	24 (47%)

Fuente: Instrumentación de datos.

En la tabla 6 podemos observar que el 63% de los médicos internos y residentes del sexo masculino víctimas de acoso sexual saben dónde dirigirse en caso de sufrir acoso dentro del hospital, 100% consideran que es necesario un encargado en el hospital para este tipo de situaciones y 54% estarían dispuestos a denunciar el acoso. En cuanto al sexo femenino, 41% saben a dónde dirigirse en caso de sufrir acoso dentro del hospital, 94% consideran necesario un encargado para este tipo de situaciones y 53% estarían dispuestas a denunciar el acoso sexual en los hospitales.

VII. DISCUSIÓN

Una vez obtenidos los resultados procedemos a realizar comparaciones con los diferentes estudios sobre acoso sexual en la medicina.

En cuanto al nivel de acoso sexual en el personal de la salud de diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana determinamos que el 56% de los médicos internos y residentes reportaron espontáneamente haberlo sufrido, un nivel bastante alto al compararlo con el estudio de Sepúlveda-Vildosola donde solamente un 32% había reportado el mismo.

Según las características sociodemográficas de los participantes en esta investigación se determinó que el 61% de las víctimas de acoso sexual son mujeres y el 39% son hombres. La mayoría son adultos(as) jóvenes entre 20-39 años, donde el 64% son solteros(as), aquí se demuestra efectivamente que los factores que predisponen a una persona a sufrir de acoso sexual son: sexo femenino, ser adulto joven menor de 39 años y ser soltero(a).

También comprobamos que el acoso sexual no es exclusivo de la mujer ya que observamos que, un 39% es un nivel bastante alto en el hombre en comparación con el estudio de Sadrabad en el 2016 donde el nivel de acoso en el sexo masculino fue de 7%.

En cuanto a las características sociodemográficas del acosador(a), hallamos que el 53% de los casos de acoso sexual en los hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana son perpetuadas por hombres, 36% por mujeres y 11% por ambos sexos. La mayoría de los acosadores se encuentran entre los 30-39 años representando un 43% y 20-29 años representando un 29%.

No hubo mucha diferencia en el nivel de acoso sexual según el año de formación en nuestro estudio, pero ninguno estuvo exento del mismo, hallamos que el 17% de los médicos internos, 17% de los residentes de primer año (R1), 18% de los residentes de segundo año (R2), 18% de los residentes de tercer año

(R3) y 18% de los residentes de cuarto año (R4) sufrieron acoso sexual a lo largo de su trayecto profesional como médicos generales y especialistas.

En cuanto al nivel jerárquico en el estudio descubrimos que el 71% de los casos de acoso sexual fueron cometidos por un superior comprobando que la subordinación jerárquica profesional en los hospitales es un factor predisponente al mismo ya que incita al abuso del poder entre el agresor y la víctima.

Dentro de los tipos de acoso sexual el de mayor prevalencia fue el acoso verbal con connotación sexual que se presentó en el 100% de las víctimas, seguido del acoso expresivo que se presentó en el 93% de los casos, el acoso físico y persecución se presentaron en el mismo nivel de 68% y finalmente el exhibicionismo que se presentó en un 14%.

Un dato curioso es que los hombres teniendo menos predisposición a sufrir acoso sexual sepan más a donde dirigirse en caso de sufrirlo (63%) que las mujeres (41%). El 100% de los médicos internos y residentes del sexo masculino consideró necesario el nombramiento de un personal encargado de lidiar con este tipo de situaciones, mientras que en el sexo femenino al 94% les pareció necesario.

Finalmente, el 54% de las víctimas de acoso sexual del sexo masculino están dispuestos a denunciar acoso y el 53% del sexo femenino estarían dispuestas a denunciar el mismo.

VIII. CONCLUSIÓN

Los hallazgos en este estudio de nivel de acoso sexual en el personal de la salud de diferentes hospitales de formación en Santo Domingo, República Dominicana demuestra que es un fenómeno que no debe pasar desapercibido, ya que comprobamos que de los 150 médicos internos y residentes encuestados que trabajan en el área de la salud, 84 afirmaron haber sufrido acoso sexual, correspondiendo al 56% de la muestra total, una suma alarmante representando una grave problemática en cuanto a salud ocupacional se refiere.

Pudimos constatar que el acoso sexual no es exclusivo de la mujer, ya que el 39% de los hombres afirmó haberlo recibido. Además, se demostró que el acoso no se limita de hombre a mujer y viceversa, sino que el mismo puede darse de hombre a hombre y de mujer a mujer.

El único nivel de formación “exento” de sufrir acoso sexual fueron los residentes de primer año (R1) del sexo masculino, lo cual nos produjo las siguientes cuestionantes: ¿Sienten vergüenza de admitir haber sido víctimas de algún tipo de acoso sexual? ¿Se deberá a los factores socioculturales? ¿Considerarán que estos eventos son usos y costumbres durante el entrenamiento médico en el país? O ¿Son irrelevantes? Como concluyó el estudio de Sepúlveda-Vildosola.

El porcentaje en cuanto a represalias (amenazas, sanciones, maltrato u otras medidas disciplinarias) que recibieron los médicos internos y residentes víctimas de acoso sexual por haber rechazado las proposiciones sexuales fue de un 70% para el sexo masculino y 78% para el sexo femenino, siendo este el más afectado. En cuanto a sufrir intento de violación, 3% del sexo masculino y 12% del sexo femenino. Solo el sexo femenino fue víctima de violación con un 2%.

Esto demuestra que el acoso sexual es producto de las relaciones de poder, a través de la subordinación jerárquica profesional, entre el agresor y la víctima. Donde la persona es manipulada y agredida, mediante el uso de la fuerza o la intimidación.

Los médicos internos y residentes que aceptaron realizar la encuesta, ninguno marcó la opción “no responde”, lo que nos facilitó la veracidad de la información recibida por los participantes. En cuanto a los que se negaron a realizar la encuesta anónima, 7 fueron residentes del sexo femenino y 1 del sexo masculino. También nos resultó preocupante el hecho de que uno de los hospitales de formación se negó a la realización de la investigación, a pesar de ser anónima, siendo esto un obstáculo para combatir este problema.

Con esto, podemos apreciar como el acoso sexual viola el derecho a la libertad sexual, a la dignidad, a la intimidad e indudablemente a la no discriminación por razón de sexo, a la salud y la seguridad en el trabajo.

Esperamos que esta investigación genere la conciencia social necesaria para reconocer la existencia y la gravedad del mismo. Lo que permita disminuir y/o castigar esta práctica.

Para finalizar sería conveniente que de este estudio surjan nuevas investigaciones que abarquen las consecuencias en la salud mental, emocional y física en las víctimas de acoso sexual.

IX. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar nuevas estrategias de investigación que permitan conocer en qué grado han sido afectadas las víctimas de acoso sexual en su salud mental, emocional y física.
2. Ampliar la investigación a nivel nacional de modo que se incluyan los demás hospitales de formación del país.
3. Realizar el estudio no solo en el área hospitalaria sino en diferentes ámbitos laborales.
4. Actualizar y mejorar los protocolos laborales para que no solo los hospitales, sino que ninguna institución se niegue a realizar investigaciones sobre esta problemática.
5. Crear protocolos de protección para las víctimas de acoso sexual dentro del ambiente laboral.
6. Contar con un encargado dentro del hospital para este tipo de situaciones.
7. Concientizar a la población sobre los daños en la salud mental, emocional y física que produce el acoso sexual.
8. Castigar esta práctica con el apoyo de los directores de los diferentes hospitales de formación mediante una ley de tolerancia cero.

X. REFERENCIAS

1. Fundación Mujeres., Acoso Sexual y Acoso por razón de sexo en el ámbito laboral. [Internet] 2010. [Consultado el 5 de septiembre 2018] Disponible en: <http://www.igualdadenlaempresa.es/enlaces/webgrafia/docs/acoso-sexual-y-acoso-por-razon-de-sexo-en-el-ambito-laboral-2010.pdf>
2. European Commission. Sexual harassment at the workplace in the European Union. Brussels, European Commission, Directorate-General for Employment IRaSA, 1998. [Consultado el 2 de septiembre 2018]
3. Rowe, Mary P. (1974). «The Saturns's Rings Phenomenon». (en inglés). [Consultado el 5 de septiembre de 2018.]
4. «Hostile work environment: A manager's legal liability – Page 5035282 – TechRepublic». Tech Republic 2002. [Consultado el 5 de septiembre de 2018]
5. Instituto Salvadoreño para el desarrollo de la mujer. Acoso Sexual y Laboral. [Consultado el 12 de septiembre 2018] Disponible en: http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=36%3Aboletines-2009&download=79%3Aacoso-sexuallaboral&Itemid=0&lang=es
6. Promundo y ONU Mujeres (2017) Understanding Masculinities: Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES) – Middle East and North Africa, pág. 16. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
7. Cantor, D., Fisher, B., Chibnall, S., Townsend, R., Lee, H., Bruce, C., y Thomas, G. (2015). Report on the AAU Campus Climate Survey on Sexual Assault and Sexual Misconduct, págs.13, 35. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
8. Vásquez, N. Acoso Sexual y mujeres migradas. [Consultado 12 de septiembre 2018] Disponible en: <http://federacionplataformagetxo.com/wp-content/uploads/2015/03/Informe-acoso-sexual-definitivo-CAS.pdf>

9. Alba-Aldave M, Hernández-Garnica C, Puga-Murgia C. El acoso laboral en hospitales públicos de la Ciudad de México. [Internet] 2013 [Consultado 5 de septiembre 2018] Disponible en:
<http://congreso.investiga.fca.unam.mx/docs/xviii/docs/3.06.pdf>
10. Munayco-Guillén F, Cámara-Reyes A, Muñoz-Tafur LJ, Arroyo-Hernández H, Mejía CR, Lem-Arce F, Miranda-Soberón UE. Características del maltrato hacia estudiantes de medicina de una universidad pública del Perú. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2016;33(1):58-66. Doi: 10.17843/rpmesp.2016.331.2008 [Consultado el 5 de septiembre 2018]
11. Sepúlveda-Vildosola A, Mota Nova A, Fajardo Dolci G, Reyes-Lagunes L. Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco común. Rev. Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 55. 2016. [Consultado el 5 de septiembre 2018] Disponible en:
<http://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749926014/html/index.html>
12. ZolFaghari-Sadrabad A, Bidarizerehpooosh F, Farahmand Rad R. Residents Experiences of Abuse and Harrassment in Emergency Departments. Journal of Interpersonal Violence. [Internet] 2016. [Consultado el 5 de septiembre 2018] Disponible en:
http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260516645575?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&
13. Dzau, V., Johnson, P. Ending Sexual Harassment in Academic Medicine. The New England Journal of Medicine. Pg. 1591. 2018. (Inglés) [Consultado 12 de septiembre 2018]
14. Uribe P., Alejandro. Acoso Sexual en las universidades: Estudio Comparativo entre la Universidad Estatal y dos Universidades Privadas. N. P. 1995.
15. Rodríguez, Valentina; Uribe A., “Acoso Sexual entre Obreras de Zona Franca de Bonao” enero 1995.

16. Protocolo para el acoso sexual y sexista en el Trabajo, Emakunde, Instituto Vasco de la mujer, España, 2011. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
17. Barbijaputa. ¿Por qué los hombres no pueden ser incluidos en la Ley de Violencia de Género? El Diario. 2015. [Consultado el 1 de septiembre 2018] Disponible en: https://www.eldiario.es/zonacritica/hombres-incluidos-Ley-Violencia-Genero_6_456414383.html
18. Organización Internacional del Trabajo. El Hostigamiento o Acoso sexual. 2012. [Consultado el 5 de septiembre 2018]
19. Unión Interparlamentaria (2016). Sexism, harassment and violence against women parliamentarians, pág. 3. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
20. Comisión Australiana de los Derechos Humanos (2018). Everyone's business: Fourth National Survey on Sexual Harassment in Australian Workplaces, págs. 8, 27. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
21. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2015). The World's Women 2015, Trends and Statistics, pág. 159. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
22. Grupo del Banco Mundial (2018). Women, Business and the Law 2018, database. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
23. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Violencia de Género, Tipos y Modalidades de violencia. 2017. [Internet]. [Consultado el 5 de septiembre 2018] Disponible en: <http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero/tipos-y-modalidades-de-violencia.aspx>
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Violencia Sexual. 2013 [Consultado el 5 de septiembre 2018]
25. Gaytán Sánchez, Patricia, Del piropo al desencanto. Un estudio sociológico, UAM-Azcapotzalco, México D.F., 2009, pp. 248. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
26. Uribe, A. Acoso Sexual, medicina y otros casos. 1995. [Consultado el 5 de septiembre 2018]
27. Cuenca-Piqueras, C. El Acoso Sexual: Un aspecto olvidado de la violencia de género. 2017. [Consultado el 5 de septiembre 2018] Disponible en:

<https://books.google.com.do/books?id=yl8lDwAAQBAJ&pg=PA43&lpg=PA43&dq=teorias+explicativas+de+acoso+tangri&source=bl&ots=peDFPR1LVv&sig=Y8h1aNxwpKK7lQnpU-A2YRy-jwY&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiD5aC0nKfeAhWkxFkKHfwQBj4Q6AEIEzAA#v=onepage&q&f=false>

28. Nieva V., Gutek B. Women and Work: A Psychological Perspective. 1981. (inglés) [Consultado el 5 de septiembre 2018] Disponible en:

https://books.google.com.do/books/about/Women_and_Work.html?id=ZAbfzN2BqeQC&redir_esc=y

29. Gutek, B. Sex and the Workplace. 1985. (inglés) [Consultado el 5 de septiembre de 2018] Disponible en:

https://books.google.com.do/books/about/Sex_and_the_workplace.html?id=ew5HAAAAMAAJ&redir_esc=y

30. L TUCRIC-Leeds. Sexual Harassment of women at work: A Study from West Yorkshire. 1983. [Consultado el 5 de septiembre de 2018]

31. Pereda M. Perfil del acosador y de la víctima. Consulta de Psicología. 2018 [Internet] [Consultado el 5 de septiembre 2018] Disponible en:

<https://www.mperedapsicologia.com/perfil-del-acosador-y-de-la-victima/>

32. Irons, R. Schneider J. Differential diagnosis of addictive sexual disorders using the DSM-IV. 2007. (Ingles) [Consultado el 5 de septiembre de 2018] Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10720169608400096>

33. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™, American Psychiatric Association 2014 [Consultado el 5 de septiembre 2018]

34. Rodríguez CI, Martínez IA. Encuesta de acoso sexual de la Sociedad de Alumnos y la consejería de la Facultad de Ciencias de la Comunicación. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. México. 2017. [Consultado el 1 de septiembre 2018] Disponible en:

www.survio.com/survey/d/G9F6A3G7H9X0X9M4R?preview=1

35. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioética 2000; VI (2): 321. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
36. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Génova, 2002. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
37. Mansilla-Izquierdo F., Acoso Sexual en el Trabajo. Rev. Psicología Online [Internet]. 2018 [Consultado 5 de septiembre de 2018] Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/acoso-sexual-en-el-trabajo-1073.html>
38. Código Penal según la Ley 24-97. Art. 333.2. 1997 [Consultado 5 de septiembre 2018]
39. Curso de Educación Sexual Online de Auto Aprendizaje (CESOLAA), Introducción acoso y abuso sexual. 2017. [Consultado el 12 de septiembre 2018] Disponible en: <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/acoso-y-abuso-sexual/introduccion-acoso-y-abuso-sexual>
40. National Academies of Science, Engineering and Medicine. Sexual Harrassment of women: climate, culture, and consequences in academic sciences, engineering, and medicine. Washington, DC: National Academis Press, August 2018. [Consultado el 12 de septiembre 2018] Disponible en: www.nap.edu/catalog/24994/sexual-harassment-of-women-climate-culture-and-consequences-in-academic.
41. Jena AB, Olenski AR, Blumenthal DM. Sex differences in physician salary in US public medical schools. JAMA Intern Med 2016; 176: 1294-304 [Consultado el 12 de septiembre 2018]
42. Chisholm-Burns MA, Spivey CA, Hagemann T, Josephson Ma. Women In leadership and the bewildering glass ceiling. Am J Health Syst Pharm 2017; 74: 312-24 [Consultado el 1 de septiembre 2018]

43. Cortina LM, Kabat-Farr D, Leskinen EA, Huerta, MAgley VJ. Selective Incivility as modern discrimination In organizations: evidence and impact. *J Manage* 2011; 36: 1579-605. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
44. Konik J., Cortina LM. Policing gender at work: intersections of harassment based on sex and sexuality. *Soc Justices Res* 2008:21:313-37. [Consultado el 1 de septiembre 2018]
45. UN Women. Facts and figures: Ending violence against women. 2018. [Consultado el 1 de septiembre 2018] Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

XI. ANEXOS

XI.1. Cronograma

Variable	Tiempo 2018 - 2019
Selección de tema	Junio 2018
Revisión, análisis y obtención de referencias bibliográficas	Julio 2018
Solicitud de aprobación del tema	Agosto 2018
Elaboración del anteproyecto	Septiembre 2018
Sometimiento del anteproyecto a corrección	Noviembre 2018
Aprobación del anteproyecto	Diciembre 2018
Ejecución de las encuestas	Enero 2019
Tabulación y análisis de datos	Enero 2019
Redacción del informe final	Enero 2019
Encuadernación	Enero 2019
Presentación de tesis	Febrero 2019

XI.2. Encuesta

Encuesta sobre Acoso y Hostigamiento Sexual

¡Saludos! Somos Carla Sofía Matos Mieses MI y Karla Teresa Tavárez Vidal MI de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; estamos realizando una investigación sobre el acoso sexual (expresivo, verbal, físico...) en distintos hospitales de enseñanza, para la cual necesitamos de su participación voluntaria. Cabe destacar, que no se busca exponer la identidad de los participantes, pues los datos suministrados son confidenciales. Puede retirarse o no responder ante cualquier pregunta con la cual no se sienta cómodo. ¡Gracias por su cooperación!

1. Fecha: _____

2. Sexo:

Marca solo un óvalo.

- Hombre.
- Mujer.

3. Edad:

Marca solo un óvalo.

- 20 - 29 años.
- 30 - 39 años.
- 40 - 49 años.
- 50 - 59 años.
- ≥ 60 años.

4. Estado civil:

Marca solo un óvalo.

- Soltero.
- Casado.

5. Nivel de formación:

Marca solo un óvalo.

- Interno.
- Residente. Encierre en un círculo: __ R1 __ R2 __ R3 __ R4 __

6. ¿Se ha sentido en algún momento acosado?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No. _____ **Fin de la entrevista. ¡Gracias por su participación!**

7. Sexo del acosador:

Marca solo un óvalo.

- Mujer.
- Hombre.
- Ambos.

8. Edad del acosador:

Marca solo un óvalo.

- 20 - 29 años.
- 30 - 39 años.
- 40 - 49 años.
- 50 - 59 años.
- ≥ 60 años.

9. Acosador(es):

Marca solo un óvalo.

- Compañero(s).
- Superior(es). Especificar rango(s):
- Ambos.

10. ¿Ha recibido piropos o comentarios no deseados acerca de su apariencia (acoso verbal)?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

11. ¿Ha recibido miradas morbosas o gestos sugestivos acerca de su apariencia (acoso expresivo)?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

12. ¿Ha recibido presión para aceptar invitaciones a encuentros o citas no deseadas de naturaleza sexual (persecución)?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

13. ¿Ha recibido cartas, llamadas telefónicas o mensajes de naturaleza sexual (persecución)?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

14. ¿Ha recibido contacto físico inapropiado/no deseado (acoso físico)?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

15. ¿Ha sido víctima de exhibicionismo por parte del acosador (exposición de genitales o masturbación)?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

16. ¿Ha recibido amenazas, sanciones, mal trato u otras medidas disciplinarias al rechazar las proposiciones sexuales?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

17. ¿Ha sido víctima de intento de violación?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

18. ¿Ha sido víctima de violación?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

19. En caso de sufrir acoso dentro del hospital ¿sabes a quién dirigirte?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

20. ¿Consideras necesario contar con un encargado dentro del hospital que se especialice en este tipo de situaciones?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

21. ¿Estarías dispuesto a denunciar el acoso?

Marca solo un óvalo.

- Sí.
- No.
- No responde.

Recuerda que la información que proporcionas es sólo para fines estadísticos y es confidencial. ¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Carla Sofía Matos Mieses MI
Karla Teresa Tavárez Vidal MI

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

XI.3. Costos y recursos

Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sustentantes • 2 asesores (metodológico y clínico) • Personas que participaron en el estudio 			
Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	2 resmas	80.00	160.00
Papel Mistique	1 resma	180.00	180.00
Lápices	2 unidades	10.00	20.00
Borras	2 unidades	5.00	10.00
Bolígrafos	2 unidades	15.00	30.00
Sacapuntas	2 unidades	5.00	10.00
Computador Hardware:			
Pentium III 700 Mhz; 128 MB			
RAM;			
20 GB H.D.; CD-ROM 52x			
Impresora HP 932c			
Software:			
Microsoft Windows 10			
Microsoft Office 2013			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	4 unidades	800.00	3,200.00
Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			

Económicos*			
Papelería (copias)	1,200 copias	00.35	443.00
Encuadernación	14 informes	80.00	1,120.00
Empastado	9 trabajos	550.00	4,950.00
Alimentación			1,000.00
Transporte			4,300.00
Imprevistos	2 sustentantes	13,500	2,500.00
Inscripción de la tesis	2 sustentantes	15,000	27,000.00
Presentación de la tesis			30,000.00
			Total
			74,923.00 RD\$

EVALUACIÓN

Sustentantes:

Carla Sofía Matos Mieses

Karla Teresa Tavárez Vidal

Asesores:

Dr. Alejandro Uribe
(Clínico)

Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológica)

Jurados:

Autoridades:

Dr. Eduardo García
Director Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha: _____

Calificación: _____